

INTRODUÇÃO

Localizada na América Central, a Costa Rica tem uma extensão territorial de 51.100 Km² dividida em 7 províncias, 81 cantões e 473 distritos. Sua população estimada para 2010 foi de 4.563.500 habitantes (51% homens), dos quais, 64% vivem em zonas urbanas e 36% em zonas rurais. Figure 1 shows Costa Rica's population structure. Dois por cento da população identifica-se como indígena ou afro-costarricense. A

fertilidade é baixa, com uma taxa global de 1,8 filhos por mulher.

A Costa Rica é um país de tradição democrática que realiza eleições presidenciais a cada quatro anos. Seu setor saúde é constituído pelo seguinte conjunto de entidades públicas: Ministério da Saúde (MS), Caixa Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Seguros (INS), Instituto Costarricense de Aquedutos e Esgotos (AyA), Instituto de Alcoolismo e Farmacodependência (IAFA) e o Instituto Cos-

tarricense de Pesquisa e Ensino em Nutrição e Saúde (INCIENSA) (1).

Em 2009, o seguro de saúde registrava uma cobertura contributiva de 87,6%, da população total, abrangendo 61,9% de toda a população economicamente ativa (PEA) com o seguro de saúde e 53,6% com o seguro de pensões. Entre 2007 e 2010, o seguro da PEA não assalariada aumentou de 39,1% para 57,4% no seguro de saúde e de 21,7% para 37,7% no seguro de pensões.

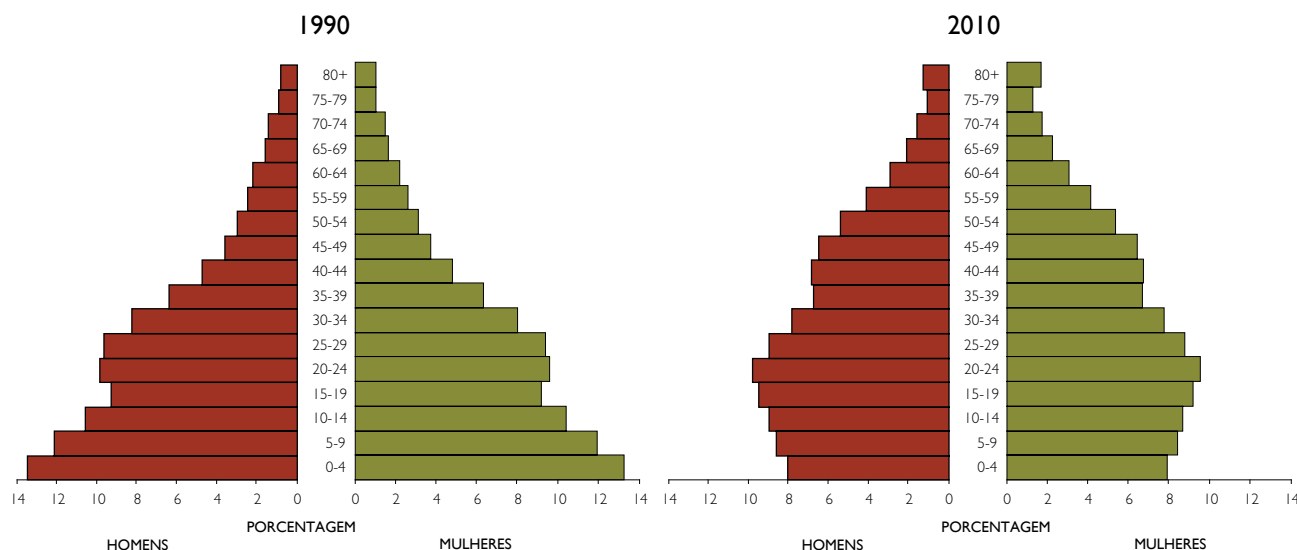
O Produto Interno Bruto (PIB) cresceu 2,6% em 2008, muito abaixo dos 7,8% registrado em 2007. O investimento social público começou a acelerar a partir do segundo semestre de 2006, acumulando um crescimento próximo de 22%, durante o período 2007-2010 (2). A receita *per capita* costarricense também deu um salto importante, passando de US\$ 5.118, em 2006 para US\$ 6.521 em 2008. A Costa Rica, então, posicionou-se como um país de renda média, pelo qual deixou de ser elegível para ajuda da cooperação internacional.

A Costa Rica experimentou uma queda contínua no Índice de Desenvolvimento Humano, caindo do 47º lugar em 2005 para 54º em 2009 (3). Houve leve

aumento da proporção de famílias vivendo em pobreza extrema, passando de 3,3% em 2007 para 3,5% em 2008. No entanto, esse valor ultrapassou a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de reduzir a pobreza extrema pela metade entre 1990 e 2015 – essa taxa havia sido de 9,1% em 1990 (4). O desemprego aberto cresceu de 6,6% em 2005 (5% em homens e 9,6% em mulheres) para 7,3% em 2010 (6% em homens e 9,5% em mulheres) (5).

Entre os principais êxitos em saúde em 2010, destacam-se a baixa taxa de mortalidade infantil (9,46 por 1.000 nascidos vivos [NV]), a baixa mortalidade materna (2,11 por 10.000 NV) e a elevada esperança de vida ao nascer (79,3 anos; 81,8 anos em mulheres e 76,9 em homens). Esses sucessos foram possíveis graças aos esforços desenvolvidos para melhorar determinantes sociais chaves do país para a saúde, entre os quais se destaca a baixa taxa de analfabetismo geral registrada pelo país (4,8%: 5% em homens e 4,5% em mulheres). Nas zonas urbanas e rurais essas taxas são de 2,7% e 7,9%, respectivamente. Durante o período 1990-2009, o país manteve uma taxa líquida de matrículas escolares próxima a 100% (6). Em 2009, 99,4% da população tinha acesso à água apta para consumo

FIGURA I. Estrutura da população por idade e sexo, Costa Rica, 1990 e 2010



A população aumentou 39,4% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população apresentava uma forma piramidal com predomínio de menores de 25 anos. Em 2010, a pirâmide desloca-se para idades maiores e há relativa semelhança entre as faixas etárias menores de 20 anos, em consonância com queda e manutenção de relativa baixa fertilidade e mortalidade.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, a partir de dados do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População. World Population Prospects, 2010 revision. New York, 2011.

