

COSTA RICA



Fuentes: Second Administrative Level Boundaries Dataset (SALB), que forma parte de la base de datos geográfica de las Naciones Unidas, disponible en: http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb_home.htm, y la base de datos Digital Chart of the World (DCW), disponible en: <http://www.maproom.psu.edu/dcw/>. Las fronteras y nombres que se incluyen en este mapa tienen el propósito exclusivo de ilustración, y no implican juicio alguno, ni aval o aceptación por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud.

Costa Rica tiene una superficie de 51.100 km². Desde el punto de vista político-administrativo, se divide en siete provincias y 81 cantones. La población estimada para 2004 fue de 4.248.508 habitantes, de los cuales 49,7% correspondían al área urbana y 50,8% al sexo masculino.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

El desempeño macroeconómico del país en el período 2000–2005 fue medianamente satisfactorio. Si se toma como referencia la producción nacional medida por el producto interno bruto (PIB), el crecimiento de la economía fue de 6,5% en 2003 y descendió a 4,1% en 2004 y 2005 (por debajo del 4,6% logrado en la década precedente). Un factor importante de este crecimiento fue el comportamiento de la demanda externa de bienes y servicios elaborados en el país, bienes agropecuarios y productos manufacturados, las crecientes ventas de la industria electrónica de alta tecnología y el incremento de la industria turística nacional.

En el terreno fiscal se han hecho esfuerzos por reducir la evasión con el fin de mejorar las finanzas públicas e invertir en políticas de desarrollo social. Sin embargo, el gasto de consumo final del Gobierno central se ha estancado como producto de una política fiscal austera en detrimento de un gasto social menor, que ha representado entre 15,0% y 15,9% del PIB en el período 2000–2005. La inflación medida por la variación del índice de precios al consumidor (IPC) se mantuvo en cifras cercanas o superiores a 10% durante los últimos años, pasando de 10,1% en 2001 a 14,1% en 2005, la tasa más alta observada al cierre de los últimos 10 años.

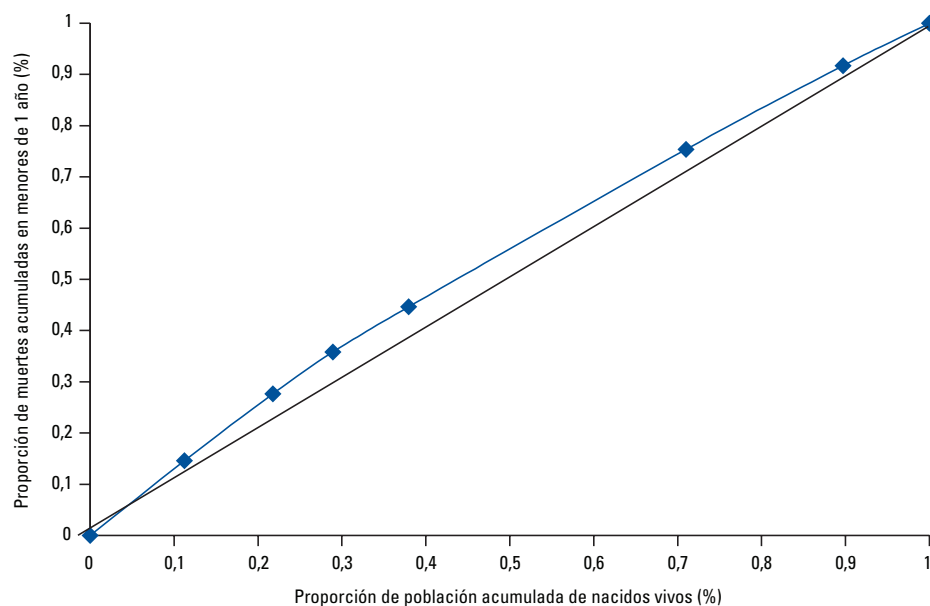
Costa Rica es un país de tradición democrática que celebra elecciones presidenciales cada cuatro años. Durante los últimos años, la falta de una representación política responsable, la debilidad de los sistemas institucionales de control de la gestión pública y el deterioro de la gobernabilidad han generado el descontento ciudadano hacia los gobernantes, el cual se refleja en un creciente abstencionismo, que llegó a ser de 34,8% en las últimas elecciones de febrero de 2006. El Partido Liberación Nacional (PLN) que gobernará el país en el período 2006–2010 no logró la mayoría parlamentaria, situación que lo pone frente a un escenario de negociación, alianza y concertación con otros partidos con el fin de avanzar en la aprobación de tratados, leyes y otros instrumentos legales. Justamente la falta de acuerdos de la legislatura saliente fue uno de los factores que dificultaron avanzar en la aprobación de varias leyes, entre ellas el proyecto de una nueva

ley general de salud que cuenta con el dictamen favorable de la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa, pero aún no tiene la aprobación del plenario de dicha asamblea. Con objeto de reactivar la economía, el gobierno que entró en funciones en 2006 ha propuesto crear nuevas fuentes de trabajo y reducir la pobreza, así como otras dos medidas inmediatas: impulsar el Tratado de Libre Comercio en la asamblea legislativa y promover la reforma fiscal.

Costa Rica ha descendido en la escala de desarrollo humano del lugar número 41 en 2001 al número 47 en 2005, de manera que pasó de la categoría de alto desarrollo humano a la de desarrollo humano medio. Ese nivel de desarrollo social se explica por el comportamiento de una serie de indicadores, específicamente el nivel de pobreza, que durante la última década se ha ubicado en alrededor de 20%. En 2000 el porcentaje de pobreza era de 17,1% en la zona urbana frente a 25,4% en la zona rural.

En lo que respecta a la distribución del ingreso entre la población, se observa que en lo que va del siglo la mejora del ingreso del decil más pobre de la población fue superior porcentualmente a la del decil más rico, aunque en valores absolutos el poder adquisitivo de los más pobres sigue siendo escaso. Por otra parte, la brecha de ingresos entre el decil más pobre y el más rico, que era de 36,6 veces en 2001, se redujo 7 puntos para ubicarse en 29,6 en 2004, es decir que la inequidad en la distribución del ingreso sigue siendo muy amplia. El desempleo abierto creció de 5,2% en 2000 a 6,6% en 2005 (5,0% en hombres y 9,6% en mujeres).

En el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se plantean algunos retos importantes en relación con la pobreza, la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Con respecto a la pobreza, que alcanzó valores de 21,7% en 2004, su reducción a la mitad plantearía una disminución en base a valores de 1990 (18,0%) a 9,0%, y, considerando la tendencia observada, ese valor es poco factible de alcanzar para 2015. En el caso de la mortalidad infantil, que presentó valores nacionales de 9,2 por 1.000 nacidos en 2004, su reducción en dos terceras partes plantearía una disminución en base a valores de 1990 (14,4 por 1.000 nacidos vivos) a 4,8 por 1.000 nacidos vivos, cifra imposible de lograr para 2015. A nivel subnacional, 34 cantones presentan valores por encima del valor nacional e incluso dos cantones tie-

FIGURA 1. Distribución de la mortalidad infantil, Costa Rica, 2005.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

nen valores superiores a 20 por 1.000 nacidos vivos, mientras que 16 cantones muestran valores iguales o mayores a 15 por 1.000 nacidos vivos. Con respecto al porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión, los valores en 2004 son de 87,4% a nivel nacional y, de las siete provincias del país, solo cuatro presentan niveles útiles de cobertura, es decir, por encima de 95%.

