

MINISTERIO DE SALUD

ANALISIS
SECTORIAL
DE SALUD



COSTA RICA

2002



CON LA COOPERACION TECNICA DE OPS/OMS



MINISTERIO DE SALUD

**ANÁLISIS SECTORIAL
COSTA RICA
2002**

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

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

**OPS/OMS
Cooperación Técnica**

San José, Costa Rica 2002

Agradecimientos

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

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

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

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

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

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

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

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

ANALISIS DEL SECTOR SALUD COSTA RICA

2002

EQUIPOS DE TRABAJOS

CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

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

EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

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

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

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

COOPERACIÓN EXTERNA

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

RECTORÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

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

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

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

GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

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

RECURSOS TECNOLÓGICOS

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

Dra. Ginnette Castro

Caja Costarricense de Seguro Social

RECURSOS HUMANOS

Lic. Lisímaco Guevara

Ministerio de Salud

Msc. Anargerí Solano

Ministerio de Salud

Msc. Carmen Campos

Ministerio de Salud

Lic. Mario Zúñiga

Acueductos y Alcantarillados

Licda. Mauren Vizcaíno

Hospital CIMA San José

Msc. Odette Campos

ANPE

Lic. Jorge Soto

SIPECO

Msc. Rosy Carballo

Ministerio de Salud

Dr. Guido Ulate

Universidad de Costa Rica

Msc. Rocío Rodríguez

Universidad de Costa Rica

Licda. Ingrid Behm

Universidad de Costa Rica

Lic. Guillermo Abarca

Caja Costarricense de Seguro Social

Msc. Nery Parada

Caja Costarricense de Seguro Social

Dra. Sandra Murillo

Organización Panamericana de la Salud

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

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

VIH/SIDA

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

SALUD AMBIENTAL

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

SALUD MENTAL

Dr. Rigoberto Castro Rojas	Asoc. Cost. de Psiquiatría
Dra. Kattia Jiménez Reyes	IAFA
Dra. Giselle Amador Muñoz	IAFA
Dra. Rosa María Villalobos	Caja Costarricense de Seguro Social

Licda. Agnes Gutiérrez	Caja Costarricense de Seguro Social
Dr. Walter Ureña Quirós	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Marianela Cubero	Patronato Nacional de la Infancia
Msc. Milagro Somarriba	Ministerio de Salud
Licda. Laura Noguera Quintero	Ministerio de Salud
Licda. Patricia Poltronieri	Ministerio de Salud
Dra. Carmen Macanche Baltodano	Ministerio de Salud

VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES

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

INTEGRACIÓN DE DOCUMENTOS

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

COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/OMS

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

DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

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

EQUIPO DE APOYO

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

COORDINADOR ANÁLISIS SECTORIAL

Msc. Edwin Acuña Ulate

Ministerio de Salud

PROLOGO

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

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

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

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

- Estímulo y crecimiento de la producción para la generación de empleo.
- Creación y desarrollo de capacidades humanas.
- Armonía con el ambiente.
- Seguridad ciudadana y administración de la justicia.
- Transparencia en la función pública, participación ciudadana y relaciones exteriores y cooperación internacional.

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

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

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

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

Abel Pacheco de la Espriella
Presidente de la República

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

- Sección 1: “Contexto General”
 - Capítulo I: Contexto Político, Económico y Social
 - Capítulo II: Análisis Demográfico y Epidemiológico
 - Capítulo III: Estructura Organizacional
 - Capítulo IV: Cooperación Externa
 - Conclusiones y Recomendaciones

- Sección 2: “Funciones”
 - Capítulo V: Rectoría y Funciones Esenciales en Salud
 - Capítulo VI: Protección Social
 - Capítulo VII: Gasto y Financiamiento
 - Capítulo VIII: Provisión de servicios
 - 8.1 Recursos humanos
 - 8.2 Recursos Tecnológicos
 - 8.3 Oferta y demanda en servicios de salud
 - Conclusiones y Recomendaciones

- Sección 3: “Temas Especiales”
 - Capítulo IX: VIH-SIDA
 - Capítulo X: Salud Ambiental
 - Capítulo XI: Salud Metal
 - Capítulo XII: Vulnerabilidad y Prevención en Desastres.
 - Conclusiones y Recomendaciones

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

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

María del Rocío Sáenz Madrigal
Ministra de Salud

SECCIÓN I
“CONTEXTO GENERAL”

CAPÍTULO I
**“CONTEXTO ECONÓMICO POLÍTICO Y
SOCIAL”**

CAPITULO I CONTEXTO ECONOMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

- Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema para mantener la cobertura de servicios y la prestación con calidad.
- Fortalecer el rol de rectoría del Ministerio de Salud.
- Continuar con el proceso de consolidación del primer nivel de atención y fortalecer la red de servicios de salud.
- Profundizar el proceso de desconcentración y participación social.
- Seguir conduciendo la modernización y del desarrollo de la CCSS y de las demás organizaciones del Sector Salud.

CONTEXTO ECONÓMICO

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

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

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

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

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

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

SECTOR REAL

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

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

Al igual que en el año 2000, la evolución del PIB obedeció particularmente al descenso del valor agregado de la Industria Electrónica de Alta Tecnología (IEAT), el cual disminuyó 30% en el período. El resto de la economía tuvo un comportamiento en su producción bastante disímil, pues los sectores primario y secundario (sin IEAT) mostraron un relativo estancamiento al crecer en promedio un 0,3%, en tanto las industrias productoras de servicios y construcción aumentaron en el 2001 su valor agregado un 3,8%, respecto al 2000. El PIB per cápita decreció un 1,6% y el PIB, sin la Industria Electrónica de Alta tecnología, aumentó ligeramente (0,2%) per cápita.

Demanda

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

Producción

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

Ingreso

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

Precios

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

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

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

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

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

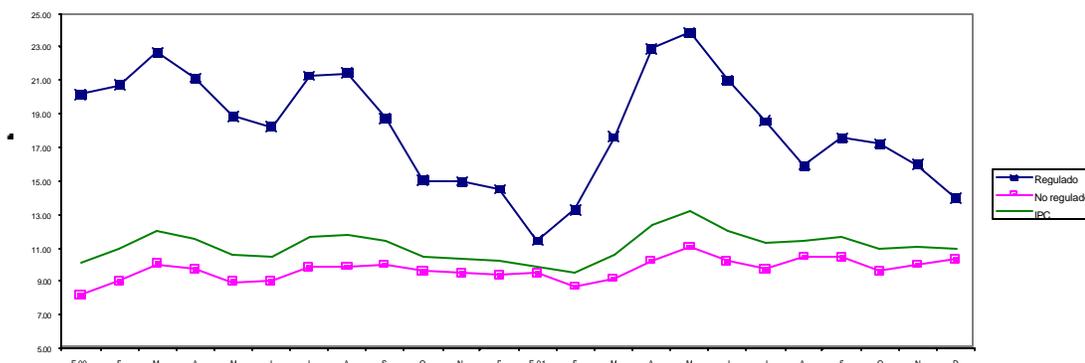
	1999	2000	2001
Índice de precios al consumidor	10,11	10,25	10,96
Regulados	16,69	14,51	13,95
No regulados	8,90	9,38	10,32
Índice de núcleo inflacionario	9,16	9,56	8,74

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

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

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

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



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

Sector externo

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

CUADRO N° 2

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

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

Los factores determinantes en la desaceleración mundial estuvieron relacionados con el alza de los precios del petróleo, la des-inflación de la burbuja en el mercado de valores tecnológicos y el incremento de las tasas de interés en los Estados Unidos y en los países de la Zona del Euro en el 2000. En las economías desarrolladas se sumaron factores internos asociados con la disminución de la confianza de los consumidores e inversores que impactaron el consumo privado, la inversión y las tasas de desempleo. Estos resultados afectaron negativamente las actividades económicas del resto de los países a través del menor dinamismo del comercio mundial, de la disminución de los precios de las exportaciones de bienes primarios y de los menores flujos de capital. En efecto, el volumen del comercio mundial de bienes y servicios creció apenas un 1% en el

2001 en contraste con el 12,4% de un año antes. Los acontecimientos del 11 de Setiembre en los Estados Unidos también contribuyeron al debilitamiento de la economía mundial.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

externos netos del país. Buena parte de los recursos fueron canalizados al sector privado y bajo la modalidad de inversión extranjera directa, de manera que no hubo presiones sobre la capacidad de pagos del país.

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

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

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

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

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

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

Finanzas públicas

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

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

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

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

- La aprobación de la Ley de Simplificación y Eficiencia Tributaria, Ley No. 8114, del 9 de julio de 2001, que entre otras modificaciones incluyó la reducción del plazo para la transferencia a Hacienda de los impuestos recaudados por concepto de ventas y consumo, lo cual favoreció la recaudación de estos gravámenes.
- Las modificaciones introducidas a la ley del impuesto sobre la renta redundaron en una mayor recaudación de este tributo, pues entre otros aspectos incluyeron: el establecimiento de un impuesto único y definitivo de US \$125.000 anuales, para los bancos e instituciones financieras no domiciliadas en Costa Rica que posean vinculación con nuestro país; la disminución del gasto deducible que los contribuyentes pueden realizar para compensar el deterioro u obsolescencia de los activos generadores de renta; el incremento de la tarifa del impuesto sobre la renta de un 10% a un 15%, aplicable a dietas, gratificaciones y participaciones que reciban ejecutivos, directores y consejeros de sociedades u otro tipo de entes, así como sobre los salarios en especie u otros pagos de similar naturaleza; también se incluyó a las universidades privadas como contribuyentes de este gravamen e introdujo un impuesto del 8% sobre las operaciones de recompras y reporto de valores.
- En 2001 ingresaron cerca de ₡8.000 millones por concepto de impuestos de ventas, consumo y renta que correspondían al año 2000, producto de la amnistía decretada por el Gobierno para el pago de estos tributos.
- La reducción de casi un 50% de los Certificados de Abono Tributario (CAT) presentados al Gobierno para su redención, incrementó la renta gravable de las empresas.
- La aplicación del Código de Normas y Procedimientos Tributarios le permitió al Ministerio de Hacienda cerrar los negocios que retuvieran el traspaso de los impuestos de ventas y consumo.

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

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

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

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

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

Déficit por intereses	-3,6%	-4,0%
-----------------------	-------	-------

1/ Cifras preliminares.

Fuente: Ministerio de Hacienda.

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

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

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

Deuda pública

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

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

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

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

CONTEXTO POLÍTICO

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

División de poderes

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

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

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

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

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

- El Tribunal Supremo de Elecciones entre otras funciones están las de garantizar la pureza del sufragio, tutelar las garantías políticas y convocar a elecciones populares nacionales o de otro tipo.
- La Defensoría de los Habitantes de la República, que es la encargada de proteger los derechos e intereses de los habitantes ante acciones u omisiones del sector público que les afecten.
- La Contraloría General de la República, cuya misión es la de ejercer el control superior de la Hacienda Pública.

Gobernabilidad

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

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

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

"Históricamente, la simultaneidad de los tres procesos electorales provocaba que las elecciones legislativas y municipales siguieran la tendencia dictada por las elecciones presidenciales; sin embargo las elecciones de 1994 y 1998, principalmente, marcaron una diferencia por el comportamiento del electorado

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

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

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

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

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

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

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

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

El abstencionismo en las elecciones de 1998 de 30% y del 2002 de 40%, es muestra de este alejamiento del ciudadano de la vida política del país, pero también se debe ver como generado porque las personas esperan de su democracia ciertas cosas que, por diversas razones, no están ocurriendo. Y es que la democracia no es percibida sólo como el acto de las elecciones, el cual se reconoce como un logro importante del país, pero que ya no suficiente para lograr una democracia de calidad. Ahora la ciudadanía pide de su democracia participar en las decisiones, rendición de cuentas (reforma art.11 Constitución Política), transparencia en la administración, en fin, elementos que le dan nuevos atributos a la democracia.

⁵ Citado en el VI Informe Estado de la Nación.

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

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

Trato ciudadano en las instituciones públicas

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

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

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

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

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

Sector Salud en Costa Rica

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

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

Reforma del sector salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema.
- Fortalecer conceptual y operativamente el rol de rectoría del Ministerio de Salud.

- Continuar con el proceso de consolidación del primer nivel de atención.
- Operacionalizar y fortalecer la red de servicios de salud.
- Profundizar el proceso de desconcentración y de participación social.
- Seguir conduciendo la modernización y el desarrollo de la CCSS y del Sector Salud.
- Mejorar los sistemas de información y llevar adelante el nuevo modelo de asignación de recursos.
- Crear mecanismos tendientes a la humanización de los servicios que brinda la CCSS.
- Introducir competencias con la finalidad de mejorar la eficiencia de los servicios.
- Profundizar los programas de promoción de la salud. Esto con carácter de urgencia pues se considera como la mejor estrategia para enfrentar los problemas crónicos, emergentes y reemergentes que afectan a la población costarricense.
- Articular todos los esfuerzos institucionales para que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ponga en funcionamiento un buen programa de promoción de la salud.
- Mantener la cobertura de los servicios y la prestación con calidad dentro de las restricciones financieras que tiene el sector.

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

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

Algunos indicadores en salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Impulsar una vigorosa política social que promueva el desarrollo integral de la población costarricense.
2. Reactivar la economía y aumentar la competitividad de los sectores productivos en un ambiente macroeconómico estable.
3. Promover mecanismos transparentes, ágiles y efectivos de participación ciudadana, rendición de cuentas y evaluación para mejorar la gestión y servicios públicos.

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

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

1. Avanzar en la atención universal de las necesidades de vivienda, salud, educación, cultura, con énfasis en las poblaciones excluidas y en territorios prioritarios por su menor desarrollo relativos.
2. Dirigir los recursos de los Ministerios e Instituciones Autónomas, en forma prioritaria, para equiparar los servicios de los cantones pobres con aquellos en mayor desarrollo.
3. Contribuir a la generación y distribución de la riqueza por medio de la creación de empleo y el apoyo a la producción en las zonas de desarrollo prioritario.
4. Reorganizar los programas sociales con el fin de lograr una mayor eficiencia e impacto en el desarrollo humano y reducción de la pobreza.

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

3. CONTEXTO SOCIAL

Índice de desarrollo humano

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

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

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

Fuente: Informes Desarrollo Humano, PNUD. 2001

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

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

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

Crecimiento poblacional y su distribución

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

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

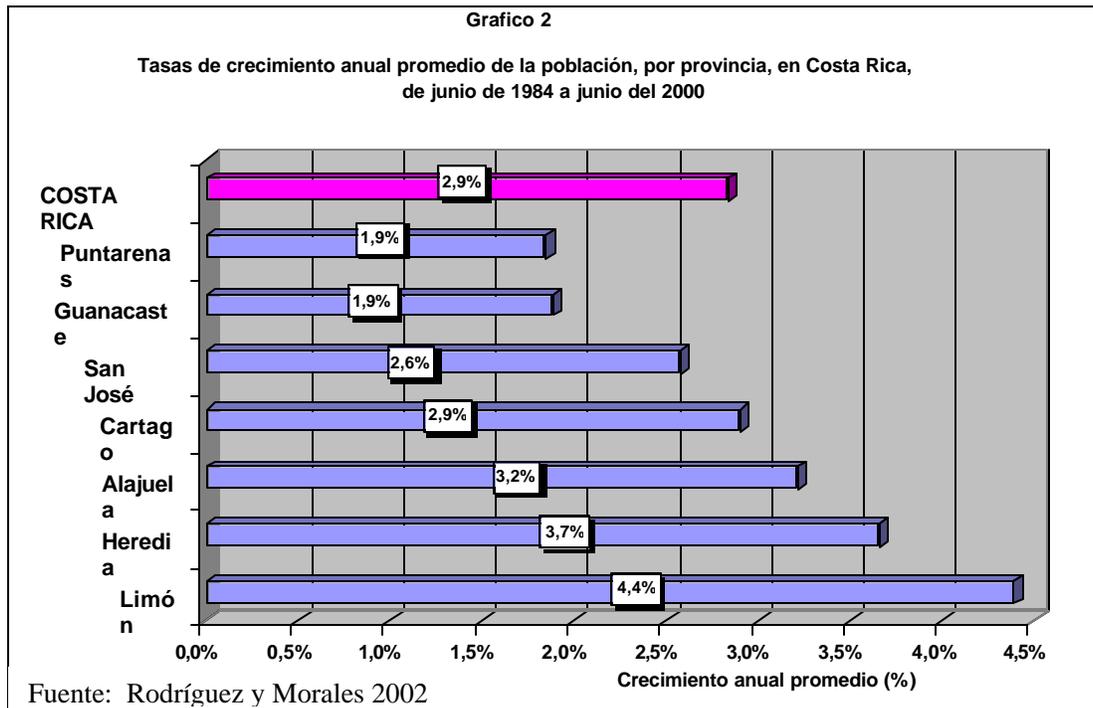
Cuadro 5
Costa Rica. Crecimiento poblacional, por sexo y densidad de población. 1996-2001

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

Fuente: Centro Centroamericano de Población, UCR.

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

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



Ingresos e incidencia de la pobreza

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

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

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

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

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, INEC.

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

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

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

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

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

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2001. INEC

Ingresos y comportamiento del empleo en el país

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

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

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

Fuente: VIII Informe del Estado de la Nación.

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

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

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

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

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, INEC.

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

Acceso a la Educación

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

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

Cuadro 10
COSTA RICA

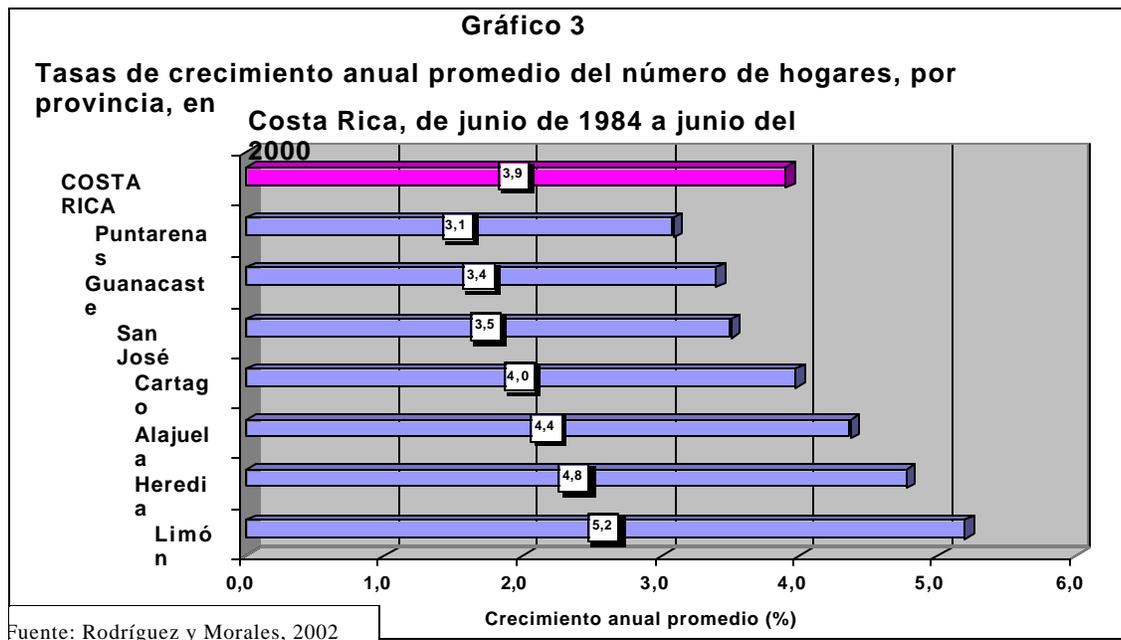
Porcentaje de asistencia escolar de la población mayor de 5 años y más, por sexo y según grupos de edad en el 2000.

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

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

Conforme sigue avanzando la edad, los porcentajes de personas que estudian disminuye rápidamente, razón por la cual el promedio de años de estudios de la población costarricense es de 7,7 años (VII Informe Estado de la Nación). Podemos concluir que en general la población es alfabetizada, pero rápidamente deja de estudiar, por lo que su nivel educativo no es muy alto. Si se observa en el Cuadro 8, en todos los grupos de edad, las mujeres se logran mantener más que los hombres en el sistema educativo. Según el Censo 2000 el nivel de alfabetismo es alto: el 89,6% de la población mayor de 5 años ha recibido algún tipo de educación primaria y el 10,2% educación universitaria. Según el *VII Informe Estado de la Nación* el problema central de nuestro sistema educativo está en la cobertura en secundaria que es de 64,7% (tasa neta 58,7% incluyendo modalidades no convencionales).
Situación de la vivienda

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



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

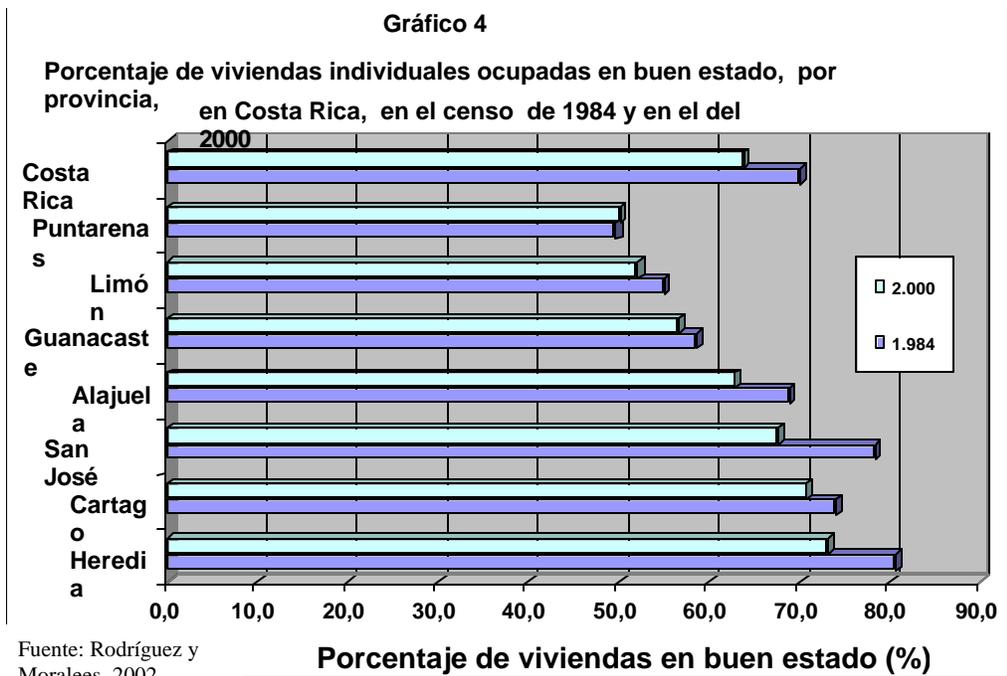
Lo anterior implica que la cantidad demandada de viviendas por año, correspondiente solo al número de hogares nuevos, crece cerca de 4% anual. Si suponemos que ese crecimiento se ha mantenido y lo proyectamos al 2002, la cantidad de viviendas demandadas por este rubro sería cercana a 40.000. (Rodríguez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

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

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

Aceso a servicios de salud

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



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

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

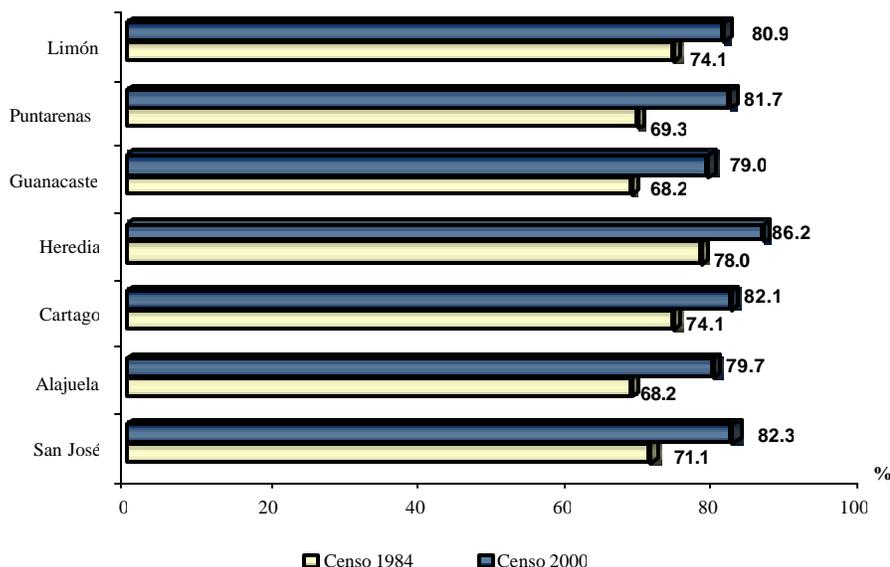
Fuente: Picado y Salazar, 2002.

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

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

Gráfico 5

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



Fuente: Picado y Salazar, 2002

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

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

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

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

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

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

Cuadro 13
Nacimientos hospitalarios en Costa Rica. 1997-2001

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

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

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

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

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

Fuente: Compendio estadístico del Informe Estado de la Nación.

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

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Central de Costa Rica. **Memoria Anual del Banco Central de Costa Rica**, 2001.
- Banco Central de Costa Rica. **Informe Económico del Banco Central de Costa Rica**, I Semestre del 2002.
- Centro Centroamericano de Población. **Cuadro evolución de la población**. En <http://www.ccp.ucr.ac.cr> , UCR. 2002.
- Chaverri, Enid y Fernández, Kattia. **Las políticas públicas adoptadas por el Estado Costarricense a partir de la ratificación de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático durante la Administración del Ing. J.M. Figueres O. 1994-1998**. Tesis Licenciatura. Universidad de Costa Rica. 1999.
- Gutiérrez Saxe, Miguel. **Exploración de datos censales sobre la pobreza, aproximada según necesidades básicas insatisfechas (NBI), en la Costa Rica actual**. Simposio: Costa Rica a la luz del Censo 2000. 2002
- Gutiérrez Saxe, Miguel. 2002. **Exploración de datos censales sobre la pobreza, aproximada según necesidades básicas insatisfechas (NBI), en la Costa Rica actual**. Simposio: Costa Rica a la luz del Censo 2000.
- Guzmán León, Juany MSC. “Retos políticos para el 2002”. En **Revista Actualidad Económica** No.255-256 Año XVI 20 diciembre 2001.
- Hernández, Miguel. **Entrevista con Lic. Miguel Hernández**. Dirección de Desarrollo de la Salud, MINSALUD, 10 octubre 2002
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC),. **Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples**. San José, varios años.
- Picado Chacón, Gustavo (Jefe Departamento de Estudios Económicos, Dirección Actuarial, C.C.S.S.) y Salazar Figueroa, Virginia (Jefe Sección Análisis Demográfico, Dirección Actuarial, C.C.S.S.), 2002. **Análisis de la cobertura del Seguro de Salud a partir del Censo de Población 2000**. Simposio: Costa Rica a la luz del Censo 2000.
- PNUD. **Informe sobre el Desarrollo Humano 2001, Poner el adelanto tecnológico al servicio del desarrollo humano**. New York. 2001.
- Proyecto Estado de la Nación. **VII Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible**. San José, Costa Rica, 2001.
- Proyecto Estado de la Nación. **VIII Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible**. San José, Costa Rica, 2002.
- República de Costa Rica. **Constitución Política de Costa Rica**, 1949.
- República de Costa Rica. **Decreto Ejecutivo 14313-SPPS-PLAN**, de fecha 15 de febrero de 1983
- República de Costa Rica. **Decreto Ejecutivo No.27446-S**. Alcance No86-A a La Gaceta No.232 del 30 de noviembre de 1998.
- República de Costa Rica. **Ley No.8220, de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos**. Alcance No.22 a La Gaceta No.49, de fecha 11 de marzo del 2002.
- República de Costa Rica. **Decreto Ejecutivo No.30461-S-MIDEPLAN**. La Gaceta No.97, 22 de mayo 2002.
Rodríguez, Juan Antonio y Morales Sibaja, Yesenia. 2002. Evolución de los requerimientos y el acceso habitacional en costa rica 1984-2000. Simposio: Costa Rica a la luz del Censo 2000

CAPÍTULO II
“ANÁLISIS DEMOGRAFICO Y EPIDEMIOLOGICO”

CAPÍTULO II

ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLOGICO

RESUMEN EJECUTIVO

Principales tendencias

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

Tendencias Demográficas

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

Las principales tendencias demográficas nacionales son:

- El crecimiento demográfico continúa aumentando significativamente.
- La estructura de la población continúa mostrando cambios, al reducirse paulatinamente el peso relativo de los grupos más jóvenes (0 a 14 años) e incrementándose el grupo de individuos de 15 a 64 años, así mismo las personas de 65 y más años.
- La fecundidad ha continuado con una marcada tendencia decreciente, en detrimento del crecimiento poblacional. En adolescentes esta continúa siendo un problema.
- En resumen se observa una disminución de los nacimientos en general.
- La inmigración internacional, especialmente de nicaragüenses, se ha intensificado considerablemente.

Mortalidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre las principales causas, tenemos:

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

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

Morbilidad

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

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

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

Principales problemas

1. Los indicadores demográficos señalan el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años con reducción de la mortalidad en los menores de 15 años e incremento consistente de adultos mayores que demandan complejos servicios de salud. Los movimientos migratorios internos y externos están marcados por procesos complejos de urbanización, incremento de la marginalidad, inseguridad, dificultades en la inserción laboral competitiva, además de presión sobre vivienda, servicios públicos (educación, salud), trabajo y desplazamiento de enfermedades emergentes y reemergentes hacia regiones anteriormente de bajo riesgo.
2. La mortalidad general mantiene niveles muy bajos, debiendo esperarse incrementos en el futuro, derivados de la estructura poblacional. La esperanza de vida al nacimiento revela la importante opción de utilizar la amplia franja de capacidad productiva que representa el grupo de 15 a 49 años de edad. Éste contribuye con un sexto de la mortalidad por causas que en gran medida pueden ser prevenidas y controladas con medidas de promoción y protección de la salud.
3. La mortalidad infantil y materna, presentan tasas relativamente bajas, pero aún se observan porcentajes importantes en la prevenibilidad, determinado por la condición de vida familiar, a la causa básica de fallecimiento y la calidad de respuesta del sistema de atención. En este sentido, se requiere fortalecer el interés político de reducción de ambas tasas mediante el trabajo intra e intersectorial expresado en el Plan de prevención de la mortalidad infantil y la promoción de la salud materno perinatal año 2002-2006, el cual fue elaborado a partir de acciones estratégicas específicas a desarrollarse en las Áreas de Salud, con el fin de mejorar la atención de salud, con enfoque de equidad, en los diferentes niveles.
4. Se observa una marcada reducción de las enfermedades prevenibles por vacunación. Hacia el año 2003 deberán incorporarse nuevas vacunas de acuerdo con el perfil nacional y fortalecer la vigilancia de otras enfermedades inmuno-prevenibles tales como influenza, varicela, neumonía, diarreas y otras. La vigilancia epidemiológica de estas enfermedades seguirá constituyendo un reto importante.
5. Las enfermedades emergentes y reemergentes (aparecidas o incrementadas en los últimos veinte años) constituyen un grupo que requiere vigilancia permanente. La detección de casos importados con altos niveles de resistencia a los quimioterápicos de primera línea constituye un riesgo que es necesario valorar constantemente.
6. Las enfermedades no transmisibles ocupan en la actualidad un lugar preponderante en el perfil epidemiológico nacional, sin embargo presenta importantes deficiencias en la identificación y registro tanto de casos como de los factores de riesgo que las condicionan. En la legislación vigente sólo se identifica el cáncer como enfermedad crónica de notificación obligatoria. Se presenta como reto la sistematización de la vigilancia y desarrollo de estrategias de promoción de estilos de vida saludables orientadas al abordaje del problema.
7. Las intoxicaciones por plaguicidas continúa siendo un gran problema de salud pública en las áreas de alta explotación agrícola. Costa Rica forma parte de los países con mayor uso de plaguicidas per cápita en el mundo (2 Kg. por persona/año). Existe un grave problema de subregistro y notificación de las intoxicaciones por plaguicidas por lo que es necesario fortalecer el sistema de vigilancia del evento, los factores de riesgo y los grupos humanos expuestos.

SÍNTESIS DE ASPECTOS A CONSIDERAR EN FUTUROS ANÁLISIS

Limitaciones de información

Se encuentran limitaciones de información en cuanto a:

1. Centralización de la información.
2. Falta de bases de datos sistematizadas, oportunas y uniformes de carácter intersectorial e interinstitucional.
3. Escaso mapeo para manejo de datos.
4. En algunos eventos se carece del análisis con base a riesgo.

Calidad de la información

Se encuentran limitaciones de la calidad de la información:

1. Subregistro en la notificación de algunos eventos.
2. Deficiencia en la elaboración del certificado de defunción.
3. Deficiencia en el llenado de las boletas de notificación de eventos

Recomendaciones para intervenir en los aspectos críticos de Epidemiología y Demografía

1. Fortalecer la capacidad de análisis e investigación epidemiológica para la implementación y evaluación de intervenciones, planes, proyectos y políticas de salud.
2. Implementar los procesos de supervisión y evaluación en los tres niveles de gestión a fin de garantizar la equidad, calidad, universalidad e impacto de las acciones en salud.
3. Desarrollar redes de información y comunicación en salud con base en el análisis de la información producida por las diferentes instituciones que sean relevantes para la toma de decisiones.
4. Fortalecer la experticia en salud pública del recurso humano de las instituciones del sector, para el análisis, vigilancia, intervención y evaluación oportunas y efectiva en salud.
5. Notificar en forma oportuna y sistemática los eventos sujetos a vigilancia según el reglamento de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud para la formulación de políticas, toma de decisiones y definición de intervenciones.
6. Consolidar y fortalecer la vigilancia de las enfermedades no transmisibles de forma integral de manera que contemple aspectos de promoción, detección, tratamiento y vigilancia epidemiológica.
7. Consolidar el sistema nacional de vigilancia con respaldo legal y estableciendo claramente las funciones de las instituciones del sector y fuera del sector salud.

Otras medidas posibles por adoptar

1. Realizar estudios epidemiológicos que definan las variables críticas para la toma de decisiones y acciones.
2. Registros descentralizados subnacionales y análisis intersectoriales periódicos de los mismos en las zonas definidas en riesgo.
3. Evaluación de las acciones tomadas con base en la información obtenida de los análisis.
4. Sistemas de registro uniformes.
5. Generalización del uso de tasas para el manejo de la información.
6. Revisar el papel de la vigilancia por laboratorio como apoyo al sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

Necesidades para el progreso en la calidad de próximos análisis

1. Mayor compromiso por parte de las instituciones del sector en la definición de los equipos y sus responsabilidades.
2. Fomentar la periodicidad de revisión y análisis de la información.
3. Promover la disponibilidad de recurso humano capacitado.

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

Introducción

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

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

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

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

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

Metodología

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

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

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

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

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

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

I. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

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

El *IX Censo Nacional de Población*, realizado en junio del 2000, indica que a esa fecha Costa Rica alcanzó un total de 3.810.179 habitantes, siendo el 49,9 % de sexo masculino y el 50,06 % femenino, con una tasa de crecimiento anual en el período intercensal (1984-2000) de 2,8 % (con rangos -0.1 a 7.5 %).