^a O percentual de cada faixa etária é sua proporção em relação ao total de cada sexo.

humano, cumprindo-se assim mais uma meta dos ODMs para 2015 (6).

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

Em 2008, a Costa Rica começou a perceber sinais sociais adversos ocasionados pela forte crise econômica desencadeada nesse ano e que se acentuou em 2009, provocando um aumento do desemprego e uma desaceleração da produção nacional que, por sua vez, reduziram as receitas tributárias do Estado.

Em 2007, 173 distritos localizados na Região central do país (Grande Área Metropolitana de São José) incluíam a seção mais desenvolvida da Costa Rica, que ocupa apenas 5,4% do território nacional, mas concentra 53,9% da população. Por outro lado, os demais 296 distritos menos desenvolvidos são localizados nas zonas fronteiriças com a Nicarágua e o Panamá.

A renda dos costarriquenses se deteriorou durante entre 2006 e 2010. Em 2008, a renda média das famílias reduziu-se 0,3% em relação ao ano anterior, e a renda da população empregada aumentou 2,2%, muito abaixo do aumento de 9,3% em 2007 (2). Um exame do comportamento nas duas categorias extremas de renda, durante a última década, revela que o aumento da renda nas famílias mais pobres foi maior (entre 4,6% e 7,7%) que nas mais ricas, embora em termos absolutos, esses aumentos continuem sendo baixos devido ao menor poder aquisitivo desse segmento de população. Em 2008, um em cada três trabalhadores (mais de 500.000 pessoas) recebeu menos que um salário mínimo, sendo a maioria jovens e idosos sem escolaridade secundária que trabalham em empresas privadas ou são autônomos (2).

A taxa de ocupação em 2009 foi de 52,1%, com maior percentual dentre os homens. Contudo, houve tendência ascendente na participação das mulheres no mercado de trabalho, que passou de 30,3% em 1990 para 41,7% em 2008, caindo para 38% em 2009. Nos homens, a taxa líquida de participação situou-se em 72,5% em 2008 e 66,8% em 2009 (2, 6).

Na área da tecnologia, a Costa Rica continua abaixo da média latino-americana. O Conselho Nacional para Pesquisas Científicas e Tecnológicas (CONICIT) constatou que a diferença digital entre as

famílias costarriquenses tem se reduzido bem lentamente. Observa-se déficit na cobertura do Programa Nacional de Tecnologia da Informação Educativa nas escolas primárias e secundárias, principalmente nas escolas que servem crianças, jovens de baixa renda e os que vivem em zonas remotas. Esse é um desafio importante na redução do fosso social no país.

Há também uma crescente diferença entre as necessidades urgentes das pessoas localizadas em favelas e a capacidade do marco legal e institucional de oferecer soluções oportunas. Os recursos destinados para a erradicação de favelas representam apenas 5,5% do total disponível para moradia. Ainda assim, em 2007, conseguiu-se diminuir a quantidade de moradias precárias e o acesso geral aos serviços básicos de moradia foi melhorado.

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

No período 2006–2010, a proporção da população com acesso à água potável aumentou de 81,2% para 89,5%. Em 2010, o país contava com 2.318 sistemas de abastecimento de água que serviam a 98,7% de toda a população total (7). O abastecimento é responsabilidade do AyA (180 sistemas), dos governos municipais (236), da Empresa de Serviços Públicos de Heredia (12) e de comitês comunitários/rurais (1.890), e são abastecidas por 4.580 fontes: 965 poços, 3.292 nascentes, 46 instalações de tratamento e 277 fontes de captação superficial.

ELIMINAÇÃO DE ESGOTO E ÁGUAS RESIDUAIS

Embora o país tenha realizado investimentos em sistemas de esgoto e sistemas centralizados de águas residuais nas principais cidades, a solução sanitária mais comum são os tanques sépticos, com cobertura que aumentando de 67,3% em 2006 para 72,3% em 2010 (7).

RESÍDUOS SÓLIDOS

Nos últimos anos, o país se esforçou para melhorar os problemas na prestação dos serviços de coleta, tratamento e eliminação de resíduos sólidos. Em 2007,

preparou-se um manual para a elaboração de Planos Municipais Integrados de Gestão de Resíduos Sólidos (PMGIRS) foi publicado como ferramenta de planejamento municipal participativo. Atualmente, 12% dos municípios implantaram esse plano, 9% estão trabalhando na sua preparação e 79% ainda não abordaram essa questão (8). Em 2008, estabeleceu-se o Plano de Resíduos Sólidos (PRESOL) como o marco que direciona o trabalho governamental e privado na gestão integral adequada desses resíduos em todo o país.

POLUIÇÃO DO AR

Adequate records and information are lacking, and no studies have been performed that show a relationship between air pollution and health in the country. However, monitoring of the concentration of some air pollutants in the city of San José has been carried out since 2004. Those observations indicate that half of the city's population is exposed to particulate matter concentrations (PM10) ranging from 27 to 51 µg/m³.

Embora não existam suficientes registros e informação ou estudos realizados que mostrem a relação da poluição atmosférica com a saúde no país, o monitoramento da concentração de alguns poluentes do ar na cidade de São José é realizado desde 2004, e evidencia que a metade da população da cidade se encontra exposta a concentrações de partículas (PM10) em uma faixa que oscila entre 27 e 51 µg/m³ (os monitoramentos são realizados pelo Laboratório de Análise Ambiental da Universidade Nacional de Costa Rica em conjunto com o Ministério da Saúde, o município de São José, e o Ministério de Assuntos Ambientais, Energia e Telecomunicações).

PESTICIDAS

A cada ano a Costa Rica importa 12 milhões de quilogramas de ingredientes ativos de pesticidas. De acordo com dados do Serviço Fitossanitário do Estado, 25% de um total de 2.944 pesticidas registrados no país são utilizados nos cultivos de arroz e de banana. Embora a maioria desses produtos se encontre nas categorias de baixo risco, também são importadas substâncias com alto ou extremo grau de toxicidade. No marco do Protocolo de Montreal, o país conseguiu reduzir em 60% o uso de brometo de metila; infelizmente, os 40% restan-

tes serão mais difícil de eliminar, uma vez que correspondem aos produtos de “uso crítico”, ou seja, usados em áreas de cultivo com severos problemas de pragas.