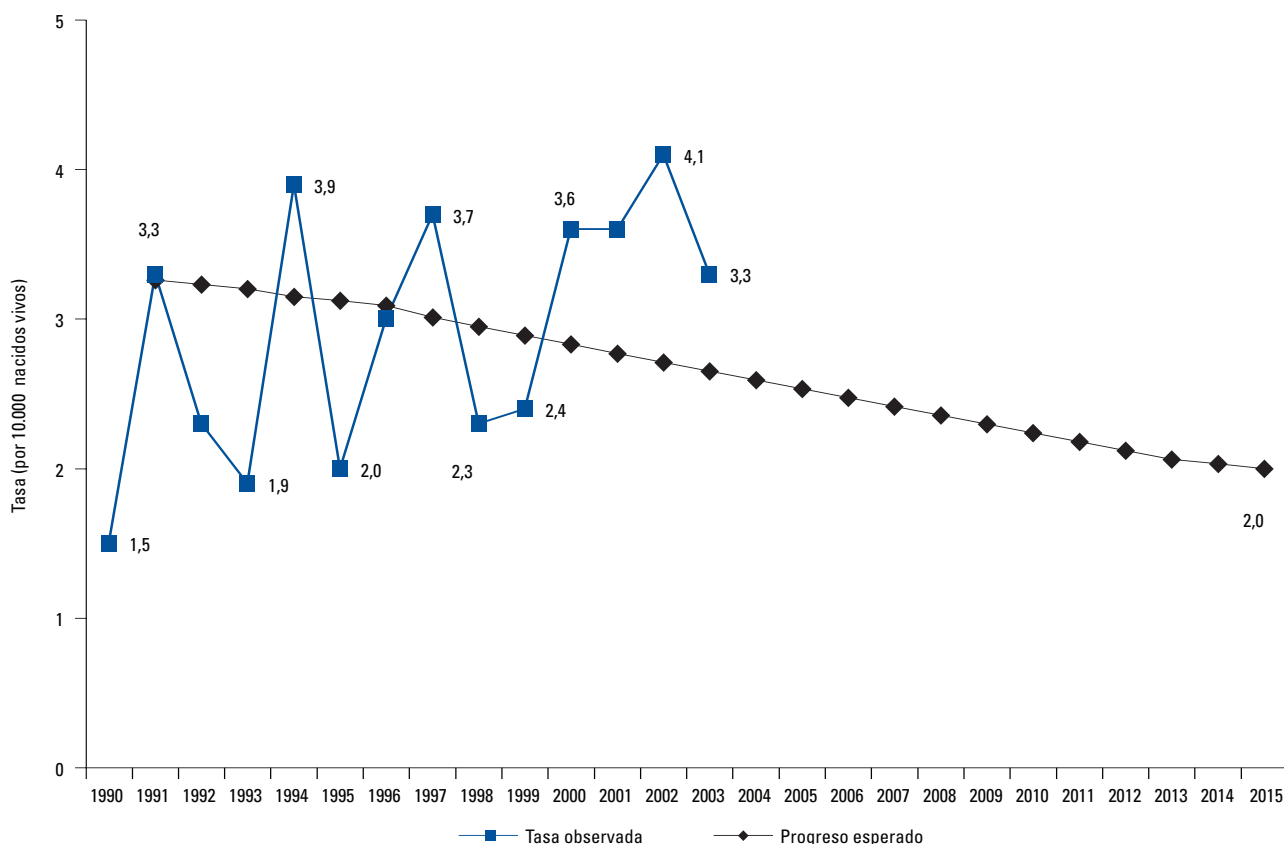
Al analizar la curva de Lorenz de la distribución de la mortalidad infantil para 2005 respecto de la correspondiente al período 1995–1999, se observa una mayor ampliación de la curva debido fundamentalmente a una mayor brecha entre los valores nacionales y los correspondientes a las regiones Huetar Atlántica, Puntarenas y Chorotega (Figura 1).

En 2004 la mortalidad materna fue de 3,0 por 10.000 nacidos vivos. Costa Rica se ha comprometido (ODM 5) a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. La tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2004 y la tendencia para 2015 se presentan en la figura 2.

Con respecto a la malaria, con un índice parasitario anual (IPA) de 0,3 por 1.000 habitantes en 2004 y 32,8% de la población en riesgo de contraer la enfermedad, su reducción para 2015 es completamente factible. Solo la provincia de Limón mantiene un IPA superior al nacional (1,88 por 1.000 habitantes). En relación con la tuberculosis, cuya tasa de incidencia fue de 16,7 por 100.000 habitantes en 2004, también su reducción es completamente factible de cumplir para 2015. Sin embargo, 25 cantones presentan tasas superiores al valor nacional, y de estos, aproximadamente 10 duplican y hasta triplican este valor.

La escolarización ha mostrado avances significativos a partir del decenio de 1990, destacándose, por su magnitud, la ampliación en la cobertura de la educación preescolar, que aumentó 28,3 puntos porcentuales entre 1990 y 2004. En educación primaria, la tasa neta de escolaridad se mantuvo durante los últimos años en torno a 99,0%, con un leve descenso a 98,5% en 2004. En educación secundaria, el aumento de la cobertura ha sido menor: 63,8% en 2004 frente a 55,3% en 2000. En términos de cobertura educativa los avances han sido importantes y actualmente los principales retos consisten en lograr un mejoramiento sustancial del rendimiento educativo y disminuir la deserción.

El índice de desarrollo social (IDS) es un indicador elaborado por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Surge de una combinación de siete indicadores relacionados con la infraestructura educativa, los programas de educación especial, la mortalidad infantil, el peso de la mortalidad en la niñez, el retraso de talla, el consumo de electricidad residencial y los nacimientos en madres solteras. Este índice permite la estratificación en cinco grandes grupos de población y sirve de base para elaborar el mapa de distribución de la pobreza en el país. La mayoría de los cantones del primer grupo (mayor desarrollo) se encuentran ubicados en la zona central del país, en los alrededores de San José. Por el contrario, buena parte de los 17 cantones del quinto grupo (menor desarrollo) se hallan en las zonas de fronteras (regiones Brunca y Chorotega). La proporción de la población total que vive en cada grupo es: en el grupo uno, 15%; dos, 32%; tres, 21%; cuatro, 18%, y cinco, 14%. Quince cantones presentan valores menores al promedio nacional del IDS, que es de 46,9%.

FIGURA 2. Tasa de mortalidad materna, 1990–2003, y progreso esperado, 1990^a–2015.

^aEn este caso se considera 1991 como año base.

Con respecto a la calidad del ambiente, cabe señalar que 25% del territorio nacional se encuentra bajo alguna de las categorías de manejo de áreas silvestres protegidas, porcentaje alto en el ámbito mundial, pues solo 14 países tienen más de 23% de su territorio protegido bajo alguna categoría de manejo. No obstante, se reconocen limitaciones en materia de planificación urbana, infraestructura vial, control de la contaminación y gestión integral del recurso hídrico que, sumadas a las condiciones hidrometeorológicas y al aumento de la densidad de la población, determinan una situación de vulnerabilidad ante las sequías e inundaciones, y señalan la necesidad de renovar acciones para mejorar la protección de las fuentes de agua.

En 1991 y 2002 el acceso a agua para consumo humano alcanzaba a 92% y 97%, respectivamente, y el acceso a alcantarillado sanitario o tanque séptico era de 76% y 94%, respectivamente. En esta dimensión de la sostenibilidad del medio ambiente y con base en los indicadores adoptados para el monitoreo de la meta 10, el país progresa bien hacia el cumplimiento de los ODM. Sin embargo, en contraste con estos promedios nacionales, en los territorios indígenas 62% de las viviendas no tienen acceso domi-