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

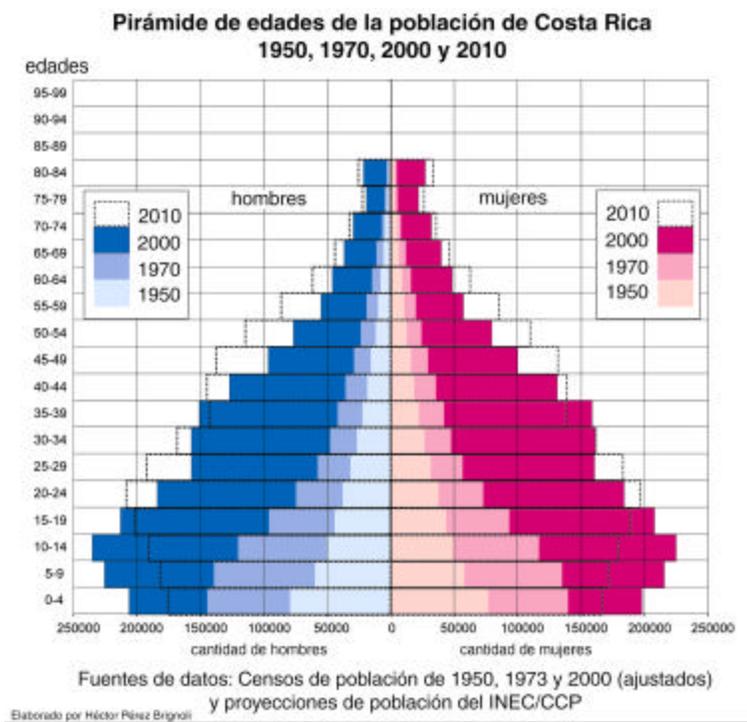
Para el año 2000, la tasa de alfabetismo de la población mayor de 10 años fue de 95,2 %, es similar para ambos sexos, mostrando un mejoramiento del 2,1% con respecto al censo de 1984, San José es la provincia con mayor nivel de alfabetización, Puntarenas, Limón y Guanacaste con menor nivel de alfabetización.

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

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

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

Gráfico 1

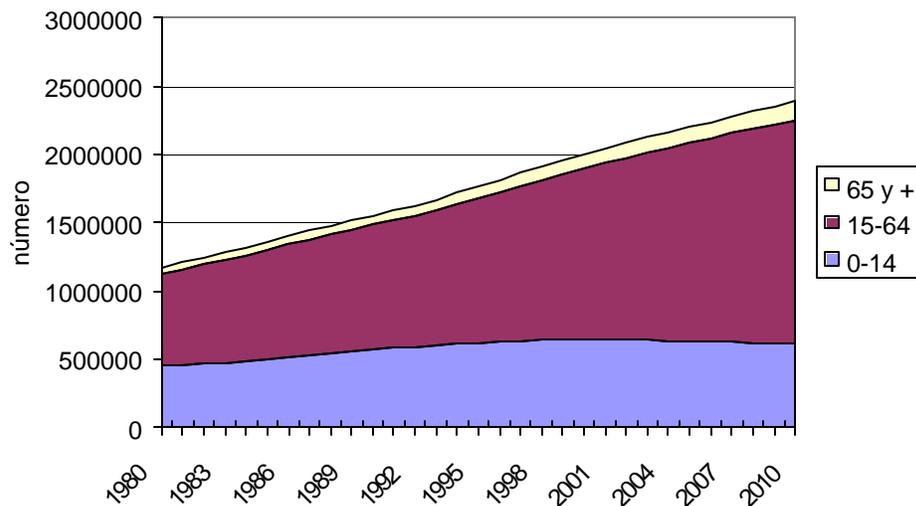


En los últimos 10 años es evidente que la población de Costa Rica ha entrado en un proceso de envejecimiento relativo, el cual continuará en los años futuros. Esto se puede apreciar con claridad en los siguientes gráficos donde se muestran las tendencias de la población por grandes grupos de edad (menores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

Gráfico 2

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

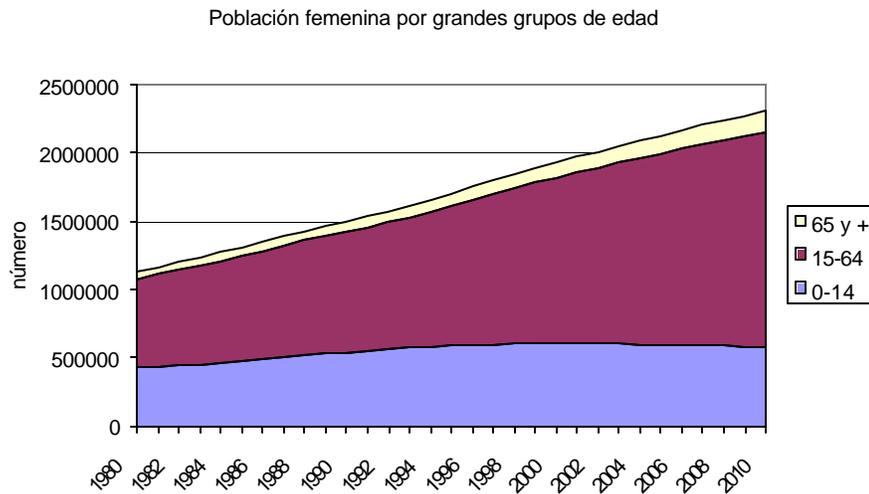
Población masculina por grandes grupos de edad



Fuente: Proyecciones del INEC-CCP

Gráfico 3

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



Fuente: Proyecciones del INEC-CCP

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

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

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

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

Tabla 1
Cantones según Índice de Desarrollo Social
Costa Rica 2002

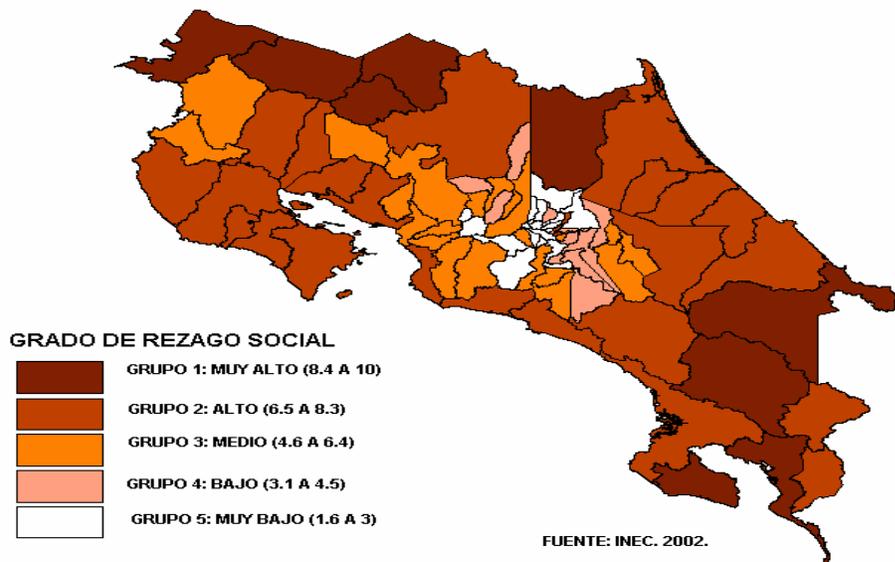
Grupo No. 1 Muy alto 9 a 10		Grupo No. 2 Alto 6,5 a 8,3		Grupo No. 3 Medio 4,6 a 6,4	
Cantón	I.R.S	Cantón	IRS	Cantón	IRS
Talamanca	10.0	Osa	8,25	Liberia	6,25
Upala	9,88	Coto Brus	8,13	Tarrazú	5,88
Los Chiles	9,75	Matina	8,13	Carrillo	5,88
La Cruz	9,75	Garabito	8,13	Tilarán	5,88
Sarapiquí	9,38	Abangares	8,00	León Cortés	5,75
Guatuso	9,38	Pocosí	7,88	San Ramón	5,63
Golfito	9,25	Parrita	7,75	Aserri	5,50
Buenos Aires	9,0	Nandayure	7,75	Montes de Oro	5,38
		Corredores	7,73	Jiménez	5,38
		Nicoya	7,50	Dota	5,25
		San Carlos	7,50	Valverde Vega	5,25
		Turrubares	7,50	Orotina	5,25
		Acosta	7,38	Naranjo	5,25
		Limón	7,38	Puriscal	5,13
		Turrialba	7,25	Esparza	5,00
		Aguirre	7,25	Alvarado	4,88
		Siquirres	7,13	Paraíso	4,88
		Bagaces	7,00	Poás	4,63
		Puntarenas	7,00	Mora	4,63
		Hojancha	6,75		
		Santa Cruz	6,63		
		San Mateo	6,50		
		Pérez	6,50		
		Zeledón			
		Cañas	6,50		
		Guácimo	6,50		

Tabla 2.

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

Mapa 1

**INDICE DE REZAGO SOCIAL SEGÚN CANTONES
COSTA RICA 2002**



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

1.3 Tendencias generales de la mortalidad y la fecundidad

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

Tabla 3.

Indicadores demográficos. Costa Rica. 2000

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

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

1.4 Tendencias generales de la migración

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

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

1.5 Acceso a los servicios de salud

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

1.6 Problemas específicos de las poblaciones indígenas.

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

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

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

II. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

2.1 Tendencia de la Mortalidad General

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

Las causas de muerte se agruparon en la forma siguiente:

- Enfermedades de la niñez: perinatales, diarreas y congénitas
- Enfermedades infecciosas: Tuberculosis, IRA, SIDA y otras
- Enfermedades crónicas: cardiovasculares, diabetes, alcoholismo y cirrosis, respiratorias crónicas.
- Todos los tipos de cáncer
- Muertes violentas: accidentes, accidentes de tránsito, suicidios y homicidios.
- Otras causas: Las que no se incluyen en los grupos anteriores.

Tabla 4

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

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

Tabla 5

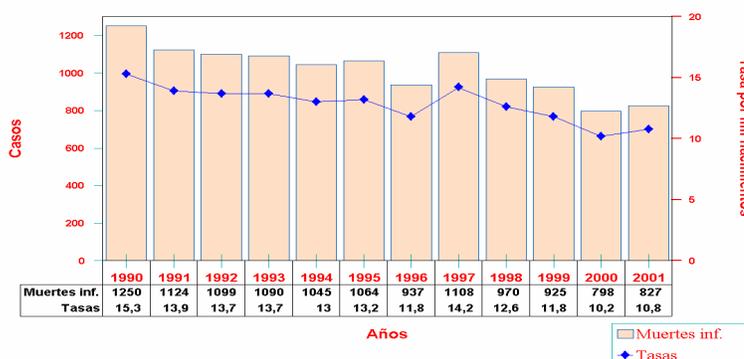
V. Esperanza de vida según edad y causas de muerte, Costa Rica, VI. 1999-2001						
VII. Hombr es	Eliminando un grupo específico de causas					
Edades	Todas las causas de muerte	Enf.de la niñez	Enf. infecciosas	Todos los tipos de cáncer	Muertes violentas	Enfermedades crónicas
Menos de 1 año	75.4	76.3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

2.2 Tendencia de la Mortalidad Infantil

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

Gráfico 4

Tendencias de la mortalidad infantil. Costa Rica 1990-2001
(tasa por mil nacimientos)

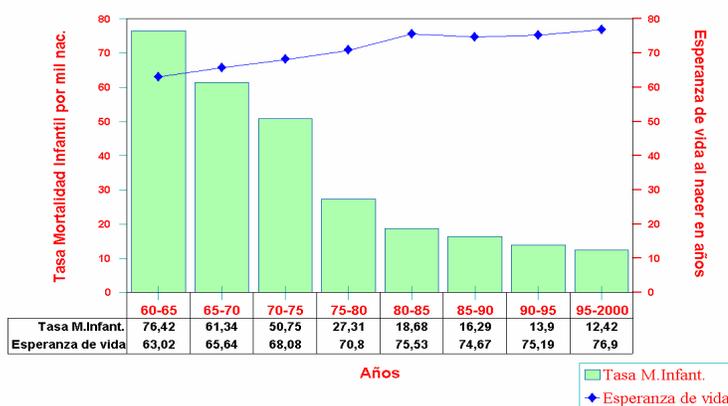


Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística M.Salud

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

Gráfico 5

Tendencias de la esperanza de vida al nacer y de la tasa de mortalidad infantil.
Costa Rica 1960-2000
(M.Infantil tasa por mil nacimientos)

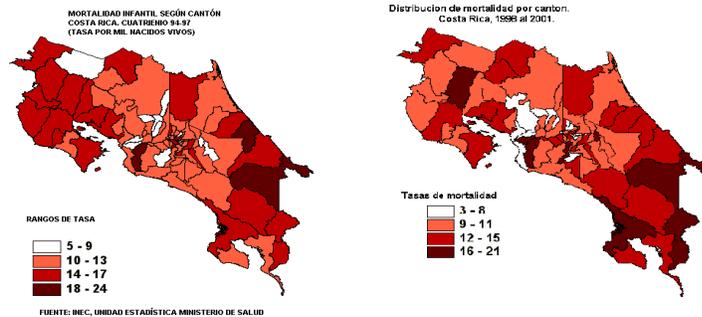


Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística M.Salud

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

Mapa 2

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



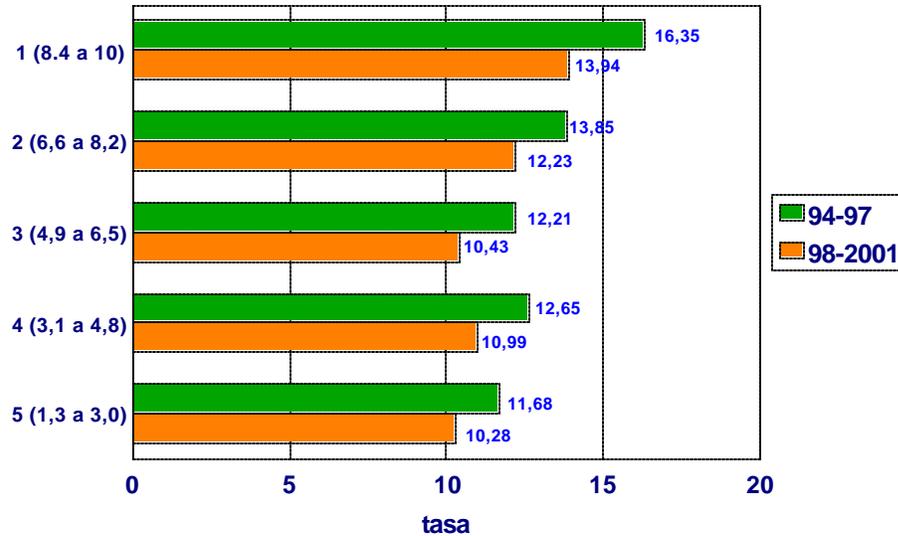
Para determinar esta posible asociación, los cantones se agruparon en cinco grupos de acuerdo con la clasificación del índice de rezago social. Los cantones ubicados en el grupo N° 1 y N° 2 son los que muestran el indicador de rezago social más alto, lo que significa que muestran deficiencias importantes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

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

Gráfico 6

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

grupo segun I.R.S.



Fuente: INEC-CCP-Unidad Estadística M.Salud

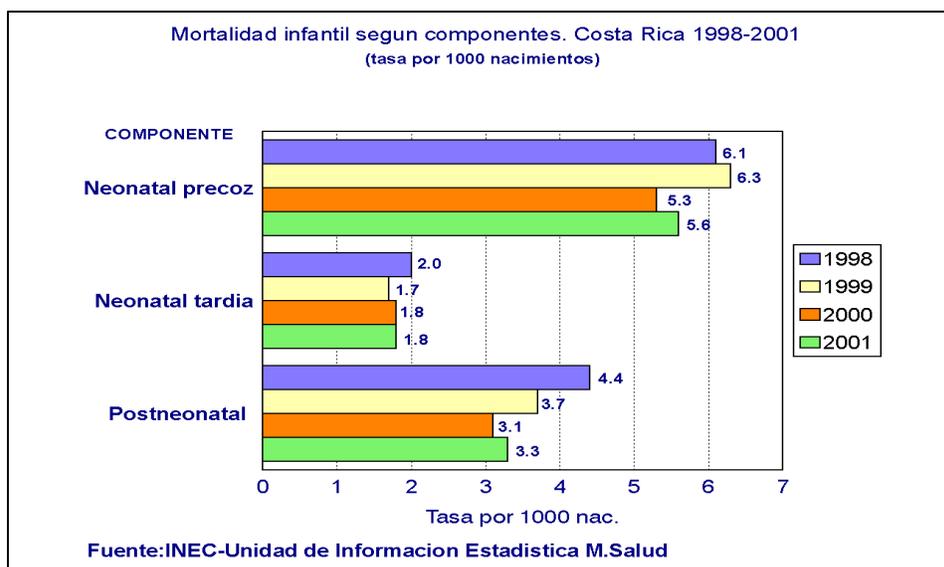
Además se observa una diferencia descendente de 2.67 puntos entre el primer y segundo cuatrienio en el primer grupo, a pesar de su alto índice de rezago social, lo que probablemente indique que durante los dos cuatrienios hubo mejoras en las condiciones de vida de dichas poblaciones, entre otros factores.

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

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

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

Gráfico 7



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

Tabla 6

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

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

Fuente: INEC, Unidad de Información Estadística MS

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

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

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

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

Tabla 7

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

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

Fuente: SINAMI, Ministerio de Salud.

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

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

Tabla 8

Mortalidad infantil según necesidades básicas.
Costa Rica 1998-1999

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

Fuente: SINAMI, Ministerio de Salud.

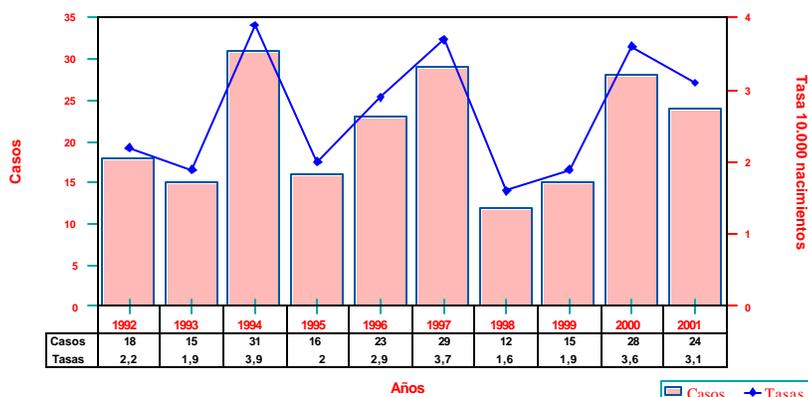
La tendencia de mortalidad infantil, la causalidad y la distribución geográfica asociada a bajas condiciones de vida, planteó la necesidad de elaborar el plan de prevención de la mortalidad infantil y promoción de la salud materno perinatal con un enfoque intra e intersectorial, con el propósito de lograr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

2.3 Tendencia de la Mortalidad Materna

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

Gráfico 8

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



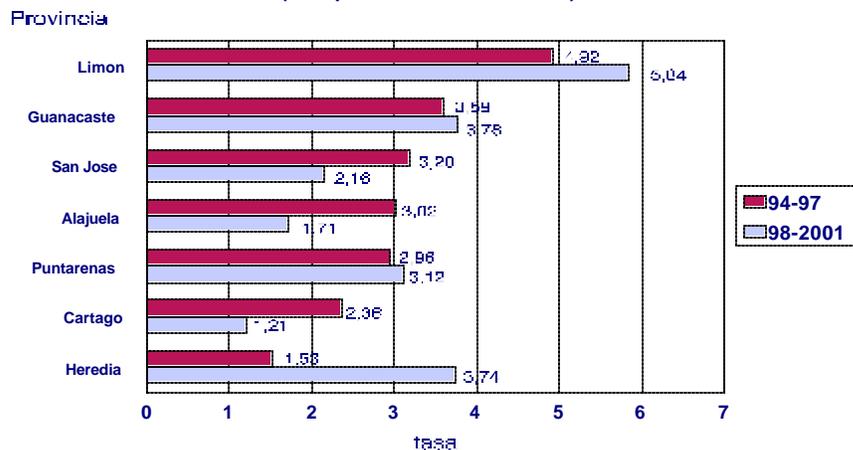
Fuente: JNEC-Unidad de Información Estadística M.Salud

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

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

Gráfico 9

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



Fuente: INEC-Unidad Estadística M.Salud

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

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

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

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

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

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

Grandes Grupos de Causas	Años											
	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	N°	Tasa										
Total	23	2.90	29	3.7	12	1.56	15	1.91	28	3.58	24	3.14
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio	11	1.39	8	1.03	2	0.26	4	0.51	2	0.26	4	0.52
Embarazo terminado en aborto	4	0.51	5	0.64	3	0.39	1	0.13	3	0.38	2	0.26
Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica	4	0.51	2	0.26	3	0.39	1	0.13	5	0.64	0	0
Complicaciones trabajo de parto y el parto	3	0.38	5	0.64	2	0.26	3	0.38	8	1.02	7	0.92
Trastornos maternos relacionados principalmente embarazo	1	0.13	1	0.13	2	0.26	0	0	1	0.13	3	0.39
Complicaciones puerperio	0	0	4	0.51	0	0	3	0.38	4	0.51	0	0
Otras afecciones obstétricas	0	0	4	0.51	0	0	3	0.38	5	0.64	8	1.05

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

2.4 Enfermedades transmisibles

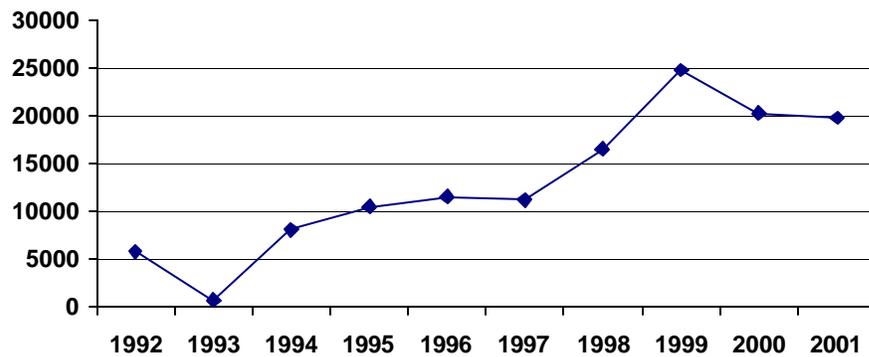
Al analizar la tendencia de la mortalidad general de Costa Rica, tomando los años 1990, 1995 y 2000, por los seis grandes grupos de causas de la clasificación 6/67 de la OPS, y utilizando para ello la mortalidad proporcional, se encuentra que no ha habido variación en la posición que ocupa el grupo de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

2.4.1 Infecciones respiratorias agudas (IRA)

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

Gráfico 10

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



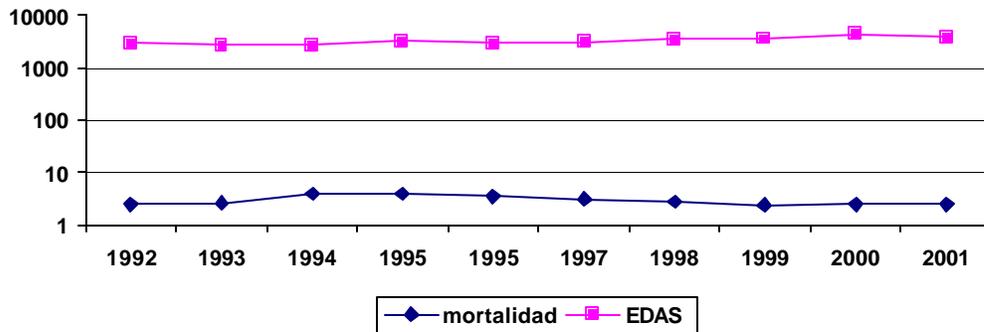
Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

2.4.2 Enfermedad diarreica aguda (EDA)

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

Gráfico 11

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



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

La letalidad ha descendido en los últimos 8 años, pasando de 0,12% en 1994 a 0,06% en el año 2001 lo que evidencia mejor acceso a servicios, mayor oportunidad de éstos, mejora en la educación de la comunidad y mejor manejo de las diarreas en los servicios de salud entre otros, en parte por el énfasis ante la reintroducción del Cólera al Continente Americano en 1991. Se puede observar un incremento en los casos notificados en los meses de marzo y junio. Tanto la incidencia como la mortalidad se da en mayor número en las edades extremas, menores de 5 años y mayores de 65 años. Las provincias con mortalidad más alta en el año 2001 son Puntarenas (4,2 por cien mil), Guanacaste (2,8 por cien mil), y Alajuela (2,7 por cien mil).

2.4.3 Enfermedades Inmunoprevenibles

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

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

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

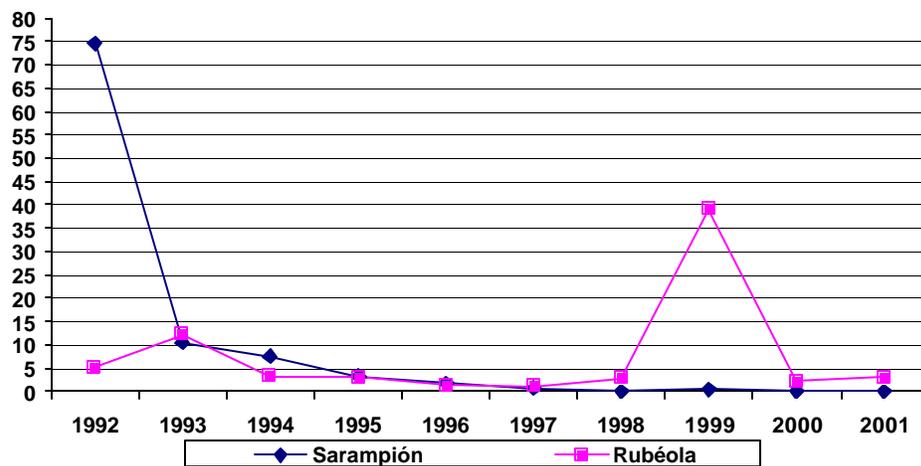
El sarampión produjo la última gran epidemia en los años 1991 al 93, con un total de 9450 casos. La mortalidad fue de 58 casos en total, es decir una letalidad total para la epidemia de 6,1 muertes por cada 1000 casos de sarampión. Durante la epidemia, los menores de un año presentaron la incidencia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

nexo epidemiológico en estos. Para el año 2000 y hasta noviembre del 2002, siguen sin notificarse casos confirmados por sarampión.

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

Gráfico 12

Incidencia del sarampión y la rubéola
Costa Rica 1992- 2001



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

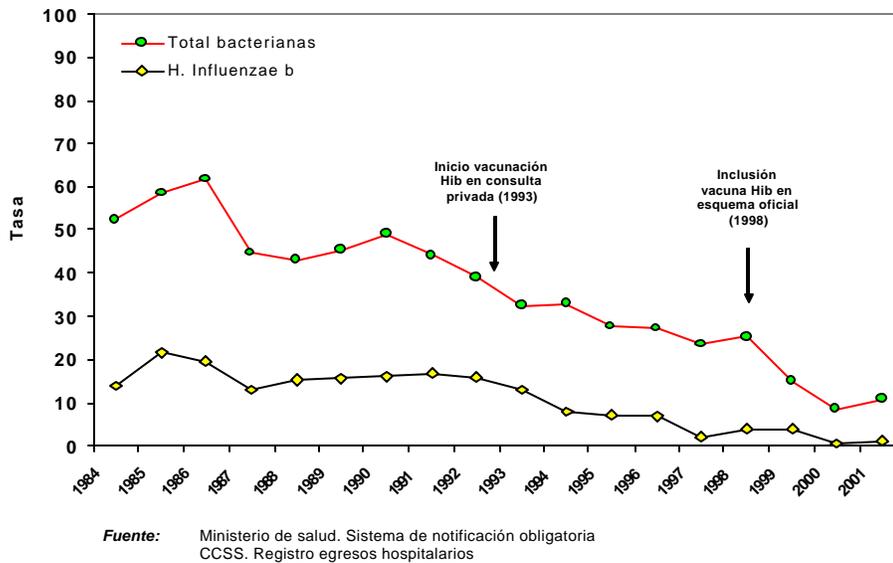
A finales del 2000, el Hospital Nacional de Niños (HNN) alerta sobre un incremento de los casos de tos ferina. El estudio evidenció que el 90% de los niños eran menores de 6 meses y, aunque el 81% de ellos habían cumplido con las dosis correspondientes para su edad, no tenían la edad necesaria para completar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

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

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

Gráfico 13

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



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

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

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

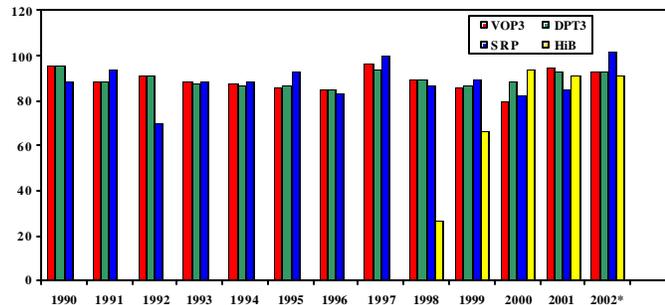
El último caso de poliomielitis se registra en 1973. A partir de 1991, Costa Rica implementó el sistema de vigilancia de las parálisis flácidas agudas (PFA). En 1994, la OPS certifica que Costa Rica eliminó la poliomielitis. Hasta la actualidad se han descartado por otros diagnósticos todos los casos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

2.4.3.1 Coberturas de vacunación. Programa Ampliado de Inmunizaciones

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

Gráfico 14

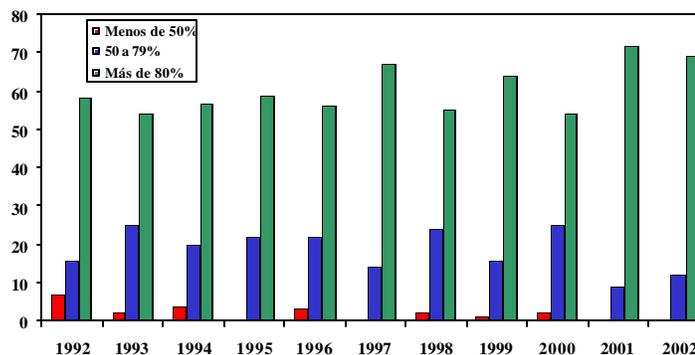
Distribución comparativa de Coberturas para VOP3, DPT3, SRP y HiB por cantones. Costa Rica, 2001 a I semestre 2002.



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

Gráfico 15

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



Por otro lado, el Área Metropolitana cuenta con los cantones catalogados de mayor desarrollo social; sin embargo, tiene los cantones más rezagados en coberturas. Se reporta que un 23,8% de los niños menores de 5 años del área metropolitana asisten a consulta privada, por lo que es probable que la ausencia de reporte de vacunas aplicadas por los servicios privados esté explicando el comportamiento de las coberturas

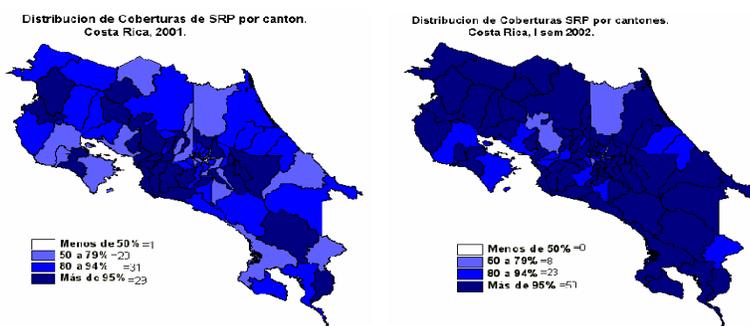
en estos cantones. En el caso de San José, la capital del país, la cobertura también se subestima por el sobre registro de nacimientos en este cantón.

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

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

Mapa 3

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



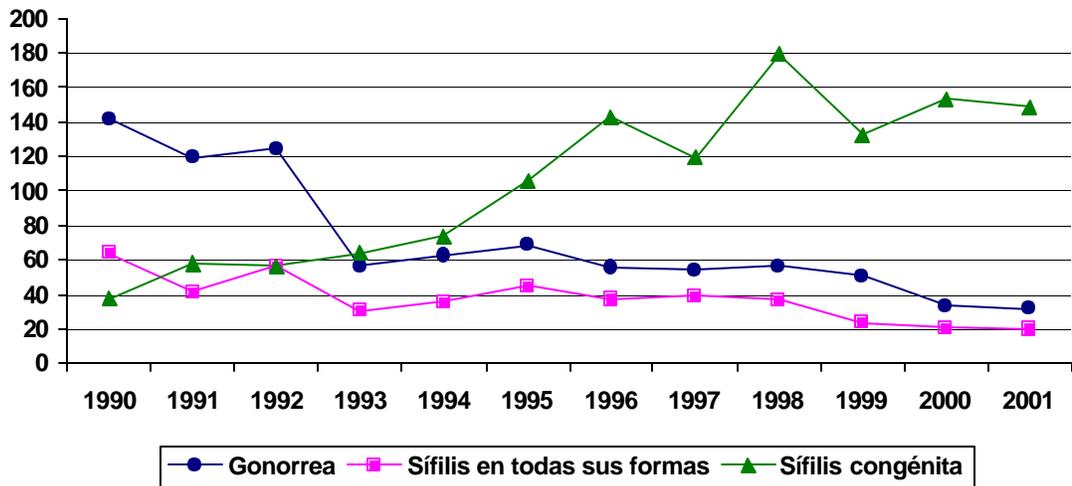
Otro logro durante el último quinquenio ha sido la introducción de la vacuna de Hib orientada a reducir la tasa de morbilidad por manifestaciones graves del *H. influenzae*. A partir del año 2000 se alcanzaron coberturas del 90% o más.