SEGURANÇA NO TRÂNSITO

A taxa de mortalidade por acidentes de trânsito caiu de 14,7 mortes por 100.000 habitantes em 2006 para 12,15 mortes em 2010, com grande predomínio de homens (85%), cuja principal causa (28,7%) foi o excesso de velocidade.

VIOLÊNCIAS

A taxa de mortalidade por homicídios subiu de 6,8 mortes por 100.000 habitantes em 2006 para 9,33 em 2010, com maior incidência jovens adultos do sexo masculino. Dos 11.028 casos de violência familiar notificados pelos serviços de saúde em 2008, 80% das vítimas eram mulheres, com uma taxa de 402 casos por 100.000 habitantes. De acordo com registros do Poder Judiciário, a taxa de casos de violência doméstica em 2004 era de 114,45 casos por 100.000 habitantes, diminuindo para 102,33 em 2007. O número de mulheres assassinadas por seu atual ou antigo companheiro aumentou de 16 em 2007 para 38 em 2008.

DESASTRES NATURAIS

De acordo com os dados disponíveis da Comissão Nacional de Emergências (CNE) sobre incidentes, situações de emergência e desastres atendidos, 80% dos eventos adversos correspondem a fatores hidrometeorológicos, sobretudo devido às chuvas associadas aos ciclones tropicais e sistemas de baixa pressão no mar Caribe, influência da Zona de Convergência Intertropical, as frentes frias, as ondas do Leste e os períodos recorrentes do fenômeno ENOS (aumento ou esfriamento da temperatura do oceano), tanto na fase fria, como na quente. Em segundo nível de importância estão os efeitos de fenômenos sísmicos e vulcânicos. De acordo com pesquisas realizadas pela Rede Sismológica Nacional (RSN:UCR-ICE), há mais de 150 falhas potencialmente ativas que poderiam gerar sismos nas próximas décadas ou séculos. Essas falhas incluem Atirro e Navarro em Turrialba, Guápiles no Caribe, e Alajuela e Escazú e na Região geográfica do Valle Central.

MUDANÇA CLIMÁTICA E EFEITOS SOBRE A SAÚDE

Entre 2007 e 2010 foram registrados mais de 14 grandes eventos naturais, dos quais 12 estiveram relacionados em alguma medida com as mudanças climáticas. Entre os mais relevantes estão o estado de emergência declarado em maio de 2008, pela extensão prolongada da estação seca na zona norte e os efeitos do Furacão Alma na zona sul e do Pacífico central; em agosto de 2008, o Furacão Hanna afetou 70% do território nacional e, em novembro de 2010, o Furacão Thomas afetou toda a costa do Pacífico e Valle Central do país.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Dados de 2005 a 2007 indicam que o fornecimento de energia alimentar (SEA) correspondia a 2.810 kcal/pessoa/dia e a necessidade média nacional de energia mínima (NPEA) era calculada em 2.410 kcal/pessoa/dia. Os principais produtos consumidos e que contribuem para o valor do SEA pertencem ao grupo de cereais, raízes e tubérculos (33,1%), seguidos do arroz branqueado (16,6%) e do açúcar refinado. Se esses percentuais indicam que a Costa Rica possui um fornecimento estável e superior da NPEA, não são suficientes para lidar com o problema de subnutrição, uma vez que a população em pobreza extrema teve um déficit alimentar de 150 kcal/pessoa/dia, para o período compreendido entre 2005 e 2007. O problema é o difícil acesso da população aos alimentos que compõem a cesta básica (9). O país conta com a Política e o Plano Nacional de Segurança Alimentar Nutricional desde 2011.

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

De 2006 a 2010 foram registradas 102 mortes maternas na Costa Rica; em 2010, foram 15 mortes, com uma taxa de 2,11 por 10.000 nascidos vivos. Limón, Puntarenas e Guanacaste são as províncias que apresentam as taxas mais altas de mortalidade materna para o período 2006-2010. As principais causas da mortalidade materna foram as afecções obstétricas

não classificadas, complicações principalmente relacionadas com o trabalho de parto, parto e puerpério. A cobertura pré-natal antes da 13ª semana de gestação passou de 69% em 2008 para 77% em 2009, enquanto que o atendimento de menores de 1 ano diminuiu de 85,4 em 2007 para 82,8% em 2009.

Em relação à saúde sexual e reprodutiva, a esterilização feminina, os anticoncepcionais orais e os anticoncepcionais injetáveis são os métodos mais utilizados, enquanto o uso do dispositivo intrauterino, o método do ritmo e o preservativo masculino diminuíram. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Juventude (2008), um em cada três adolescentes com idades entre 15 e 17 anos relatou ter tido relações sexuais, enquanto 6 de cada 10 jovens entre 18 e 24 anos informou ter tido sua primeira relação sexual na adolescência.

Crianças (0 a 5 anos de idade)

A taxa de mortalidade infantil durante o período 2006-2010 manteve-se numa média de 9,4 por 1.000 nascimentos – 9,46 em 2010. Puntarenas, Limón e Guanacaste apresentaram taxas de mortalidade infantil mais altas que a média nacional, enquanto Cartago registrava a mais baixa. As principais causas de mortalidade infantil foram afecções originadas no período perinatal e malformações congênitas. A mortalidade em menores de 5 anos manteve-se estável – 2,3 por 10.000 habitantes – durante 2006-2010.

Adolescentes (12 a 19 anos de idade)

Em 2007, os adolescentes (50,5% homens e 49,5% mulheres) representavam 17% da população total (10). A taxa específica de fertilidade para o grupo de mulheres de 12 a 19 anos é de 2,02 por 1.000 nascimentos. O consumo de álcool e o tabagismo começam no início da adolescência, sendo 28,3% na faixa etária 12-13 anos. Segundo estudos do IAFA sobre saúde mental, 9% das mulheres adolescentes avaliadas apresentam depressão grave e outros 9%, depressão moderada; nos homens, esses números são 4% e 5%, respectivamente.

Adultos (20-59 anos de idade)

Na população de 20 a 59 anos de idade (56% da população), a mortalidade geral durante 2006-2010 manteve-

ve-se constante em 32,6%. As causas mais frequentes de morte são as doenças do sistema circulatório, os tumores e as causas externas; a mortalidade é mais alta em homens do que em mulheres.