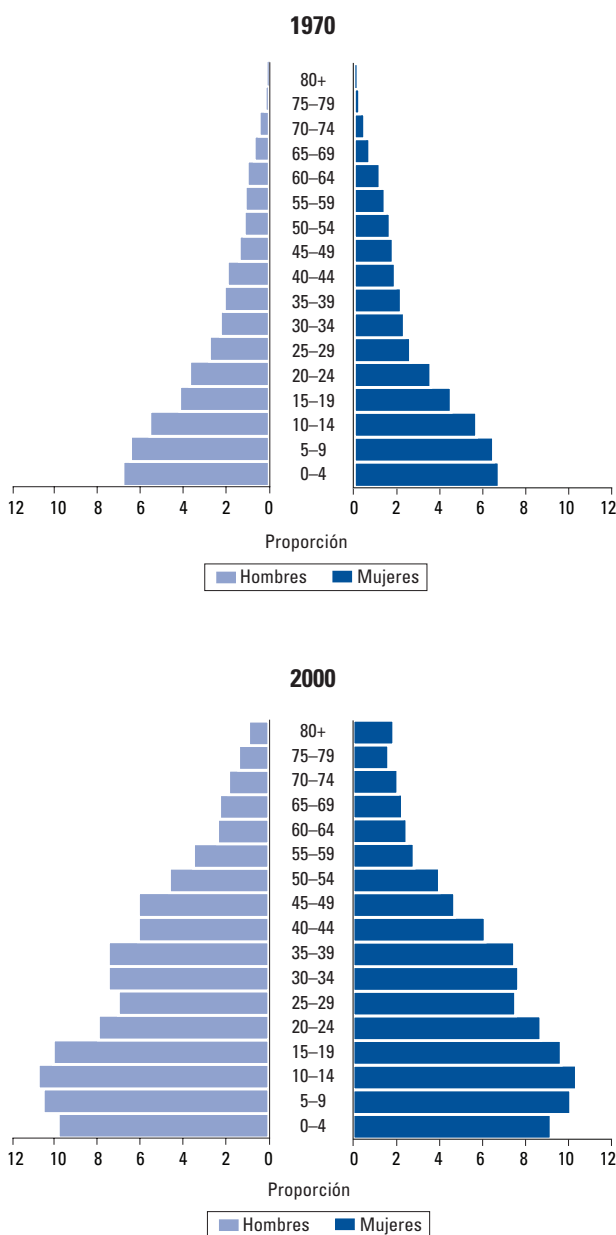
ciliario al agua para consumo y de ellas, 10% tienen conexión en su terreno, 3,2% fuera de su terreno y 42% no dispone de acueducto. Se estima que 21% de las viviendas tienen acceso a tanque séptico y 65% a letrina.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La densidad de población era de 83,14 habitantes por km² en 2004. En los últimos 40 años Costa Rica experimentó profundos cambios demográficos y actualmente se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, caracterizada por baja mortalidad y baja fecundidad. La tasa de crecimiento de la población sigue siendo relativamente elevada pero tenderá a descender a medida que aumente el envejecimiento relativo de la población. A pesar de que los grandes cambios demográficos ya se dieron en el país, esta dimensión sigue siendo un aspecto crucial para los nuevos retos que acompañan la transición demográfica.

La pirámide de población ha cambiado en forma llamativa en las últimas décadas, con ensanchamiento del centro (Figura 3). Estos cambios obedecen a un descenso marcado de la mortalidad

FIGURA 3. Estructura de la población por edad y sexo, Costa Rica, 1970 y 2000.



y la fecundidad. En los últimos 10 años es evidente que la población del país ha entrado en un proceso de envejecimiento relativo, que continuará en los años futuros.

La mortalidad (1970: 6,8 por 1.000 habitantes; 2004: 3,6 por 1.000), a diferencia de la fecundidad y la natalidad, no ha seguido descendiendo al mismo ritmo y más bien tendió a estabilizarse a partir de 1985 (1994: 13.313 defunciones; 2004: 15.949 defunciones).

Otra de las características de la transición demográfica es la disminución sostenida de la fecundidad y la natalidad, y tan marcada que a pesar de la población más numerosa y de la mayor cantidad de mujeres en edad fértil, en números absolutos el número de nacimientos ha disminuido (1985: 84.337 niños; 2004: 72.247 niños) y actualmente las mujeres tienen dos hijos, es decir que la tasa de fecundidad está por debajo del nivel de reemplazo. Por último, el proceso de transición demográfica muestra que los efectos más directos del envejecimiento de la población se traducen en el aumento de la relación de dependencia de los mayores de 65 años. En la actualidad la relación de dependencia es de 55%, pero el “bono demográfico” permitirá una disminución de esta dependencia a aproximadamente 44% en poco más de 10 años, para luego volver a aumentar.

De acuerdo con el IX Censo Nacional de Población 2000, que consideró por primera vez la variable étnica, los indígenas representaban 1,7% de la población nacional. Del total de la población indígena, 51,5% eran hombres y 48,5% mujeres, y 79,0% residían básicamente en la zona rural (INEC 2001). Esta población se concentra en las zonas de Talamanca y en el Pacífico Sur, especialmente en la zona fronteriza con Panamá. Aunque hay presencia indígena en todas las provincias del territorio nacional, más de tres cuartas partes (77,4%) habita en las provincias de Limón (39,2%), Puntarenas (23,5%) y San José (14,4%). La población indígena está integrada por ocho pueblos: bribis, cabécares, borucas o brunkas, ngöbes, huetares, malekus, chorotegas y térrabas, distribuidos en 24 territorios indígenas.

Con respecto a la inmigración, según el X Informe del Estado de la Nación, los nicaragüenses continúan siendo, con mucha diferencia, la mayoría absoluta de los inmigrantes en el país: en el último censo de población representaban 76,0% de todos los extranjeros y pasaron de 1,9% a 5,9% en el total nacional en ese período. También hay una presencia importante de panameños, estadounidenses, salvadoreños y colombianos; únicamente ha aumentado la inmigración de colombianos y nicaragüenses. Según el censo de 2000, en 10% del total de hogares del país hay personas de origen nicaragüense. No se esperan en los próximos 25 años modificaciones sustanciales en cuanto a la composición por sexo y edad de la población costarricense por efecto de la inmigración internacional. Sin embargo, según cuál sea el curso futuro de esta inmigración, el crecimiento natural de la población podría incrementarse entre 24% y 45%.

Entre los siete grandes grupos de causas de defunción, en el período 1970–2004, las enfermedades del aparato circulatorio constituyeron la principal causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres, con una tasa acumulada para hombres que oscila entre 13,4 en 1970 y 11,0 en 2004. En el período de 2000–2004, la segunda y tercera causas de mortalidad para hombres y mujeres fueron otras enfermedades y tumores. El cuadro 1 presenta las tasas de mortalidad por causas y quinquenios entre 1970 y 2004.

CUADRO 1. Tasas acumuladas de mortalidad por causas y quinquenios, Costa Rica, 1970–2004.

	1970–1974	1975–1979	1980–1984	1985–1989	1990–1994	1995–1999	2000–2004
Hombres							
Enfermedades transmisibles	4,67	2,45	1,90	1,62	1,83	1,90	1,95
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,32	0,24	0,23	0,19	0,15	0,14	0,12
Tumores	6,14	6,39	6,66	6,84	6,76	6,75	6,80
Enfermedades del aparato circulatorio	13,44	11,05	11,15	10,80	11,28	11,04	11,00
Causas externas de traumatismos y envenenamientos	2,24	2,52	1,98	1,95	2,14	2,16	2,14
Las demás enfermedades	3,86	4,47	5,06	5,97	5,89	7,25	7,32
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2,42	1,51	0,87	0,29	0,39	0,26	0,26
Mujeres							
Enfermedades transmisibles	4,35	1,95	1,57	1,27	1,26	1,35	1,37
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,22	0,18	0,16	0,14	0,11	0,10	0,14
Tumores	5,01	4,70	4,52	4,85	4,42	4,35	4,51
Enfermedades del aparato circulatorio	12,38	9,81	9,57	8,85	8,66	8,30	8,28
Causas externas de traumatismos y envenenamientos	0,66	0,86	0,81	0,85	0,87	0,82	0,80
Las demás enfermedades	3,89	4,72	4,58	5,35	4,97	5,60	5,55
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2,01	1,28	0,64	0,21	0,23	0,14	0,14

Fuente: Costa Rica, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud.

El análisis de la mortalidad por causas en el período 1995–2001 con tasas ajustadas por 100.000 habitantes indica que las enfermedades del sistema circulatorio han tenido una disminución a partir de 1997 y luego una tendencia ascendente a partir de 2001; igual comportamiento se observa en los tumores. Las causas externas y las enfermedades del sistema digestivo muestran una tendencia a la estabilización.

En cuanto a la distribución relativa de los egresos hospitalarios según causas, en los años 1990, 1995 y 2005 las causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio presentaron los mayores porcentajes (35,9%, 34,2% y 31,7%), seguidas por las enfermedades del aparato digestivo y los traumatismos y envenenamientos. El cuadro 2 presenta la distribución de los egresos por grupos de causas en 1990, 1995 y 2005.