2.4.4 Infecciones de transmisión sexual

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

Gráfico 16

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



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

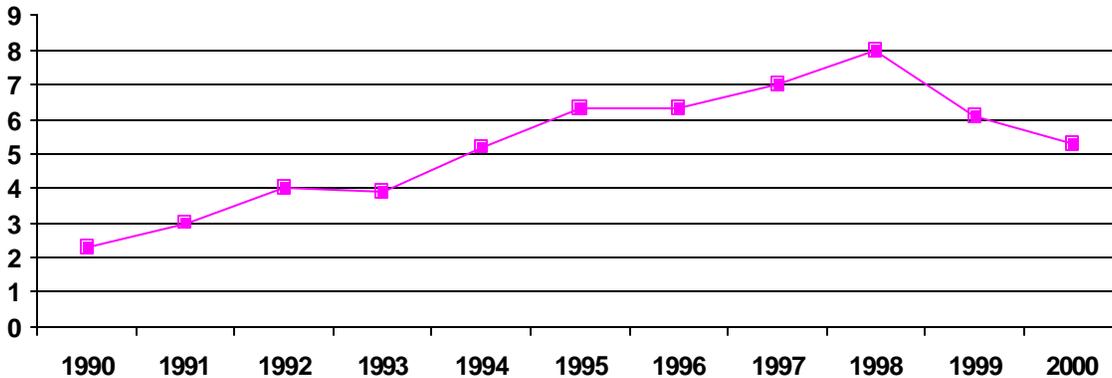
Para el año 2001, las tasas de incidencia acumulada más altas se encuentran en los menores de 1 año (141,35/100000) seguido del grupo de 15 a 44 años (27,46/100000). La razón por sexo nos muestra que de cada 1,24 casos femeninos hay un caso masculino. La información sobre egreso hospitalario no refleja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

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

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

Gráfico 17

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



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

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

2.4.5 Tuberculosis (TB)

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

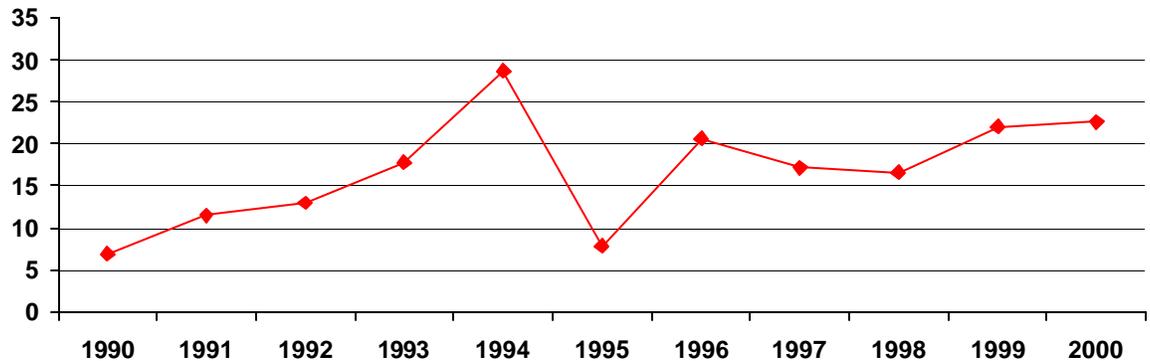
La tuberculosis pulmonar es la forma clínica más frecuente (86,5%), la cual predomina en el sexo masculino con una razón de 6:1 para 1995 y 7:1 para 1999. El grupo etario en donde se registró la mayoría de los casos corresponde a los mayores de 25 años con una tendencia ascendente conforme aumenta la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

La hospitalización por tuberculosis, pese al aumento en la incidencia acumulada, va en descenso por mejoras en la captación y adopción de un esquema de tratamiento acortado (70% con esquema acortado en

1999, mientras que en 1995, 95% seguían diversos esquemas); sin embargo, no se ha logrado avanzar en cuanto al seguimiento de casos con baciloscopías de control, ni en la reducción del abandono pues éste se mantuvo en un 20% y el porcentaje de curación disminuyó en un 10%. Del total de muertes ocurridas por enfermedades transmisibles para el año 2000, la tuberculosis representa el 8,9%.

Gráfico 18

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

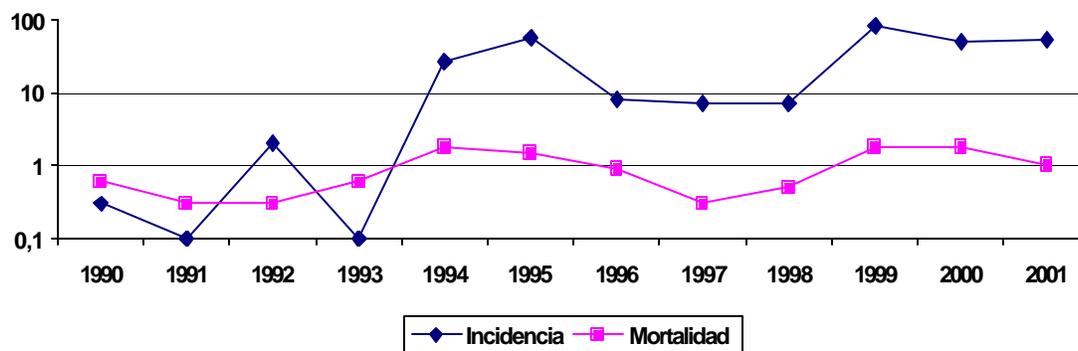


Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

2.4.6 Leptospirosis

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

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



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

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

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

Tabla 10

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

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

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

2.4.7 Enfermedades de transmisión vectorial

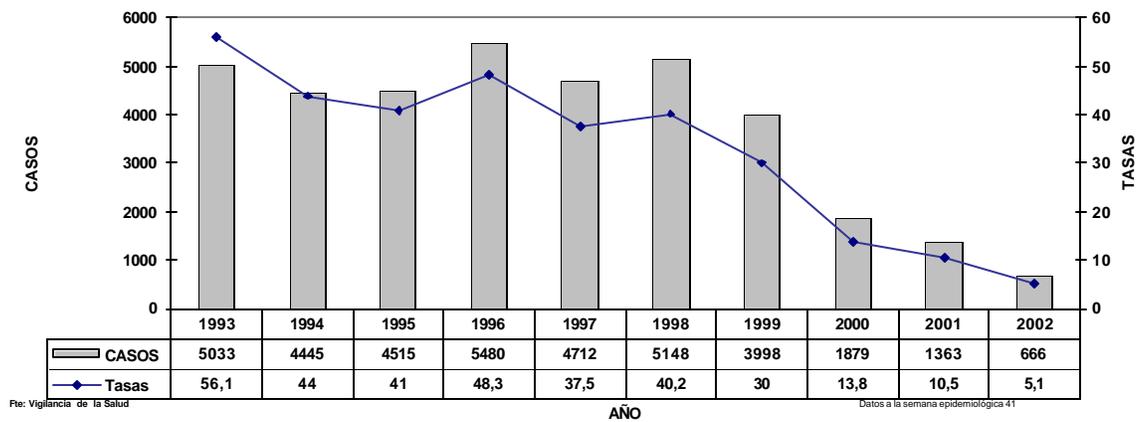
Las enfermedades de transmisión vectorial han cobrado importancia tanto en magnitud como en expansión en el territorio nacional.

2.4.7.1 Malaria

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

Gráfico 21

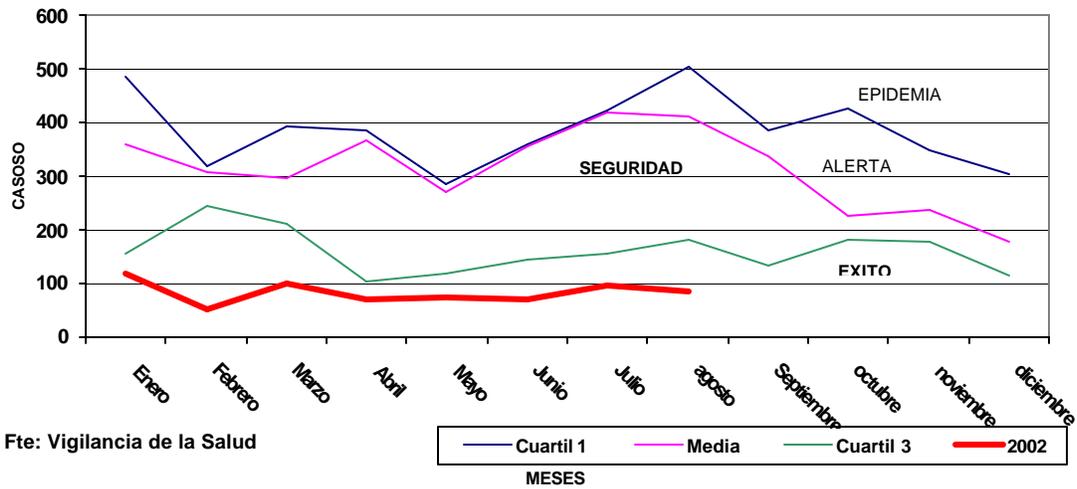
CASOS Y TASAS DE MALARIA. COSTA RICA. 1993-2002* (Tasas por 10.000 hab)



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

Gráfico 22

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



Fte: Vigilancia de la Salud



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

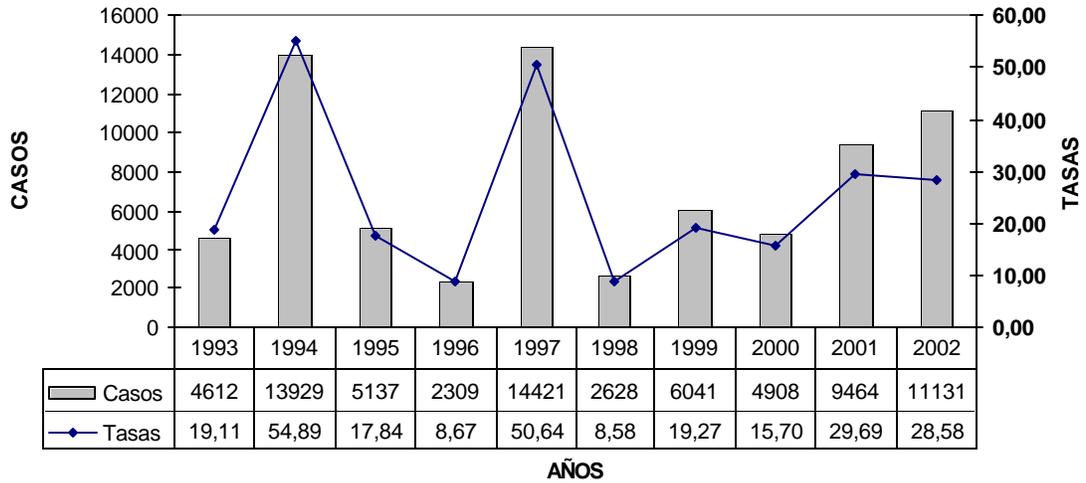
Analizando los casos de malaria durante los últimos cinco años y el año actual, se observa como durante el año 2002 se ha presentado una disminución de casos en todo el país, encontrándose el número de casos en la zona de éxito del canal endémico.

2.4.7.2 Dengue

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

Gráfico 23

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



Datos a la semana 45

Fte: Vigilancia de la Salud

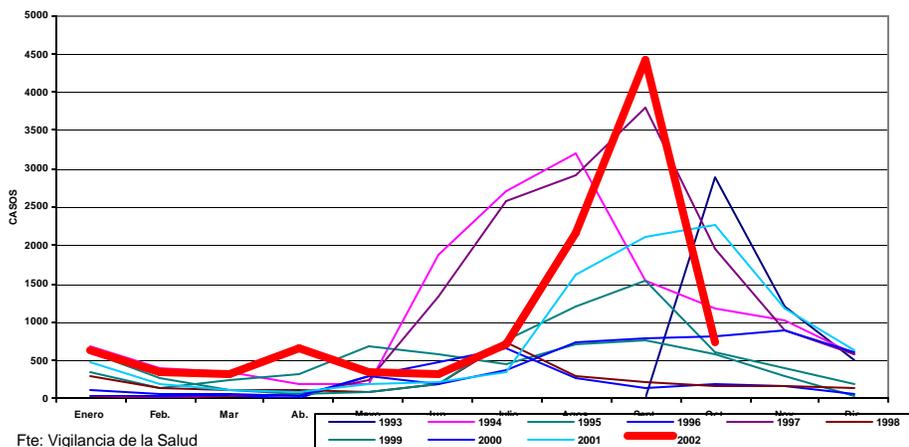
El dengue en los últimos 6 años ha mostrado un comportamiento estacional, ya que los casos comienzan a aumentar al inicio de la época de lluvia (mayo-junio) y con mayor intensidad en el mes de julio, concordando con los datos del Instituto Meteorológico Nacional, que muestran que durante el período 1997-2001,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

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

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

Gráfico 24

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



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

Plaguicidas y sustancias tóxicas

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

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

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

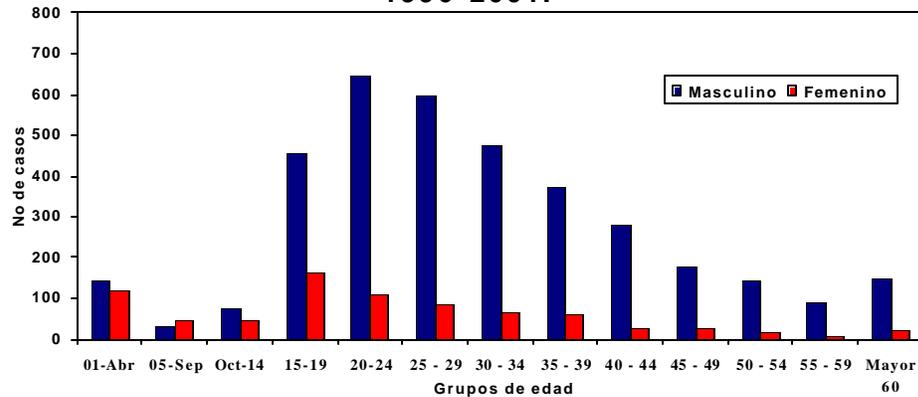
Del total de casos notificados en el período de 1996 al 2001, el 40 % corresponde a casos de origen laboral. Sin embargo, a lo largo de los seis años, no mantienen el mismo patrón, lo cual evidencia una importante reducción de estos a partir de 1999.

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

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

Gráfico 25

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



Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

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

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

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

Distribución territorial de las intoxicaciones por plaguicidas

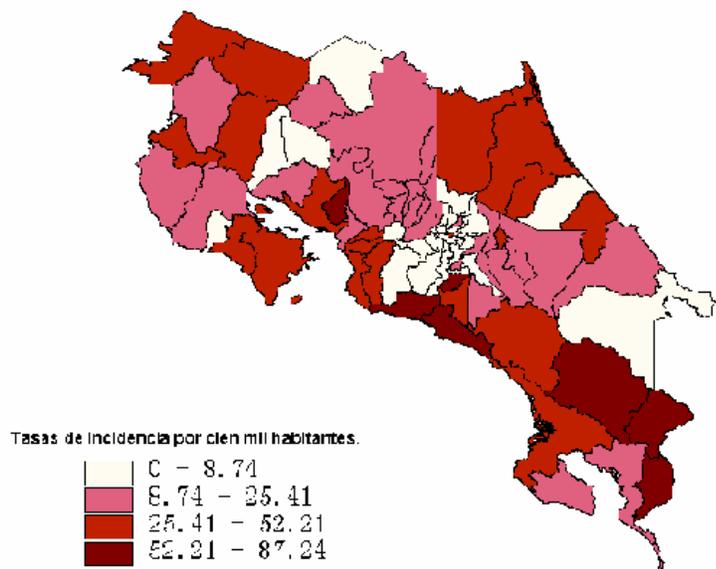
Para el período 1996-2001, las provincias de Limón, Puntarenas y Alajuela han registrado el 65,3% de los casos de intoxicación por plaguicidas, siendo la mayor parte intoxicaciones de causa laboral (30%). Llama la atención que las provincias con mayor letalidad fueron Cartago, Guanacaste y San José.

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

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

Mapa 4

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



Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

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

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

1. El intoxicado no busca atención médica principalmente por considerar que los síntomas que presenta son leves o propios de las labores que realiza, por automedicarse y utilizar remedios caseros.
2. El intoxicado busca atención médica pero no se diagnostica.
3. El intoxicado busca atención médica, es diagnosticado pero no se notifica.
4. El intoxicado es diagnosticado y notificado pero por motivos administrativos y de organización no se registra en la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

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

2.6 Accidentes de tránsito

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

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

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

Tabla 11

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

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

Fuente: Consejo de Seguridad Vial.

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

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

Tabla 12

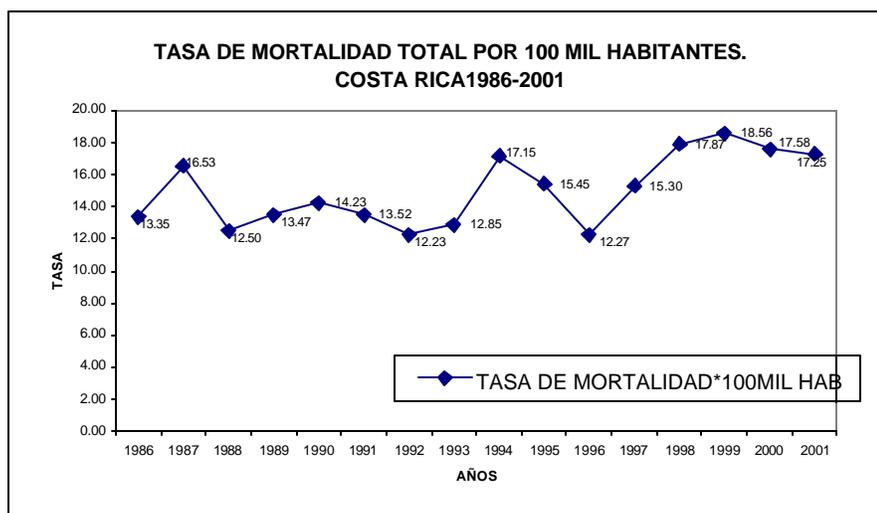
Victimas de accidentes de tránsito, por año.
Costa Rica 1997-2001

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

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

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

Gráfico 26



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

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

2.6.1 Características de los accidentes

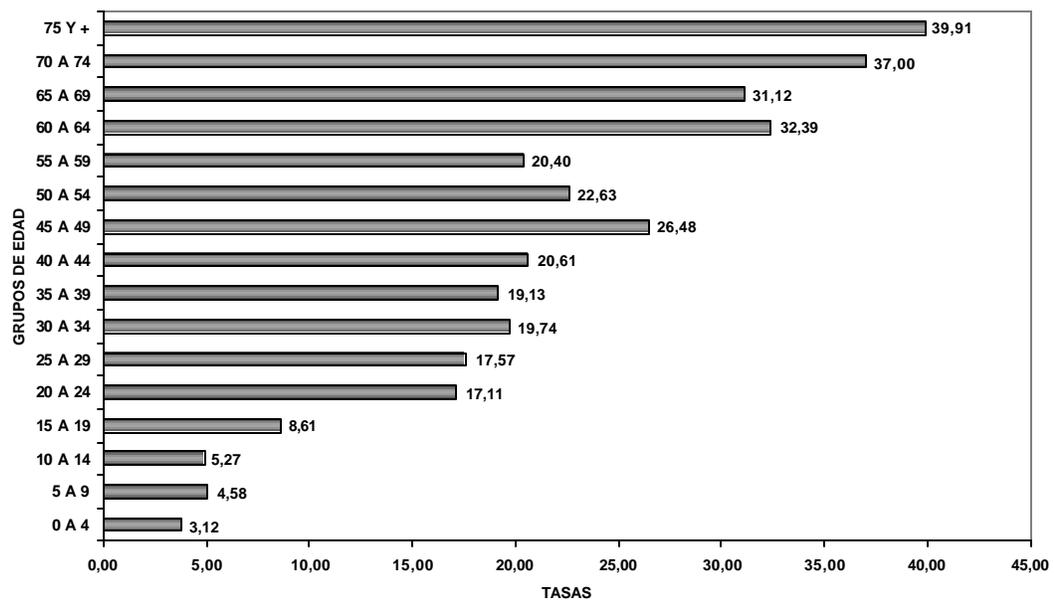
Los usuarios que fallecen en su mayoría son conductores (54,27%), peatones (36%) y ciclistas 14%. El género masculino domina la mortalidad "in situ" con un 83,3% de los casos reportados.

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

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

Gráfico 27

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



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

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

2.6.2 Incidencia a nivel regional

El análisis de los accidentes de tránsito y la incidencia en los heridos graves, revela que 56 de los 81 cantones superan la incidencia nacional (0,04 por cien mil). Los cantones con una incidencia 2,5 o mayor a la nacional fueron los siguientes: en San José, Acosta(0,38), Turrubares (0,27), Puriscal (0,11) y Mora (0,10); en Alajuela, los Chiles(0,15), Guatuso (0,14), Palmares (0,11); en Cartago, Alvarado(0,11); en Heredia, Sarapiquí (0,15); en Guanacaste, La Cruz (0,20), Abangares(0,19), Santa Cruz (0,17), Carrillo(0,17), Bagaces(0,16), Upala(0,16), Hojancha(0,15), Nandayure(0,14), Nicoya(0,13), Cañas(0,12), Liberia(0,11); en Puntarenas, Parrita(0,20), Corredores(0,11), Buenos Aires(0,10), Coto Brus(0,10), Golfito(0,10), Garabito(0,10); en Limón, Guácimo(0,20), Matina(0,16), Pococi(0,11).

Mapa 5



2.7 Enfermedades no transmisibles.

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

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

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

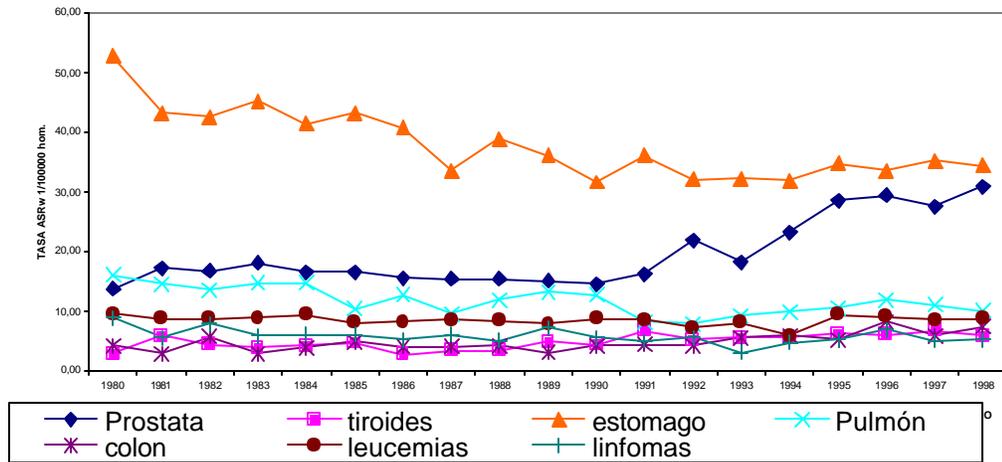
2.7.1 Tumores

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

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

Gráfico 28

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



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

Gráfico 29

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

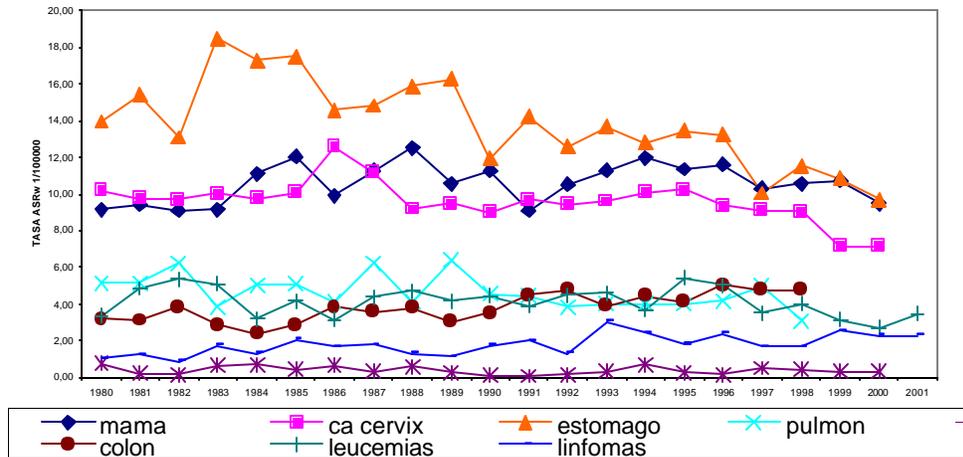
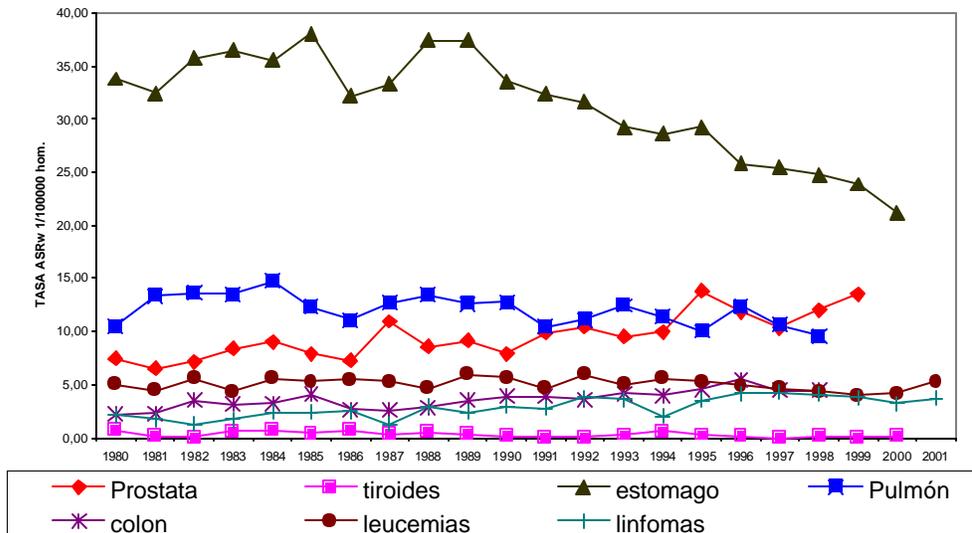


Gráfico 30

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



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

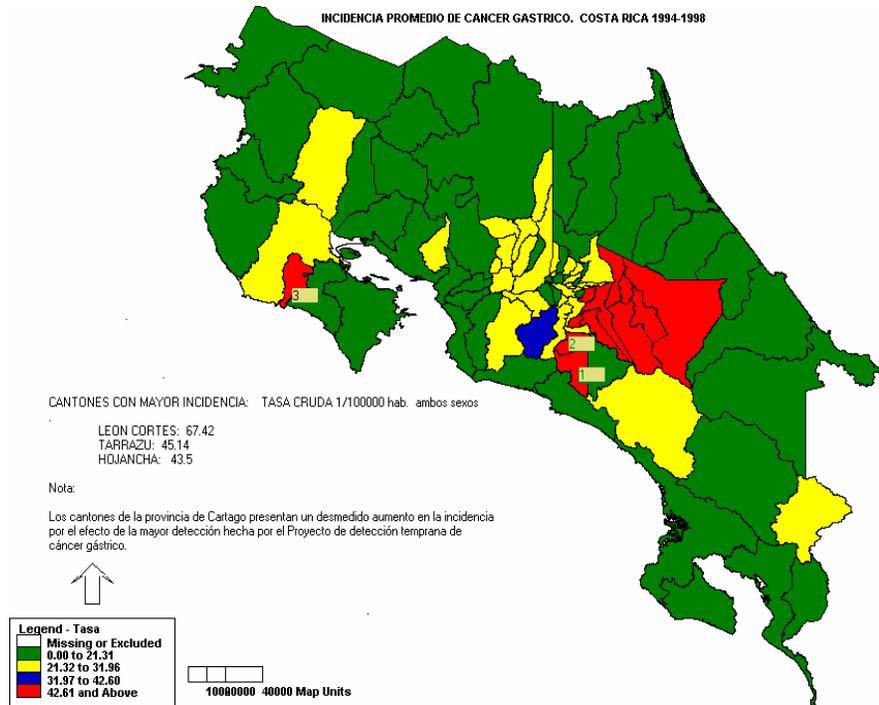
Las leucemias desde 1992, presentan una tendencia a la disminución dada principalmente por una reducción en la incidencia de los menores de 15 años. En los mayores de esa edad se observa un comportamiento estable.

2.7.1.1 Cáncer gástrico

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

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

Mapa 6



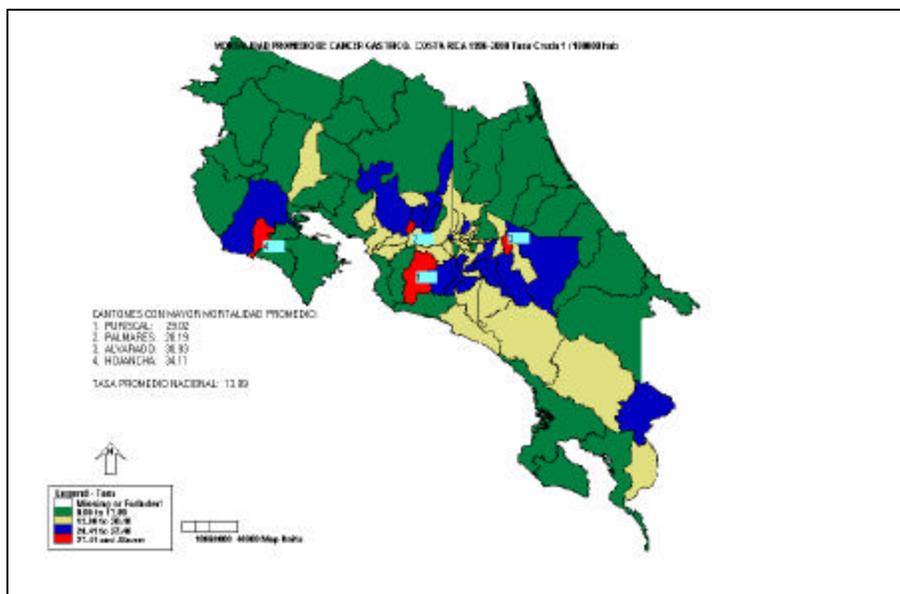
En los siguientes mapas se muestra la distribución de la incidencia para el período 1994-1998, y de la mortalidad para el período 1996-2000.

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

2.7.1.2 Cáncer de mama

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

Mapa 7



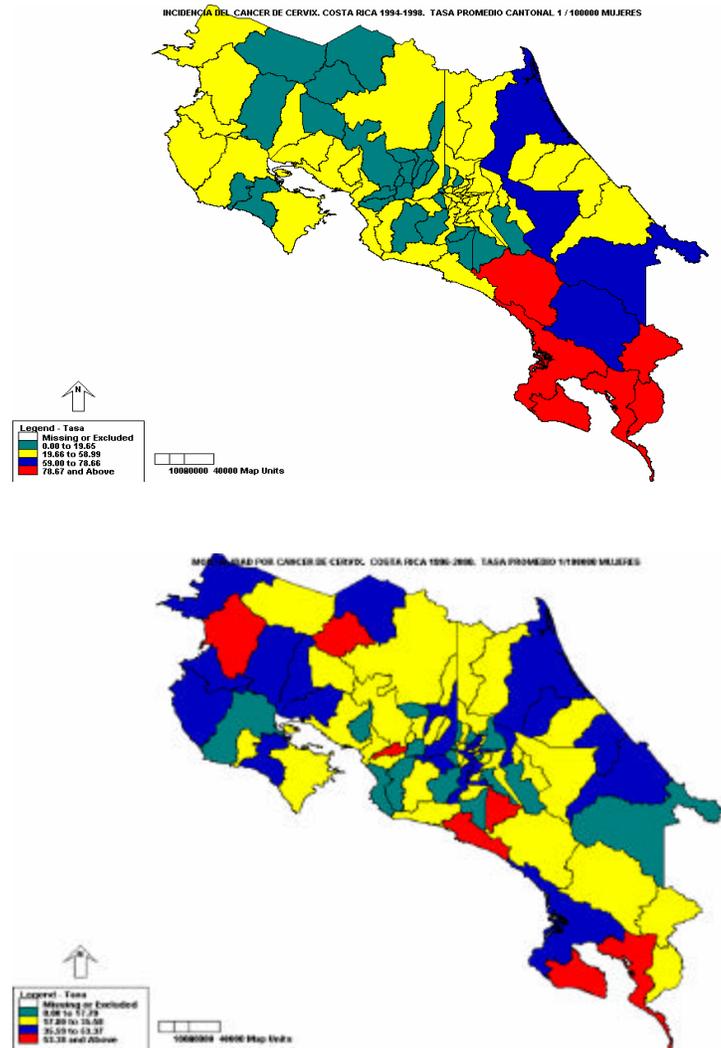
2.7.1.3 Cáncer de próstata

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

2.7.1.4 Cáncer de cuello de útero

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

Mapa 8



2.7.2 Enfermedades del sistema circulatorio:

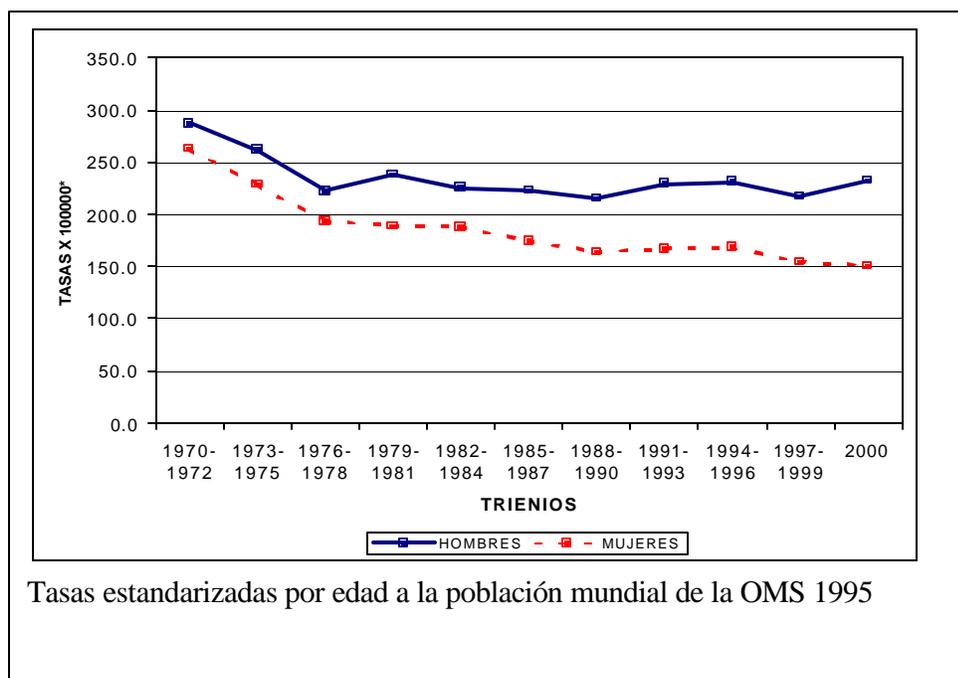
Dentro de los cinco grandes grupos de causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio han constituido la principal causa de muerte de la población costarricense tanto en hombres como en mujeres desde el quinquenio 1970-1974. Siempre la tasa ajustada de mortalidad en los hombres es más alta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

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

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

Gráfico 31

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

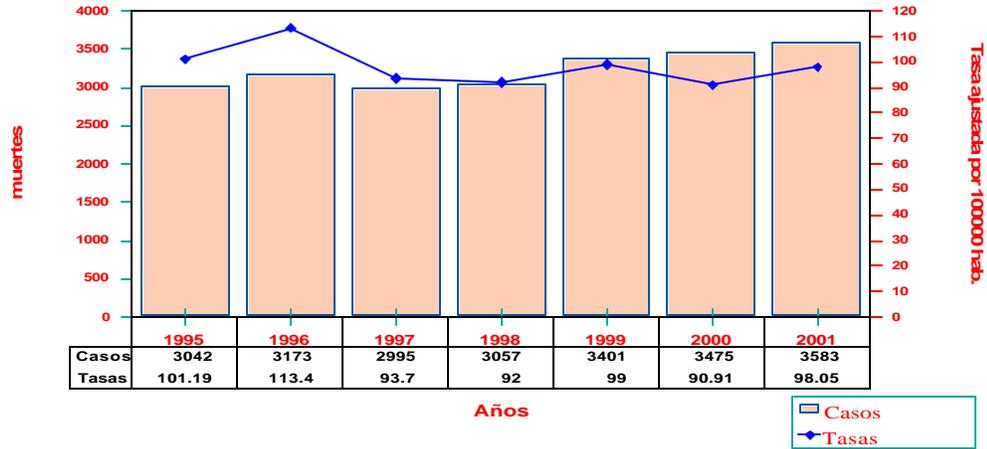


2.7.2.1 Enfermedades Cardiovasculares:

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

Gráfico 32

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



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística M. Salud

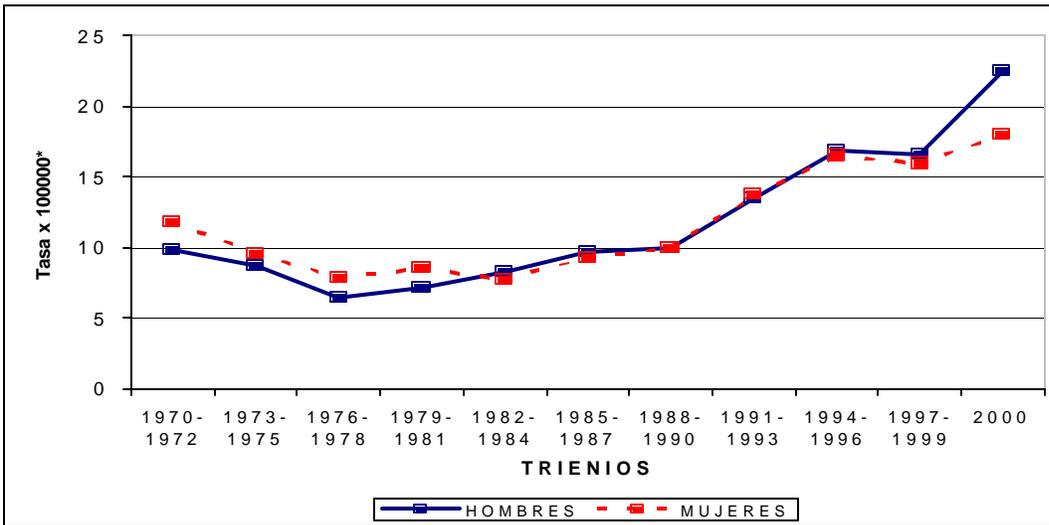
Para ese mismo año, se registraron 3.583 defunciones, de estas 1.603 fueron infartos del corazón y 521 por enfermedad hipertensiva.