Idosos (60 anos de idade ou mais)

A proporção de idosos cresceu até representar 6% a 7% da população, com uma representatividade masculina de 52,28%. Quanto à mortalidade geral por faixa etária, os maiores de 75 anos registram 44,29% de todas as mortes. A taxa de mortalidade do grupo de 65 ou mais anos manteve-se constante em 38,7 por 1.000 habitantes durante 2005-2010. As principais causas de morte em 2010 foram as doenças do sistema circulatório, os tumores e as doenças do sistema respiratório.

Trabalhadores

Desde 2003, a Costa Rica conta com um plano de saúde ocupacional. Em 2010, as cinco primeiras causas de incapacidade por exposição ocupacional foram as doenças do sistema osteomuscular (12,7%), lesões e intoxicações (10,9%), transtornos mentais e comportamentais (9,5%), doenças do sistema respiratório (5,8%) e doenças infecciosas e parasitárias (5%), as quais representam 40% do total dos dias de incapacidade. Essas causas contrastam com as observadas durante o quinquênio 2000-2004, quando as principais geradoras de dias de incapacidade foram as infecções de vias respiratórias superiores, as dorsopatias e as doenças infecciosas.

Deficientes

Em 2011, criou-se o registro nacional de estatística sobre deficiências. Segundo o último relatório de 2010, observa-se uma maior prevalência de homens com deficiência em idades entre 31 e 65 anos. A deficiência motora foi a mais comum (30,50%), seguida pela cognitiva (28,86%) e a socioemocional (11,04%).

MORTALIDADE

A taxa de mortalidade geral registrou uma tendência ascendente durante 2006-2010, passando de 3,7 para

4,1 por 1.000 habitantes, impulsionada pelos maiores de 75 anos (42,33% das mortes). As primeiras causas de morte foram: 1) doenças do sistema circulatório; 2) tumores; 3) causas externas; 4) doenças do sistema respiratório; 5) doenças do aparelho digestivo; 6) doenças do sistema endócrino; e 7) doenças transmissíveis.

MORBIDADE

Doenças transmissíveis

Doenças transmitidas por vetores

No período 2006-2010, notificaram-se 84.443 casos de dengue, sendo 471 graves. O ano de 2010 foi o de maior incidência, com 976,4 casos por 100.000 habitantes. Três regiões concentraram 71,3% do total de casos: Pacífico Central (15.737), Chorotega (7.373) e a Região Atlântica de Huetar (5.069). Atualmente, circulam os sorotipos D1, D2 e D3, o que aumenta o risco de dengue grave. A taxa de letalidade manteve-se numa faixa de zero a 2,5% entre 2006 e 2010, em parte, graças ao atendimento precoce dos casos. A Costa Rica vem implementando a Estratégia de Gestão Integrada para a dengue a partir de 2005.

A área de alto risco de malária abrange cerca de 70% do território nacional onde vivem quase 1,6 milhões de pessoas. O vetor mais importante envolvido na transmissão dessa doença é o *Anopheles albimanus*. Entre 2006 e 2010, houve uma drástica redução (96%) do número de casos de malária, encalhando de 2.903 para 114 durante esse quinquênio. Hoje, quase a totalidade dos casos está concentrada na Região Atlântica de Huetar. A erradicação da malária é um ODM que já foi alcançado, com uma redução superior a 10% nos casos e mortalidade zero.

Doenças imunopreveníveis

O cronograma oficial de vacinação contempla vacinas contra tuberculose, hepatite B, rotavírus, difteria, tétano, coqueluche, infecção por *Haemophilus influenzae* tipo b, poliomielite, infecção pneumocócica com vacinas 13-valente e 23-valente, influenza, sarampo, caxumba, rubéola e varicela. Durante o período 2006-2010, não foram registrados casos das doenças imunopreveníveis em via de eliminação no país. No

mesmo período, foram mantidos níveis de cobertura dentre 81 e 93%, para as vacinas traçadoras DPT, VOP, VHB, Hib e a BCG.

Zoonoses

No período 2006-2010, a leptospirose foi a doença zoonótica de maior morbidade com 2.150 casos acumulados e 46 mortes, com uma taxa de letalidade geral de 2,1% (oscilando entre 1,0% e 7,2%). A distribuição por gênero reflete um predomínio em homens, com uma razão de 10:1 entre homens e mulheres. Casos de raiva canina no país foram registrados pela última vez em 1987. No período 2006-2010, foram notificadas 7 mortes por cisticercose, embora não seja uma doença de notificação obrigatória.

Doenças Negligenciadas e Outras Infecções relacionadas com a Pobreza

O número de casos novos e reincidências por hanseníase notificados na Costa Rica entre 2006 e 2009 diminuiu de 16 para 7. De todos os casos, 34 (69,4%) foram em homens. Durante todo o período, a prevalência da doença manteve-se abaixo do padrão internacional de 1 caso por 10.000 habitantes. No caso da filariose bancroftiana, estudos epidemiológicos e de antigenemia no período 1974-2011 concluíram que a filariose linfática foi eliminada na Costa Rica (cidade de Limón), motivo pelo qual o país cumpre com os requisitos determinados pela OMS e se qualifica para iniciar um processo de verificação.

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

No período 2002-2010 foram registrados 2.278 casos de HIV, com uma incidência de 52,6 casos por 100.000 habitantes e uma tendência decrescente a partir de 2008. A incidência de novos casos de HIV depende fortemente dos homens (74,1% da população afetada) e a razão homem/mulher para esse período foi de 3:1. A faixa etária mais afetada foi de 20 a 49 anos, que representou 77,9%. As províncias onde se concentrou a grande maioria (72%) dos casos foram São José, Heredia, Puntarenas e Cartago. O número de casos de Aids durante o período 2002-2010 foi de 1.805. Sua incidência subiu de 3,6 para 4,3 por 100.000 habitan-

tes entre 2006 e 2008, mas voltou para 3,6 em 2009. Em 2009, as províncias que com maior incidência de Aids (77,9% do total nacional) foram São José, Heredia, Cartago e Guanacaste.

Entre 2006 e 2008, a incidência de sífilis por 100.000 habitantes aumentou de 29,2 para 32,3 por 100.000 habitantes, para logo cair para 19,3 em 2009. As pessoas de 20 a 24 anos de idade registraram incidências entre 65% e 73% acima da média nacional. A incidência de sífilis congênita registrou taxas dentre 1,2 a 1,5 casos por 1.000 nascimentos. A Costa Rica intensificou seus esforços para a detecção precoce, a intervenção oportuna e o acompanhamento de gestantes infectadas por HIV e sífilis, assim como de crianças com sífilis congênita, com o objetivo de eliminar a transmissão vertical do HIV e da sífilis até 2015.