Con respecto al riesgo de emergencias y desastres, las zonas geográficas más expuestas a inundaciones continúan siendo las Vertientes Atlántica y Pacífica, siempre vinculadas a desigualdades sociales. Las zonas con antecedentes de terremotos son las provincias de Cartago, Alajuela y Limón. Otras amenazas se han generado por la explotación humana de los recursos naturales, que incluye la deforestación, la contaminación por desechos y la alteración de cuencas hidrográficas. Anualmente en los meses de mayo a julio se presentan grandes inundaciones en la zona de Sixaola, en la frontera con Panamá, y en los meses de septiembre a octubre en la zona de Guanacaste, en la frontera con Nicaragua.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En el período 1990–2004, la tasa de mortalidad infantil descendió de 14,4 a 9,2 por 1.000 nacidos vivos, la más baja de los últimos 10 años. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la tasa de mortalidad neonatal descendió de 8,78 en 1990 a 6,73 en 2004, y la posneonatal pasó de 6,1 en 1990 a 2,5 en 2004. Las tasas más altas se encuentran en las provincias de Guanacaste (11,2), Puntarenas (9,9) y Limón (9,4), que son las de menor desarrollo económico y social del país. En 2004 la principal causa de mortalidad infantil por grandes grupos fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con 49,0%, seguidas por malformaciones congénitas (31,0%), enfermedades respiratorias (8,1%), enfermedades infecciosas y parasitarias (2,1%), y otras (9,8%). Este patrón se ha mantenido constante en los últimos años. En el período 1990–2004, la mortalidad neonatal aumentó su peso relativo en la mortalidad infantil de 69% a 73% en el último año. El 40% de las muertes infantiles son evitables.

El grupo de 1 a 4 años constituye 9,6% de la población. La tasa de mortalidad en 2002 fue de 4,8 por 10.000, con los accidentes y violencia como la principal causa de defunción (1,7 por 10.000), seguidos de las enfermedades del aparato respiratorio, las anomalías congénitas, los tumores, las enfermedades infecciosas y

CUADRO 2. Distribución relativa de los egresos hospitalarios, Costa Rica, 1990, 1995 y 2005.

Causas de egresos	1990	1995	2005
Controles de salud	4,2	4,3	5,2
Infecciosas y parasitarias	4,1	3,7	2,8
Tumores	4,1	4,8	4,8
Glándulas endocrinas de la nutrición	2,2	2,2	0,5
Sangre	0,6	0,6	1,8
Trastornos mentales	2,6	2,0	2,0
Sistema nervioso	3,0	3,3	1,5
Enfermedad del ojo y anexos	2,7
Enfermedad del oído y mastoides	0,5
Aparato circulatorio	5,0	5,0	5,5
Aparato respiratorio	6,2	6,6	7,1
Aparato digestivo	7,6	8,6	9,5
Aparato genitourinario	6,9	6,7	6,8
Piel y tejido celular	1,5	1,4	1,4
Sistema osteomuscular	2,7	2,6	2,8
Embarazo, parto y puerperio	35,9	34,2	31,8
Anomalía congénita	1,5	1,8	1,6
Afección perinatal	3,5	3,5	3,6
Traumatismos y envenenamientos	7,2	7,1	6,6
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1,2	1,1	1,3

Fuente: Costa Rica, Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

parasitarias, y las enfermedades del sistema nervioso. En 2002 este grupo originó 4,9% de las atenciones de urgencias y 5,0% de las consultas externas. En cuanto a las causas de morbilidad, las afecciones respiratorias agudas representaron 35,7% y las lesiones por causas externas, 10,7%. La mortalidad por sexo muestra una tasa mayor en varones que en niñas (5,5 por 10.000 y 4,1 por 10.000, respectivamente).

Salud de los niños de 5 a 9 años

El grupo de 5 a 9 años de edad representa 11,7% de la población. La tasa de mortalidad en este grupo de edad fue de 2,0 por 10.000 en 2002. Las principales causas de muerte fueron las causas externas, los tumores, las enfermedades del sistema nervioso, y las enfermedades infecciosas y parasitarias. En el mismo año, a este grupo correspondieron 10% de las atenciones de urgencias, con las enfermedades respiratorias como primera causa (51,6%) seguidas de las causas externas (12,6%) y de las enfermedades infecciosas y parasitarias (11%).

Salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

En 2002, el grupo de 10 a 14 años de edad representaba 10,6% de la población total del país, y el de 15 a 19 años, 10,5%. Las principales causas de muerte en estos grupos fueron las causas

externas (10,9 por 100.000 en el grupo de 10 a 14 años y 29,9 por 100.000 en el de 15 a 19 años) seguidas por los tumores (4,6 y 8,5 por 100.000, respectivamente) y las enfermedades del sistema nervioso (3,0 y 5,4 por 100.000). En ambos grupos el sexo masculino fue el de mayor mortalidad. Al grupo de 10 a 14 años correspondieron 6,7% de las atenciones de urgencias y 4,9% de las consultas externas de los servicios de salud; al grupo de 15 a 19 años, 8,4% de las atenciones de urgencias y 6,1% de las consultas externas. Las infecciones respiratorias y las causas externas fueron las principales causas de atención en ambos sexos, además de las relacionadas con el embarazo en las mujeres. Según el II informe de UNICEF sobre el Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica 2002, algo más de 20% de los partos correspondieron a menores de 19 años (14.860 partos); 80% no tenían relación marital y la mortalidad infantil en este grupo representó una tasa de 15 por 1.000 nacidos vivos, es decir que 25% de las muertes correspondieron a causas obstétricas.

Salud de los adultos (20–59 años)

En 2002 el grupo de 20 a 59 años de edad representaba aproximadamente 51% de la población total. La tasa de mortalidad fue de 11,5 por 10.000 habitantes en el grupo de 20 a 44 años y de 50,0 por 10.000 habitantes en el de 45 a 64 años. Las principales causas de muerte en el primer grupo fueron las causas externas, seguidas por los tumores en los hombres y las enfermedades cardiovasculares en las mujeres; en el segundo grupo la principal causa de muerte en los hombres fueron las causas externas, seguidas por las enfermedades cardiovasculares, mientras que en las mujeres los tumores ocuparon el primer lugar, seguidos por las enfermedades cardiovasculares.

Al grupo de 20 a 44 años correspondieron 36,6% de las atenciones de urgencia, 35,0% de las consultas externas y 45,0% de los egresos hospitalarios; los traumatismos en los hombres, y las causas relacionadas con la reproducción en las mujeres, fueron las causas más frecuentes de demanda en todos estos servicios. Al grupo de 45 a 59 años correspondieron 9,8% de las urgencias, 14% de las consultas y 8,5% de las hospitalizaciones. Las enfermedades respiratorias, las del sistema osteomuscular y los traumatismos fueron las causas más frecuentes de la demanda de estos servicios.

En relación con la salud reproductiva, los niveles de fecundidad han descendido en las últimas décadas. Las principales causas de muerte materna son las complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, los trastornos hipertensivos en el embarazo, y las hemorragias e infecciones. La atención prenatal por personal calificado alcanzó 92% y la atención del parto, 98%. Se estima que 98% de los partos se atienden en hospitales y 2% en el hogar o en ambulancias. Más de 90% de las embarazadas tuvieron control prenatal; el porcentaje de cesáreas ha aumentado de 14,1% en 1983 a 22,0% en 2004.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2002 los adultos mayores representaban 7,5% del total de la población del país; 90% cuentan con seguro social y 36% están pensionados. Se calcula que 28% viven en condiciones de pobreza y la tercera parte de los hombres continúan económicamente activos; 10% viven solos, y tan solo 1% residen en hogares de ancianos. Sus principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares (40%), las neoplasias (20%–25%), y otras condiciones (20%–25%), entre las que se destacan las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y el grupo residual de “senilidad”. El cáncer tiene mayor peso entre los hombres, y otras condiciones crónicas, en especial la diabetes, afectan más a las mujeres. Estos tres grandes grupos explican casi 90% de la mortalidad de los adultos mayores. En cuanto a la morbilidad, sus principales causas son la hipertensión, la diabetes mellitus, los trastornos neuróticos, las afecciones gastrointestinales y las respiratorias.