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

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

Gráfico 33

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



Fuente: Muertes y Población: [http://populi.eest.ucr.ac.cr\(UCR/INEC\)](http://populi.eest.ucr.ac.cr(UCR/INEC))
*Tasas Estandarizadas por edad a la Población Mundial OMS.1995

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

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

Tabla 13

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

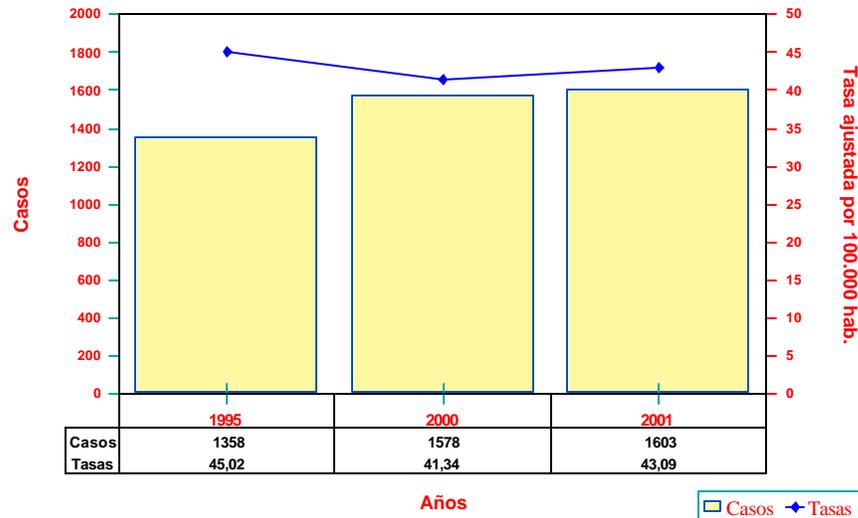
AÑO	SEXO		TOTAL PAIS
	MASCULINO	FEMENINO	
2000	334	539	873
2001	310	459	769

Fuente: Departamento de Información Estadística CCSS.

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

Gráfico 34

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



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística M.Salud

2.7.2.2 Enfermedades cerebrovasculares

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

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

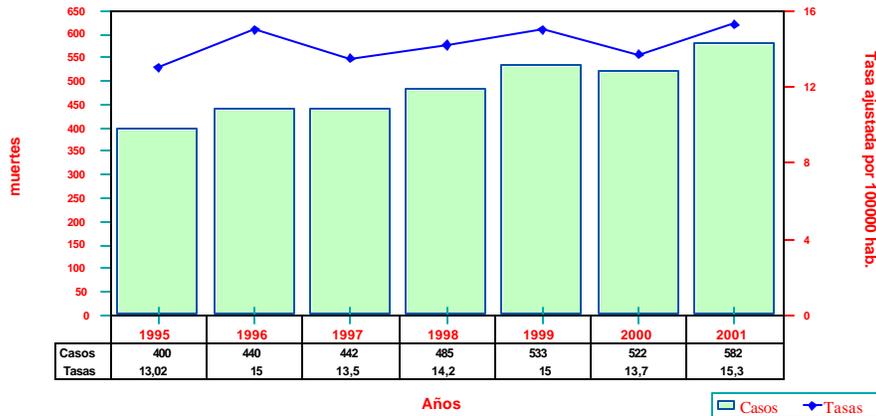
2.7.3 Diabetes Mellitus

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

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

Gráfico 35

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



Fuente:INEC-Unidad de Información Estadística M.Salud

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

III. Incapacidades

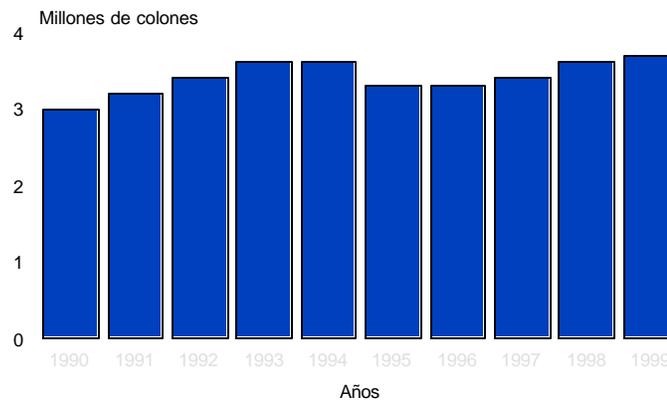
Desde el año 1990 hasta el año 1999, se han venido incrementando anualmente el monto de los subsidios pagados a los trabajadores por seguro de enfermedad lo que atenta contra la sostenibilidad del sistema.

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

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

Gráfico 36

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

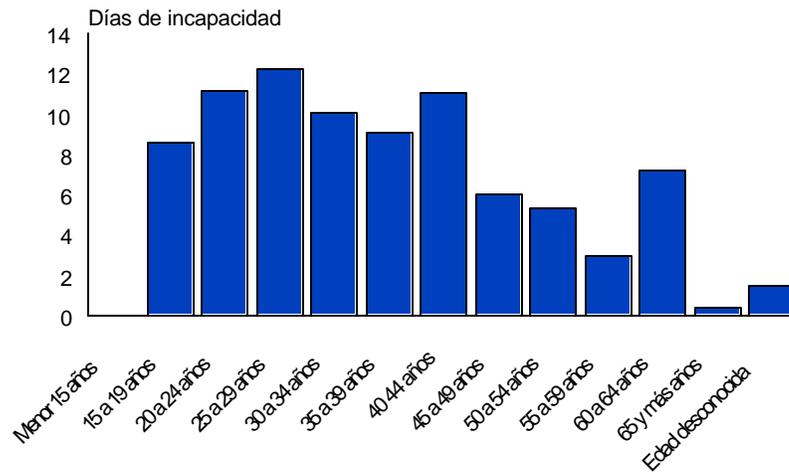


Fuente: Dirección Financiero Contable. CCSS. 1999.

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

Gráfico 37

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



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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

- Arbeláez M, Henao S. **Situación epidemiológica de las intoxicaciones agudas por plaguicidas en el Istmo Centroamericano.** OPS-OMS, DANIDA. Costa Rica, 2002.
- Boletín Epidemiológico.** Vol. 2, No. 11. Del 10 al 16 de marzo del 2002. Costa Rica. 2002.
- Bortman, M. 2002. **Indicadores de Salud. ¿Mejóro la equidad?.** Ministerio de Salud/OPS/OMS. Representación en Costa Rica. Costa Rica 1980-2002.
- Caja Costarricense de Seguro Social. **Cambios en la mortalidad por sexo y edad.** San José, C.R. CCSS/Dirección Técnica de Estadísticas. No. 8 B, julio 1999.
- Caja Costarricense de Seguro Social. **Egresos hospitalarios 1990, 1995 y 2000.**
- Caja Costarricense del Seguro Social. **Plan de atención a la salud de las personas.** 2001-2006. Costa Rica, 2001.
- González, ME. **Índice de Rezago Social.** INEC. Costa Rica 2000. Documento borrador.
- IAFA. **Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta Nacional de 1995.** 1995.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. **Encuestas Nacionales de Fuerza de Trabajo.** 1998 al 2001.
- Instituto de Estadística y Censos. **Encuesta Nacional de Hogares,** Costa Rica, 1998.
- Jiménez G, Avila ML, Morice A, Gutiérrez H, Badilla X, Castillo Solórzano C. Ref. S. **Incidencia de SRC en Costa Rica, 1996-2001.** Documento Preliminar. Costa Rica 2002.
- King H., Aubert et al. **Global Burden of Diabetes, 1995-2025.** "Diabetes Care." 1998; 21: 1414-1431.
- King Hilary et al. **Global Burden of Diabetes, 1995-2025.** "Diabetes Care". September, 1998; 21(9):1427.
- Machado V, Morice A, Carrillo W. **Análisis de áreas críticas de coberturas de vacunación mediante el empleo de diversas fuentes de información. Costa Rica 1998-2002.** Documento técnico. Costa Rica, mayo 2002.
- Ministerio de Salud. **Encuesta Nacional de Nutrición,** Costa Rica, 1995.
- Ministerio de Salud. **Informe de Vigilancia de la Salud. Foro Nacional de Salud** "Hacia la construcción colectiva de la salud". Costa Rica, 1998.
- Ministerio de Salud. **Memoria Anual.** Abril 2002.
- Ministerio de Salud/INCIENSA. **Situación de las Enfermedades Crónicas no transmisibles en Costa Rica.** 1 ed. San José, C.R.
- Morice A, Navas L., Carranza M. **Impacto de la vacunación contra *H. influenzae b* en Costa Rica.** Documento Técnico.
- Proyecto Estado de la Nación. **Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Octavo Informe 2001**—San José, Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación 2002.
- Rodríguez N et al. **Factores aterogénicos de la dieta de la población costarricense. 1991.** Latinoam Nutr. 46(1): 27-32. 1996.
- Soto-Vásquez ML, Rivera E, Faingenzicht I. **Impact of *Haemophilus influenzae* type b (Hib) conjugate vaccine in decreasing the incidence oh Hib bacterial meningitis in Costa Rica.**

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

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

CAPÍTULO III
“ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
DEL SECTOR SALUD”

CAPITULO III

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD

INTRODUCCION

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

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

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

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

El Instituto Nacional de Seguros es responsable de prevenir los riesgos laborales y de tránsito y otorgarles a los accidentados los servicios médicos hospitalarios y rehabilitación en forma integral.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados es la institución encargada de administrar y resolver todo lo relativo al suministro de agua potable para usos domiciliarios, industriales o de cualquier otra naturaleza, y disponer lo relativo a las aguas negras y pluviales en el país.

Las Universidades públicas y privadas (en el área de salud) como instituciones docentes tienen la responsabilidad de formar y capacitar a los profesionales y técnicos en las diferentes disciplinas en salud y desarrollar proyectos de investigación para fortalecer y mejorar la salud.

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

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

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

1- ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2- MARCO LEGAL

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

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

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

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

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

3. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA

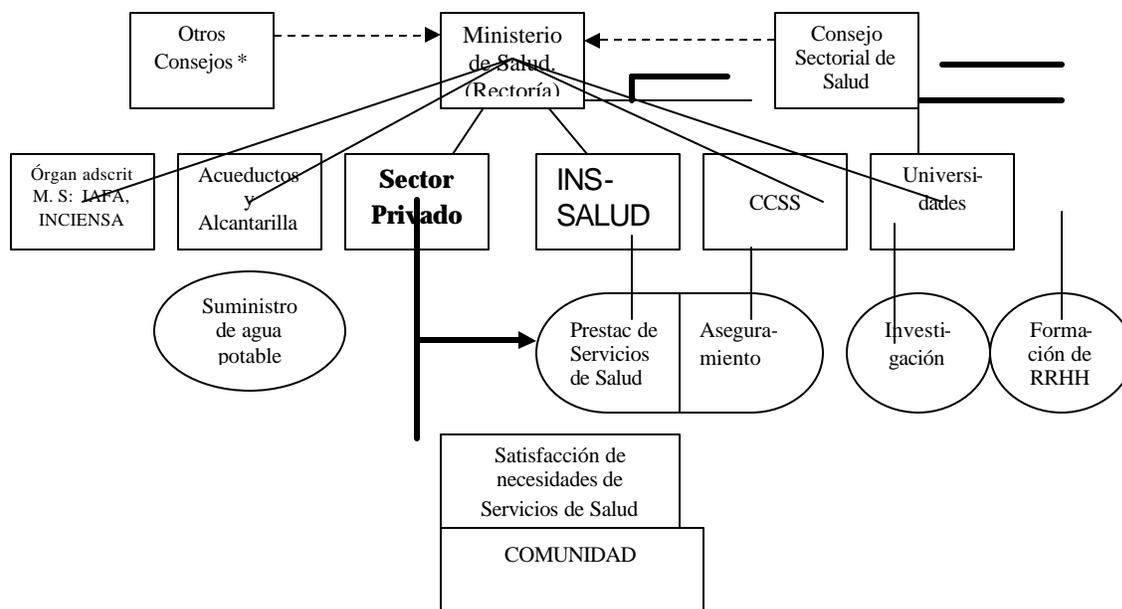
El Decreto Ejecutivo N° 14313-SPPS-PLAN de 1983, incorpora a los Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica y de la Presidencia como parte de las instituciones del sector; y en el Decreto Ejecutivo 19275-S de 1989, se crea el Reglamento del Sistema Nacional de Salud, en el cual se incorporan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

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

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

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

Diagrama de composición y organización del Sector Salud



Simbología:

/ Relación de rectoría (Dirección, conducción y Regulación)

|| Función complementaria

└ Función asignada

----- Relaciones de coordinación

* Secretaría de Políticas para Alimentación y Nutrición (SEPAN)
Consejo Nacional de Rehabilitación
Consejo Nacional de Atención Integral VIH/SIDA

3.1. Objetivos de la Instituciones del Sector Salud.

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

Los objetivos específicos de las instituciones se describen a continuación:

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

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

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

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

Las universidades, en el área de la salud, su objetivo se orienta a la docencia, la investigación y la acción social, siendo importante, para los efectos, la formación y la capacitación de profesionales y técnicos en el ámbito de la salud, así como las investigaciones y la acción social que ejercen en el ámbito de la salud. Los establecimientos de salud privados, en términos generales, comparten similares objetivos orientados a la atención médica integral y de servicios de tratamiento y de diagnóstico a las personas que lo requieran; algunos de ellos con el producto de sus rentas desarrollan otros programas de acción social.

3.2 Misión

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

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

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

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

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

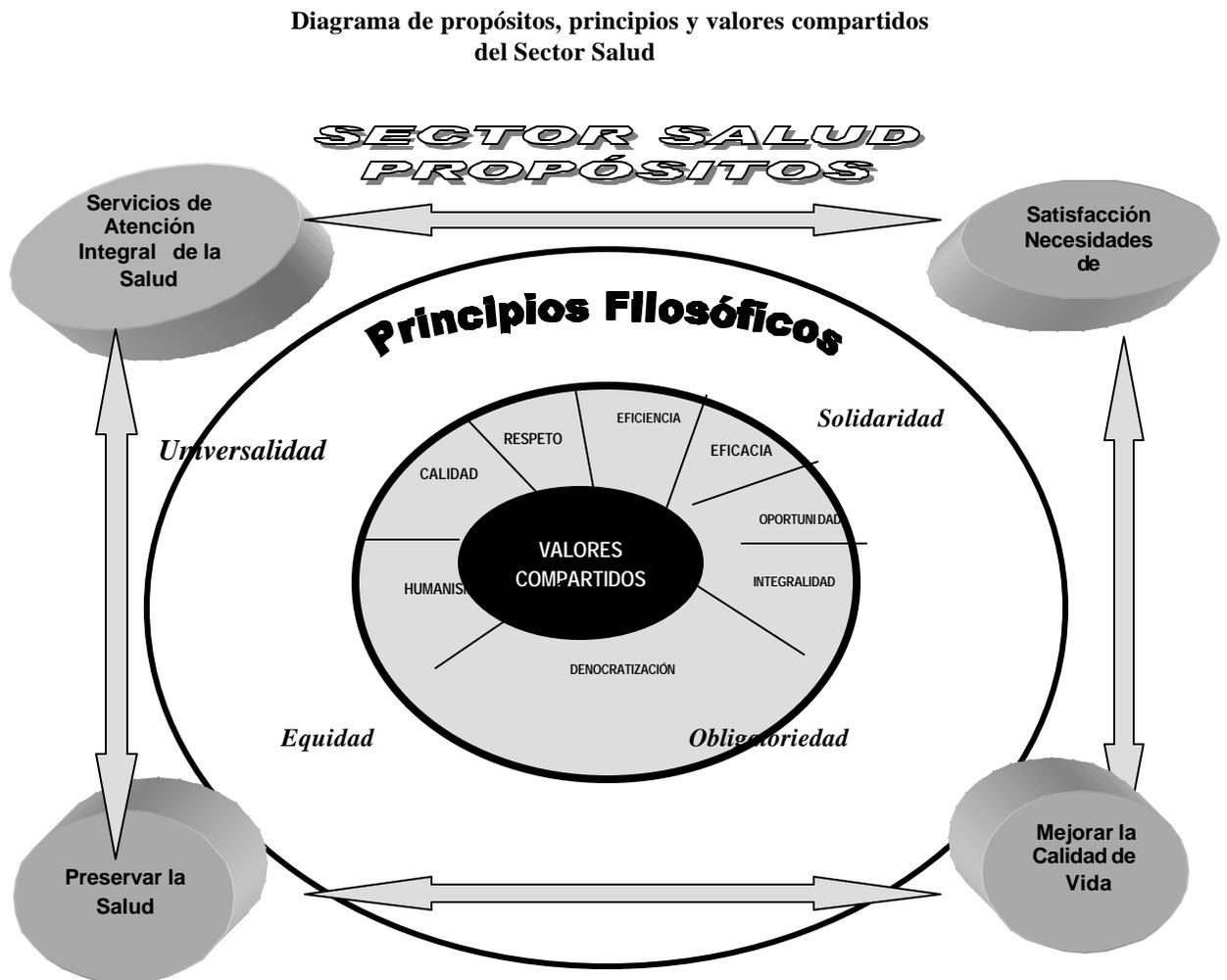
La Universidad de Costa Rica, tiene como misión obtener las transformaciones que la sociedad necesita para el logro del bien común, mediante una política dirigida a la consecución de una verdadera justicia social, el desarrollo integral, de la libertad plena y de la total independencia de nuestro pueblo.

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

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

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

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



3.4. Visión

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

3.5. Estructura Organizacional

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

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

- Nivel político constituido por los Despachos: Ministro, Viceministro y Oficial Mayor, al cual se encuentran adscritas la Asesoría Legal y la Auditoría Interna y el área de Prensa, Imagen y Relaciones Públicas.
- Nivel técnico administrativo conformado por la Dirección General de Salud de la cual dependen las siguientes Direcciones: Vigilancia de la Salud, Desarrollo de la Salud, Servicios de Salud, Registros y Controles, Protección del Ambiente Humano, Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, Administrativa y de Sistemas de Información.
- Nivel desconcentrado constituido por 9 Direcciones Regionales y 81 Áreas Rectoras de Salud.
- Órganos adscritos: el Instituto de Alcoholismo y Fármaco-dependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).
- Consejos de coordinación sectorial:
 - ✓ El Consejo Nacional de Salud, es un órgano de coordinación y consulta y está integrado por los siguientes funcionarios: El Ministro de Salud quien lo preside, Ministro de Planificación Nacional y Política Económica o su Viceministro, el Ministro de la Presidencia o su Viceministro, el Presidente de la Junta Directiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social. Tiene como funciones: analizar los problemas políticos, técnicos e institucionales del Sector; asesorar al Ministro de Salud en la definición de la Política Sectorial y pronunciarse a petición del Ministro sobre asuntos del tema. Se reúnen con una periodicidad mensual.
 - ✓ Consejo Nacional de Atención Integral VIH/SIDA: Su conformación se oficializa con la aprobación del Reglamento de la Ley General de VIH /SIDA en 1999. El Consejo, está adscrito al Ministerio de Salud y es la máxima instancia a nivel nacional encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público en esta materia.
 - ✓ El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CONREE) tiene como objetivo orientar y coordinar la participación activa de todos los sectores del país, para la adaptación y ejecución de políticas y medidas que procuren la integralidad y la sostenibilidad de acciones dirigidas al desarrollo de la población con discapacidad. Su función primordial es la rectoría sobre entidades públicas y privadas, con respecto a su ámbito de competencia.

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

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

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

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

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

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

- La Asamblea Universitaria, el Consejo Universitario, Rectoría y Vicerreorías.
- Facultades, Escuelas, Departamentos, Secciones, Sedes Regionales, Estaciones Experimentales, Centros e Institutos de Investigación, Servicios Administrativos y Técnicos.

•

3.5 Ámbito de Control

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

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

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

4- FUNCIONAMIENTO

4.1. MODALIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD

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

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

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

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

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

SECTOR PÚBLICO

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

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

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

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

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

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

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

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

En la CCSS, se desarrolla una estrategia con énfasis en el primer nivel de atención, mediante la conformación de las áreas de salud y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que se constituyen en el paso fundamental hacia un nuevo modelo de atención integral y universal en salud.

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

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

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

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

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

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

- Desarrollar la capacidad de toma de decisiones.
- Lograr una adecuada gestión de los recursos humanos, físicos y financieros.
- Incentivar las competencias gerenciales en los establecimientos.
- Lograr una cultura organizacional corporativa, que promueva un mayor compromiso e identificación del personal con la organización y con sus valores, mediante un enfoque de servicio al usuario.
- Potenciar la participación real o efectiva de la comunidad.
- Promover la gestión desconcentrada de los aspectos logísticos, tecnológicos y de infraestructura física.

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

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

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

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

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

SECTOR MIXTO

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

SISTEMA MÉDICO DE EMPRESA

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

Este sistema funciona exclusivamente para la Consulta Externa.

SISTEMA DE LIBRE ELECCIÓN MÉDICA

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

- Descongestionar los servicios especializados en los hospitales y la consulta externa cuyas citas se estaban otorgando a largo plazo.
- Mejorar la prestación del servicio
- Dar oportunidad a los asegurados de utilizar los servicios privados de salud.

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

“El sistema se define como el derecho a una ayuda económica que la Caja Costarricense de Seguro Social concede a los asegurados que lo deseen bajo su única responsabilidad, para recurrir a los servicios

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

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

¹⁴ *ibid*, p. 36

médicos privados, de acuerdo con los procedimientos quirúrgicos, especialidades de consulta externa y parto normal que la Gerencia de División Médica autorice. “¹⁵

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

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

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

SISTEMA DE MEDICINA MIXTA

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

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

SISTEMA DE COOPERATIVAS.

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

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

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

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

¹⁵ ibid, p.36

¹⁶ ibid. p. 53

COMPRA DE SERVICIOS A TERCEROS

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

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

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

SECTOR PRIVADO

Los servicios de salud privados, ofrecen atención médica general y especializada en las áreas de consulta externa y hospitalaria, así como en servicios odontológicos, de laboratorio clínico y de radiodiagnóstico, entre otros, mediante el pago directo de los usuarios.

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

4.2. FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD

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

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

Dirección y Conducción: esta función implica el desarrollo de la planificación, coordinación e integración de las actividades relacionadas con la producción social de la salud y la promoción de la capacidad de respuesta de los actores sociales e institucionales que participan en este proceso. Se fundamenta en la formulación, el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de la política nacional de salud, de los programas sectoriales de salud y de los planes estratégicos en salud.

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

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

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

El Ministerio de Salud cuenta con los siguientes órganos adscritos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ACCIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD.

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

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

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

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

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO	
1. Orientación de la investigación hacia las áreas básicas: biomédica, clínica y operacional.	INCIENSA
2. Fortalecimiento de la red de laboratorios	INCIENSA
Perfiles de los sistemas de salud	INCIENSA
4. Coordinación de la formación y capacitación de médicos generales y especialistas en medicina.	CCSS UCR

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

MEJORAMIENTO DEL ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE	
1. Aumento de la cobertura de abastecimiento de agua potable en el territorio nacional.	ICAA Municipalidades
2. Rehabilitación de acueductos urbanos deteriorados	ICAA
3. Construir y rehabilitar acueductos en las zonas rurales	
4. Fortalecimiento del Programa de Monitoreo de la calidad del agua	ICAA
5. Dotación de bombas de agua a familias del área rural dispersa.	Ministerio Salud
6. Dotación de servicios básicos, en asentamientos en precario	MIVAH, ICAA Municipalidades ICE

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

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

4.3 Políticas y objetivos estratégicos

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

El Ministerio de Salud, presenta los siguientes objetivos estratégicos.

- Velar por la ejecución de las acciones que conlleven al cumplimiento de la Política Nacional de Salud y los planes, programas y proyectos de salud.
- Guiar los esfuerzos de los actores sociales involucrados en el proceso de producción social de la salud, por medio de la dirección y conducción de los procesos de planificación estratégica, la promoción de la salud y la comunicación y educación social en salud.
- Garantizar que las actividades relacionadas con la prestación de servicios de atención a las personas, que estén relacionadas directa o indirectamente con la salud de estas, cumplan con las normas y reglamentos técnicos, jurídicos y administrativos vigentes, con el fin de guiar los comportamientos de los actores sociales y mejorar los niveles de salud.
- Garantizar que las actividades que afectan al ambiente y que están relacionadas directa o indirectamente con la salud de las personas, cumplan con las normas y reglamentos técnicos, jurídicos y administrativos vigentes, por medio de la evaluación y control de dichas actividades, a fin de guiar los comportamientos de los actores sociales y mejorar los niveles de salud.
- Garantizar que los productos, los materiales y equipos que afectan directa o indirectamente la salud de las personas, así como los establecimientos relacionados con estos productos, materiales y equipos, cumplan con las normas y reglamentos técnicos, jurídicos y administrativos vigentes, a fin de guiar los comportamientos de los actores sociales y mejorar los niveles de salud.
- Contribuir al mejoramiento del desarrollo y la nutrición del niño menor de seis años, con énfasis en aquellos que viven bajo la línea de pobreza o condiciones de riesgo, mediante la planificación, coordinación, supervisión y evaluación de acciones de atención directa, ejecutadas por el nivel de área y el apoyo especializado, en nutrición y desarrollo infantil, a unidades del Ministerio de Salud y otras instituciones y organizaciones.
- Prestar un servicio de asesoría constructiva y de protección a la Administración, para que alcance sus metas y objetivos con mayor eficiencia, economía y eficacia, proporcionándole en forma oportuna información, análisis, evaluación, comentarios y recomendaciones pertinentes sobre las operaciones.
- Otorgar asesoría jurídica a todas las instancias y niveles del Ministerio de Salud con el fin de garantizar que las actuaciones de los funcionarios de la institución sean acordes con el ordenamiento jurídico vigente.
- Garantizar la asignación y el uso eficiente de los recursos de la institución y del Sector Salud a partir de las políticas de salud, plan sectorial e institucional a fin de contribuir al cumplimiento de las funciones rectoras en salud y al desarrollo de sus programas.
- Promover la articulación y el óptimo funcionamiento de los subsistemas que conforman el Sistema de Información Institucional y Sectorial y sus procesos permanentes de captura, validación, selección, manipulación, procesamiento, comunicación y análisis de la información, a partir de las demandas y necesidades de los usuarios del sistema, con el fin de mejorar los procesos de toma de decisiones.
- Garantizar la prevención, control, y/o erradicación de las enfermedades transmisibles y la reducción de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles.

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

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

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

INS-SALUD formula como políticas:

- Creación de centros de responsabilidad operativa, mediante la separación contable por líneas de negocios y de apoyo.
- Desarrollo de una plataforma tecnológica avanzada.
- Fortalecimiento de las alianzas estratégicas.
- Desarrollo del compromiso de servicio al usuario.
- Capacitación y motivación del personal.

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

- Cobertura con servicios de agua a la totalidad de la población
- Mejoramiento continuo de los servicios.
- Contratación de la administración de los servicios cuando se considere conveniente.
- Construcción de obras rurales con la participación de las comunidades.
- Desconcentración de la Institución bajo el principio de subsidiariedad.
- Creación de un Fondo de Depreciaciones de inversiones con el propósito de mantener la calidad de los servicios.
- Colaboración con las autoridades sanitarias del país en los programas de saneamiento ambiental.
- Prestación de servicios de calidad y a perpetuidad.
- Generación de la rentabilidad necesaria para la conservación de los servicios.
- Conservación de las cuencas hidrográficas y las fuentes de agua.
- Participación con todos los actores en el mejoramiento de la calidad de los servicios.

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

- Desarrollo de un sistema integral de salud para la comunidad universitaria
- Ejecución de un plan estratégico para el abordaje integral del VIH-SIDA en la comunidad universitaria e impulsar la organización de grupos interdisciplinarios para que, mediante actividades de docencia, investigación y acción social faciliten la divulgación, información y educación permanente sobre sexualidad y VIH- SIDA en la comunidad universitaria.
- Desarrollo de servicios y proyectos de salud para la comunidad universitaria mediante la integración de todos los recursos institucionales disponibles

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

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

- Fortalecimiento de los servicios que otorgan las instituciones del Sector Salud a la población discapacitada.
- Fortalecimiento de la atención especializada para las personas con discapacidad o que han sufrido algún tipo de discapacidad.

Sector Privado

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

- Observación y procedimientos quirúrgicos, mediante los cuales garantizará a los trabajadores y usuarios de los servicios las condiciones óptimas de calidad y seguridad, a partir de la cultura de prevención de los riesgos laborales y el mejoramiento continuo.
- Diseño y ejecución de un programa de capacitación para los funcionarios, divulgación y promoción para los usuarios.
- Prestación de servicios de alta tecnología.
- Incorporación del personal médico más capacitado del país.
- Desarrollo de una infraestructura ultramoderna.
- Desarrollo de competitividad en el mercado de los servicios de salud.

Programas y proyectos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Desconcentración

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

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

Mecanismos de participación social

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

Consejo Universitario. **Políticas Prioritarias para la formulación y ejecución del Plan Presupuestario.** Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, p 1-15,2002-1

Consejo Universitario. **Estatuto Orgánico, Universidad de Costa Rica,** San José, Costa Rica, editorial gráfica.

Dormond Herrera, Emilio. **Historia de la Seguridad Social.** Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, CENDEISSS y Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 1996.

Dirección de Recursos Humanos, Hospital Clínica Católica, **Manual de Inducción.** San José, Costa Rica, 2002.

Garita Brenes, Luis. **Informe del Rector,** Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, Oficina de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica. 1989-1990, 1995,1996.

Hospital CIMA San José. **Manual de Orientación.** San José, Costa Rica.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. **Memoria Institucional.** San José, Costa Rica 1990,1995,2000.

Instituto Nacional de Seguros, Departamento de Comunicaciones. **Guía de servicios.** San José, Costa Rica, 1996.

Instituto Nacional de Seguros, Dirección de Planificación. **Resumen Estratégico.** San José, Costa Rica, 2002.

Instituto Nacional de Seguros, Departamento de Comunicaciones. **Memorias Institucionales,** San José, Costa Rica, años 1990,1995, 2000.

Jiménez León, Jorge y otros. **Boletín Estadístico INS-SALUD.** San José Costa Rica, 2000, 2001.

Ministerio de Salud. **Plan Nacional de Salud.** San José, Costa Rica, 1999-2004.

OPS/OMS, **Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica**. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Costa Rica, 2002.

República de Costa Rica, Asamblea Legislativa. **Decreto de creación del Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud**, decreto No 14313- SPPS- Plan.

República de Costa Rica, Asamblea Legislativa. **Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, ley No 8239**, San José Costa Rica, 2002.

Ugalde Hernández, Marisol. **Manual de Orientación para el Trabajador. Hospital Cristiano Jerusalén**. Departamento de Recursos Humanos. San José, Costa Rica, 1999.

Universidad de Costa Rica. **Panorama Cuantitativo Universitario**. Oficina de Planificación, San José, Costa Rica, 2001, <http://www.país.ucr.ac.cr/upperFrame.htm>.

Velásquez G. Ma. de J. Elena. **Manual de Seguridad para el trabajador**. Hospital CIMA San José, San José, Costa Rica, 2002.

Consultas en Internet:

www.netsalud.sa.cr/ms/plan_nac/amb2/amb2_dis.htm

www.netsalud.sa.cr/cnrcc/mision.htm

www.encolombia.com/medicina/medfiscayre/scfisiatria12198arehabilitación2.ht

ENTREVISTAS.

Calderón, Laura, Directora, Dirección de Recursos Humanos, Hospital Clínica Católica, 11 set. 2002.

Combari Cavaría, Andrés, Director Oficina de Planificación,
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, 9 set. 2002.

Hall, Bárbara, Directora Consejo Nacional de Rehabilitación
Entrevista Telefónica: set-oct 2002.

Herrera Guido, Roberto, Director Médico, Hospital CIMA- San José, 16 set. 2002.

Jiménez León, Jorge, Administrador INS-SALUD, San José Costa Rica, 2002.

Mathieu, Wilfridio, Director Oficina de Bienestar y Salud Estudiantil, Universidad de Costa Rica, 12 set. 2002.