Tuberculose

A tuberculose na Costa Rica mostra uma tendência estável no período 2006-2010, com uma incidência média de 11,4 casos por 100.000 habitantes em 2008. Os homens são os mais afetados, com uma razão homem-mulher de 1,6. As taxas de mortalidade se mantiveram baixas e relativamente estáveis, registrando-se uma média de 1 óbito por 100.000 habitantes entre 2006 e 2010. As províncias mais afetadas em 2009 foram Alajuela e São José (40,9% de todos os casos nacionais). Os cantões com as maiores taxas de incidência foram Limón, Guácimo, Matina, Dota, Corredores, Cañas, Santa Cruz, Garabito, Osa, La Cruz, Golfito, San Carlos e Carrillo (35,4% de todos os casos nacionais).

Doenças emergentes

Durante 2010 foram notificados 1.630 casos suspeitos de influenza A (H1N1) e observou-se transmissão em todo país. A frequência de casos começou a diminuir a partir da semana 29 de 2009, embora, a partir da semana 43 do mesmo ano começaram a aumentar os casos ocasionados por outras viroses respiratórias, principalmente vírus sincicial respiratório e adenovírus. A incidência acumulada no país foi de 75,5 casos por 100.000 habitantes; sendo mais alta em menores de 30 anos de idade e mais baixa em pessoas de 60 anos ou mais; com exceção da faixa etária até 15 anos

de idade, a infecção foi levemente mais frequente em mulheres do que em homens. De todos os pacientes internados por infecções respiratórias agudas graves, 12,52% tinham influenza A (H1N1) e neles, os fatores de risco mais frequentes foram asma, diabetes mellitus, obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica, cardiopatias, tabagismo e gravidez. Em 2010, ocorreram 9 mortes ocasionadas por influenza A (H1N1), com evolução média de 3,8 dias, a partir do início dos sintomas até a primeira consulta e uma idade média de 35,1 anos.

Doenças crônicas não transmissíveis

Segundo as pesquisas de doenças crônicas e fatores de risco cardiovasculares realizadas em 2004 e 2010, a prevalência do diabetes aumentou em 2,9% no período 2006-2010, fundamentalmente, em mulheres, cuja prevalência subiu 50%. A faixa etária mais afetada foi de 40 a 64 anos, com uma acentuada mudança na prevalência que passou de 11% para 16,2%. A hipertensão arterial revelou um aumento da prevalência de 6% em 2010 em relação à pesquisa anterior.

Doenças cardiovasculares

Entre 2006 e 2010, as doenças do sistema circulatório, principal causa de morte na população costarricense, provocaram 25.592 óbitos – uma taxa média de 99,5 por 100.000 habitantes. Em 2010, foram notificadas 5.422 mortes para uma taxa ajustada de 97,33 por 100.000 habitantes, com leve tendência descendente nos últimos oito anos (11). A causa principal geral de mortalidade em 2010 foram as cardiopatias isquêmicas, seguidas pelas doenças cerebrovasculares e pela hipertensão.

Neoplasias malignas

As neoplasias malignas, segunda causa de morte depois das doenças do sistema circulatório, são as que mais contribuíram para os Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) entre 2006 e 2009, com 87,8 e 91,3 por 10.000 habitantes, respectivamente. Nos homens, as principais causa de morte relacionada a neoplasias 2009 foram câncer de próstata, com uma taxa ajustada de 17,61 por 100.000 homens, seguido pelo câncer de estômago (16,62), pulmão (8,15), cólon

(5,71), fígado (4,83) e as leucemias (4,32). Os cânceres de próstata e de pele mostraram uma tendência crescente em 2006-2010, enquanto a frequência de câncer de estômago diminuiu e a de outras neoplasias mostrou pouquíssima variação.

Em 2009, o câncer com maior taxa de mortalidade entre mulheres foi o de mama, com uma taxa ajustada de 12,20 por 100.000 mulheres, seguido pelo de estômago, com 8,68; cólon, com 5,87; colo do útero, com 5,78; leucemias, com 3,80; e o câncer de pulmão, com 3,35 por 100.000 mulheres. A frequência de câncer de colo de útero e de estômago mostrou uma tendência decrescente, enquanto a de câncer de cólon e de mama um leve aumento.

Doenças nutricionais

Desnutrição

A Pesquisa Nacional de Nutrição (PNN) 2008-2009 (9) revelou que 23,8% da população de 1 a 4 anos de idade está exposta ao risco de desnutrição e 5,6% estava desnutrida (5,6%), sem diferenças entre mulheres e homens (segundo o indicador tamanho para a idade (desnutrição crônica)). Apenas 50% dos lactantes receberam aleitamento exclusivo com leite materno durante os primeiros três meses de vida e menos de 10% até o sexto mês de vida. Por outro lado, o aleitamento materno misto (que inclui fórmula), aumentou significativamente a partir do segundo mês, alcançando 60% das crianças no sexto mês de vida (12).

Deficiência de micronutrientes

A PNN 2008-2009 indicou que 25,4% da população pré-escolar têm deficiências nas reservas de ferro (ferritina) e 23,9% em zinco. A vitamina A é deficiente em 30,1% de pré-escolares e 22,6% dos escolares. Na população pré-escolar, a prevalência de anemia é quase o dobro nas zonas urbanas que nas rurais. Na população adulta encontrou-se que 35% tinha deficiência de selênio. A anemia apresenta uma prevalência de 9,6% em mulheres em idade fértil, 11,1% em geral na população costarricense, enquanto na população idosa acomete 13,2% das mulheres e 15,8% dos homens. Nas zonas rurais era maior nos idosos (16,1% mulheres e 21,4% homens).

Obesidade

Os resultados da PNN 2008-2009 também indicam que as taxas de sobrepeso e obesidade em escolares e adolescentes supera 20%. Na faixa etária de 20 a 44 anos, representa 60%, e em idosos atinge 20% da população total, sem muita diferença em nível nacional.