Salud de la familia

Se observa un incremento de familias monoparentales encabezadas por mujeres. En 2002, 22,2% de los hogares estaban encabezados por mujeres y representaban además 32,1 del total de hogares pobres, con mayor concentración en la zona urbana (38,6%) que en la rural (26,0%). La tendencia según sexo y estado conyugal de las jefas o jefes de familia muestra que las primeras tienden a ser solteras, unidas, separadas, divorciadas o viudas. En 2001, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley de Paternidad Responsable, que produjo un impacto significativo en la reducción de la tasa de nacimientos con padre no declarado que pasó de 29,3% en 2001 a 8,1% en 2002.

Salud de los trabajadores

La tasa de incapacidad anual por trabajador se ha mantenido constante en el período 2000–2004, y se puede concluir que 800 de cada 1.000 trabajadores sufren incapacidades anualmente. La región del país donde se concede mayor promedio de días de incapacidad por trabajador es la Región Brunca (7,2 días), solo superada por los hospitales descentralizados, donde el promedio de días otorgados por incapacidad es de 13,41; le siguen la Región Huetar Norte (6,83) y la Chorotega (6,83). En el área metropolitana solo se otorga un promedio de 3,87 días de incapacidad. El promedio nacional de incapacidades ronda los 6,84 días.

Las cuatro causas más frecuentes de incapacidad, y por las cuales se otorga el mayor número de días, son las infecciones de las vías respiratorias superiores (100.000 días al año), las dorso-patías (60.000 días al año), las enfermedades infecciosas intestinales (45.000 días al año) y los trastornos del comportamiento (35.000 días al año), por lo que algunas medidas de mejoramiento del ambiente de trabajo podrían reducir la ausencia laboral.

La segunda actividad más importante en Costa Rica es la agricultura, que ocupa a alrededor de 240.000 personas. Se estima que alrededor de 3% de los trabajadores agrícolas se intoxican anualmente, por lo que cabría esperar alrededor de 7.500 casos por intoxicaciones, aun cuando solo se registran de 600 a 1.000 casos por año, lo que evidencia un subregistro de 82% a 97%. Alrededor de 8% de la población dedicada a la agricultura son mujeres, quienes debido a factores biológicos y no biológicos son más vulnerables a la exposición a los plaguicidas. Las intoxicaciones laborales se presentaron en una razón de dos y medio veces más en varones, a una edad promedio que osciló alrededor de los 31 años de edad. La tasa de letalidad por intoxicaciones laborales es la más baja de todas las formas de intoxicación.

Salud de las personas con discapacidad

Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2000 realizado por el INEC revelan que 5,4% del total de la población presenta alguna discapacidad; 52% son hombres y 48% mujeres. Las personas con discapacidad constituyen 5% de la población urbana y 6% de la población rural. En algunos cantones del ámbito rural, como Corredores, Parrita, Osa y Montes de Oro, en la provincia de Puntarenas, se registran porcentajes que sobrepasan al promedio nacional en al menos 1,5%. La región central del país concentra la mayor cantidad de personas con discapacidad, con un número estimado de 184.452, seguida por la región Chorotega con 32.586, la región Huetar Atlántica con 29.012, la región Brunca con 26.109, la región Pacífico Central con 20.299, y la región Huetar Norte con 18.901. La ceguera es la discapacidad más frecuente, tanto en hombres (32.784) como en mujeres (29.772), seguida de sordera, parálisis y retraso mental.

Salud de los inmigrantes

Según datos del último censo de población realizado en 2000, 226.374 nicaragüenses residían habitualmente en el país (cerca de 6% de la población total); 50,9% eran mujeres y 49,1% hombres. Alrededor de la mitad de esta población tenía entre 20 y 39 años de edad. Otro tanto de población no calculado estaría conformado también por nicaragüenses, que o bien se mueven por ciclos temporales cortos, o bien no fueron captados en la medición por no estar asentados en residencias habituales.

La población migrante nicaragüense presenta un proceso de distribución y asentamiento desigual y diferenciado entre las distintas regiones del país; las tendencias de ubicación geográfica se concentran en tres regiones (Central, Atlántica y Zona Norte), donde se realizan actividades económicas que captan fuerza de trabajo migrante (agricultura de exportación, plantas agroindustriales y servicios). Vivían en hogares binacionales 295.456 personas, de las cuales 36,9% eran nacidas en Costa Rica y 62,6%, en Nicaragua.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

Desde su aparición en 1993, el **dengue** ha representado un problema de salud pública de gran magnitud en Costa Rica. La mayor incidencia de casos se ha presentado en los años 1994, 1997, 2003 y 2005 (tasa de 55–89 por 10.000 habitantes en este período). Se estima que 95,7% de la población está en riesgo de contraer la enfermedad, especialmente la que reside en las zonas con transmisión de dengue y altos índices de infestación del mosquito *Aedes aegypti*. En 2005 se notificaron 37.798 casos. Las regiones con mayor incidencia (81,1% de los casos del país) fueron Pacífico Central (421,3 por 10.000 habitantes), Huetar Atlántica (264,2), Chorotega (172,5) y Central Norte (67,7). Se registraron 52 casos de dengue hemorrágico y dos defunciones, con una tasa de letalidad de 3,8%. El dengue en general ha mostrado un comportamiento estacional, ya que los casos comienzan a aumentar al inicio de la época de lluvia; sin embargo, en los últimos años se ha observado que la estacionalidad es menos marcada, manteniéndose la transmisión prácticamente a lo largo de todo el año. Se ha detectado la circulación de tres serotipos (dengue 1, dengue 2 y dengue 3), lo que aumenta el riesgo de aparición de casos de dengue hemorrágico. En el período 1995–2005 se registraron 329 casos de dengue hemorrágico con ocho defunciones. Al comparar los casos registrados por mes en los últimos tres años, se observa un incremento a partir del mes de mayo en los años 2003 y 2004, y en 2005 a partir del mes de abril, alcanzándose picos máximos en el mes de julio en 2003 y en agosto en 2005. Las encuestas entomológicas realizadas en 2004–2005 muestran índices de infestación que oscilan entre 0 casos y 23,2; en algunas localidades se encontraron índices de Breteau mayores que los de infestación, lo que indica la presencia de más de un foco de reproducción por vivienda. Los sitios con larvas de *Aedes aegypti* se clasifican en: depósitos inservibles (60,6%), como llantas (en las que se detecta la mayor positividad, con 22,7%) y tarros y chatarra (33,5%); depósitos artificiales especiales (38,6%); y depósitos útiles (38,3%), con la mayor positividad en barriles y recipientes destinados a almacenar agua para uso doméstico (72,8%), bebederos y comederos (13,0%).

Desde mediados del quinquenio 2001–2005, se observa un incremento sostenido de casos de **malaria**. El número de casos notificados pasó de 718 en 2003 a 3.541 en 2005, lo que representa un incremento de 393,2%. La incidencia parasitaria anual (IPA) pasó de 1,05 en 2001 a 2,25 en 2005. El mayor porcentaje de casos del quinquenio se registró en la Región de Salud Huetar Atlántica, ubicada al nordeste del país en la frontera con Panamá, con 66,2% en 2001 y 95,2% en 2005. El grupo de edad de 15 a 49 años siguió siendo el más afectado, al pasar de 62,7% de casos en 2001 a 72,0% en 2005. La proporción de varones afectados osciló entre 60,6% en 2001 y 62,67% en 2005. No se notificaron muertes por

malaria durante el quinquenio. De los casos notificados durante el quinquenio, 99,7% fueron causados por *Plasmodium vivax*, sensible a la cloroquina. Los ocho casos de malaria por *P. falciparum* notificados durante los dos últimos años (cinco en 2004 y tres en 2005) fueron importados: cinco de Nicaragua, dos de África, y uno de la República Dominicana. Dadas las condiciones geográficas, climáticas y de uso del suelo en el país, cerca de 70% del territorio nacional se considera área malárica, es decir, favorable para el desarrollo del vector más importante involucrado en la transmisión de esta enfermedad: *Anopheles albimanus*. Estos factores, asociados al fenómeno migratorio hacia y entre zonas de producción agrícola, y a las condiciones socioeconómicas de la población residente en ellas, influyen de manera importante en el control de la malaria.