Monge Murillo, Maritza, Directora a.i, Oficina de Planificación, Universidad de Costa Rica, 17 set. 2002.

Montero Acuña, María Cecilia, Jefe, Dirección de Planificación, INS, 10 set. 2002.

Montero Jiménez, Oscar, Director Médico Área de Salud, Hospital Clínica Bíblica, 17 de set. 2002.

Pinel Guarín, Francisco, Dirección de Planificación, INS, 10 set. 2002.

Vargas González, William, Director Convenio UCR-CCSS, Universidad de Costa Rica, 18 set. 2002.

Ugalde Hernández, Marisol, Directora Recursos Humanos, Hospital Clínica Jerusalén, 16 de set 2002.

Quesada Araya, Boris, INS-SALUD, set, oct. 2002.

CAPÍTULO IV
“COOPERACIÓN EXTERNA”

RESUMEN

Una de las principales preocupaciones de las autoridades nacionales es la disminución que se ha detectado de la cooperación externa proveniente de las distintas fuentes, tanto bilaterales como multilaterales. Ello debido, principalmente, a la apertura de los países de Europa Oriental como nuevos receptores de esta, así como al proceso de pacificación centroamericana.

En nuestro país, las regulaciones relativas al control de la deuda interna, así como los indicadores nacionales, que posicionan a Costa Rica como un país en desarrollo sin crisis ante la mirada internacional, también han limitado las oportunidades de cooperación. Esto ha llevado a que los proyectos vendibles sean solo aquellos altamente innovadores y con un importante aporte económico nacional.

Cabe señalar, que esta misma situación tiene ventajas, desde el punto de vista que se da la oportunidad de promover el desarrollo de sistemas innovadores de administración y de desarrollo de proyectos. Se trata de la consecución de mecanismos de mayor reciprocidad y el desarrollo de proyectos que buscan la sostenibilidad de las instituciones y organizaciones involucradas.

Existe capacidad nacional estatal de gestar y desarrollar proyectos en materia del Sector Salud, sin embargo la falta de presupuesto, los entramientos burocráticos y administrativos estatales, han promovido que esta capacidad sea desarrollada principalmente por las Organizaciones No gubernamentales (ONG), y más recientemente, por algunas organizaciones de base.

Esto ha hecho que el Estado ceda espacios de poder con el fin de que los nuevos actores de la sociedad civil puedan perfilar pautas de cómo se debe orientar la ayuda que dan a las diferentes instituciones o entidades del Estado. No hay duda de que estas organizaciones hayan adquirido una gran importancia.

La función de la cooperación internacional en Costa Rica se da en dos vías; por un lado la ayuda que se recibe de los países desarrollados y organismos internacionales, pero por otro lado, la experiencia del país se revierte hacia otras naciones más o menos favorecidas.

La cooperación internacional debe permitir una retroalimentación constante entre las instituciones de salud del país y los cooperantes en el mundo, para prevenir y enfrentar problemas que surgen tales como las catástrofes naturales o ecológicas que postulan nuevos retos a la salud de los pueblos.

1. El manejo limitado de los recursos:

Costa Rica ha sido uno de los países que mejor ha aprovechado la ayuda internacional. Los procesos de transferencia de conocimientos a profesionales y técnicos de las instituciones, inciden en mejoras para el país. Esos cambios le han permitido a las instituciones relacionarse mejor con sus homólogos y entender de mejor manera lo que sucede en el sistema internacional. Estas dos razones le han dado las condiciones para que el sector salud se adapte a los cambios que se están presentando en el mundo actual.

El Sector Salud procura realizar una gestión de calidad en toda la organización, con recursos financieros y económicos limitados tratando de obtener un balance sostenible y adecuado entre las demandas de la población y las posibilidades financieras.

2. Conocimiento del manejo de la cooperación en el ámbito internacional

La situación internacional hoy está sometida a cambios drásticos en lo político, lo económico, lo social y lo cultural que afectan todos los ámbitos del vivir cotidiano. La cooperación internacional no se escapa de ser uno de los ámbitos afectados. Hoy este tema ha variado en su forma de concebirse como en su proceso de gestión. (Méndez, M. 2001. p: 9)

Al darse estos cambios, la cooperación horizontal tiene la probabilidad de surgir en campos como la transferencia de tecnología, en la apertura de nuevos mercados, en el intercambio de conocimientos, en la economía con los bloques comerciales y en la competitividad internacional en general. (Méndez, M. 2001. p:3)

Es opinión de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), que la Cooperación Técnica para Países en Desarrollo (CTPD) está llamada a la necesidad de actualizar y readecuar los criterios orientados a la correspondiente estrategia de cooperación entre la región, con una adecuada armonía en el nuevo escenario de desarrollo. (Méndez, M. 2001. p:7)

En esta realidad internacional en el tema de cooperación convergen varios puntos importantes para una adecuada formulación y revaloración que tienen que ver con cambios que se producen a nivel institucional en los países de la región, los que, a la vez, fortalecen a otros protagonistas de la cooperación. (Méndez, M. 2001. p:10)

3. La importancia de la eficiencia, la efectividad y la sostenibilidad:

Según se publica en la revista “La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud”, y haciendo propias dichas palabras, se puede destacar la importancia de los conceptos eficiencia, efectividad y sostenibilidad:

”Junto a las restricciones financieras que sufrieron los sectores sociales durante la última década, se hizo cada vez más evidente la ineficiencia de las instituciones para la gestión de sus recursos, situación que adquirió mayor relevancia debido a la tendencia al incremento acelerado de los costos de los servicios. A esto, se añadió una cierta crisis de credibilidad del sector público por falta de correspondencia entre la cantidad y la calidad de los servicios ofrecidos y las expectativas de la población.

El aumento de la eficiencia y la efectividad en la producción de los servicios públicos (entre ellos, los servicios de salud) es una de las razones aducidas para justificar los procesos de reforma. Además de las estrategias de privatización total o parcial de algunos de ellos (por ejemplo, de servicios de suministros de agua potable o de manejo de aguas servidas), se ha intentado mejorar la eficiencia del sector público mediante la incorporación de nuevos esquemas de incentivos para acrecentar la productividad de las instituciones, la capacitación técnica y gerencial del personal y la introducción de nuevas tecnologías y equipos.

Para incrementar la racionalidad de la toma de decisiones y mejorar la distribución de los recursos asignados, se está proponiendo evaluar con más rigor los resultados en función de la evolución del gasto utilizando procedimientos técnicos y de control social. Para lograr la sostenibilidad financiera, se ha tratado de generar nuevos recursos y racionalizar la utilización de la capacidad financiera tradicional, que incluye recursos presupuestarios de las diferentes esferas públicas así como aportes de las empresas y los hogares. Al mismo tiempo, se ha procurado hallar nuevas modalidades de gestión pública que permitan aumentar el nivel de financiamiento, haciéndolo más progresivo y racional y, lógicamente, evitando que la incorporación de nuevas fuentes de financiamiento disminuyan los recursos provenientes de las fuentes tradicionales.

En la medida que las economías de los países mejoren, se espera contar con recursos adicionales; sin embargo, la búsqueda de la eficiencia, la efectividad y la sostenibilidad seguirá siendo un desafío constante para fomentar la equidad y aumentar la legitimidad social de los servicios públicos.”

Como se apunta en este artículo, es muy importante que los países sigan contando con el apoyo irrestricto de las fuentes de cooperación, en la medida de lo posible y según las necesidades reales de quien lo solicite. Asimismo, hay que dejar muy claro, que para lograr esto con equidad y participación social, se hace necesario que en cada institución del Sector Salud se conforme la Unidad Especializada de Cooperación Internacional, con el fin de que cada acción de cooperación responda a un plan estratégico que atienda las

necesidades de la población y a la vez, que el manejo ordenado y coordinado de esta, permita el seguimiento de los proyectos, sean financieros o técnicos y así poder medir su impacto.

INTRODUCCIÓN

La Cooperación Internacional en la actualidad ocupa un lugar sobresaliente en la economía de cualquier país en vías de desarrollo. Se puede decir inclusive, que hoy muchas naciones su desarrollo lo deben en parte al instrumento de la Cooperación Externa.

Costa Rica ha venido mejorando los índices de desarrollo humano, dando prioridad a los recursos en las áreas sociales. El esfuerzo nacional, complementado por la asistencia internacional, permite que actualmente “Costa Rica muestre índices de desarrollo humano semejantes a los del mundo desarrollado, no obstante es una nación pobre y con recursos económicos limitados. Estos índices de desarrollo no han sido gratuitos, sino que se han construido a través de la historia con esfuerzos considerables. La educación, la cívica, la salud, son renglones donde el país se distingue y lo sacan de la media latinoamericana.” (Méndez, M.2001. p:9)

No obstante, en los últimos años se ha visto una disminución en los recursos externos otorgados a nuestro país tanto en asistencia financiera como técnica, lo cual, podría llegar a afectar nuestros índices de desarrollo humano.

Al ser la salud uno de los índices de desarrollo humano más importantes, es fundamental contar con políticas claras y que respondan a la realidad del país, razón por la cual en este análisis del sector salud, específicamente en el tema de cooperación externa, participan el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y el Ministerio de Salud (MINSALUD), y las Direcciones de Cooperación Internacional del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (MREC); con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la aplicación de la metodología; en síntesis, se logra integrar al presente estudio la mayor parte de las instituciones que componen el Sector Salud, según el Decreto Ejecutivo número 14313-SPPS-PLAN de fecha 15 de febrero de 1983.

I. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

1. Objetivo General

Identificar el comportamiento y la tendencia de la cooperación externa en el Sector Salud de Costa Rica.

1.1 Objetivos Específicos

- Identificar el marco legal e institucional de la cooperación externa en el Sector Salud.
- Identificar las principales fuentes de la cooperación internacional, tanto la técnica como la financiera y la relación entre las fuentes reembolsables y no reembolsables.
- Identificar las fortalezas y debilidades del sector salud en relación con la cooperación internacional dentro de las instituciones del sector salud.

2. Metodología de la investigación

Para la realización de este informe, se requirió la conformación de un equipo interinstitucional y multidisciplinario, el cual trabajó recopilando información sobre cooperación externa recibida por cada una de las instituciones involucradas.

Para conocer el estado actual de la cooperación externa en el Sector Salud se realizó una recopilación de información de forma exhaustiva, ubicando los principales entes cooperantes, el tipo de recursos financieros y los proyectos existentes con recursos externos. La presente investigación es, por una parte, de tipo descriptivo, considerando las fuentes primarias y secundarias, razón por la cual se procede a describir hechos relevantes relacionados con la temática, pero por la otra, es de tipo explicativa, ya que se analizan ideas, principios y conceptos, basados en las entrevistas realizadas a expertos en la materia. Las entrevistas enriquecieron lo estudiado en documentos útiles para nuestro objetivo.

Además, a través del desarrollo se hace necesario relacionar dos variables, en este caso la cooperación internacional como un todo y la gestión de la cooperación internacional en el Sector Salud, como objeto de estudio específico.

3. Alcances y Limitaciones del trabajo

a) Alcances:

1. Se concreta una visión integral de la gestión de la cooperación externa entre las instituciones del sector salud, que permite la retroalimentación de información. Esto trae como consecuencia que se logre la coordinación de proyectos conjuntos para el desarrollo del sector en un futuro.
2. Se establece una interrelación entre las instituciones del sector para crear y fortalecer las unidades especializadas en cooperación externa, con el fin de generar una red informática con una base de datos de los proyectos que se gestionan en cada institución. Esto permitirá visualizar con mayor facilidad las modalidades de cooperación utilizadas con más frecuencia por los entes cooperantes y las principales fuentes externas que aportan sus recursos al Sector Salud.
3. Se proyectará una visión positiva y concreta ante las fuentes de cooperación, al lograr un manejo ordenado y coordinado de esta dentro del Sector Salud.

b) Limitaciones

1. El tiempo para la recopilación de información y su análisis ha sido muy breve, por lo que no se han contemplado todos los requerimientos que se han establecido en la metodología facilitada por OPS, razón por la cual el estudio se torna básicamente descriptivo.
2. La información que se ha obtenido ha sido incompleta en cuanto a los años que el análisis pretende abordar y se basa en la experiencia de los funcionarios con mayor trayectoria en las instituciones. Una limitante es que estos funcionarios informan acerca de lo que conocen o recuerdan, debido a la falta de continuidad de las políticas institucionales originada por los cambios de gobierno, que a su vez producen cambios de responsables del manejo de esta información. Ello evidencia la poca información sistematizada que pudieran aportar las fuentes. En síntesis, no existe una base de datos institucional, que para efectos de cooperación externa debería estar administrada por los encargados de las Oficinas Especializadas de Cooperación Internacional.
3. La inexistencia de un mecanismo técnico que permita la retroalimentación por áreas temáticas afines dentro del análisis del sector salud, razón por la cual consideramos importante constituir un equipo de trabajo interdisciplinario que consolide la información que sirva de base para la definición de las políticas en salud de la actual administración.
4. Falta de apoyo y respuesta concreta y específica de la información solicitada por parte de los aliados del sector y de las propias instituciones que lo integran, como por ejemplo la participación de la Universidad de Costa Rica (UCR) y del Instituto Nacional de Seguros (INS).

II. MARCO LEGAL Y POLÍTICO

Marco Legal

La cooperación internacional en Costa Rica se desarrolla dependiendo de una serie de leyes y normas. Dentro de las más importantes se menciona la Ley de Planificación Nacional, que en su artículo 11, establece:

“Le corresponde al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica formular, negociar, coordinar, aprobar y evaluar los programas de asistencia técnica, teniendo en cuenta los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. Las solicitudes de asistencia técnica serán transmitidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, el cual se encargará de establecer la congruencia con la política exterior del país y las presentará oportunamente a los gobiernos y organismos internacionales correspondientes.”

El artículo 4 del Reglamento General del MIDEPLAN le atribuye, entre otras cosas, la función de:

“Velar por la aplicación de las prioridades del Gobierno y su evaluación práctica en la asignación de los recursos del presupuesto, de preinversión, de inversión pública y de cooperación externa, de manera que se maximice el potencial de desarrollo nacional. ”

Este mismo instrumento, establece como funciones del Área de Reinversión y Recursos Externos las siguientes:

- a. Apoyar al Despacho para que la asignación de los distintos tipos de recursos externos que se canalizan hacia el Sector Público, o por medio de él, sean utilizados en forma eficiente y respetando las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo. Ningún Ministerio ni organismo autónomo o semiautónomo podrá iniciar trámites para obtener Cooperación Internacional sin la autorización previa de MIDEPLAN, de manera que se garantice desde el inicio, que la cooperación se dirija hacia esas prioridades. La aprobación definitiva de los proyectos deberá contar también con la aprobación de MIDEPLAN.
- b. Apoyar al despacho en la asignación, administración y evaluación de determinados fondos o proyectos especiales de preinversión o financiamiento para el desarrollo, de acuerdo con las leyes o convenios que los rijan, velando porque esos recursos se asignen de acuerdo a las necesidades del país, siguiendo los criterios y prioridades establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo.
- c. Para la ejecución de sus funciones, esta área se organizará en dos Unidades:
 - Unidad de Preinversión
 - Unidad de Cooperación Internacional.

El marco legal para cooperación externa en salud por el cual se orienta el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) es el siguiente: (Méndez, O. doc. MIDEPLAN. 2002. p:sp)

1. Cooperación Técnica

- ❖ **Ley de Planificación No.5525, artículo 11 ya citado.**
- ❖ **Ley Orgánica del Ministerio de Relaciones Exteriores.**
- ❖ **Ley 8131: Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos, que en el Artículo 4: TÍTULO II “PRINCIPIOS Y DISPOSICIONES GENERALES DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA”: CAPÍTULO ÚNICO, dispone:**

“Sujeción al Plan Nacional de Desarrollo.

Todo presupuesto público deberá responder a los planes operativos institucionales anuales, de mediano y largo plazo, adoptados por los jerarcas respectivos, así como a los principios presupuestarios generalmente aceptados; además, deberá contener el financiamiento asegurado para el año fiscal correspondiente, conforme a los criterios definidos en la presente Ley. El Plan Nacional de Desarrollo constituirá el marco global que orientará los planes operativos institucionales, según el nivel de autonomía que corresponda de conformidad con las disposiciones legales y constitucionales pertinentes.

ARTÍCULO 52.- Envío de informes a la Contraloría General de la República.

A más tardar el 1° de marzo, el Ministerio de Hacienda deberá remitir a la Contraloría General de la República los siguientes informes: el resultado contable del período, el estado de tesorería, el estado de la deuda pública interna y externa, los estados financieros consolidados de los entes y órganos incluidos en los incisos a) y b) del artículo 1, la liquidación de ingresos y egresos del presupuesto nacional, el informe de resultados físicos de los programas ejecutados durante el ejercicio económico respectivo y el informe anual sobre la administración de bienes.

También, a más tardar en esa misma fecha, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica remitirá, a la Contraloría General de la República, el informe final sobre los resultados de la ejecución del presupuesto, el cumplimiento de las metas, los objetivos, las prioridades y acciones estratégicas del Plan Nacional de Desarrollo y su aporte al desarrollo económico-social del país.

▪ Tanto el informe de resultados físicos de los programas como el informe sobre el cumplimiento de las acciones estratégicas que elaborarán el Ministerio de Hacienda y el de Planificación Nacional y Política Económica respectivamente, incluirán los elementos explicativos necesarios para medir la efectividad de los programas, el costo unitario de los servicios y la eficiencia en el uso de los recursos públicos. De conformidad con las disposiciones constitucionales, la Contraloría deberá remitir estos informes y su dictamen a la Asamblea Legislativa.

❖ **ARTÍCULO 55: Informes sobre evaluación**

Las entidades y los órganos indicados en los incisos a), b), c) y d) del artículo 1 de esta Ley, presentarán los informes periódicos y finales de evaluación física y financiera de la ejecución de los presupuestos, así como los informes de gestión, resultados y rendimiento de cuentas, conforme a las disposiciones tanto del Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica como de la Contraloría General de la República, para los efectos de evaluar el sector público. Las fechas para presentar los informes periódicos serán fijadas por el Reglamento de esta Ley. Sin embargo, los informes finales deberán presentarse a más tardar el 1° de marzo de cada año.

Estos órganos establecerán la coordinación necesaria a fin de que los requerimientos de información sean lo más uniformes posible y consistentes con las necesidades de cada uno, sin que esto implique duplicidad de funciones.

❖ **ARTÍCULO 56.- Resultados de la evaluación**

El Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, deberán evaluar los resultados de la gestión institucional para garantizar tanto el cumplimiento de objetivos y metas como el uso racional de los recursos públicos. Asimismo, elaborarán y presentarán, a las instancias correspondientes del Poder Ejecutivo y a la Comisión Permanente Especial para el Control del Ingreso y el Gasto Públicos de la Asamblea Legislativa, informes periódicos sobre los resultados de la evaluación realizada según el artículo anterior, de conformidad con la materia de su competencia; todo sin perjuicio de las atribuciones correspondientes a la Contraloría General de la República, en materia de fiscalización superior de la Hacienda Pública.

Además, ambos Ministerios elaborarán conjuntamente un informe de cierre del ejercicio presupuestario y lo presentarán a la Autoridad Presupuestaria para que lo conozca y proponga recomendaciones al Presidente de la República. Todos los informes de evaluación generados por la Administración estarán a disposición de la Contraloría para los efectos del cumplimiento de sus atribuciones.

❖ **Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas y Protocolos Facultativos (Artículo 41)**

2. Cooperación Financiera

❖ **Ley 5525**

❖ **Artículo 10.-** Ningún ministerio u organismo autónomo o semiautónomo podrá iniciar trámites para obtener créditos en el exterior sin la previa aprobación del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

La aprobación final de los proyectos de inversión de los organismos públicos, cuando estos proyectos incluyan total o parcialmente financiamiento externo o requieren aval del Estado para su financiación, será otorgada por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, en cuanto a su prioridad dentro del Plan Nacional de Desarrollo. Este último trámite de aprobación conjunta se seguirá también en el caso de los proyectos de inversión del sector privado que necesiten el aval o garantía del Estado para su gestión financiera. La prioridad de cada proyecto se establecerá tomando en cuenta, entre otras cosas, los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, todo sin perjuicio de lo que establece el inciso 15 del artículo 121 de la Constitución Política.

Para asegurar el cumplimiento de la política general de financiamiento externo, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica participará en las negociaciones de crédito para el sector público. En lo referente a los bancos del Sistema Bancario Nacional, se mantienen vigentes las normas establecidas en las leyes del Banco Central de Costa Rica y del Sistema Bancario Nacional.

REFORMADO TACITAMENTE, en forma parcial, por el de 25 de octubre de 1985, artículo 7°). (INTERPRETADO por Resolución de la Sala Constitucional No. 5445-99 de las 14:30 horas del 14 de julio de 1999, en el sentido de que es inconstitucional la aplicación de estas normas a las municipalidades, ya que estas no están sujetas al control político y económico del Poder Ejecutivo. Esta sentencia fue adicionada por las sentencias números 06218-99, de las 15:21 horas del 10/08/1999, 09811 de las 15: 21 horas 14/12/1999, 07728 de las 14: 45 horas del 30/08/2000 y 8861-00 de las 14:30 horas del 11/10/2000).

❖ **Ley N° 7010**

❖ **ARTICULO 7.-** Ninguna institución pública del sector descentralizado del Estado, ni empresa en la que el Estado o sus instituciones posean más del cincuenta por ciento de las acciones, podrá contratar créditos, externos o internos, si no cuenta con la autorización previa del proyecto elaborado por el Ministerio de Planificación Nacional, así como con el dictamen favorable del Banco Central de Costa Rica y con la autorización de la Autoridad Presupuestaria.

El dictamen que rinda el Banco, en relación con el crédito que se pretenda contratar, será vinculante con la respectiva institución o empresa.

Las autorizaciones de la Autoridad Presupuestaria y de MIDEPLAN, a las que alude este numeral, no serán exigibles para los bancos del Estado.

(Así adicionado este párrafo por el artículo 166, inciso a), de la Ley Orgánica del Banco Central de Costa Rica No.7558 del 3 de noviembre de 1995)

❖ **Ley 8131**

❖ **ARTÍCULO 21.- Autoridad Presupuestaria:** Para los efectos del ordenamiento presupuestario del sector público, existirá un órgano colegiado denominado Autoridad Presupuestaria. Además de asesorar al Presidente de la República en materia de política presupuestaria, tendrá las siguientes funciones específicas: a) Formular, para la aprobación posterior del órgano competente según el inciso b) del presente artículo, las directrices y los lineamientos generales y específicos de política presupuestaria para los órganos referidos en los incisos a), b) y c) del artículo 1, incluso lo relativo a salarios, empleo, inversión y endeudamiento. No estarán sujetos a los lineamientos de la Autoridad Presupuestaria los órganos mencionados en el inciso d) del artículo 1, además de los entes públicos, cuyos ingresos provengan, mediante una legislación especial, del aporte de los sectores productivos a los que representan. b) Presentar, para conocimiento del Consejo de Gobierno y aprobación del Presidente de la República, las directrices y los lineamientos de política presupuestaria para los órganos referidos en los incisos a) y c) del artículo 1. En el caso de los órganos citados en el inciso b) del artículo 1 de esta Ley, los mencionados lineamientos y directrices se propondrán a los jefes respectivos para su conocimiento y aprobación. Velar por el cumplimiento de las directrices y los lineamientos de política presupuestaria.

❖ **ARTÍCULO 22.- Conformarán la Autoridad Presupuestaria:**

El Ministro de Hacienda o su Viceministro, quien la presidirá. El Ministro de Planificación Nacional y Política Económica o un representante. Un Ministro designado por el Presidente de la República o su Viceministro. La Autoridad Presupuestaria contará con un órgano ejecutivo cuyas funciones se dispondrán en el Reglamento de esta Ley. Dicho órgano estará a cargo de un Director nombrado por el Ministro de Hacienda. El Director de Presupuesto Nacional podrá ser designado para este puesto.

❖ **Decreto 30058**

❖ **Artículo 4º**—Sujeción al Plan Nacional de Desarrollo. Todo presupuesto público deberá responder a los planes operativos institucionales anuales, de mediano y largo plazo, adoptados por los jefes respectivos. El Plan Nacional de Desarrollo constituirá el marco global que orientará dichos planes operativos institucionales, según los niveles de autonomía que corresponda de conformidad con las disposiciones legales y constitucionales pertinentes.

❖ **Artículo 8º**—Inversiones públicas. Los programas de inversión pública que realicen los órganos y entes del sector público, deberán ser compatibles con las previsiones y el orden de prioridad establecido en el Plan Nacional de Desarrollo. Corresponderá al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, velar el cumplimiento de esta disposición, mediante la incorporación de este criterio dentro de los informes de evaluación a que se refieren los artículos 70 y 73 del presente Reglamento.8 (Reglamento a la ley 8131) Decreto 30213 Procedimientos sobre política presupuestaria para el año 2003 (Artículo 9, capítulo IV)

❖ **Constitución Política**

❖ **Artículo 121, inciso 15:** Le corresponde a la Asamblea Legislativa "...aprobar e improbar los empréstitos o convenios similares que se relacionen con el crédito público, celebrados pro el Poder Ejecutivo. Para efectuar la contratación de empréstitos en el exterior...es preciso que el respectivo proyecto sea aprobado por las dos terceras partes del total de los votos de los miembros de la Asamblea Legislativa".

❖ **Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas y Protocolos Facultativos (Artículo 41)**

4. Inversiones Públicas

❖ **Ley 5525**

❖ **Artículo 9.-** Corresponde al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica velar porque los programas de inversión pública, incluidos los de las instituciones descentralizadas y demás organismos de Derecho Público, sean compatibles con las previsiones y el orden de prioridad establecido en el Plan Nacional de Desarrollo. (Así reformado por el inciso f) del artículo 126 de la Ley N° 8131 de 18 de Setiembre del 2001, Ley de Administración Financiera y Presupuestos Públicos).

❖ **Ley 8131,**

❖ **ARTÍCULO 126f.- Modificaciones:** f) El artículo 9 de la Ley de Planificación Nacional, N° 5525, de 2 de mayo de 1974, cuyo texto dirá: "Artículo 9.- Corresponde al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica velar porque los programas de inversión pública, incluidos los de las instituciones descentralizadas y demás organismos de Derecho Público, sean compatibles con las previsiones y el orden de prioridad establecido en el Plan Nacional de Desarrollo."

❖ **ARTÍCULO 21.-** Autoridad Presupuestaria: Para los efectos del ordenamiento presupuestario del sector público, existirá un órgano colegiado denominado Autoridad Presupuestaria. Además de asesorar al Presidente de la República en materia de política presupuestaria, tendrá las siguientes funciones específicas: a) Formular, para la aprobación posterior del órgano competente según el inciso b) del presente artículo, las directrices y los lineamientos generales y específicos de política presupuestaria para los órganos referidos en los incisos a), b) y c) del artículo 1, incluso lo relativo a salarios, empleo, inversión y endeudamiento. No estarán sujetos a los lineamientos de la Autoridad Presupuestaria los órganos mencionados en el inciso d) del artículo 1, además de los entes públicos, cuyos ingresos provengan, mediante una legislación especial, del aporte de los sectores productivos a los que representan. b) Presentar, para conocimiento del Consejo de Gobierno y aprobación del Presidente de la República, las directrices y los lineamientos de política presupuestaria para los órganos referidos en los incisos a) y c) del artículo 1. En el caso de los órganos citados en el inciso b) del artículo 1 de esta Ley, los mencionados lineamientos y directrices se propondrán a los jefes respectivos para su conocimiento y aprobación. c) Velar por el cumplimiento de las directrices y los lineamientos de política presupuestaria.

❖ **ARTÍCULO 22.- Conformación** Conformarán la Autoridad Presupuestaria: El Ministro de Hacienda o su Viceministro, quien la presidirá. El Ministro de Planificación Nacional y Política Económica o un representante. Un Ministro designado por el Presidente de la República o su Viceministro. La Autoridad Presupuestaria contará con un órgano ejecutivo cuyas funciones se dispondrán en el Reglamento de esta Ley. Dicho órgano estará a cargo de un Director nombrado por el Ministro de Hacienda. El Director de Presupuesto Nacional podrá ser designado para este puesto.

Marco Político

La Cooperación Internacional del país tiene su orientación bajo las siguientes premisas:

- En tanto se define la figura jurídica, esta instancia de cooperación internacional coordinará las acciones respectivas con la Unidad de Cooperación Internacional del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.
- La cooperación internacional debe ser dinámica, ágil, oportuna y racional, eficaz, coherente y coordinada.
- Debe servir como agente de identidad nacional en las relaciones internacionales.
- Debe responder a las prioridades nacionales, de acuerdo con el Plan de Desarrollo Humano en sus cinco ejes de desarrollo generales de política que son:
 1. Desarrollo de capacidades humanas: asegurar una distribución equitativa de las oportunidades y el desarrollo de las capacidades en procura de una sociedad más justa y con una mejor calidad de vida.
 2. Estímulo y crecimiento económico para la generación de empleo: lograr estabilidad macroeconómica y procurar condiciones que promuevan la competitividad de los sectores productivos.
 3. Armonía con el ambiente: fomentar una cultura de respeto y armonía con la naturaleza, preservando y utilizando racionalmente los recursos con que contamos, respaldada desde la Constitución Política.
 4. Seguridad ciudadana y justicia: garantizar la protección y mantenimiento de la soberanía nacional, la vigilancia, el mantenimiento del orden público y la seguridad de los habitantes, desarrollando acciones efectivas para la seguridad jurídica, prevención y represión del delito.
 5. Modernización del Estado, relaciones exteriores y cooperación internacional: promover mecanismos transparentes, ágiles y efectivos de participación ciudadana, rendición de cuentas y evaluación para mejorar la gestión y los servicios públicos. Fortalecer las relaciones internacionales y orientar la cooperación internacional fundamentada en las necesidades priorizadas en el PND.(MIDEPLAN, PND, 2002-2006).
 - 6.

Relaciones Exteriores y Cooperación Internacional

Según el programa de Gobierno del señor Presidente de la República (2002-2006), el eje de la política exterior será el respeto a los derechos humanos, haciendo énfasis en los cuatro documentos capitales, a saber: la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Carta de la Organización de los Estados Americanos y el Pacto de San José. Con base en ello, se desarrollarán áreas de acción en: Diplomacia Jurídico Política, Incorporación del Comercio Internacional a las actividades de la Diplomacia, Aprovechamiento de los Recursos Marinos; y Formación y Capacitación.

Dentro de la política exterior del país el objetivo fundamental es:

Procurar el desarrollo humano sostenible de Costa Rica y fortalecer las relaciones políticas, económicas, sociales y ambientales con el resto del mundo.

Áreas temáticas:

1. Relaciones Exteriores
2. Cooperación Internacional

1. Relaciones Exteriores

Objetivo:

Lograr y mantener una posición internacional destacada como potencia ecológica, defensora y promotora de los derechos humanos, la paz, la libertad, el desarme, la democracia y lucha contra la tortura; así como promover las capacidades y potencialidades nacionales, hacia la maximización de los beneficios económicos, sociales y ambientales.

Consta de la Política de Relaciones Exteriores de Costa Rica lo siguiente:

Acciones estratégicas (programas y proyectos)

1.1 Rediseño y ejecución de la Política Exterior Multilateral y Bilateral en forma integral, participativa y coherente con la estrategia de desarrollo nacional y los principios, valores e intereses del país

1.2 Diseño de una estrategia de fortalecimiento de las relaciones multilaterales y bilaterales

1.3 Diseño y ejecución de un Programa de fortalecimiento de la capacidad de gestión del Servicio Exterior y del Servicio Interno

1.4 Plan Estratégico Institucional de Promoción Externa de la Administración 2002-2006, conformado por 1.000 acciones de promoción en materia de turismo, capital natural, capital humano, cultura, comercio e inversión extranjera .

2. Cooperación Internacional

Objetivo

Promover la cooperación internacional como instrumento de integración y desarrollo, que complemente los esfuerzos nacionales y regionales encaminados hacia el intercambio, adaptación y transferencia recíproca de conocimientos, experiencias y tecnologías, sobre la base de los ejes estratégicos definidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y procurando un mejor entorno internacional. Consta de las siguientes políticas:

- ❖ Política de cooperación técnica y financiera no reembolsable internacional para el desarrollo nacional y regional.
- ❖ Política de Cooperación Financiera internacional, para el desarrollo nacional.

1. Política de Cooperación Técnica y financiera no reembolsable internacional para el Desarrollo Nacional y Regional

Acciones estratégicas (programas y proyectos)

1.1 Formular y facilitar la ejecución del Programa de Cooperación Técnica Internacional, para el desarrollo nacional, 2002-2006.

1.2 Diseñar mecanismos que faciliten la gestión participativa de las becas en función del fortalecimiento de las capacidades nacionales para promover el desarrollo nacional.

1.3 Diseñar y facilitar la ejecución de la Política de Cooperación Horizontal para el desarrollo nacional y regional, 2002-2006.

1.4 Diseñar y facilitar la ejecución de la Política de Cooperación Regional Externa.

2. Política de Cooperación Financiera internacional, para el desarrollo nacional

Acciones estratégicas (programas y proyectos)

2.1 Diseñar, divulgar, aplicar y controlar la política de endeudamiento externo de Costa Rica.

2.2 Facilitar el proceso de formulación y ejecución del Programa Nacional de Inversión Pública, para aprovechar en forma óptima los recursos de cooperación financiera para el desarrollo nacional, periodo 2002-2006.

III. COOPERACIÓN EXTERNA EN COSTA RICA

En el caso de Costa Rica, el desafío de la cooperación internacional - como instrumento de soporte que complementa los esfuerzos nacionales y regionales para promover la integración y el desarrollo mediante el intercambio, adaptación y transferencia recíproca de conocimientos, experiencias y tecnologías y sobre la base de los ejes estratégicos contemplados en el Plan Nacional de Desarrollo - exige un esfuerzo mancomunado y responsable que permita, como país, combinar los intereses del desarrollo con los principios y valores propugnados a lo largo de nuestra historia y que están arraigados en los fundamentos de nuestro sistema de vida y que representan la base de nuestra política exterior.

1. Comportamiento de la Cooperación a Nivel Nacional

A partir de 1990 los recursos de cooperación internacional, en especial los de cooperación técnica recibidos por el país, han evidenciado una constante tendencia decreciente, con un pequeño repunte en el año 1998 que apenas ha sobrepasado la mitad de los niveles alcanzados en los inicios de la década. (ver gráfico No.1). (PND 2002-2006)

Según un estudio realizado por las Naciones Unidas, en el año 1999, Costa Rica experimentó una tasa de decrecimiento de un 17,65% en la década de los noventa, comparada con la tasa de decrecimiento en el ámbito mundial en ese mismo período que fue de un 5,33%. Este comportamiento denota una brecha de desventaja nacional (ver gráfico N.2) . (PND 2002-2006).