Transtornos mentais

Em 2010, de um total de 158.476 consultas ambulatoriais de psiquiatria, 41% foram primeiras consultas, e do total de 329.349 altas hospitalares, 1,7% foram por transtornos mentais, sendo 50,6% para pacientes da faixa etária entre 20 e 44 anos. Os transtornos de humor, neuroses, de personalidade e esquizofrenia são os transtornos mentais mais prevalentes. A taxa de mortalidade por suicídios tem diminuído de 7,2 por 100.000 habitantes em 2006 para 5,8 em 2010, com maior frequência na faixa etária de 15 a 49 anos de idade. De um total de 5.613 leitos hospitalares, 16,76% correspondem a serviços de psiquiatria, 58,16% dos quais se encontram em dois centros especializados. Durante 2006-2010, a saúde mental foi uma prioridade no Plano Nacional de Desenvolvimento.

Outros problemas de saúde

Saúde bucal

Segundo a PNN 2008-2009, a prevalência de cáries dentária em pré-escolares – medida conforme o índice CEO (Cariados, Extraídos e Obturados) foi de 43,7%. O índice CEO de severidade de cáries dental foi de 2,2 e a prevalência de cáries dentária foi maior em zonas rurais.

Fatores de risco e proteção

Tabagismo

A prevalência de fumantes – definidos como as pessoas que já fumaram alguma vez – baixou de 31,5% para 28,6% durante o período 2006-2009. Outro elemento interessante é a estabilidade encontrada durante esse período na taxa de incidência de tabagismo, que se

manteve em 6,4% conforme a pesquisa nacional sobre consumo de drogas na população de escolares do ensino médio em 2009. A comparação entre a média das idades de início do hábito de fumar revela poucas variações entre 2006 (12,38 e 12,88 anos em mulheres e homens, respectivamente) e 2009 (12,5 e 12,9 anos em homens e mulheres, respectivamente). Em 2003, a Costa Rica ratificou da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco.

Alcoolismo

A prevalência do consumo de álcool na população jovem aumentou de 38,1% em 2006 para 53,5% em 2009. A incidência anual do consumo de álcool em jovens em 2006 ficou estável 17,7 por 1.000 estudantes até 2009, quando foi de 18,7. Em 2009, a idade média de início do consumo de álcool foi de 12,79 anos (12,6 e 12,9 anos para homens e mulheres, respectivamente), enquanto em 2006 foi de 12,93 anos (12,85 e 13,01 anos em homens e mulheres, respectivamente), evidenciando taxas estáveis ao longo deste período.

Drogas ilícitas

De acordo com as pesquisas realizadas pelo IAFA em 2006, as principais drogas ilícitas consumidas no país foram – em ordem decrescente – maconha, crack, cocaína e heroína. A maior prevalência de seu “consumo alguma vez na vida” encontra-se nas províncias de San José e Limón (9,16 e 8,97 por 1.000 habitantes, respectivamente). A idade média de início de consumo de maconha em homens é de 17,6 anos e 18 anos em mulheres, enquanto nacionalmente, a idade de início para cocaína e crack é por volta dos 18 anos para homens e mulheres.

Atividade física

De acordo com a pesquisa IAFA 2006, a proporção de pessoas que praticava exercício três ou mais vezes por semana, objetivando melhorar sua saúde ou sua aparência pessoal passou de 30,2% em 2001 para 33,3% em 2006, com maior proporção de homens do que de mulheres (42,2% e 32,7%, respectivamente).

POLÍTICAS DE SAÚDE, O SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

O PAPEL DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Durante 2006–2011, levou-se adiante um novo processo de redefinição e reorganização institucional do Ministério da Saúde costarricense. O setor saúde define-se como o conjunto de instituições públicas centralizadas e descentralizadas, que têm uma competência explícita e legal dirigida a fornecer serviços de saúde para a população. O objetivo da política estratégica de saúde é “Avançar da gestão da doença para a promoção da saúde, posicionando a saúde como valor social e dirigindo e conduzindo as intervenções dos atores sociais para a vigilância e controle dos determinantes da saúde baseados em evidência e de forma equitativa”.

DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

A CCSS é a única entidade pública que presta serviços de saúde aos diversos grupos da população e foi organizada funcionalmente por níveis de atendimento e, territorialmente, em sete regiões programáticas. As Equipes Básicas de Atenção Integral em Saúde (EBAIS), localizadas nas 103 áreas de saúde do país, são responsáveis pela atenção primária. O nível secundário oferece serviços de consulta especializada, atenção hospitalar e tratamento cirúrgico em especialidades básicas. Esse nível secundário é composto por 10 clínicas maiores, 13 hospitais periféricos e 7 hospitais regionais; além disso, prestam serviços de saúde bucal e microbiologia. O nível terciário proporciona atenção especializada em três hospitais nacionais gerais (Hospital Calderón Guardia; Hospital San Juan de Dios e Hospital México) e cinco hospitais nacionais especializados em gerontologia, saúde da mulher, pediatria, psiquiatria e reabilitação (13).

O sistema de previdência social na Costa Rica tem três componentes: i) serviços de saúde (conhecidos como seguro saúde), que são de responsabilidade de INS e CCSS; ii) benefícios econômicos, que cobrem as pensões e os subsídios; e iii) serviços sociais, que ajudam as famílias que enfrentam situações socioeconômicas críticas, mediante contribuições em espécie e serviços (14).

A Costa Rica possui um sistema de previdência social médico universal e solidário, cuja cobertura se ampliou de 87,6% para 91,9% da população durante o período 2006–2010; há também 369.000 pessoas sem seguro. O desafio central do sistema de saúde para os próximos anos é a questão da sustentabilidade financeira da CCSS. Um dos principais inconvenientes para os usuários dos serviços de saúde são as filas de espera para conseguir horário para atendimento e a disponibilidade limitada desses horários.

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

Durante 2006–2010, elaborou-se e implantou-se um conjunto de leis e normas voltadas à regulação dos serviços públicos e privados de interesse da saúde, assim como para proteger a saúde da população. Entre elas, a Lei de Gestão Integral de Resíduos nº 8.839 e a Lei Nacional de Vacinação nº 8.111 – em virtude da qual se criou a Comissão Nacional de Vacinação e Epidemiologia. Em 2007, o país ratificou o Regulamento Sanitário Internacional mediante Decreto Executivo nº 34.038-S. Em 2009, foi estabelecido o Centro Nacional de Ligação, entidade dependente do Ministério da Saúde, que recebe os alertas nacionais e internacionais.