El problema de la **filariasis bancrofti** en el país está circunscrito a la ciudad de Puerto Limón, en la región de Huetar Atlántica. Los resultados de los estudios epidemiológicos (1974–1983) y de antigenemia (2002–2003) indican la baja probabilidad de que existan fuentes de infección disponibles para mantener una transmisión activa. Las muestras de 3.044 escolares procedentes de todos los barrios de la ciudad de Puerto Limón resultaron con antigenemia negativa; 70% de los portadores presentaron menos de 6 microfilarias por 20 microlitros de sangre, y la morbilidad residual se refiere solo a adultos mayores. Se identificó a *Culex quinquefasciatus* como el principal vector. Se ha concluido que la filariasis linfática en la ciudad de Puerto Limón ha sido eliminada, por lo que se inició el proceso de certificación correspondiente.

Enfermedades inmunoprevenibles

El Programa Ampliado de Inmunización contempla actualmente vacunas contra el sarampión, la rubéola, la parotiditis, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, la hepatitis B, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b, y la tuberculosis (meníngea y miliar), y contra las complicaciones ocasionadas por el virus de influenza estacional (gripe), esta última para grupos en riesgo. En 2004 se inició la vigilancia de virus influenza en cuatro sitios centinela (Hospital Nacional de Niños, Hospital Nacional Geriátrico, Hospital Max Peralta y Clínica de Pavas), con el fin de fortalecer las pruebas para la selección de la vacuna contra la influenza que se encuentre más acorde con las cepas que circulan en el país. Desde 2000 no se notifican casos confirmados de **sarampión** (el último brote tuvo lugar en 1999), aunque en 2005 se notificó un caso esporádico. A partir de 2001 se puso en marcha 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 de ambos sexos en una jornada que alcanzó 98% de cobertura, complementada con la vacunación posparto en la cohorte de mujeres embarazadas. La **hepatitis B** es una enfermedad que presenta 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 vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) se introdujo en el esquema básico ofi-

cial de vacunación en marzo de 1998. La disminución más marcada en los casos de **meningitis** se produjo a partir de 1998, cuando se iniciaron los esfuerzos para lograr una cobertura nacional de la vacunación. Desde 1988 no se registraban casos de **tétanos neonatal**, aunque en 2002 se notificó y confirmó un caso, y se tomaron medidas para reforzar las coberturas en poblaciones adultas y embarazadas en riesgo. El tétanos en adultos sigue presentándose en forma esporádica, notificándose 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 contra la difteria y el tétanos (DT) en el esquema nacional.

A lo largo de la última década y en lo que va del presente siglo el Programa Ampliado de Inmunización ha mantenido niveles de cobertura de 80% y más para todos los biológicos; la tendencia en las coberturas para las vacunas trazadoras del esquema oficial, BCG (vacuna de bacilo Calmette-Guérin), VPO3 (vacuna antipoliomielítica oral-Sabin) y DPT3 (vacuna triple bacteriana contra la difteria, la tos ferina y el tétanos) mostró un comportamiento ascendente durante el período 1998–2002.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las tasas de **enfermedades diarreicas agudas** muestran una tendencia creciente en los últimos años, al pasar de 2.917 por 100.000 habitantes en 1992 a 3.939 por 100.000 en 2001 (35% de incremento); sin embargo, la tendencia es descendente para los egresos por estas enfermedades, que pasaron de 8.151 en 1990 a 4.821 en 2000 (una reducción de 40,8%). Este descenso se observa en todos los grupos de edad excepto en el grupo de los mayores de 80 años y en los de 5 a 9 años, en los que se registra un incremento. La mortalidad por enfermedades diarreicas ha tendido a mantenerse constante, excepto en los años 1994, 1995 y 1996, en los que se incrementó; la letalidad ha descendido en los últimos años de 0,12% en 1994 a 0,06% en 2001. Cabe destacar que, al revisar la información, se advierte un importante subregistro de casos en zonas del país, lo que dificulta conocer el comportamiento mensual de esta enfermedad; aun así, se puede observar un incremento en los casos notificados en los meses de marzo y junio. Tanto la incidencia como la mortalidad son mayores en personas de edades extremas, es decir los menores de 5 años y los mayores de 65, y más frecuentes en los varones en el primer grupo, relación que se invierte en los adultos mayores. Las provincias con mortalidad más alta siempre son Puntarenas, Guanacaste y Alajuela.

Enfermedades crónicas transmisibles

Costa Rica se encuentra ubicada entre los países de baja prevalencia de **tuberculosis**, con una tasa de incidencia notificada de 17,35 por 100.000 habitantes en el último cuatrienio. La forma de tuberculosis diagnosticada con más frecuencia es la pulmonar (85% del total de casos); el grupo de población más afectado son los mayores de 25 años y, por otra parte, se registran más casos en varones que en mujeres. Del total de los casos, 10% se presenta

en la población inmigrante. Si bien hay un problema de subnotificación de las muertes por tuberculosis, la mortalidad mantiene tendencia descendente desde 1999, con una tasa promedio de 2,3 por 100.000 habitantes.

La cobertura de BCG en los últimos cuatro años ha sido superior a 90%, y no se han notificado casos de **meningitis tuberculosa**. Se han notificado casos de tuberculosis polifarmacorresistente pero se considera que este tipo de tuberculosis no es un problema importante en el país. Desde el punto de vista operacional, se ha mejorado la detección de sintomáticos respiratorios y se ha incrementado el número de baciloscopias, pero esta cifra todavía es inferior a la esperada, con una positividad de 3% entre los sintomáticos respiratorios; el mejoramiento mediante una mayor cantidad y mejor calidad de baciloscopias permitirá mejorar el conocimiento de la situación epidemiológica.

La estrategia de tratamiento breve bajo observación directa conocida como DOTS o TAES, al presente año alcanza una cobertura de 100%; en 2001 la cohorte de casos nuevos bacilíferos en zonas DOTS alcanzó 58,2% de curación y 25,3% de tratamiento terminado, para un éxito de 83,2%, con 5,6% de defunciones y 10,1% de abandonos. En las áreas no DOTS, los casos curados representaron 34,2%, los tratamientos terminados 27,9% (con un éxito de solo 62,1%), las defunciones 14,6% y los abandonos 22%. Las regiones de salud que presentan el mayor número de casos nuevos son Huetar Atlántica, Pacífico Central, Central Sur y Central Norte.

En 2002 se inició la búsqueda activa de casos de **lepra** en las consultas de dermatología de los hospitales nacionales y regionales. A partir de entonces, se ha logrado rescatar e identificar un total de 114 casos de lepra, que corresponden al período 1998–2003, para una prevalencia de 0,28 casos por 10.000 habitantes. Puntarenas fue la provincia con más casos y más alta prevalencia (0,7 por 10.000 habitantes). La detección por año es de alrededor de 15–20 casos nuevos en los últimos años.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la causa de notificación obligatoria y de consulta externa más frecuente en el país. La tendencia de estas enfermedades fue ascendente hasta 1999, experimentó un descenso en el año 2000 y se mantuvo constante hasta 2004 (tasa de 20.000–25.000 por 100.000 habitantes). Los grupos de edad más afectados son los menores de 10 años, y dentro de estos, los menores de 1 año, con una tasa de hospitalización que oscila entre 26,7 por 1.000 y 32,8 por 1.000; le siguen el grupo de 1 a 4 años, con tasas de hospitalización de 1,65 por 1.000 a 2,41 por 1.000, y en tercer lugar el grupo de 5 a 9 años, con tasas de 0,36 a 0,79 por 1.000. Los menores de 5 años representan entre 80% y 90% de los egresos por esta causa. El otro grupo de edad que se encuentra entre los más afectados son los mayores de 50 años, con tasas de hospitalización que oscilan entre 0,30 y 0,56 por 1.000. Sin embargo, la mortalidad es más elevada en este último grupo en relación con los menores de 10 años. La distribución