Esta situación se puede entender por distintos factores como el índice de desarrollo humano alcanzado por el país, lo cual lo ubica en un nivel superior de desarrollo relativo. Por coyunturas geopolíticas se promueve la cooperación internacional hacia otras zonas geográficas de menor desarrollo, tanto dentro de América Latina como hacia otras regiones del mundo. También se ha debido a una mayor presión y control ciudadano al interior de los países que brindan cooperación al desarrollo y por la imposibilidad de la mayor parte de los países desarrollados respecto al compromiso de destinar un 0,7% del PIB para la cooperación al desarrollo.

En términos de recursos oficiales recibidos por Costa Rica (sin considerar los recursos aportados o canalizados por los Organismos no Gubernamentales (ONG), en 1990 por concepto de cooperación técnica se recibieron US \$ 204,9 millones, mientras que en el año 2001 solamente se recibieron US \$ 57,9 millones, para una disminución del 28,3% entre ambos períodos.

Ahora bien, si comparamos las últimas seis administraciones se puede observar el comportamiento de la cooperación total (financiera y técnica), en donde el vértice mayor fue durante la administración Arias Sánchez (1986-1990). A partir del año 1990 los montos de cooperación recibidos por el país han venido decreciendo hasta mantenerse prácticamente en los mismos niveles en las dos últimas administraciones (Figueres Olsen y Rodríguez Echeverría). En la década de los ochentas, el monto total de cooperación internacional aprobado para el país fue de US\$ 3.635,1 millones, mientras que en la década de los noventa descendió a US \$ 2.630,2 millones (72,3% menos entre una década y otra).(ver gráfico No.3)

2. Modelos de gestión de la cooperación a Nivel Mundial

Tradicionalmente, la cooperación internacional se ha gestionado utilizando los esquemas de procedimientos de recursos técnicos (asistencia técnica) y reembolsables (créditos financieros). Además, de la ayuda alimentaria, humanitaria o de emergencia.

Sin embargo, para nuestro país dichos recursos han disminuido significativamente, ello debido a múltiples razones ya comentadas, algunas de las cuales tienen que ver con:

- El índice de desarrollo humano (puesto número 43 en el nivel mundial, según el último informe de Naciones Unidas, 2001).
- Indicadores de salud, educación, PIB per cápita.
- Situación económica restrictiva a nivel mundial, la cual hace que se canalicen menos recursos destinados a la cooperación al desarrollo (ODA), por parte de los países desarrollados (solo Noruega, Holanda y Dinamarca destinan el 0,7% del Producto Nacional para ODA).

- Situaciones geopolíticas que hacen menos atractiva a la región centroamericana y a Costa Rica, en particular.

Por ello se ha iniciado una estrategia de atracción de recursos técnicos y financieros mediante esquemas como la gestión regional (con el resto de Centroamérica), la triangulación con países con igual desarrollo relativo o con países de mayor desarrollo relativo y otros organismos internacionales, también mediante programas innovadores como el de Venta de Oxígeno (cambio de deuda por naturaleza), programas de Mejores Prácticas (promocionando las oportunidades del país), programas en general de CTPD (Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo), entre otros.

2.1 Distribución por sectores

Se desprende que en el período 1990-2001, los principales socios de nuestro país en el ámbito bilateral fueron: Japón, Estados Unidos, Holanda, Taiwán, Alemania, España, Canadá, Venezuela, Francia, Italia, Suiza, Inglaterra, México, Suecia, Corea, Noruega, Argentina y Chile, entre otros. (ver gráfico No.4).

A nivel multilateral en el mismo período, nuestros principales socios fueron: Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Centroamericano de Integración Económica, Unión Europea, Banco Mundial, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, FAO, OPS /OMS, Organización de Estados Americanos, PNUMA, Organismo Internacional de Energía Atómica, UNESCO, CATIE, UNICEF, HABITAT, IICA, etc. (ver gráfico No. 5).

La relación entre la cooperación financiera y la cooperación técnica fue en este período (1990-2001) del 61.7% para la técnica y 38.3% para la financiera. (gráfico No. 6).

3. Cooperación Externa en Sector Social de Costa Rica

En Costa Rica no ha existido una política diferenciada entre la gestión de recursos para lo social respecto al resto de los sectores nacionales.

Los mecanismos de cooperación son genéricos, mediante esquemas de programación de recursos con las distintas agencias bilaterales y organismos multilaterales, en donde los proyectos y programas son la base de negociación. Se utilizan los formatos establecidos por los actores para los efectos. Se le da prioridad a las iniciativas y los programas, de conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo y las políticas, estrategias y lineamientos de desarrollo institucional, sectorial y nacional.

La posibilidad de acceso a mayores recursos depende de la fuerza y del empuje institucional y sectorial aunados a las buenas propuestas (inteligentes, innovadoras y de impacto), a los recursos disponibles, tanto externos como los presupuestados para contrapartida nacional, a las áreas de preferencia de las fuentes de cooperación y a otros elementos de carácter político y técnico como son las prioridades del país.

Para la presente Administración, dado que el eje transversal del Plan Nacional de Desarrollo y de la gestión del Presidente Dr. Abel Pacheco es la “Lucha contra la Pobreza”, se puedan generar mayores oportunidades de acceso a recursos para el sector social, en general y para la salud, en específico. Pero esto dependerá de la capacidad de formulación, presentación y negociación de propuestas innovadoras, utilizando tendencias de gestión y cuyo impacto se pueda medir en el desarrollo social del país.

3.1 Distribución de la cooperación para el sector social

Las fuentes de cooperación distribuyen su colaboración hacia el país en los siguientes rubros: infraestructura, reforma del estado, sectores sociales, recursos naturales, agricultura y un breve porcentaje al concepto de otros.

Según se muestra en el gráfico No. 7, la cantidad otorgada fue especialmente a la reforma del estado, la infraestructura, y lo que fue el sector social, así mismo se dio a la agricultura un buen apoyo. Para el periodo de 1994-1996 el mayor aporte fue para la infraestructura principalmente, presentando un repunte para la reforma del estado y el sector social.

En el periodo de 1997-1999, ocurre el mayor repunte en el área de recursos naturales, debido a que el país adoptó una estrategia de política ambiental, así mismo la colaboración en las áreas de infraestructura y sector social aumentó considerablemente.

La secuencia de la década de los noventa refleja que los cooperantes han dado mayor importancia al desarrollo de la infraestructura en el país, a su vez la reforma del estado ha dado una relevante situación a los cambios de paradigmas de la comunidad internacional. Esta asistencia ha contribuido a que el sector social tenga su trascendencia a través de todos los años, siendo esta un área que involucra otros indicadores de índole nacional.

La cooperación destinada a la agricultura, ha permanecido en un nivel constante, pero bajo en relación con otras áreas, igualmente para el concepto del resto, pues este para finales de la década es mínimo.

4. Modelos de Gestión de la Cooperación del Sector Social

La gestión de la cooperación, es un proceso complejo, en el cual están vinculados varios actores y, por lo general está regido por una oficina institucional, con una estrategia de trabajo clara y precisa. No obstante el proceso de gestión de Cooperación Internacional, se ha limitado a desarrollarse solamente en algunas de sus etapas.

La gestión que implica cualquier proyecto comprende varias fases. Primero, se debe partir de una necesidad que tenga una institución del sector. Esta debe ir de la mano de lo que se haya definido en las políticas nacionales de salud, de esa manera se asegura que es un tema prioritario que tendrá el respaldo de la máxima autoridad de la institución. Luego, se debe realizar una negociación que sea capaz de llevar a buen término la entidad, que demanda la cooperación internacional con la fuente cooperante, sea ésta un país o un Organismo Internacional. De esta negociación dependerá que la cooperación se otorgue o no se otorgue. Posteriormente, se deberá iniciar la formulación de un proyecto coherente y atractivo para la fuente cooperante elegida, el cual tendrá que ser revisado y analizado, para su aprobación. El proyecto debe impactar un gran porcentaje de la población del país y debe demostrar su sostenibilidad, es decir, que el país lo adoptará por sí mismo dotándole recursos cuando ya el apoyo externo haya caducado. Después de superadas estas fases, el actor encargado de este proceso, deberá velar por el seguimiento y finalmente por la evaluación.

4.1 Comportamiento y tendencia

Si consideramos solamente la Administración Rodríguez Echeverría (1998-2002), el monto total de cooperación aprobada (financiera y técnica) fue de US \$ 843,5 millones, de los cuales US \$260,2 millones correspondieron a cooperación técnica.

En ese período los principales socios del país a escala bilateral fueron la República de China en Taiwán, Estados Unidos de América, España, Alemania, Países Bajos, Corea, Japón, Suecia y Canadá. Mientras tanto, en el marco multilateral los recursos fueron aportados, en su mayor porcentaje, por el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Unión Europea (UE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) y la Organización de Estados Americanos (OEA), entre otros. (PND 2002-2006)

4.2 Destino

Los recursos de cooperación técnica recibidos por Costa Rica en la última década fueron fundamentalmente a sectores como: Infraestructura, Medio Ambiente, Agropecuario, Desarrollo Local, Educación, Salud, Seguridad, Turismo, Economía, Industria, Universidades, Fortalecimiento Institucional, Energía y otros. Estos datos se observan en el gráfico No.8. (PND 2002-2006)

4.3 Actores del Sector Social

La proporción de la cooperación en el periodo 1999-2001, según fuentes, es la siguiente: BID 31,5%, BCIE 15,6%, Unión Europea 9,1%, Japón 7,5%, Estados Unidos 6,7%, Holanda 5,2%, Banco Mundial 5,2%, Taiwán 4,8%, Alemania 4,4%, España 1,9%, Canadá 1,9% Suecia 1,4% y el PNUD 1,1%. Además la clasificación puede hacerse a nivel bilateral y a nivel multilateral, para lo cual los porcentajes varían dependiendo del total de cada modalidad. (Gráfico No. 9) (PND 2002-2006)

5. Recursos financieros para el Sector Salud

Las fuentes de financiamiento del sector salud se dividen en organismos bilaterales, multilaterales, y otros procedentes de entes nacionales. Estas fuentes de cooperación, apoyan con montos de empréstitos usualmente en dólares americanos, consultorías técnicas o de capacitación.

La cooperación técnica no reembolsable (otorgada al país en todas las áreas) ha disminuido de manera pronunciada a una tasa de decrecimiento de 12.6% desde 1990 a 1999. El Sistema de Naciones Unidas, el AID y la cooperación Sueca lideraron la cooperación técnica a principios de la década. Hoy en día la cooperación más importante proviene de Taiwán y del Sistema de Naciones Unidas. (Informe PNUD. 1999. sp)

Nótese el gráfico No. 10, el cual hace referencia de la disminución del monto de la cooperación financiera reembolsable para el país entre 1990 y 1999. En 1990 se empieza un decrecimiento en la cooperación, manteniéndose en una leve constante entre 1991-1992, para entrar nuevamente a un decrecimiento pronunciado hasta 1994, donde pasa de desembolsos de más de 200 millones de dólares anuales a un promedio de 75 millones de dólares.

Asimismo, para 1995 - 1996 se produce un alza en la cooperación financiera de más de 100 millones de dólares a un promedio de 125 millones de dólares. Para volver a un decrecimiento en los años 1997 - 1998, donde el monto alcanzado fue para el año 1998 de un promedio de 40 millones de dólares. En el 1999 el crecimiento de la cooperación financiera logra alcanzar un desembolso de 100 millones de dólares en promedio

El total entre 1990-2001 fue de US \$2745,9 millones, de los cuales US \$1694,9 millones correspondió a cooperación financiera reembolsable y US \$1051,0 millones a cooperación técnica no reembolsable.

A nivel bilateral el monto aprobado para Costa Rica fue de US \$982,9 millones y a nivel multilateral fue de US \$1762,9 millones.

IV. SECTOR SALUD EN COSTA RICA

El Sector Salud ha dejado claramente establecido que la salud es responsabilidad de todas las personas, pero también debe definir funciones a partir de la misión de cada una de las instituciones que conforman el Sector, a saber (PND 2002-2006):

- El Ministerio de Salud (MINSALUD): instancia rectora de la producción social de la salud con la participación de las instituciones. Sus funciones son dirigir, conducir, regular, investigar y definir políticas sectoriales, así como dar seguimiento y evaluación a las acciones y los servicios de salud. Este papel definió que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) asumiera los servicios de atención primaria, función que históricamente había ejecutado el MINSALUD. Con ello fue necesario el traslado de 1.700 funcionarios, además de equipos, materiales y otros elementos de infraestructura física.
- La Caja Costarricense de Seguro Social, al asumir la promoción de la salud así como los servicios preventivos, puso en marcha la modernización institucional; es decir, impulsó la desconcentración de los hospitales y las clínicas, junto a la firma de compromisos de gestión, relacionados con la asignación de recursos. En el marco de la Ley N° 7852, aprobada en 1998, inició la desconcentración de los hospitales y las clínicas de esta Institución, proceso que durante los años 2000 y 2001 registró un total de treinta y cinco establecimientos con desconcentración máxima; es decir, con autonomía presupuestaria, contratación de recursos humanos y de servicios, abriendo a su vez espacios de participación social, lo cual se ha ido fomentando mediante las ciento nueve Juntas de Salud conformadas en los diferentes puntos del territorio nacional; proceso aún incipiente.
- Por su parte, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, como institución encargada de brindar servicios de distribución de agua a la población, así como de canalizar las aguas "domésticas, negras e industriales", mediante el sistema de alcantarillado sanitario, ha llevado a cabo durante los últimos años un proceso de modernización institucional orientado a mejorar los servicios al cliente, tanto en la urbe como en la zona rural, mediante un proceso de desconcentración apoyado en la creación de sistemas de procesamiento distribuido, que permite la realización de transacciones en todas las oficinas del país, la consolidación de la información por medio de bases de datos y sistemas de información, para la atención y prestación de servicios de calidad a los clientes y el suministro de información sistematizada para los niveles de producción y de gerencia y, consecuentemente, para la toma de decisiones.

1. Recursos externos recibidos por el Sector Salud

Durante los últimos diez años, la cooperación internacional, recibida por el país ha estado a cargo del MIDEPLAN y del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (MREC), que cuentan con un ordenamiento jurídico funcional propio, el cual permite en la práctica identificar los actores responsables y la efectiva gestión de la cooperación; eligiendo con criterios técnicos los sujetos idóneos para recibir esa colaboración. Con el fin de lograr un manejo adecuado de las solicitudes de cooperación por parte de las instituciones públicas y privadas del país, se cuenta con formatos acreditados en el ámbito internacional, a través de los cuales A y A, CCSS, MINSALUD presentan sus demandas de acuerdo con las prioridades institucionales.

2. La relación de cada Enlace de Cooperación Internacional de las instituciones del Sector Salud con sus homólogos

Las instituciones que comprenden el Sector Salud, poseen una interrelación con las fuentes bilaterales y multilaterales a nivel mundial lo cual permite acciones concretas canalizadas a través de los enlaces de cooperación de cada institución. Este diálogo interinstitucional que versa sobre estos temas permiten mejorar la gestión de cooperación entre países u organismos externos. Lo anterior con la participación activa de las Direcciones de Cooperación internacional de MIDEPLAN y MREC.

3. Principales Actores

La Cooperación Externa recibida por el Sector Salud en los últimos años proviene tanto de fuentes bilaterales, como multilaterales. Entre las fuentes bilaterales destacan Agencia de Cooperación Alemana, Gobiernos de Japón, Francia, México, Estados Unidos Italia, España y Finlandia. Por otro lado, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Centroamericano de Integración Económica, Overseas Economic Cooperation Fund, Kreditanstalt Fur Wiederaufbau, la Organización Panamericana de la Salud, constituyen importantes fuentes multilaterales de las que se ha recibido cooperación financiera y técnica. Los principales actores que constituyen la contraparte nacional y complementan la colaboración recibida del exterior mediante apoyo financiero y técnico son las propias instituciones receptoras de la cooperación, en este caso el AyA, la CCSS, el MINSA, y la UCR, y específicamente el Fondo de Asignaciones Familiares.

4. Gestión Institucional

Dentro del manejo institucional del Sector Salud se estima que cada una de las instituciones que lo conforman tienen para cooperación externa las siguientes especificaciones:

4.1 Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados

MARCO GENERAL EN COOPERACIÓN EXTERNA EN A y A

El marco de cooperación externa que trabaja A y A, hace referencia a la observación de la calidad de vida que debe tener el país, la cual hace que se aporte una inversión consistente con financiamiento externo para mejorar la calidad de agua potable para los consumidores del país, generando una modernidad relativa para la misma institución y mejorando los servicios prestados por A y A, a sus usuarios de los servicios.

Estos convenios en cooperación se realizan con entes externos, los cuales pueden ser organismos internacionales y nacionales, que han aportado apoyo financiero, logístico y técnico en los diferentes proyectos que se realizan sobre las necesidades de mejorar la calidad y el abastecimiento de agua potable en el área metropolitana y las comunidades rurales de todo el país, más lo que se refiere al tratamiento de aguas negras.

Mediante la cooperación externa A y A concretamente ha llevado a cabo estudios sobre las necesidades de agua potable y evacuación de aguas residuales, tanto en el área metropolitana como en el resto de las ciudades y comunidades rurales bajo la administración de A y A. El objetivo es lograr el mejoramiento y expansión de sus servicios de acueducto y alcantarillado.

Por ello A y A, ha utilizado el apalancamiento financiero como principal fuente de financiamiento para la ejecución de sus programas de inversión. (Doc: Presupuesto 2003, sf.). Esta cooperación externa está satisfecha por empréstitos de desembolsos en Programas de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario para el área urbana y rural del país.

Las fuentes de financiamiento con las que trabaja A y A son bilaterales y multilaterales, con apoyo de entes nacionales quienes dan cooperación con empréstitos de montos millonarios a una tasa de interés adecuado en un periodo estimado para cumplir la deuda, donde en este momento se tienen siete (7) proyectos ejecutados con empréstitos bancarios, de los cuales tres ya han concluido su etapa de construcción (ver cuadro No.1). Es importante resaltar que estos proyectos, que tienen financiamiento externo, son publicados en el diario oficial La Gaceta.

Además de que la cooperación puede ser financiera, también existe la cooperación externa técnica, (donación), para capacitación o compra de equipo necesario para los estudios y el trabajo de los departamentos de A y A. Entre ellos, se destaca la participación del Japón, BID, y otros entes. (ver cuadro No. 2)

Asimismo, los resultados o beneficios que se obtienen por la realización de los proyectos financiados por entes cooperantes, son en cuanto a creación o expansión de infraestructura, que da cabida para generar mejoras en la salud (ver cuadro No.3). El producto a obtener es la capacidad instalada y la capacidad servida, más el reto de mantener una capacidad de conocimiento adquirido sobre la producción, el abastecimiento y el tratamiento que genera el tema de recurso hídrico. Mientras tanto, los impactos del proyecto se toman positivos, si la obra que se concluye lleva a una mejor calidad de vida a la población beneficiada.

Los programas y proyectos emprendidos han aportado a las poblaciones un mejor abastecimiento de agua y calidad en el servicio; pero existen necesidades no cubiertas que es preciso atender en el corto plazo, como por ejemplo en el área de agua potable y evacuación de aguas residuales, a fin de evitar las consecuencias negativas que puedan ocasionar en nuestro sistema de salud y en el manejo de ecosistemas en las cuencas altas. Es por ello, que es importante gestar acciones de negociación con entes externos para recibir nuevos tipos de contribución que A y A deberá asumir en su desarrollo de cooperación internacional.

Esto conlleva a replantear la situación de A y A en el sector salud, para cumplir los acuerdos nacionales, regionales o internacionales, como es el caso de los convenios emitidos por la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), en la parte de agua y saneamiento, más la de recursos humanos. Estos convenios establecen que A y A, en sus diferentes áreas, deberá desarrollar acciones de gran importancia para la protección y la conservación de las fuentes acuíferas y para la utilización eficiente del recurso mediante un manejo integral del agua, donde se amplíen y se fortalezcan los sistemas de acueductos y alcantarillado sanitario existentes, a fin de atender la demanda de servicios de agua de consumo humano a toda la población del país y cumplir con la parte de saneamiento ambiental que le corresponde.

El acuerdo para el área de recursos humanos establece desarrollar para los funcionarios, con apoyo de las universidades estatales, programas de capacitación en saneamiento ambiental, gestión ambiental, legislación y demás temas relacionados con la temática de la salud ambiental en el país.

Entre tanto, la coordinación de cooperación internacional de A y A se encuentra en el Área de Planeamiento Financiero y Cooperación Internacional de la Dirección de Planificación, la cual tiene como función establecer los enlaces necesarios con el MIDEPLAN y el MREC, en la medida que se creen lazos políticos.

Esta área, funciona como enlace o facilitadora en el establecimiento de una participación interinstitucional en los proyectos de cooperación externa para lograr el desarrollo social y ambiental en la calidad de vida de los costarricenses, mediante el fomento de enlaces de cooperación con los sectores a los que pertenece (salud, saneamiento ambiental y otros). Para ello, realiza monitoreos, seguimientos y evaluaciones de los compromisos adquiridos con las entidades financieras y coordina actividades con otras direcciones de A y A para disponer de acciones a seguir para el cumplimiento de las obligaciones adquiridas en los convenios.

4.2 Caja Costarricense de Seguro Social

El manejo de la cooperación financiera en la CCSS es, actualmente, responsabilidad de la Dirección de Proyectos de la Gerencia de Modernización y Desarrollo, la cual en estos momentos administra los recursos aportados por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Centroamericano de Integración Económica y el Proyecto Finlandia. (Ver cuadro no.4)

La cooperación técnica internacional en la CCSS se ha desarrollado de manera informal, por falta de directrices e información dentro de la misma institución. Las respuestas a las obligaciones con las distintas fuentes cooperantes limitan u obstaculizan varias etapas del proceso de la gestión de la cooperación, a saber,

el apoyo técnico que se podría obtener, el intercambio de conocimientos pertinentes para la preejecución de los proyectos y la utilización idónea de los recursos al momento de su ejecución. (Méndez, M. 2001. p:100)

Los procesos de transferencia de conocimientos a profesionales y técnicos inciden positivamente en mejoras para el país. Esa transferencia le ha permitido a la CCSS relacionarse mejor con sus homólogos y entender de mejor manera lo que sucede en el sistema internacional. Estas dos razones le han permitido, entre otras, a adaptarse a los cambios que se están dando en el mundo actual.

Dada la orientación estratégica del Centro de Desarrollo Estratégico e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) de la CCSS, dentro de la institución y del Sector Salud, se decidió crear y consolidar formalmente una Oficina de Cooperación Internacional. Esta oficina tiene bajo su competencia y responsabilidad exclusivas el desarrollar lo concerniente a aspectos de proyección internacional, para lo que promueve un uso racional de los recursos de la institución y de las fuentes de cooperación, como una opción válida para apoyar a la Caja en su papel activo de impulsar, mejorar y ampliar la seguridad social en nuestro país.

Con este fin de maximizar la eficacia y la eficiencia de la gestión institucional de la Caja en el área de la cooperación internacional, el Dr. Luis A. Boza Abarca, Director Ejecutivo del CENDEISS y dentro de la reestructuración de este centro, aprobada por la Junta Directiva, se crea dicha oficina especializada para representar oficialmente a la CCSS en las actividades institucionales relacionadas con organismos y con foros internacionales; así como con tratados, convenios, programas y proyectos de cooperación técnica. La oficina se constituye en el enlace necesario con los Ministerios de Relaciones Exteriores y Culto (MREC) y de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) y, al interno de la institución, con la Gerencia de Modernización y Desarrollo, a cargo de los proyectos financieros de la Caja. Todo ello con el propósito de:

- Evitar la duplicidad de esfuerzos y proyectos, coordinando e integrando metas comunes.
- Velar por la congruencia de las distintas propuestas, respecto de las prioridades de la institución y de su capacidad operativa real para ejecutarlas.
- Supervisar los términos de contrapartida y otros compromisos.
- Maximizar y ampliar el impacto de los resultados esperados.
- Procurar una relación más eficiente con las fuentes de cooperación, los organismos internacionales y las misiones diplomáticas.

En cumplimiento de esas claras metas, el objetivo principal de esta oficina es:

- Dirigir, controlar, y evaluar las acciones de cooperación internacional, que se enmarquen en las políticas institucionales y prioridades nacionales, mediante asesoría a las unidades, el establecimiento de sistemas de información y la gestión técnica, con el propósito de desarrollar acciones que permitan la movilización y utilización de recursos, que complementen los esfuerzos que se realizan para otorgar los servicios de salud y pensiones con calidad y oportunidad.

Dentro de los objetivos específicos se pueden mencionar los siguientes:

1. Promover, coordinar, dar apoyo técnico y seguimiento a programas o proyectos de cooperación internacional.
2. Promover, coordinar, dar apoyo técnico y seguimiento a acuerdos, convenios y tratados de cooperación internacional con instituciones y organizaciones internacionales.
3. Coordinar, dar apoyo técnico y seguimiento a los trámites de aprobación de proyectos.
4. Brindar asistencia técnica a unidades ejecutoras en el desarrollo de proyectos.
5. Evaluar los proyectos de cooperación internacional.
6. Coordinar la labor con otras dependencias de la Caja y del Sector Salud, en todos los asuntos de su competencia.
7. Atender las consultas de funcionarios de organismos gubernamentales y no gubernamentales, nacionales y extranjeros, de estudiantes y del público en general.
8. Cualesquiera otras que sean compatibles con sus fines y objetivos institucionales, particularmente aquellas que provengan de una delegación interorgánica de funciones o que emanen de una decisión de las autoridades de la Institución (Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva, Gerencias de División).

Otras actividades realizadas por la Oficina de Cooperación son:

1. Realización del Seminario-Taller denominado Gestión de la Cooperación Técnica Internacional, CCSS, Ministerio de Salud, INS, A y A, auspiciado por la OPS; el cual se hizo cumpliendo uno de los compromisos asumidos reiteradamente por Costa Rica en distintos foros internacionales, en relación con la necesidad de fortalecer las instancias de cooperación internacional de las instituciones, que conforman el Sector Salud y promover la necesaria retroalimentación entre ellas. Este evento se constituyó en la primera iniciativa de capacitación en este campo, que se ha llevado a cabo a en el Sector Salud.
2. Apoyo a la participación de Costa Rica en las reuniones del Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (PRE-COCISS y COCISS 2002) y de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (PRE-RESCCAD Y RESSCAD 2002).

Proyectos

En los cuadros 4 y 5 se presentan diferentes tipos de proyectos ante distintas fuentes de cooperación internacional, a los cuales es necesario se les brinde apoyo técnico, seguimiento, asesoría y coordinación.

4.3 Ministerio de Salud

La cooperación externa brindada al Ministerio de Salud proviene tanto de fuentes bilaterales como multilaterales. En los últimos años, estas fuentes han girado su modalidad, concentrándose más en la asistencia técnica que en la financiera. Esto ocurre contrario a la década de los 70, cuando gran parte de los recursos provenían de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID). Tanto fue el financiamiento de esta y otras fuentes que se creó la Oficina de Cooperación Internacional de Salud (OCIS) para administrar la ayuda económica proveniente de convenios con organismos internacionales, de contribuciones especiales y de fondos asignados por el Presupuesto General de la República o por leyes específicas. Estos fondos fueron utilizados para financiar programas y campañas nacionales de salud, tales como la malaria. Después de unos años, la cooperación financiera disminuyó considerablemente y la OCIS comenzó a recibir fondos nacionales, actualmente siendo una de las fuentes de ingresos del Ministerio.

Igualmente, durante el inicio del proceso de la reforma del sector salud en la década de los 80, el Ministerio de Salud recibió cooperación financiera no reembolsable principalmente por parte del Banco Interamericano para el Desarrollo (BID). Con esta asistencia, la cual aún procede, la institución asumió el ejercicio de la rectoría y trasladó a la CCSS los programas relacionados con la atención de las personas.

La cooperación externa financiera hacia el Ministerio también aumentó como consecuencia al Huracán Mitch, que azotó gran parte de Centroamérica en 1998. Aunque los daños físicos causados al país no fueron igualmente fatales como en Nicaragua y Honduras, sí se recibió altos flujos de migrantes de los países vecinos. Por ello, el AID al igual que otras fuentes otorgaron cooperación financiera y técnica para el mejoramiento de la salud en las comunidades del país seleccionadas por su alta inmigración después de esta catástrofe.

En años más recientes, la mayoría de la cooperación externa recibida por el Ministerio es técnica. Según se observa en el Cuadro No.7, entre las fuentes bilaterales que más han otorgado cooperación técnica se encuentra Japón, España y Alemania. En nuestra región, México colabora desarrollando asistencia técnica con costos compartidos. Gran parte de esta cooperación técnica va dirigida a todos los países centroamericanos, enmarcada dentro de proyectos sub-regionales donde, por lo general, se ofrecen cursos de capacitación.

En cuanto a fuentes multilaterales, el organismo internacional que más brinda cooperación internacional es la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el Cuadro No. 7 se puede notar que gran parte de la colaboración de estos organismos va dirigida al mejoramiento de los servicios de salud. Durante los años 2000 y 2001, un total de \$1.640.287 fueron aprobados tanto para el Ministerio de Salud, como para la CCSS y la UCR. De este monto se utilizó \$1.118.279.

Otra área que también contó con un elevado otorgamiento de asistencia en esos años fue la protección al desarrollo del ambiente, en el cual se utilizó \$1.155.210 del total de \$1.662.904 aprobados. Varias instituciones fueron sujetas a esta colaboración.

Otra fuente multilateral que también brindó cooperación técnica es el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).

En cuanto al manejo de la cooperación externa dentro del Ministerio de Salud, debe señalarse que no existe una entidad constituida formalmente que se haga cargo de la materia. En los últimos años, la cooperación externa la han manejado asesores de los Despachos del Ministro(a) o Viceministro(a) como recargo a sus múltiples funciones. Como este tipo de funcionarios por lo general se retiran con los cambios de gobierno, no existe un registro y control de las actividades relativas con el tema.

BIBLIOGRAFÍA

RESSCAD. **Acuerdos de la XVII RESSCAD Informe de Seguimiento** (versión preliminar). Agosto 2000. San José, Costa Rica.

Araya Marrón, Marta⁽²⁾ **II Informe Trimestral de Consultoría de Relaciones Internacionales**., CCSS, San José, Costa Rica, 1999

A y A: Dirección Financiera. Documento: **Fichas Técnicas de Empréstitos: Presupuesto 2003.**

A y A. **Plan de Inversiones de A y A periodo 1996 – 2001.**

A y A – KfW; **Proceso de Acueductos rurales. Programa de Agua Potable y Saneamiento Ambiental Básico Rural I** A y A – KfW. Duodécimo Informe semestral al 31 de diciembre de 1997. Coordinación del Programa: Subproceso de información, evaluación y control. San José, Costa Rica.

A y A – OPS. **Análisis Sectorial**. San José, Costa Rica, julio 2002

A y A. **Plan Anual Operativo 2003**. Dirección de Planificación: Planeamiento Estratégico y Gerencial, 2002.

Esquivel, Nelson. **Análisis Financiero**. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1991.

Ministerio de Salud. **Memoria Anual**, San José, Costa Rica, 2001.

Méndez Salas, Mercedes. **La Cooperación Internacional de la Caja Costarricense de Seguro Social**; Tesis de licenciatura, Universidad Interamericana de las Américas, 2002.

Miranda Gutiérrez, Guido. **La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica**, II Edición, EDNASSS, CCSS, San José, Costa Rica, 1994.

Naciones Unidas (PNUD). **Nuevas Orientaciones de la Cooperación Técnica entre los países en desarrollo**, Nueva York, Estados Unidos, 1995.

Organización Panamericana de la Salud, **Informes Elaborados**, San José, Costa Rica, 2002.

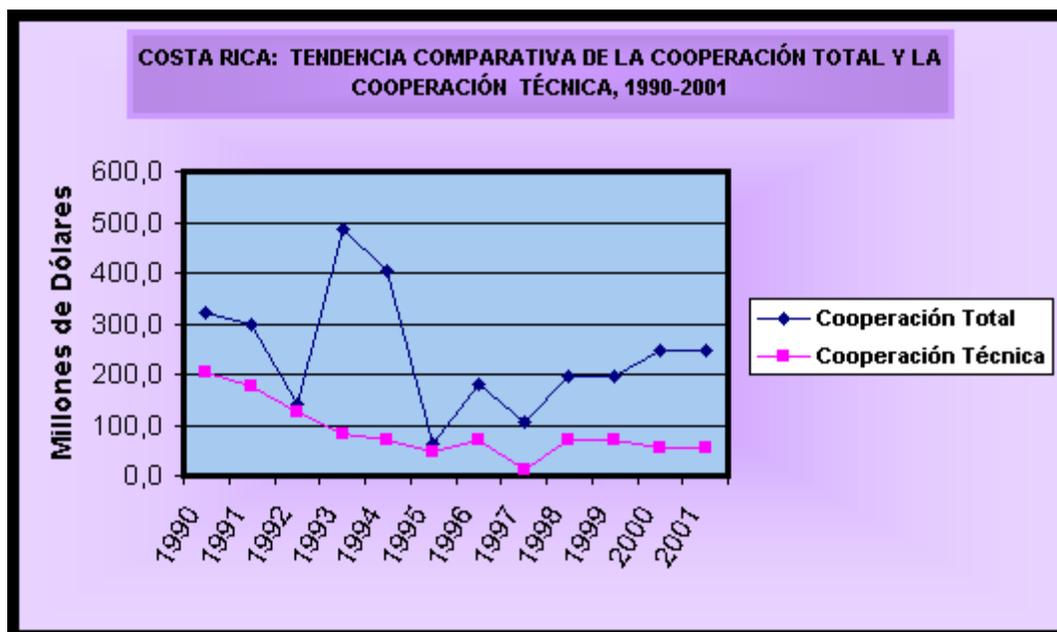
OPS – OMS. “Presentación” , Masica -Hep. Junio 2000

OPS – OMS .Revista Masica, 2001

Rijk, Louis(Ing.). **Informe Final Enero 1999 (31de diciembre, 1997) Supervisión de la ejecución del Programa de Agua Potable y Saneamiento básico Rural**. San José, Costa Rica, 1997.