GASTOS E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Entre 2006 e 2010, o gasto total com saúde como percentual do PIB aumentou de 7,81% para 10,9%. O gasto do governo com saúde como percentual da despesa total em saúde diminuiu de 69,0% para 68,0%, enquanto a despesa privada aumentou de 31,08% para 32,59%. O gasto *per capita* com saúde aumentou de US\$ 410 para US\$ 668,49, enquanto o gasto geral *per capita* do governo aumentou de US\$ 283 para US\$ 450. Em 2010, 86% do gasto geral do governo com saúde derivaram de recursos da CCSS (13).

SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com o modelo de saúde adotado na Costa Rica, a atenção primária e nas emergências é garantida, enquanto nos demais níveis de atenção é requisito estar inscrito em alguma modalidade de seguro. Existem no país 103 áreas de saúde, onde atuam 991 EBAIS, das quais 40 atendem a população indígena. A

população total coberta pelos EBAIS é de 4.471.407. Além disso, 66% dos postos de saúde se concentram nessas regiões. Desde 2008 tem-se envidados esforços importantes para melhorar o acesso de pessoas com doenças crônicas, por meio do programa de internação e atendimento domiciliar em rede de pacientes crônicos.

O Comitê Consultivo sobre Qualidade de Medicamentos encarrega-se de revisar e propor normas nessa matéria e dá seguimento à implementação do Regulamento Técnico Centro-Americano sobre Produtos Farmacêuticos. Desde 1982, a CCSS mantém uma “Lista Oficial de Medicamentos”, de acordo com o Formulário Terapêutico Nacional (16).

AÇÃO INTERSETORIAL E SAÚDE

Sob a liderança do Ministério da Saúde foram promovidos e elaborados planos e ações intersetoriais em várias áreas, por exemplo, no setor da educação, através do programa “Avancemos” de transferências monetárias condicionais; no setor do meio ambiente, para implementar a política de Gestão Integral de Resíduos Sólidos; no setor privado, para prevenir e controlar a influenza A (H1N1) mediante medidas de higiene e proteção (11).

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

Entre 2006 e 2009, a despesa total do setor público em atividades de pesquisa e desenvolvimento aumentou de US\$ 97,2 milhões para US\$ 159 milhões, o que representa 0,53% do PIB. O investimento do setor acadêmico nesse campo representou 48% do total e o do setor governamental, 25%. De 3.854 atividades de pesquisa e desenvolvimento registradas em 2009, 18% foram na área de ciências médicas e 657 relacionaram-se com a proteção e a melhora da saúde humana (17).

Gestão da Informação na Saúde

O Ministério de Saúde desenvolveu um projeto de ampliação da rede que conecta as regiões de saúde com

os escritórios centrais. A CCSS está em via de conectar seus escritórios centrais, hospitais e áreas de saúde para poder habilitar consultas a distância e realizar teleconferências, estando prevista a implementação do histórico eletrônico. A possibilidade de comunicação via Internet com o usuário ainda é limitada (18).

Tecnologia e Saúde

Todos os serviços da CCSS contam com equipamento básico em todos seus níveis de atenção. A rede possui hospitais especializados com equipamentos de alta tecnologia, incluídos tomógrafos, unidades de transplante, diálise e cuidados intensivos (UTI). Sete hospitais regionais têm UTIs. A CCSS conta com pessoal de engenharia e de manutenção que se encarrega de fortalecer a gestão tecnológica da instituição em cada instalação.

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Força de trabalho

Em 2010, dos profissionais vinculados ao Ministério da Saúde, 67% trabalhavam em ciências sociais, ciências econômicas e engenharia, enquanto 33% em ciências da saúde e veterinária. A CCSS tem um quadro de 49.374 trabalhadores – 57% mulheres e 43% homens – distribuídos em 350 tipos de cargos: administrativos (9.326), enfermagem e serviços de apoio (20.784), ciências médicas (10.688) e serviços gerais (8.576). No AyA, de um total de 3.054 colaboradores, 23% são profissionais diplomados, 62% técnicos e 15% operacionais. A razão de médicos por 10.000 habitantes caiu de 20,8 em 2005 para 17,2 em 2007, enquanto a razão de enfermeiros subiu de 16 para 17,2. Nas zonas urbanas, há quase dois médicos e três enfermeiros a mais para cada 10.000 habitantes que nas zonas rurais (19).

Formação do pessoal

As reformas dos anos 1990 e a conseqüente desregulamentação da formação profissional em saúde ensejaram um processo de criação de mais instituições de educação para profissionais de saúde. Seis novas faculdades de medicina foram estabelecidas (para um total

de oito, atualmente) e seis novas escolas de enfermagem (para um total de sete, atualmente). A abertura de um número importante de universidades privadas produziu uma diversidade de ofertas educativas no campo da saúde.

Educação permanente

A CCSS conta com o Centro de Desenvolvimento Estratégico e Informação em Saúde e Previdência Social (CENDEISS), que organiza e desenvolve planos de capacitação com ênfase na atenção primária por meio das “Comissões Locais e Regionais de Educação Permanente” (CLEP e CREP). Além disso, se incorporou a educação virtual, desenhada em conjunto com várias instituições do Sistema do Campus Virtual de Saúde Pública, o que permitiu facilitar acesso à informação, recursos e conhecimentos para serviços de recursos humanos em saúde.

Mercado de trabalho para profissionais de saúde e carreiras na saúde

A legislação sobre carreiras de funcionalismo público se aplica a todos os funcionários públicos, e os ajustes ou aumentos salariais são acordados mediante negociações e acordos entre as autoridades e os grêmios profissionais. Os últimos anos têm evidenciado uma dinâmica de conflito entre os sindicatos nos diversos setores e as autoridades da CCSS sobre melhores condições salariais e de trabalho.

Migração e outros desafios em recursos humanos

Uma vez que os salários do pessoal da saúde no setor público do país são altamente competitivos em nível regional, a migração desses profissionais é quase inexistente. Desse modo, considerando a semelhança salarial entre CCSS e Ministério da Saúde, é também extremamente rara a migração entre ambas as instituições.

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

De acordo com dados registrados pelo Ministério do Planejamento Nacional e Política Econômica (MIDEPLAN), para o período 2006-2009, a Costa

Rica recebeu um total de US\$ 520,2 milhões em assistência, dos quais 73,4% (US\$ 382 milhões) correspondeu a programas de cooperação bilateral e 26,6% (US\$ 138,2 milhões) a programas de cooperação multilateral. Do valor total da assistência, 15,5% correspondeu a saúde e desenvolvimento social (20).