temporal de los casos notificados en los últimos cuatro años muestra una mayor incidencia en los meses de marzo, abril y junio.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Los casos de sida muestran una tendencia creciente de 1983 a 1998, año en que se introdujo el tratamiento antirretroviral. El total de casos registrados hasta 2004 fue de 2.742. La clasificación de casos de sida según la vía de infección muestra que 84,2% de los casos se producen por vía sexual (hombres que tienen sexo con hombres, 43,7%; heterosexual, 24,9%, y bisexual, 15,6%), 3,9% por vía sanguínea (hemofilia 2,1%, transfusión 0,9%, uso de drogas intravenosas 0,9%), 1,2% perinatal, y en 6,8% se desconoce la vía de infección. La tasa de mortalidad por VIH/sida ha aumentado en forma sostenida desde el inicio de la epidemia; en 1997 se alcanzó el valor máximo, con 4,8 defunciones por 100.000 habitantes; sin embargo, a partir de ese mismo año se observa una disminución, aunque no sostenida, y en los últimos años la tasa parece mantenerse estable en alrededor de 3,5 defunciones por 100.000 habitantes. La población más afectada es la masculina; la razón hombre: mujer ha venido disminuyendo de 12:1 en 1998 a 7:1 en 2001 y a 5,4:1 en 2005. La tendencia observada en la mortalidad según sexo es un leve descenso en la mortalidad de las mujeres. Con respecto a la mortalidad según grupos de edad se observa una acumulación en la población de 25 a 39 años de edad.

En lo que se refiere a las demás infecciones de transmisión sexual, en 2005 las tasas de incidencia acumulada más altas de **sífilis** se encuentran entre los menores de 1 año (105,2 por 100.000 habitantes), seguidos del grupo de 15 a 54 años (24,0 por 100.000 habitantes). La razón por sexo indica que de cada 1,17 casos femeninos hay uno masculino. A diferencia de la sífilis en todas sus formas, la tendencia de la sífilis congénita ha sido ascendente en 1996, 1998 y 2004. En 2005, las tasas de incidencia acumulada más altas por **gonorrea** correspondieron al grupo de 15 a 44 años (37,5 por 100.000 habitantes).

Zoonosis

Según el registro de enfermedades de notificación obligatoria, la **leptospirosis** es la enfermedad zoonótica de mayor incidencia acumulada. El análisis de la tendencia de la leptospirosis correspondiente al período 1996–2005 revela que esta enfermedad se ha convertido en una zoonosis reemergente, con tendencia ascendente a partir de 1999 atribuida a la mejora en la búsqueda de casos mediante la vigilancia de febriles. Es, pues, necesario reforzar la investigación con el objeto de establecer los puntos de corte para cada una de las serovariedades e identificar las de mayor circulación en el país. La distribución de casos por provincia muestra que Puntarenas (2,4 por 10.000 habitantes) y Limón (1,1 por 10.000) tuvieron la mayor incidencia; los cantones más afectados fueron los de Corredores (1,0 por 1.000 habitantes), Golfito (0,7), Talamanca (0,3) y Matina (0,2). La distribución por sexo refleja un predominio en hombres, con una razón de masculinidad de

4:1. En cuanto a la distribución por grupos de edad, la menor incidencia corresponde a las edades extremas y la mayor incidencia se registra en personas que realizan actividades agroindustriales, en residentes en zonas de inundación, zonas marginales o ambas, y en la población de edades económicamente activas.

Costa Rica no presenta **rabia canina** desde 1987. En 2002 se registraron dos casos de rabia humana infectados por el tipo de virus rábico que circula en vampiros, transmitido por un mismo gato rabioso, en una zona rural con antecedentes de rabia bovina. La vigilancia epidemiológica de la rabia en el país se fortaleció gracias a la coordinación de actividades con el Ministerio de Agricultura y Ganadería. La **cisticercosis** no es una enfermedad de notificación obligatoria, por lo que no hay registro de su incidencia. Sin embargo, al revisar las causas de muerte por enfermedades transmisibles se halló que en 1995 hubo dos defunciones por cisticercosis, y en 2000, cuatro, lo que hace necesario indagar más sobre esta enfermedad para saber si realmente está presentando una incidencia creciente.

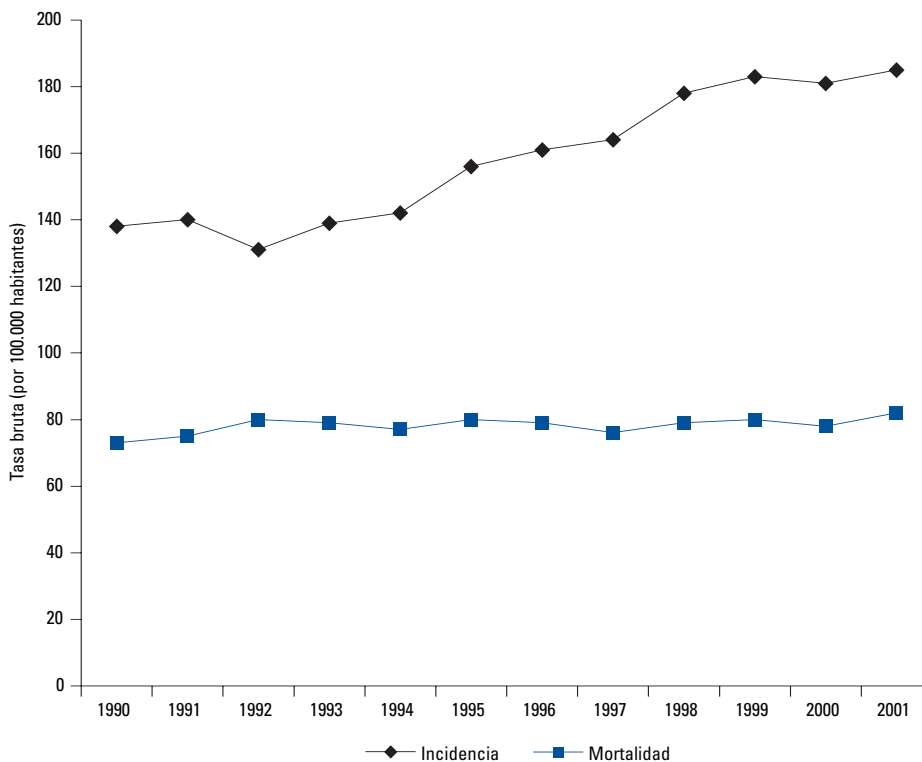
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En 1996 se llevó a cabo la última encuesta nacional de nutrición y en 1997 el último censo de talla en escolares de primer grado, de modo que el país no cuenta con datos recientes sobre la situación antropométrica en el ámbito nacional de niños preescolares, escolares, adolescentes y mujeres en edad fértil como grupos vulnerables en términos nutricionales. Sin embargo, un estudio nacional en escolares de 7 a 15 años realizado en 2002 reveló que, según el índice de masa corporal, 6,2% eran delgados, 73,2% eran normales, 12,7% presentaban sobrepeso y 7,9% obesidad. En 2000, una evaluación nutricional realizada en la comunidad centinela rural de Nicoya (Guanacaste) encontró que 30,4% de niños preescolares tenían deficiencia de reservas de hierro según la medición de la ferritina, y 12,1% de las mujeres en edad fértil presentaban deficiencia de folatos séricos. En 9,9% y 11,1% de los preescolares y escolares, respectivamente, se hallaron niveles séricos deficientes de vitamina A, y en 41,1% y 47,7%, respectivamente, carencia marginal de vitamina A.

Una encuesta nacional de consumo aparente de alimentos en los hogares realizada en 2001 indicó que el porcentaje de adecuación de nutrientes es mayor conforme aumenta el ingreso familiar, hasta alcanzar valores superiores a 100% de adecuación en los hogares de mayor ingreso. El consumo de alimentos tanto en el ámbito del hogar como a nivel nacional es satisfactorio; sin embargo, se observan diferencias por grado de urbanización y disparidades por deciles de ingreso tanto en los hogares de la zona urbana como de la zona rural.