GRAFICOS

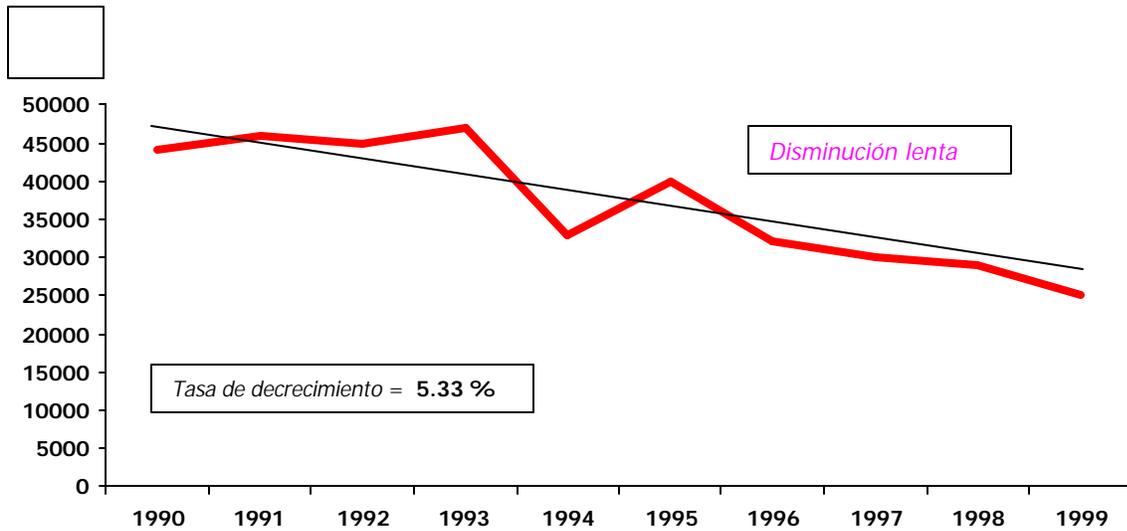
GRAFICO 1
Costa Rica: Tendencia comparativa de la Cooperación total
y la Cooperación Técnica, 1990-2001



Fuente: MIDEPLAN y Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, 2002

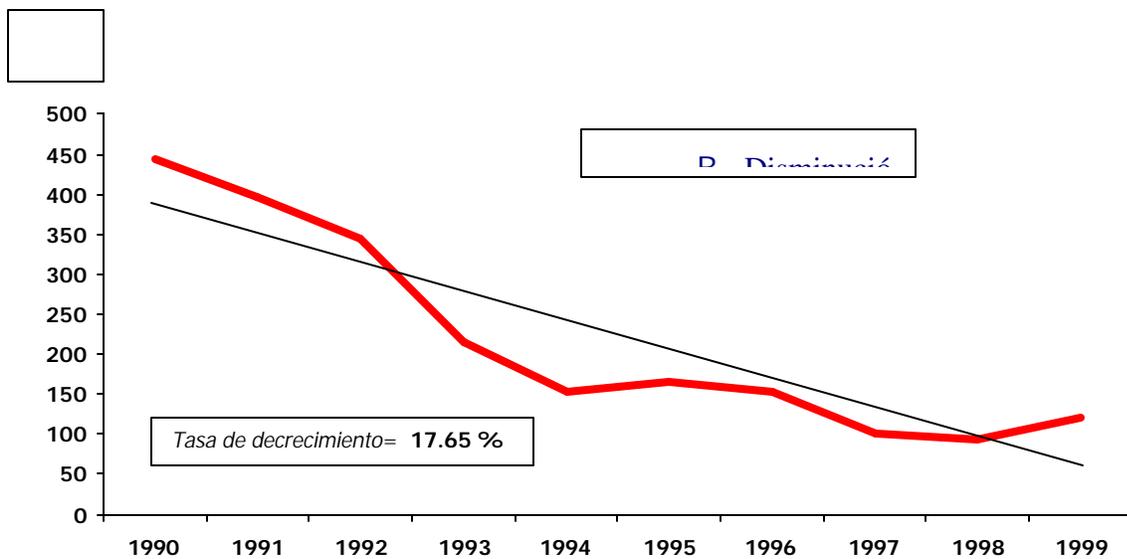
GRÁFICO No. 2
Tendencias de la cooperación mundial y de la cooperación
hacia Costa Rica - (1990-1999)

COOPERACIÓN MUNDIAL



— Cooperación Internacional (ODA)

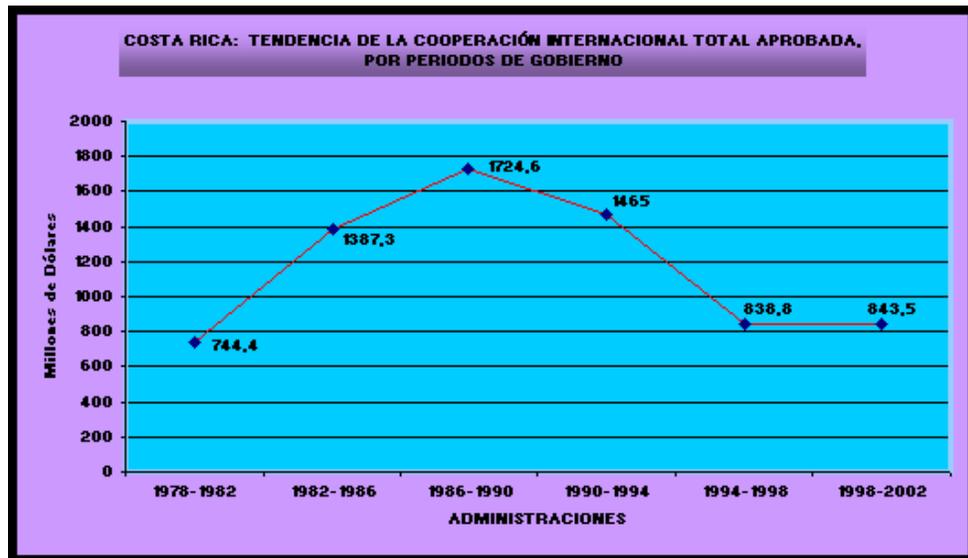
COOPERACIÓN HACIA COSTA RICA



— Cooperación total (ODA)

GRAFICO 3

Cota Rica: Tendencia de la Cooperación Internacional Total Aprobada por Periodos de Gobierno



Fuente: MIDEPLAN, 2002

GRAFICO No. 4
COSTA RICA: COOPERACIÓN INTERNACIONAL BILATERAL APROBADA, 1990-2001

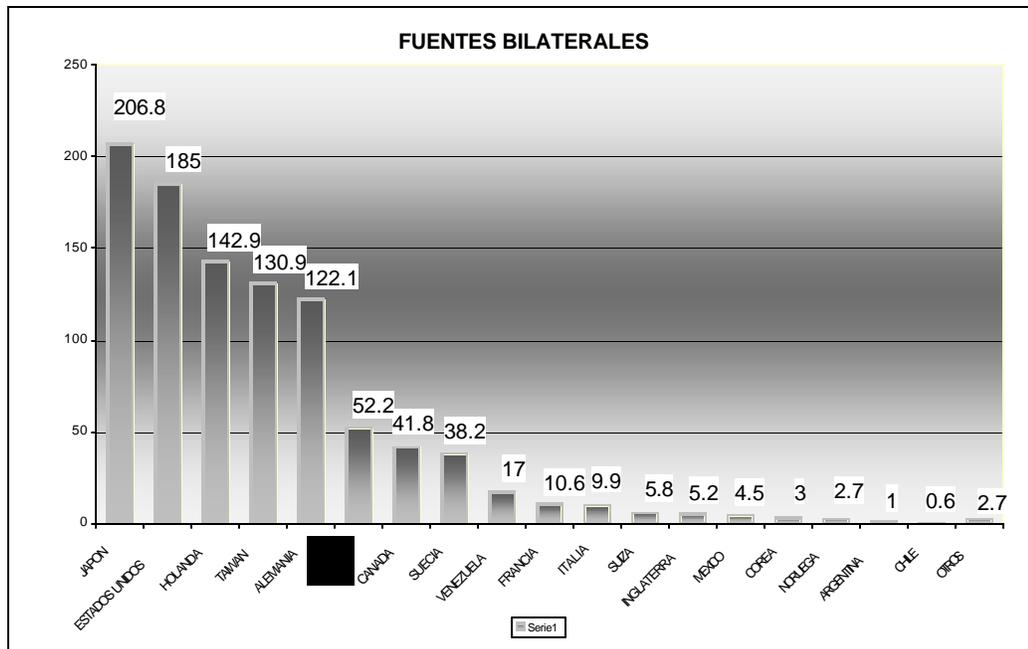


GRAFICO No. 5
 COSTA RICA PRINCIPALES FUENTES DE
 COOPERACIÓN MULTILATERAL
 APROBADA 1990-2001

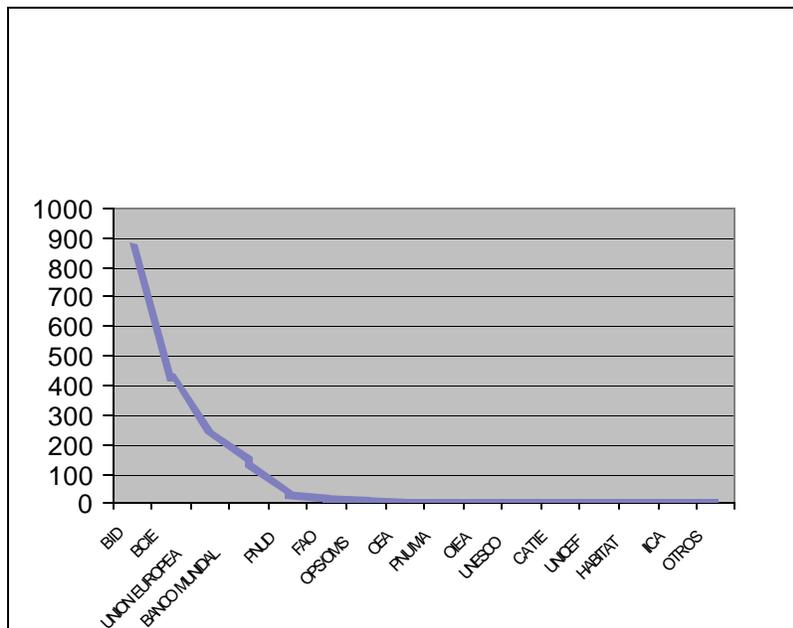
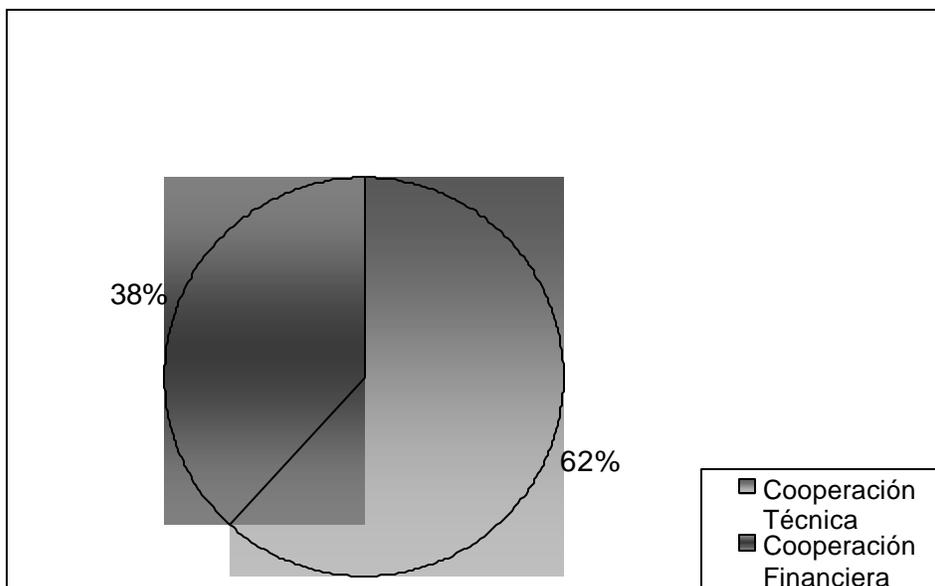


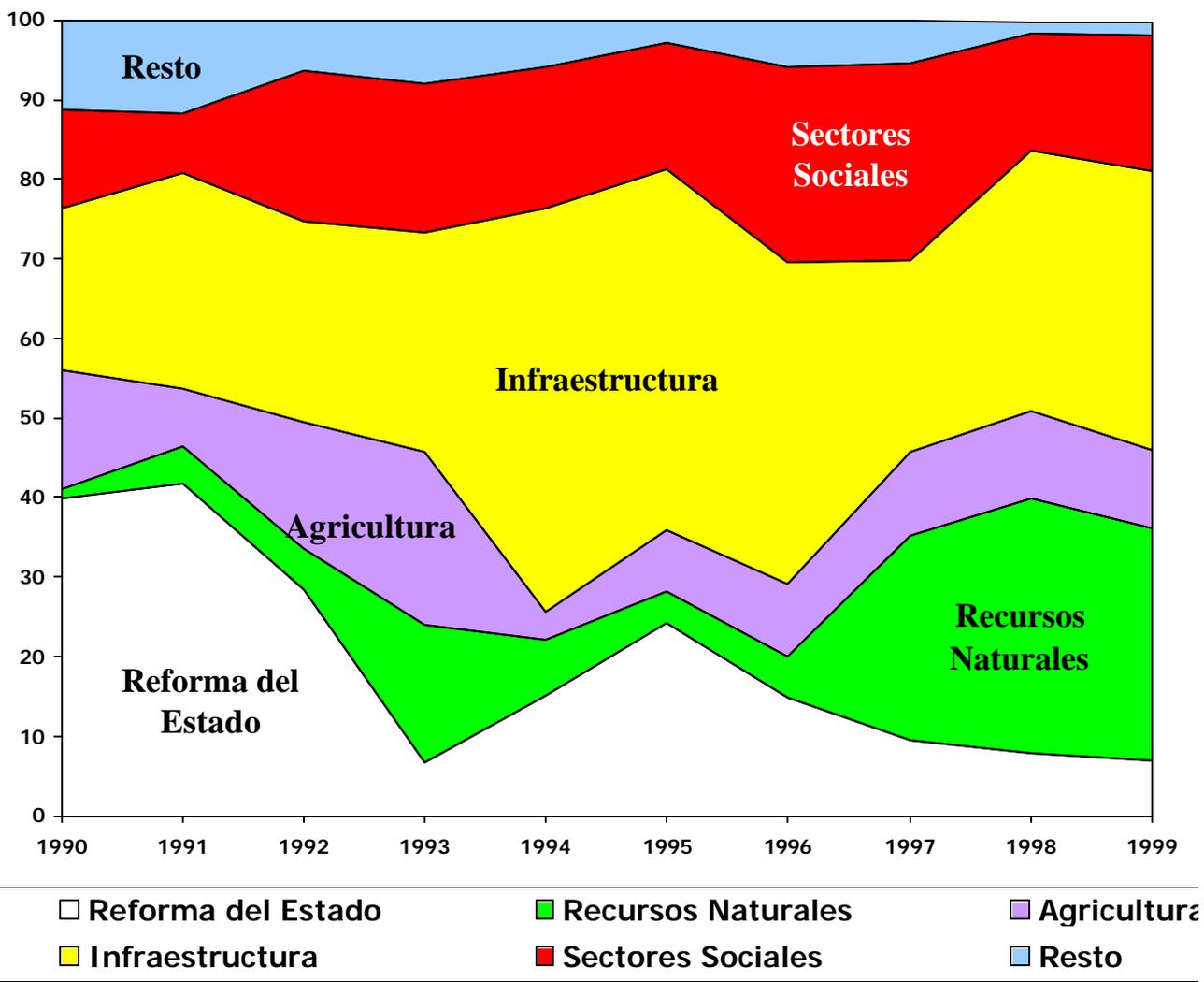
GRAFICO No. 6
 Costa Rica: Relación de la Cooperación Técnica y Financiera
 Aprobada 1999-2001



Fuente: Elaboración Propia: Documento proporcionado por el Ministerio de Relaciones Exteriores/ DCAS

GRÁFICO No. 7a

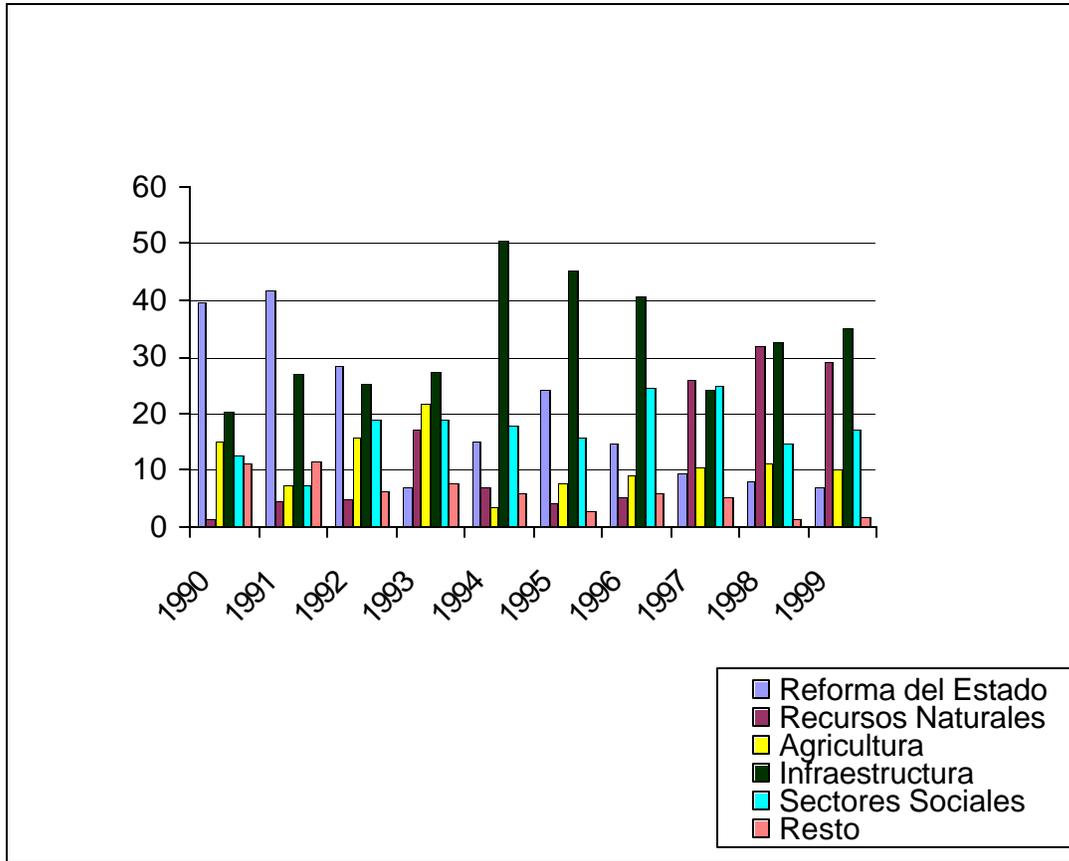
Costa Rica: Concentración sectorial de la cooperación técnica y financiera en ejecución (1990-1999)



1999: datos preliminares

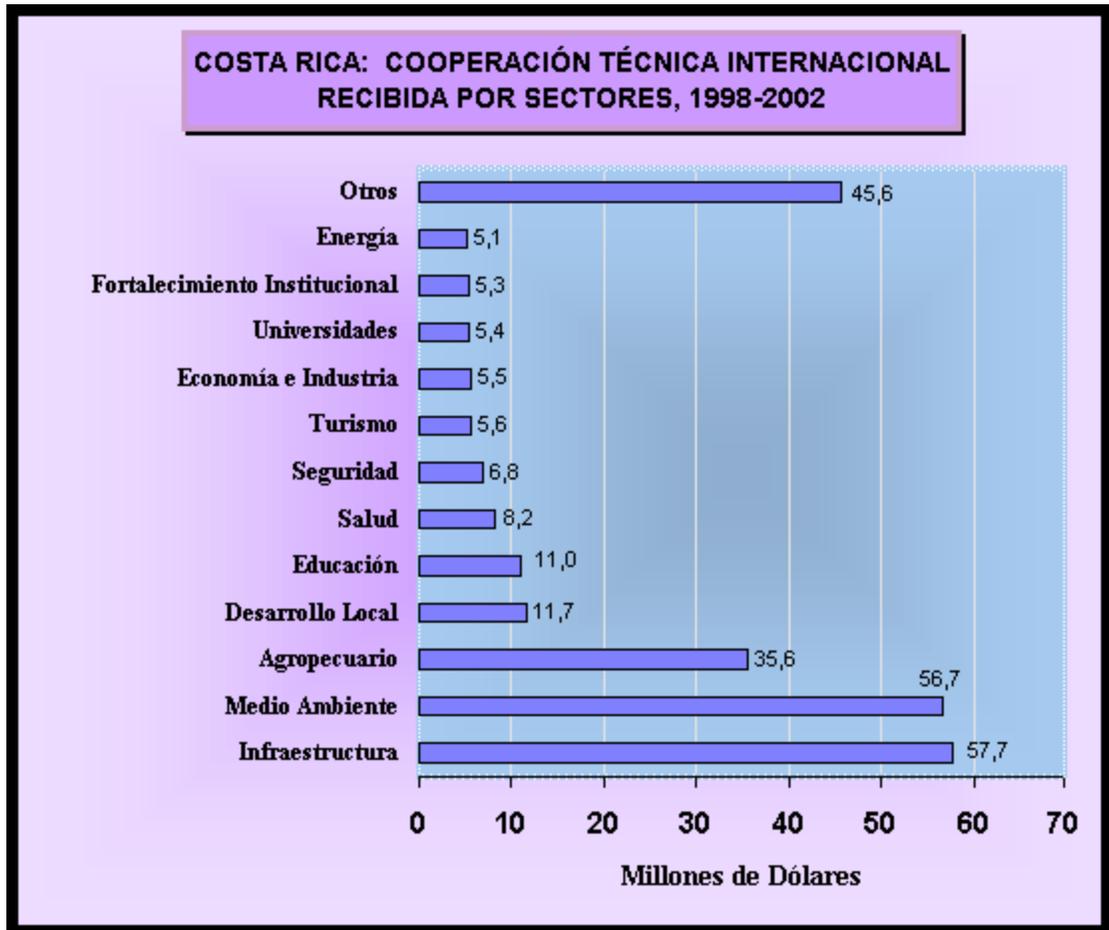
Fuente: Ministerio de Relaciones Exteriores / DCAS.

GRÁFICO No 7b
 Costa Rica: Concentración Sectorial de la Cooperación
 Técnica y Financiera en ejecución (1990.1999)



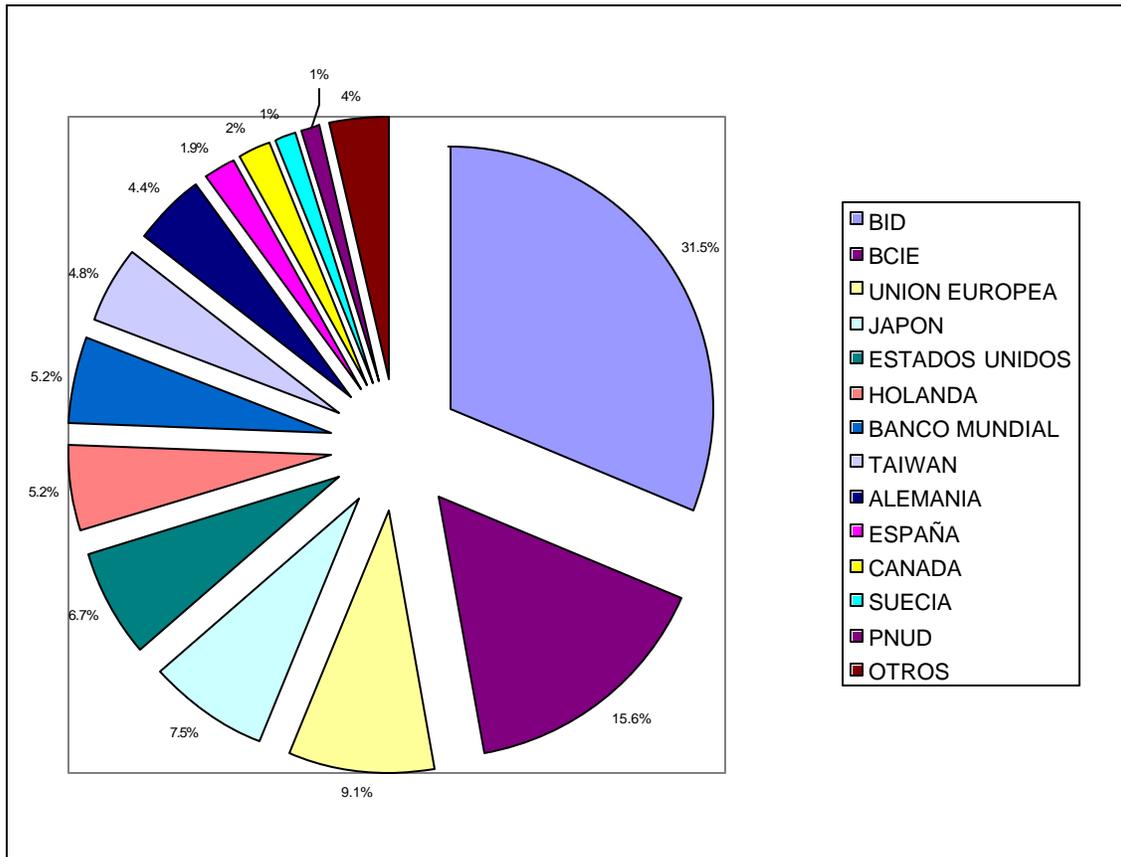
Fuente: Elaboración Propia: Documento proporcionado por el Ministerio de Relaciones Exteriores/ DCAS

GRAFICO 8
Costa Rica: Cooperación Técnica Internacional
recibida por Sectores, 1990-2002



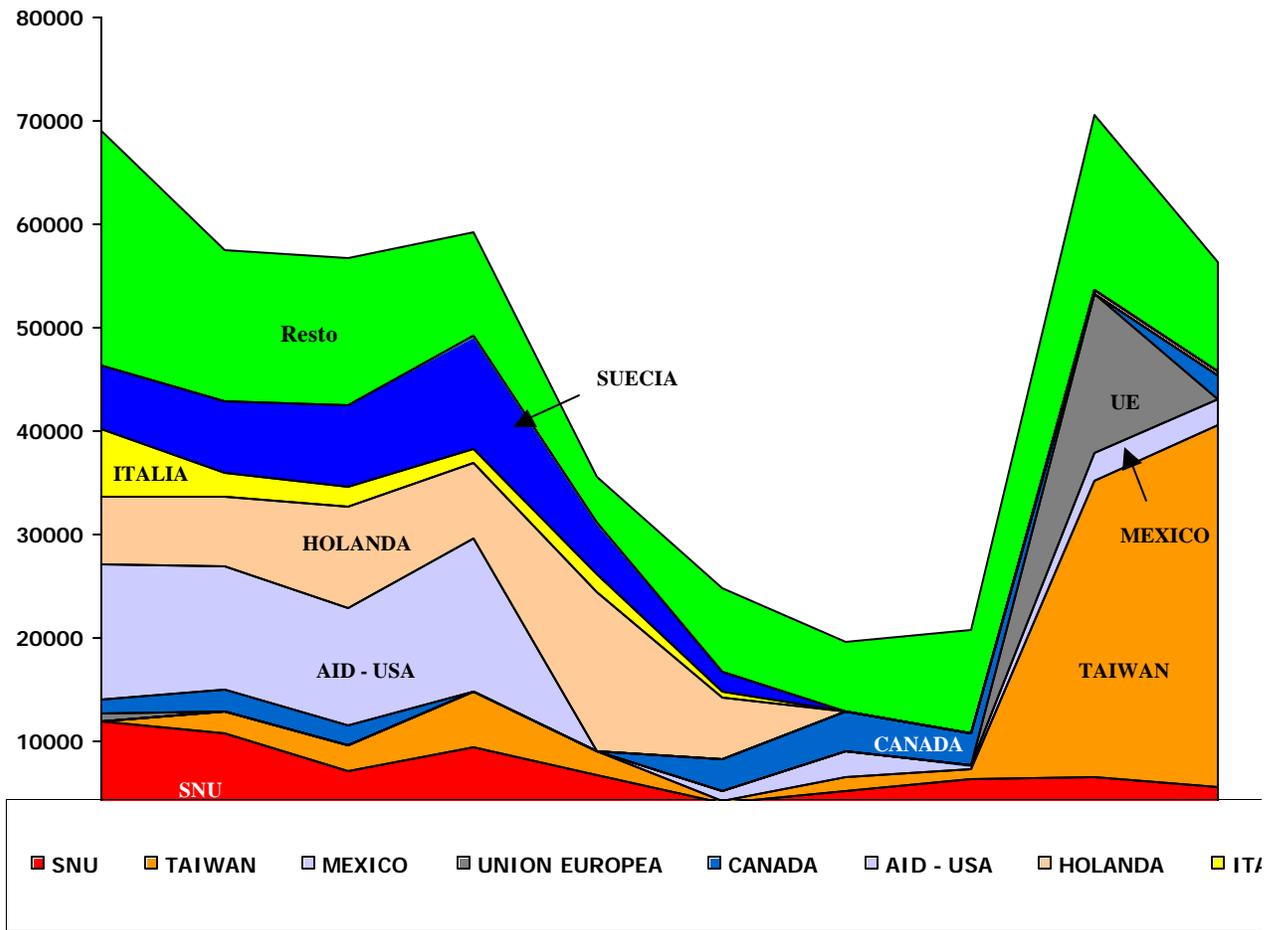
Fuente: MIDEPLAN y Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, 2002

GRAFICO No. 9
Participación de fuentes Bilaterales y Multilaterales



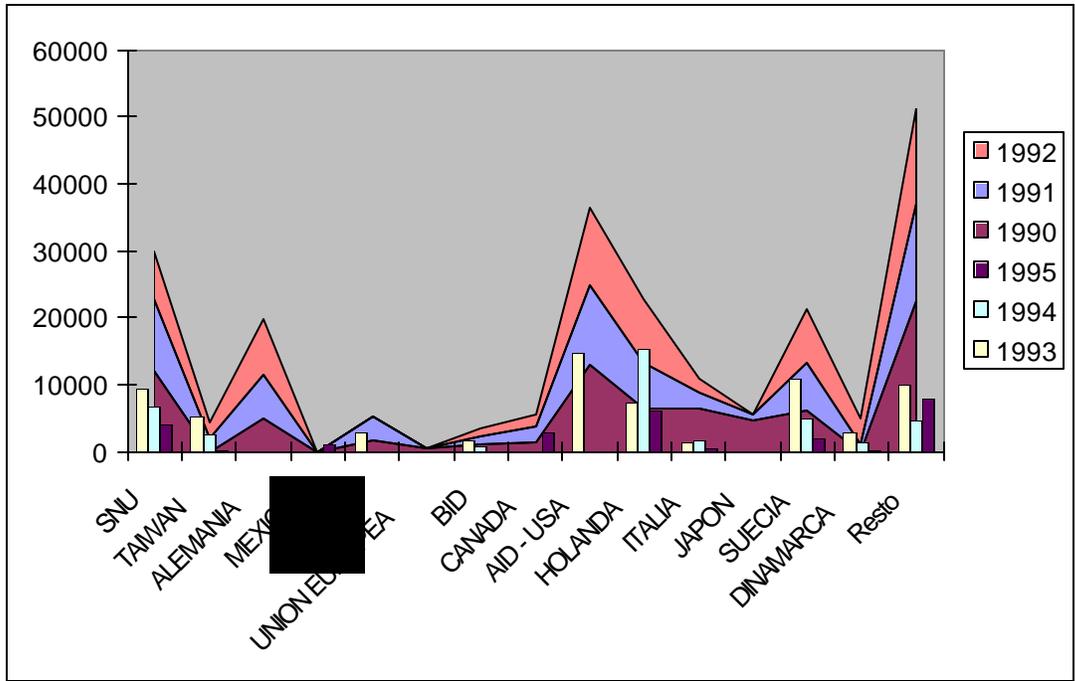
Fuente: Elaboración Propia: Documento proporcionado por el Ministerio de Relaciones Exteriores/ DCAS

GRÁFICO No. 9a
 Costa Rica: Principales fuentes de cooperación técnica
 (1990-1999 Desembolsos anuales en miles de US\$)



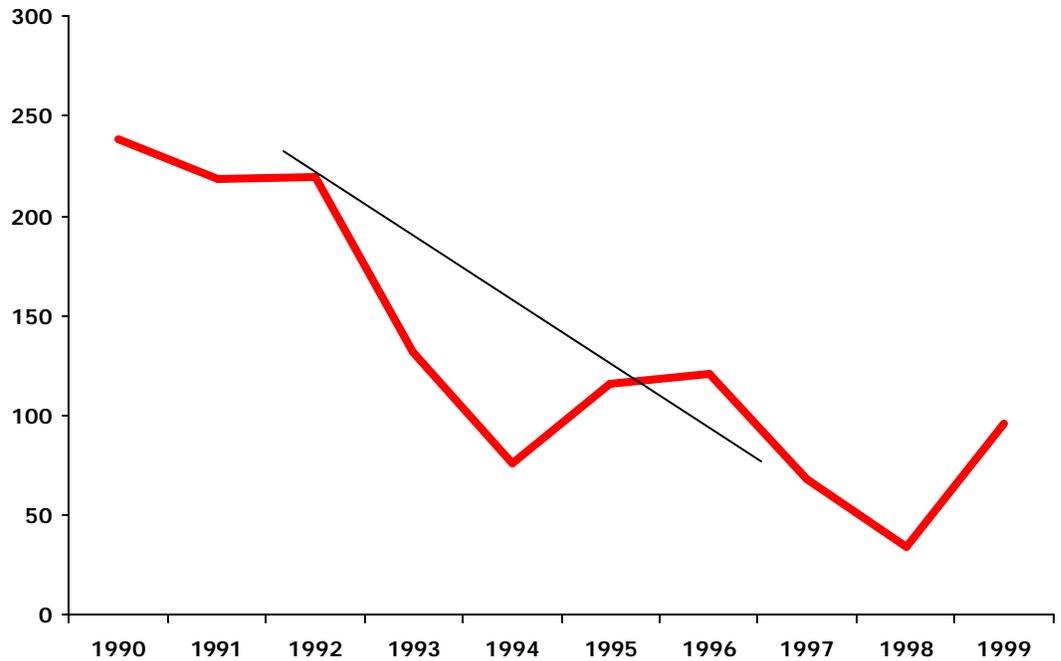
Fuente: Dirección de Cooperación Internacional, Ministerio de Relaciones Exteriores, Informe de Cooperación anual del PNUD-MIDEPLAN

GRAFICO No. 9b
 Costa Rica: Principales fuentes de cooperación técnica
 (1990-1999 Desembolsos anuales en miles de US\$)



Fuente: Elaboración Propia: Documento proporcionado por el Ministerio de Relaciones Exteriores/ DCAS

GRÁFICO No. 10
Costa Rica: Disminución del monto de la cooperación financiera
reembolsable (1990-1999)
(Desembolsos anuales en millones de US\$)



— Cooperación Financiera (ODA)

1999: datos preliminares

Fuente: Dirección de Cooperación Internacional, Ministerio de Relaciones Exteriores, Informe de Cooperación anual del PNUD-MIDEPLA

CUADRO No. 1
COOPERACIÓN REMBOLSABLE RECIBIDA POR AyA, (1999-2004)