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

Sem dúvida, os últimos anos estão cada vez mais evidenciando sinais visíveis da necessidade de se implementar mudanças e ajustes às reformas propostas nos anos 1990. O propósito seria de se manter um sistema de previdência social universal e fortalecer o sistema de gestão da produção social da saúde a partir das exigências de um mundo globalizado e dos postulados, valores e princípios da sociedade costarriquense.

A CCSS, a instituição prestadora de serviços de saúde, cobre quase 92% da população do país. Atualmente, está enfrentando várias questões e tem o desafio de recuperar, no curto prazo, a liquidez financeira. Tal esforço implica a busca de acordos e consenso para introduzir medidas que possam reduzir o fosso da cobertura médica, ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar a qualidade do atendimento, repensar o “modelo de atenção” e adequar o financiamento e a gestão dos serviços a partir de melhores processos de gestão institucional.

Embora o Ministério de Saúde tenha realizado grandes esforços para definir sua função diretiva, ainda falta desenvolver e incorporar estratégias dirigidas para fortalecer seu papel e dar-lhe maior eficácia. Isso inclui a necessidade de recrutar e reter profissionais com as necessárias competências, assim como de fortalecer mecanismos de coordenação intersetorial que permitam desenvolver liderança e governança em um cenário internacional e nacional cada vez mais complexo.

Em 2010, a Costa Rica apresentou o “II Relatório Nacional sobre o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, que revelou progressos importantes, mas desafios que persistem, como, por exemplo, as desigualdades nos indicadores de mortalidade materno-infantil em cantões cujos índices de desenvolvimento humano estão abaixo da linha de pobreza extrema. Devido a seus indicadores favoráveis em saúde e educação, a Costa Rica não constitui um

polo de atração para doadores potenciais, situação que obriga as instituições políticas e sociais do país a enfrentarem o desafio de desenhar estratégias inovadoras que promovam a mobilização de recursos suficientes para superar as dívidas sociais pendentes, preservar as conquistas e responder aos novos compromissos.

REFERÊNCIAS

1. Costa Rica, Ministerio de la Presidencia; Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Decreto Ejecutivo No. 33151-MP de 8 de mayo de 2006 [Internet]. Disponível em: http://www.infoagro.go.cr/SEPSA/documentacion/políticas/DecretoSectorial_MIDEPLAN.pdf Acessado em 20 de janeiro de 2012.
2. Programa Estado de la Nación. Informe Estado de la Nación 2009 [Internet]. Disponível em: <http://www.estadonacion.or.cr/images/stories/informes/015/docs/info15cap1.pdf> Acessado em 20 de janeiro de 2012.
3. United Nations Development Programme. Human Development Report 2009. Overcoming barriers: Human mobility and development. New York: UNDP; 2009. Disponível em: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Complete.pdf Acessado em 20 de janeiro de 2012.
4. Costa Rica, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2010–2021 [Internet]. Disponível em: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/menu-superior-sobre-ministerio-ms/menusuperiores-sobre-ministerio-políticas-planessalud-ms/cat_view/151-direccion-deplanificacion-estrategica/152-planes Acessado em 20 de janeiro de 2012.
5. Costa Rica, Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. Disponível em: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx> Acessado em 20 de janeiro de 2012.
6. Costa Rica, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Costa Rica: Objetivos de Desarrollo del Milenio, II Informe de país 2010 [Internet]. Disponível em: <http://www.nacionesunidas.or.cr/dmdocuments/II%20Informe%20CR%20ODM%20-%202010.pdf> Acessado em 20 de janeiro de 2012.
7. Costa Rica, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Informe del Laboratorio Nacional de Aguas. San José: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados; 2010.
8. Costa Rica, Ministerio de Salud. Análisis de situación de la producción social de salud 2010. San José: Ministerio de Salud; 2010.
9. Costa Rica, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica, 2008–2009 [Internet]. Disponível em: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/gestoresalud-tecnociencia-encuestas-ms/doc_details/33-encuesta-nacional-de-nutricion-costa-rica-2008-2009 Acessado em 20 de janeiro de 2012.
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Primera Encuesta Nacional de Juventud, Costa Rica [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.unfpa.or.cr/dmdocuments/Encuesta_Juventud.pdf Acessado em 20 de janeiro de 2012.
11. Costa Rica, Ministerio de Salud. Memoria institucional 2009–2010 [Internet]. Disponível em: http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2010/presentacion.pdf Acessado em 20 de janeiro de 2012.
12. Costa Rica, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2006 [Internet]. Disponível em: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx> Acessado em 20 de janeiro de 2012.

13. Costa Rica, Ministerio de Salud. Memoria institucional de la Caja Costarricense del Seguro Social 2007–2008 [Internet]. Disponível em: http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2008/informe.pdf Acessado em 20 de janeiro de 2012.
14. Giedion U, Villar M, Ávila A. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Madrid: Fundación MAPFRE; 2010. [Internet]. Disponível em: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/csseguro/libros/los-sistemas-de-salud-enlatinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf> Acessado em 20 de janeiro de 2012.
15. World Health Organization. National health accounts estimates. Global Health Expenditure Database [Internet]. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?d51> Acessado em 20 de janeiro de 2012.
16. Costa Rica, Ministerio de Salud. Decreto 32063-S. Reglamento de la Comisión Asesora de Calidad de Medicamentos. Publicado en La Gaceta No. 210, Miércoles, 27 de octubre 2004.
17. Costa Rica, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014 “María Teresa Obregón.” San José: MIDEPLAN; 2010.
18. Costa Rica, Ministerio de Ciencia y Tecnología. Indicadores nacionales 2009. Ciencia, tecnología e innovación. San José: Ministerio de Ciencia y Tecnología; 2011.
19. Pan American Health Organization. Health System Profile of Costa Rica [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.paho.org/englishdpm/shd/hp/Health_System_Profile-Costa_Rica.htm Acessado em 20 de janeiro de 2012.
20. Costa Rica, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Comportamiento de la cooperación internacional en Costa Rica: 2006–2008 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/07769661-9838-4610-b200-86ad6b4f3c43/Comportamiento-cooperacion-CR-2006-2008-978-9977-73-049-3.pdf> Acessado em 20 de janeiro de 2012.