PRES TAMO	MONTO	UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DE PROGRAMA	N° DE LA GACETA PUBLICADO	VIGENCIA
KfW	DM 10.940.000,00	Dirección de Obras Rurales	Rehabilitación de Acueductos Rurales	# 191 del 9 de octubre , 1989	1992 se empezó a desarrollar. Por 25 años y se encuentra concluido
BCIE / 254	\$5.300.000,00	Dirección de Obras Urbanas	Rehabilitación de Acueductos y Alcantarillado en la Provincia de Limón y el Programa de Acueductos en Ciudades Intermedias y en Comunidades Rurales	# 200 del 19 de octubre de 1992	1992 se empezó a desarrollar. Por 15 años y se encuentra concluido
BCIE / 246	\$ 17.700.000,00	Dirección de Obras Urbanas	Tanques y Redes del Acueducto Metropolitano de San José	# 161 del 25 de agosto, 1994	1994 se empezó a desarrollar. Por 17 años y se encuentra en ejecución
BIRF – 3625	\$ 16.000.000,00	Dirección de Obras Urbanas	Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado	# 158 (24 de agosto de 1994)	1994 se empezó a desarrollar. Por 17 años y se encuentra en ejecución
BID - 636	\$ 27.952.750,00	Dirección de Obras Urbanas	Programa para el Suministro de Agua Potable en Centros Urbanos y para la Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de la Provincia de Limón	# 88 del 8 de mayo, 1992	1992 se empezó a desarrollar. Se encuentra en ejecución

BID - 637	\$ 23.000.000,00	Dirección de Obras Urbanas	Programa para el Suministro de Agua Potable en Centros Urbanos y para la Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de la Provincia de Limón	# 88 del 8 de mayo, 1992	1992 se empezó a desarrollar. Se encuentra en ejecución
OEFC	Y 1.656.000.000,00	Dirección de Obras Urbanas	Programa de Agua Potable y Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de la Provincia de Limón	# 158 (14 de diciembre, 1994)	1994 se empezó a desarrollar. Por 4 años y se encuentra concluido
BID 501 – 764 *	¢ 2.736.196.783,21	Dirección de Obras Urbanas	Programa de Acueductos en ciudades Intermedias y en Comunidades Rurales	-	* No hay referencia

Fuente: Dirección Financiero: Ficha técnica de Empréstitos.2002* Fuente: Dirección de Obras Rurales. Setiembre, 2002

CUADRO No. 2
COOPERACIÓN EXTERNA NO REEMBOLSABLE DEL A y A

ENTE COLABORADOR	CONVENIO
<p>ATN (Donación) *</p> <p>(1997 fecha desde que se giran los pagos)</p>	<p>Para desarrollar el Proyecto: Consultaría para realizar los diseños del Proyecto de Saneamiento y Alcantarillado sanitario de Ciudades Intermedias, quien fue dada a la unidad ejecutora de la Dirección de Obras Urbanas. El cual fue licitado los estudios según la Licitación Pública N° 93-1426 y la Licitación Pública N° 93-1425, por un monto total de: \$5.422.802,55</p>
<p>CAPRE: Comité Coordinador Regional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento de Centroamérica, Panamá y República Dominicana</p>	<p>Principios de la década de las noventa. Convenio con la finalidad de coordinar las acciones de colaboración e intercambio entre sus miembros en aspectos administrativos, técnicos y de recursos para aumentar la cobertura, mejorar y mantener la calidad de los servicios de agua y saneamiento de los países participantes.</p>
<p>OPS - OMS: Organización anamericana de la Salud</p>	<p>Ha generado en la última década pasada convenios de cooperación técnica. Colabora con el Programa Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano: MASICA. Que es un plataforma que da respuesta oportuna al control de los factores ambientales que implican riesgo en la salud, por bajo suministro de agua segura, alcantarillado sanitario, ó disposición segura de desechos sólidos u otros. Los proyectos base que tiene son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Fortalecimiento Institucional, PROFIN; ❖ Educación para la Salud y el Ambiente, PROEDUC; ❖ Evaluación del Impacto en el Ambiente y la Salud, de los proyectos de Desarrollo, EIAS; <p>Proyectos Sustantivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Conservación de los Recursos Hídricos y Vigilancia de la Calidad del Agua, PROAGUA; ❖ Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas, PLAGSALUD; ❖ Manejo y Control de los Residuos Sólidos; ❖ Contaminación Industrial y Vehicular; <p>De los cuales ha sido participe de programas como PROFIN: Proyecto de Fortalecimiento Institucional, el cual ha apoyado con fondos de cooperación noruega, desde que inicio su marcha en 1991, este componente implementa un fortalecimiento en temas de salud y ambiente mediante un mecanismo de inversión en el sector. El financiamiento de estos proyectos son de su totalidad distribuidos a todos los países miembros.</p> <p>Y PROAGUA: Proyecto de Conservación del recurso hídrico el cual contribuye a mejorar la calidad y la cantidad del H2O, fortaleciendo planes y programas de vigilancia y control del H2O potable.</p> <p>La OPS ha venido colaborando con el A y A desde el año de 1961, a través de sus consultores en aspectos técnicos, comerciales, financieros y organizacionales.(Revista MASICA, junio, 2001p.47).</p> <p>En el 92 se firma un convenio para iniciar la programación y ejecución del Proyecto de Desarrollo Institucional del A y A. En el 93 se firma un convenio de Preinversión para realizar las</p>

	actividades preparatorias para la puesta en marcha de los componentes de consultoría del Segundo Proyecto de Agua Potable y alcantarillado.
Interrelaciones con entes Nacionales	Se estima que la colaboración en actividades que involucren al A y A, en términos de que se pueda generar la dinámica de cooperación entre los servicios que prestan y la finalidad de la actividad a realizar.
Gobierno Frances: Municipalidad de Nanci	Convenio entre la Municipalidad de San José, Municipalidad de Nancy y el A y A. Para un estudio de prefactibilidad para proyecto en Río Torres. Donación de un camión de hidrovaciador entre los años 94 y 98
Comunidades	Monto de 40% del total de la obra, ya sea con un pago en especies por mano de obra o con dinero
KfW *	Concede al A y A parte del préstamo de DM 10.940.000,00 un aporte financiero hasta de DM 60.000,00 (sesenta mil marcos) siendo no reembolsables, para los años de 1994 - 1997. Este monto donado fue para un subprograma de capacitación para los funcionarios, mediante pasantías y cursos / seminarios, en temas como educación en higiene, contratación administrativa, hidrología subterránea, participación comunitaria en la ejecución y administración de sistemas para agua potable; referidos al Proyecto de ejecución del Programa de Agua Potable y Saneamiento Básico Rural I
BID	Extendió una donación para concesión de obras por un monto de \$400.000,00, donde se apoya el Proyecto de Concesión del Alcantarillado Sanitario Metropolitano, durante el periodo de 2000 – 20002

Fuente: Elaboración propia.2002

Fuente: Dirección de Obras Rurales. Setiembre - Octubre, 2002

CUADRO No. 3:
 RESULTADOS ESPERADOS PARA CADA PROGRAMA O PROYECTO FINANCIADO POR
 COOPERACIÓN EXTERNA EN EL A y A

PROGRAMA o PROYECTO FINANCIADO POR COOPERACIÓN	RESULTADO ESPERADOS
Proyecto de Tanques y redes (BCIE – 246)	Fortalecer el sistema de micro-medición que pretenda medir el 100% de los volúmenes consumidos por todos los usuarios de los sistemas de abastecimiento que administra el Instituto en el país Donde el periodo de ejecución sería de 1995 – 1999
II Proyecto de Agua Potable (BIRF 3625-CR)	Mejora el servicio de agua potable en el área metropolitana de San José (principalmente el desarrollo en los Campos de Pozos Norte y Oeste del Valle Central y la expansión de la red de distribución y Almacenamiento), y ejecutar un Programa de Control de Pérdidas. El periodo de ejecución es de 6 años, 1995-2000
Proyecto de Agua Potable en Centros Urbanos del País y Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de Limón (BID – 636/ OC-CR) (BID – 637/ OC-CR) (BCIE- 254)	Responder a las necesidades de poblaciones urbanas que actualmente reciben un servicio deficiente en cantidad, continuidad, presión y en algunos casos en la calidad del agua suministrada, asimismo se debe de resolver los problemas en la infraestructura sanitaria de la Ciudad de Limón. Y el periodo de ejecución es de 1994 a 1998
Proyecto Agua Potable y Saneamiento Básico Rural I (KfW)	Este proyecto es financiado por el Gobierno de la República Federal de Alemania mediante un préstamo concedido. El cual esta acorde con las políticas nacionales de salud, donde las provincias beneficiarias fueran Guanacaste, Puntarenas y Limón, ya que en ellas se concentran la mayoría de los cantones prioritarios, donde las condiciones de vida y salud están muy deterioradas. Este programa incidirá notablemente en el mejoramiento de agua potable y saneamiento básico. Este proyecto se ejecutará en el periodo de 1994 a 1997

Fuente: Elaboración propia. 2002.

* Los impactos se toman positivos, ya que lo que se requiere es que la obra se concluya para llevar una mejor calidad de vida a la población vecina al proyecto. Recordando que el Instituto es una entidad que realiza proyectos de interés social no económico.

CUADRO No. 4
COOPERACIÓN RECIBIDA POR LA CCSS, (1999-2004)

NOMBRE	TIPO DE COOPERACION	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
Programa de mejoramiento servicios de salud	Financiera reembolsable	BID
Programa Nacional de renovación Hospitalaria	Financiera reembolsable	Banco Bilbao, Viscaya Instituto Crédito Oficial de España
Construcción equipamiento Hospital Liberia	Financiera reembolsable	Banco Centroamericano Integración Económica
Reforma Sector Salud	Financiera reembolsable	Banco Mundial
Programa Español Reserva Indígena Chirripó	Financiera No Reembolsable	Agencia de Cooperación Alemana y Embajada de Alemania
Reconstrucción estructura física en salud	Financiera Reembolsable	BCIE
Detención temprana cáncer gástrico	Técnica y Financiera	Jaica
Semana Médica Baylor	Financiera No Reembolsable	Baylor College of Medicine
Curso de Capacitación	Técnica	CIESS
Programa Regional de recogida y tratamiento de los desechos sólidos de los Hospitales	Técnica y Financiera no reembolsable	Unión Europea
Elaboración de módulos de capacitación del programa de inmunizaciones	Técnica y no reembolsable	OPS
Accesibilidad servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes	Técnica y no reembolsable	OPS
Salud sexual y reproductiva de los adolescentes	Técnica y no reembolsable	Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas
Asesoría técnica	Técnica	Chile

Fuente: Elaboración propia

Informe trimestral, Consultoría Relaciones Internacionales Documento No Oficial de Gobierno elaborado por la CCSS en el año 2001

CUADRO NO. 5
PROYECTOS DE LA CCSSS

PAIS	NOMBRE DEL PROYECTO	GERENCIA RESPONSABLE	ESTADO
ARGENTINA	Mejoramiento de la calidad del servicio en el seguro de pensiones.	Gerencia División Pensiones	En trámite de aprobación
	Del Hospital Tradicional al Hospital Moderno	Gerencia División Modernización y Desarrollo	Aprobado
BRASIL	Fortalecimiento institucional área de gestión administrativa en una institución de salud.	Gerencia División Administrativa	En trámite de aprobación
	1. Gestión tecnológica en equipamiento biomédico. 2. Ingeniería biomédica.	Gerencia División Operaciones	En trámite de aprobación
ISRAEL	1. Desconcentración de establecimientos. 2. Reorganización de la Gerencia de la División Administrativa. 3. Desarrollo de un sistema integrado de información corporativa. 4. Sistema de facturación de servicios de salud. 5. Construcción servicio traumatología Hospital Max Peralta, de Cartago	Gerencia División Administrativa Gerencia División Médica, Dirección Regional Central Sur	En trámite de aprobación

CUADRO No. 6
PROYECTOS DE LA CCSS EN TRÁMITE DE APROBACIÓN

PAÍS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
BÉLGICA	Suscripción Convenio Hospital México- Universidad de Lovaina	Dirección Médica Hospital México
ESPAÑA	Suscripción Convenio Hospital La Paz-Hospital México	Dirección Hospital México
ESTADOS- UNIDOS	Ejecución Convenio Universidad de Texas	Departamento Planificación, CENDEISS
	Ejecución Convenio Baylor College of Medicine	Depto. Desarrollo Recurso Humano, CENDEISS
	Suscripción Convenio Universidad de Galveston	Depto. Desarrollo Recurso Humano, CENDEISS
	Suscripción Convenio Organización Amigos de las Américas-CCSS	Subgerencia Médica de Servicios de Salud
FRANCIA	Suscripción Convenio Centro Hospitalario de Sainte Anne-CCSS	Dirección Médica, Hospital Chacón Paut
HOLANDA	Suscripción Convenio Asociación Holandesa de Médicos de Familia-CCSS-UCR-CMC	Depto. Desarrollo Recurso Humano, CENDEISS
ITALIA	Suscripción Convenio con la Universidad de Bologna –CCSS-UCR	Depto. Desarrollo Recurso Humano, CENDEISS
MÉXICO	Ejecución Convenio ISSSTE-CCSS	Gerencia Médica y Gerencia Administrativa
	Ejecución Convenio INCAN-CCSS	Gerencia Médica
	Suscripción Addendum Convenio IMSS-CCSS	Gerencia de Modernización y Desarrollo
	Ejecución Convenio Básico de IMEXCI	Gerencias de División CCSS
REPUBLICA DOMINICANA	Ejecución Convenio para el fortalecimiento y desarrollo sistemas de seguridad social	Gerencia de Modernización y Desarrollo
TAIWAN	Ejecución Convenio Programa de Voluntarios	Dr. Wilman Rojas, Área de Salud de Talamanca

nCUADRO No. 7
Cooperación Técnica y Financiera recibida por el Sector Salud
Ministerio de Salud

FUENTE DE COOPERACIÓN	ENTE EJECUTOR	TIPO DE COOPERACIÓN			FECHA INICIO	FECHA FINAL	ESTADO PROYECTO	MONTO TOTAL	MONTO GIRADO
		FINANCIERA							
		TECN.	REEM.	NO REEM					
Organismo Internacional Energía Atómica	Servicio energía nuclear Hosp. San Juan de Dios	X		X		02/12/1997	Ejecutado	\$167.980.00	\$166.050.
Organismo internacional energía atómica	AYA y otras dos instituciones				1991	1994	Ejecutado		
Organismo internacional energía atómica	AyA, UNA				1995	1999	Ejecutado		\$82.8
Organismo internacional energía atómica	Unidad de Radiaciones e inmunizantes, Ministerio de Salud	x			1993	1996	Ejecutado	\$97.940	\$96.3
Organismo internacional energía atómica	Unidad de Radiaciones e inmunizantes, Ministerio de Salud	x			1995	1996	Ejecutado	\$38.165	\$38.7
Programa de Naciones Unidas	Dirección de Registros y controles, MS	X			03/06/2002	11/06/2002	finalizado	No aplica	No aplica
Embajada de Los Estados Unidos de América	Dirección de Registros y controles MS			X	No aplica (el equipo fue entregado el 22-7-02)	No Aplica	aprobado y entregado	desconoce Embajada realizo compra directa	No aplica
Embajada de Los Estados Unidos de América	Dirección de Registros y Controles MS			X	no aplica el equipo fue entregado el 22-7-02	No Aplica	aprobado y entregado	desconocido (la embajada realizó la compra directa)	No aplica
Agencia Española de Cooperacion-CICAD-OEA	Direccion de Registros y controles MS		x		No aplica fecha entrega del equipo 6-3-02	no aplica	aprobado y entregado	Se desconoce	no aplica
Embajada de los Estados Unidos de América CICAD-Costa Rica	Direccion de Registros y controles MS			x	No aplica el equipo y la línea fueron entregados	no aplica	aprobado y entregado	fax: 70017.7 línea: desconoce	no aplica

						en el año 1999			
Curso de taller V.O	Embajada de Los Estados Unidos de America	Dirección de Registros y controles MS			x	No aplica el automóvil fue entregado en el año 1990	no aplica	aprobado y entregado	Se desconoce
Consultoría acerca de gestión administrativa-financiera de la recepción dentro de producción y desarrollo infantil	INCAP OPS	Ministerio de salud	X					no aplica	desde 1994 \$120 000 2001
25173	BID	Despacho Viceministro de Salud			X	2º semest 1997	1º semest 1998	ejecutado	N.D
25087	PNUD	Oficialía mayor/dirección administrativa	X		X	2º semest 2001	1º semest 1998	ejecutado	N.D
24730	CESO- Canadá Consultor: Ginette Gagné Koch	Servicios de Salud MS	X					Finalizado	
22355	CESO- Canadá Consultor: Gnette Gagné Koch	Servicios de Salud, MS	X			18/01/2002	27/02/2002	Finalizado	
	CESO- Canadá Consultor: Ginette Gag	Servicios de Salud MS	X			24/11/2001	12/12/2001	Finalizado	
	CESO- Canadá Consultor: Ginette Gagné Koch	Servicios de Salud MS	X			26/06/2001		Finalizado	
	CESO- Canadá Consultor: Ginette Gagné Koch	Servicios de Salud MS	X			Oct-99	Nov-99	Finalizado	
Curso / Programa Clonación Integral de la Región Brunca	JICA	FEUCAZOSU-(COS) Federación de Uniones Cantonales de la Zona Sur, y MS	X			10/01/2000	10/01/2000	Finalizado	\$75.092
Curso de entrenamiento en grupo stopathological agnosis of rly	JICA	MSP(COS) Ministerio de Salud	x			22/08/2000	29/10/2000	Finalizado	N.D
Supervisión de salud	JICA	MSP(COS) Ministerio de Salud Pública	X			01/01/2000	31/12/2001	Ejecutado	\$
Proyectos de Salud Comunitarias Autónomas	ACDI	Retojuvenil (COS) Reto Juvenil Internacional, MS			X	01/01/1999	01/01/1999	Ejecutado	\$20.

e	COREA	MSP (COS) Ministerio de Salud		X	01/01/1997	01/01/1997	Finalizado	N.D	N.D
s	BRASIL	MS	X		01/01/2002	12/01/2002	Finalizado	N.D	N.D
	COREA	MS	X		01/01/1999	12/01/1999	Finalizado	\$270.218	
	AECI	MS (COS) Ministerio de Salud		X	01/01/1999	01/01/1999	Finalizado	\$105,263	
	AECI	MS (COS) Ministerio de Salud		X	año 2001	año 2002	Finalizado	\$54.079	
	México	UCR- (COS) Universidad de Costa Rica	X		15/01/2001	30/05/2001	Ejecutado	\$101.003	
n	México	MSP(COS) Ministerio de Salud Pública	X		15/09/2000	31/08/2001	Aprobado	\$37.600	
	GTZ	N.D		X	09/01/2000	09/01/2000	Finalizado	\$1.293,103	
	ACDI	ARADIKES (COS) Asociació Regional Aborigen del Dikes		X	08/01/2000	07/01/2001	Finalizado	\$28.000	
	ARGENTINA	N.D	X		01/01/2000	07/01/2000	Aprobado		
s	E.U.A	MSP (COS) Ministerio de Salud Pública		X	01/01/2000	07/01/2000	Finalizado	\$20,00	

Ministerio									
Programa de Día para los Adolescentes	AECI	N.D			X	06/01/2000	08/01/2001	Finalizado	
Servicio de atención a las personas	OPS/OMS	MSP (COS) Ministerio de Salud Pública	X			01/01/2000	31/12/2001	Ejecutado	\$187,345
Conducto en Santa Cocles	AECI	MIDEPLAN (COS) Ministerio de Planificación y Política Económica		X		05/01/1999	09/01/2000	Finalizado	
Detección temprana del Cáncer Gástrico	JICA	CCSS (COS) Caja Costarricense del Seguro Social			X	02/03/1995	28/02/2000	Finalizado	
Centro de Salud indígena	ACDI	Reto Juv. (COS) Fundación Reto Juvenil			X	02/01/2000	12/01/2000	Finalizado	\$4.000
Curso de entrenamiento en apoyo topographical agnosis of early Gastric & colorectal carcinomas	JICA	N.D	X			22/08/2000	29/10/2000	Finalizado	
Programa Básico de Salud Escolar	IMCI	N.D		X		01/08/2000	31/10/2000	Ejecutado	\$12
Implementación de servicios primarios en salud en Zonas marginales	ACDI	N.D		X		16/01/1995	19/01/2002	Ejecutado	\$60.000
Proyecto al Hospital de Mujeres	ACDI	N.D	X			01/01/1998	01/01/2000	Finalizado	
AGSALUD	DANIDA	MS	X						
Instrucción de capacitaciones docentes en educación para la salud a nivel nacional	México	MS	X					En ejecución	
Centros comunitarios y familiares de atención integral a infancia y a adolescencia	México	MS	X					Finalizado	
Escuelas promotoras de la salud	México	MS, M Educación, CCSS	X					En ejecución	

OPS	MS, CCSS, AYA, UCR, UNED, Municipalidades, MINAE, MEP, MAG	x			1998	1999	Ejecutado	\$4,561,253*	\$3,398,99
OPS	MS, CCSS	X			1998	1999	Ejecutado	\$97,663*	\$89,178*
OPS	MS, CCSS, IAFA, Ministerio de la Presidencia	X			1998	1999	Ejecutado	\$1,826,072*	\$1.723.7
OPS	MS, CCSS, IAFA, Ministerio de la Presidencia	X			1998	1999	Ejecutado	\$107,000*	\$103.0
OPS	MS, CCSS, UCR	X			1998	1999	Ejecutado	\$46.300	\$36.8
OPS	CCSS, MAG, UNA, UCR, MS	x			2000	2001	Ejecutado	\$239.750	\$225.0
OPS	MS,CCSS,UCR, Colegios y Asoc. Profesionales en el área de la Salud	x			2000	2001	Ejecutado	\$126.500	\$104.8
OPS	CCSS, AYA, UCR,UNED, Municipalidades, MINAE,MEP MAG	x			2000	2001	Ejecutado	\$1.662.904	\$1.155.2
OPS	MS, CCSS, UCR, MAG, MEP, Inciensa, Municipalidades.	x			2000	2001	Ejecutado	\$135.074	\$111.1
OPS	MS, CCSS, IAFA,Ministerio Presidencia, Municipal.	x			2000	2001	Ejecutado	\$162.057	\$150.8
OPS	MS CCSS, UCR	x			2000	2001	Ejecutado	\$1,640,287	\$1,118,27
OPS	Instituciones públicas de CA	x			2000	2001	Ejecutado	\$198,880	\$181,639

Aspectos operacionales y ambientales de posición a las actividades realizadas en el año CA	OPS	Instituciones públicas de CA	x			2000	2001	Ejecutado	\$224,054
Programa preparativos para la atención de emergencias y coordinación del apoyo en caso de desastres	OPS	MS, Cruz Roja, CNE, CCSS, Universidades	x			2000	2001	Ejecutado	\$943,642
Trabajo de mujer, salud y desarrollo	OPS	Ms, CCSS, INAMU, Países de CA	x			2000	2001	Ejecutado	\$366,753

Fuente: (OPS, Direcciones Regionales y Centrales MINSA, informe MICIT (OIEA))

SIGLAS

AyA	Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados
AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
BCIE	Banco Centroamericano de Integración Económica
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Fomento y Reconstrucción
CATIE	Centro Agrónomo y Tropical de Investigación y Educación
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIESS	Centro Iberoamericano de Estudios de Seguridad Social
CTPD	Cooperación Técnica para Países en Desarrollo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación
IICA	Instituto Interamericano
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MINSA	Ministerio de Salud
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MERC	Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto
ODA	Agencia Oficial para el Desarrollo (Canadá)
OECD	Overseas Economic Cooperation Fund
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismos No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente
SNU	Sistema de Naciones Unidas
SUNFED:	Fondo Especial para el Desarrollo Económico
UCR	Universidad de Costa Rica
UNA	Universidad Nacional

UNESCO

Organización de Naciones Unidas para la Educación la
Ciencia y la Cultura

UNICEF

Fundación de las Naciones Unidas para la Niñez

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO I

CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

CONCLUSIONES

La economía del país está altamente expuesta a los cambios externos y su evolución depende del desenvolvimiento de la economía internacional. Esto ha hecho que la deuda externa sea cada vez más alta, por cuanto aumentó su importancia relativa dentro del pago total de intereses de la deuda pública entre el 2000 y el 2001. Los resultados de la balanza comercial y de la cuenta corriente de la balanza de pagos pusieron de manifiesto esa pérdida de dinamismo de la actividad económica del país. Estas variables inciden negativamente en los programas de carácter social como es la salud.

Desde el punto de vista político, económico y social, Costa Rica a inicios del siglo XX emprende una serie de programas de desarrollo en educación, trabajo, vivienda y salud, entre otros, que lo destacan en la actualidad como un país con indicadores sociales ventajosos, a pesar de las altas fluctuaciones de la economía especialmente las de los últimos años.

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

Los países han considerado que para lograr un desarrollo sostenible en el ámbito nacional, es necesario resolver integralmente diversos problemas políticos, económicos, sociales y ambientales. Entre ellos los relacionados con niveles de pobreza, problemas de salud, deuda interna, migraciones, desastres naturales, patrones inadecuados de asentamientos humanos y crecimiento poblacional desmedido. Asimismo los relacionados con la concentración de la tierra, la administración de la justicia, la corrupción y la democratización de las estructuras políticas que permitan la participación activa de la ciudadanía, entre otros.

Se considera que los logros tras el proceso de reforma del Sector Salud son tangibles. Sin embargo se estima que quedan muchas labores pendientes en dicho proceso, especialmente las relacionadas con la accesibilidad, la distribución de los recursos y la equidad de los servicios.

Recomendaciones

Costa Rica tiene un reto importante al buscar conciliar los intereses que impulsan la estrategia de globalización y la estrategia de desarrollo sostenible, dentro de un contexto internacional que promueve la integración de los países.

Es necesario para consolidar el proceso de reforma del Sector Salud trabajar sobre los siguientes tópicos de interés:

- Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema.
- Fortalecer el rol de rectoría del Ministerio de Salud.
- Continuar con el proceso de consolidación del primer nivel de atención.
- Fortalecer la red de servicios de salud.
- Profundizar el proceso de desconcentración y participación social.
- Seguir conduciendo la modernización y del desarrollo de la CCSS y de las demás organizaciones del Sector Salud.
- Mejorar los sistemas de información.¹⁹
- Crear mecanismos tendientes a la garantía de la calidad, equidad y humanización de los servicios.
- Mantener la cobertura de servicios y la prestación con calidad dentro de las restricciones financieras que tiene el sector.
- Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud que se brindan a la población bajo los principios que fundamentan la seguridad social: universalidad, equidad y solidaridad, dentro de un marco de acción que optimice los sistemas relacionados con la gestión

¹⁹ Mejorar los sistemas de información significaría dictar políticas nacionales suficientemente flexibles para incorporar las particularidades de cada región, y no aplicar las mismas en todo el país. Se necesita contar con información precisa y detallada de cada región para conocer el índice de desarrollo social particular (por ejemplo, para medir el índice de pobreza)

financiera y de materiales, así como con la gestión de los recursos humanos, esta última como básica para llevar adelante los procesos de desarrollo organizacional, por ser los recursos humanos los sujetos pensantes que llevan adelante toda transformación.²⁰

²⁰ Ver capítulo correspondiente a Recursos Humanos.

CAPITULO II

DEMOGRAFIA Y EPIDEMIOLOGIA.

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
1. La expectativa de vida en el 2000 fue de 77.5 años, con notable incremento de la población de adultos mayores de 65 años y la inmigración sigue siendo un fenómeno constante que impacta en la demanda de servicios de todo tipo.	Se deben planificar los servicios de salud para atender la potencial demanda de los adultos mayores y para atender la salud de las poblaciones con alta concentración de inmigrantes.
2. La mortalidad general se mantiene en niveles bajos, pero la sexta parte de estas muertes corresponde a personas de 15 a 49 años, debido a causas prevenibles.	Poner en marcha programas de promoción y prevención para el grupo de 15 a 49 años para reducir su mortalidad y aprovechar su capacidad productiva en forma óptima.
3. La mortalidad materna e infantil en gran medida está asociada a causas que son prevenibles y que están asociadas a las condiciones de vida y la capacidad de respuesta de los servicios de salud.	Fortalecer el interés político para reducir la mortalidad infantil y materna, y focalizar estrategias de intervención en cantones seleccionados por su alta tasa de mortalidad.
4. Las enfermedades prevenibles por vacunación se han reducido en forma importante, pero aún persisten dificultades para el control y vigilancia de otras enfermedades inmunoprevenibles, así como de las emergentes, reemergentes y las no transmisibles.	Incorporar a partir del 2003 nuevas vacunas de acuerdo con el perfil nacional y fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades emergentes y reemergentes y no transmisibles.
5. Las intoxicaciones por plaguicidas son un problema en zonas de alta explotación agrícola y existe subregistro en su notificación.	Fortalecer el sistema de registro de las intoxicaciones por plaguicidas y regular el uso de estos productos por debajo de los promedios actuales (2kg. por persona por año).
6. La capacidad de análisis de la información epidemiológica es limitada.	Se debe fortalecer la capacidad de análisis y de investigación epidemiológica y la experiencia en salud pública de los recursos humanos.,
7. Aún existe insuficiente aporte de la epidemiología a la gestión de los servicios de salud.	Se deben mejorar el monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones de salud, utilizando la información epidemiológica disponible.

CAPITULO III

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SECTOR SALUD

CONCLUSIONES

- Se presenta confusión en la conformación del Sector Salud, debido a que existen dos decretos ejecutivos diferentes entre sí y se encuentran vigentes.
- Las funciones de rectoría están claramente definidas, sin embargo se conservan acciones operativas en la estructura organizacional del Ministerio de Salud.
- La CCSS debe atender a las personas cuando en el INS se les agota la cobertura de las pólizas por riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, sin el traslado de los recursos financieros correspondientes.
- Existen grados diferentes de desconcentración en las instituciones del sector (mínima y máxima), aspecto que restringe el desarrollo de la organización como un todo.
- Los esquemas de regionalización de las instituciones del sector salud no son coincidentes, aspectos que afectan la planificación y coordinación de los planes, proyectos y programas operativos.
- No existen mecanismos sectoriales de control y evaluación integral del proceso de modernización.
- La población adscrita a los EBASIS en las diferentes zonas geográficas del país, supera los parámetros de adscripción definidos para su cobertura en salud, debido a que el modelo no está totalmente desarrollado.
- Existe un crecimiento de establecimientos de salud especializados para la atención de acciones y/o enfermedades específicas (geriatría, mujeres, psiquiatría, oftalmología, control del dolor, cáncer en general y cáncer gástrico en forma específica, entre otros).
- **La organización de las instituciones del sector, no está debidamente preparada para responder a los cambios de los perfiles epidemiológicos, al incremento de la población mayor de 65 años, crecimiento en las expectativas de vida, aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, modificación de los estilos de vida, prevalencia e incidencia de las enfermedades transmisibles, entre otras.**

•

RECOMENDACIONES:

- Solicitar a los órganos políticos correspondientes establecer en forma definitiva la conformación del sector salud.
- Trasladar las funciones operativas que realiza el Ministerio de Salud a las Instituciones que corresponda.
- Estudiar la factibilidad de asignar a la CCSS la atención directa en salud de las personas producto de los accidentes laborales y de tránsito y el traslado de los recursos financieros correspondientes.
- Considerar la factibilidad de otorgar la desconcentración máxima a las unidades de ámbito regional y local.
- Determinar la conveniencia de unificar la conformación interna de las regiones geográficas de las instituciones del Sector Salud.
- Establecer mecanismos sectoriales de control y evaluación para responder al proyecto de modernización del sector salud.
- Desarrollar integralmente el modelo de áreas de salud y de EBASIS a nivel nacional.
- Realizar un estudio de costo-beneficio que determine la factibilidad de continuar con la creación de establecimientos de salud para la atención de acciones y /o enfermedades específicas, o determinar la conveniencia de mejorar, ampliar y dotar a los hospitales nacionales, regionales y periféricos de servicios específicos y de la capacidad resolutoria requerida.
- En algunas instituciones es necesario realizar procesos de modificación organizacional que permitan reducir los costos de administración, orientar la organización a satisfacer los requerimientos de los usuarios, responder a los cambios epidemiológicos de la población y al crecimiento de las expectativas de vida, entre otros aspectos.

CAPITULO IV

COOPERACIÓN EXTERNA

CONCLUSIONES

Costa Rica tiene buena relación con los cooperantes, dada su participación activa en los distintos ámbitos internacionales donde se toman decisiones relacionadas con la gestión de la cooperación nacional, regional o mundial.

Existen pocos controles formales, pero se ha podido constatar, a la fecha, que los recursos externos destinados a la cooperación no se desvían para ser utilizados en otros fines.

Existen nuevos pilares que sustentan el edificio moderno de la cooperación. Externamente están la participación de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), el fortalecimiento de la cooperación técnica y las herramientas de informática que agilizan la gestión en este campo. Internamente se destacan el apoyo político que la define como eje estratégico en el Plan Nacional de Desarrollo, el fortalecimiento de la Dirección de Cooperación Internacional del MREC y de MIDEPLAN que sirve de apoyo a la interrelación entre las instituciones del Sector Salud.

En la actual coyuntura del Sector Salud se crea el espacio para lograr una coordinación efectiva entre los diferentes actores que participan en materia de cooperación internacional por la importancia de política pública que tal materia ha logrado.

RECOMENDACIONES

Desarrollar una imagen atractiva para captar recursos en cooperación externa, a cargo de la instancia técnica respectiva donde uno de los componentes a resaltar dentro de esta estrategia de promoción sean los logros del país en salud. A su vez, el alto nivel técnico que existe permite la ejecución de proyectos con recursos limitados y la posibilidad de brindar asesoría técnica de apoyo al desarrollo de otros países de América Latina.

Crear y fortalecer las Oficinas de Cooperación Externa y Asuntos Internacionales en las instituciones del Sector Salud, con independencia técnica y financiera y con estrecha relación con los tomadores de decisiones del más alto nivel de cada institución, para lo cual es necesario dotar de recursos humanos, tecnológicos económicos y de infraestructura a estas instancias para desarrollar una red de comunicación entre ellas y con las distintas fuentes cooperantes.

El perfil funcional de la Oficina sería:

- ✓ Proporcionar asesoría técnica a las diferentes estancias de cada institución, en el desarrollo de programas o proyectos de cooperación con instituciones, organismos internacionales gubernamentales y no gubernamentales del ámbito internacional, con el propósito de colaborar en la toma de decisiones.
- ✓ Recopilar, procesar y divulgar información sobre las posibilidades de cooperación internacional, con base en los lineamientos de política exterior del país, de organismos internacionales y de cada institución, con el fin de contar con información actualizada para el desarrollo de la gestión.
- ✓ Elaborar por delegación superior propuestas de convenios de cooperación.
- ✓ Realizar los trámites internos de aprobación de proyectos y la asistencia técnica a las Unidades Ejecutoras.

Considerar la ampliación de intercambio con lo que respecta a la Venta de Oxígeno, que no contemple solamente cambio de deuda por naturaleza, sino que se podría extrapolar para el sector salud para obtener un mayor beneficio mediante la cooperación.

No existe un plan de trabajo estratégico sobre el comportamiento de la Cooperación Externa en el Sector Social, por lo que se considera fundamental la elaboración de un estudio específico que involucre la construcción de parámetros tomando en cuenta los distintos subsectores, a saber: salud, educación (formal, técnica, capacitación), vivienda, trabajo, cultura, juventud y deporte, género, niñez y adolescencia, entre otros que conforman el Consejo Social.