La tasa de mortalidad por **diabetes** presenta una tendencia al aumento que se ha acentuado en los últimos años, con una tasa de 19,3 por 100.000 habitantes en 2004. Datos de una encuesta

FIGURA 4. Incidencia y mortalidad anual por todos los tumores para ambos sexos, Costa Rica, 1990–2001.

Fuente: Costa Rica, Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro Nacional de Tumores.

realizada en el área metropolitana de San José en 2004, muestran que la prevalencia de casos es 7,9%, de los cuales 1,9% desconocen estar enfermos. La prevalencia es mayor en hombres (8,3%) que en mujeres (7,6%) y se incrementa a partir de los 40 años de edad. Datos de la misma encuesta indican que el porcentaje de personas con índice de masa corporal mayor de 25 es de 58,9% (hombres 62% y mujeres 55,9%). Se estima que 41,2% de la población realiza menos de 30 minutos diarios de actividad física al menos cinco veces a la semana.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la primera causa de muerte desde 1970, aunque a partir de 2002 muestran una tendencia decreciente, siempre con valores más elevados en hombres. En 2004 la tasa fue de 112 por 100.000 habitantes en hombres y 103 por 100.000 en mujeres. La tasa de mortalidad por **enfermedades hipertensivas** presenta una tendencia creciente, con 13,2 por 100.000 en 2004, sin grandes diferencias por sexo. Datos de la encuesta realizada en 2004 en el área metropolitana de San José revelan una prevalencia de hipertensión de 25,2 por 100 habitantes, que aumenta con la edad. La **cardiopatía isquémica** muestra una tendencia decreciente desde 2001 (tasa de 50,6 por 100.000 habitantes en 2004, con predomi-

nio en el sexo masculino), al igual que las **enfermedades cerebrovasculares** (tasa de 22,1 por 100.000 en 2004, con predominio en el sexo femenino).

Neoplasias malignas

Los tumores malignos son la tercera causa de muerte. Cada año se diagnostican más de 7.500 nuevos casos de cáncer y mueren más de 3.500 personas por esta causa. El registro de tumores, que existe en Costa Rica desde 1980, indica un incremento en las tasas de incidencia de aproximadamente 40% desde inicios de la década pasada, aunque la tasa de mortalidad no ha presentado mayor variación en los últimos años (Figura 4).

La tendencia de la incidencia en **cáncer de mama** ha mostrado un incremento de más de 45% en sus tasas ajustadas por edad en el período comprendido entre 1990 (tasa de 25,96 por 100.000 habitantes) y 2000 (37,88 por 100.000). La mortalidad ha disminuido en los últimos años, al pasar de una tasa ajustada de 12,09 por 100.000 habitantes en 1990 a 11,27 por 100.000 en 2003. Se encuentra más concentrada en la zona urbana del Valle Central del país.

El **cáncer de cuello del útero** presenta la mayor incidencia en el año 2000, con una tasa ajustada de 46,94 por 100.000 habitantes. La tasa de incidencia de cáncer in situ fue de 30,90 y la de

cáncer invasor 18,17 por 100.000. La tasa de incidencia ajustada de cáncer in situ ha aumentado de 22,62 por 100.000 habitantes en 1990 a 30,90 por 100.000 en 2000, mientras que la incidencia de cáncer invasor ha disminuido de 17,48 a 16,80 por 100.000, lo que demuestra la eficacia del tamizaje. En el mismo período, la tasa ajustada de mortalidad ha disminuido de 9,95 por 100.000 habitantes a 5,60 por 100.000. Su distribución es rural y en las zonas litorales del país.

Costa Rica se ubica entre los 10 países con la mayor incidencia y mortalidad por **cáncer de estómago** a nivel mundial. De 1990 a 2000 no hubo mayor variación en la tasa de incidencia, aunque sí hubo un descenso en la tasa ajustada de mortalidad de 25,73 por 100.000 habitantes a 16,59 por 100.000, respectivamente. En 2000 se diagnosticaron 815 casos (399 en hombres). La región occidental del Valle Central y la región sur del país presentan la mayor cantidad de casos.

Entre 1990 y 2000 la tasa ajustada de incidencia del **cáncer de próstata** se triplicó, pasando de 17,86 a 45,1 por 100.000 habitantes. Igualmente, la tasa ajustada de mortalidad presentó una tendencia creciente en el mismo período, al pasar de 10,29 por 100.000 habitantes a 15,89 por 100.000.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Por su ubicación geográfica, el país está expuesto a la amenaza de diversos fenómenos naturales y a cambios hidrometeorológicos que, sumados a la vulnerabilidad de las poblaciones expuestas en las regiones del Atlántico Norte y Sur, las limitaciones en la aplicación de las políticas para el adecuado manejo ambiental, y la naturaleza de las cuencas hidrográficas, han provocado reiteradas inundaciones. En el período 1998–2005 las pérdidas económicas en el sector salud alcanzaron los US\$ 23 millones, cifra equivalente a 2,7% del valor de los daños totales. Debido a experiencias anteriores, y por la concentración de la población en zonas de riesgo, la exposición a amenazas volcánicas y sísmicas debe continuar manteniéndose en consideración. También debe tenerse en cuenta que los riesgos asociados al desarrollo tecnológico se incrementan a una velocidad mayor que la vigilancia y el control por parte de las entidades responsables.

Violencia y otras causas externas

En 2004 se registraron 52.352 accidentes de tránsito que causaron la muerte de 587 personas (13,8 por 100.000), lo que representa una reducción de 5,6% en relación con el año previo. Según información del Consejo de Seguridad Vial, en 2005 las personas que murieron “in situ” fueron mayoritariamente varones (88,5%); más muertes entre los conductores (23,4%) y peatones (23,2%). En 2005 se produjeron 7,2% más traumatismos

graves que en el año anterior. Las posibles causas de los accidentes en 2005 fueron el exceso de velocidad (29,8%), la imprudencia peatonal (16,8%) y el alcohol (15,3%).

En cuanto a la violencia social y las muertes violentas (homicidio, suicidio y toda clase de accidentes), hay un incremento significativo. La atención de casos de violencia intrafamiliar por diversos servicios institucionales, incluidos los de salud, ha crecido de manera continua en los últimos años. Las medidas de protección solicitadas ante el Poder Judicial aumentaron más de 55% entre 1998 y 2002. La problemática de la violencia contra las mujeres presenta una gravedad y magnitud crecientes; 58% de las mujeres sufrieron al menos un incidente de violencia física, sexual, o ambas, y los hombres más cercanos fueron los principales agresores. En su mayoría (81,9% de los casos) las violaciones contra las mujeres mayores de 16 años fueron cometidas por hombres de la familia o la pareja; 84,3% de los casos de violencia ocurren dentro del hogar. Entre 2000 y 2005 se registraron 152 asesinatos de mujeres en situaciones de violencia intrafamiliar y violencia sexual extrafamiliar, para un promedio de 25,3 mujeres asesinadas por año.

De los 331 menores atendidos en el Hospital Nacional de Niños en 2002, 53,5% fueron víctimas de abuso sexual y 25,5% de agresión física. En 2005, de 7.621 atenciones a menores de 18 años brindadas por el Patronato Nacional de la Infancia, 49,5% correspondieron a maltrato físico, 23,3% a abuso sexual intrafamiliar, 10,6% a abuso sexual extrafamiliar y 16,7% a abuso emocional.

Salud mental y adicciones

Los registros de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) de causas de consulta en psiquiatría correspondientes a 2002, señalan como primera causa de consulta en personas mayores de 10 años los trastornos ansiosos, depresivos y neuróticos; se estima que la depresión en el país tiene una prevalencia de 7,2%. Más del doble de los casos de trastornos depresivos se presentan en mujeres. En la última encuesta realizada por la CCSS en 2001, se encontró que la primera causa de consulta en ambos sexos es la ansiedad, seguida por el alcoholismo y la depresión. La primera causa de egreso hospitalario psiquiátrico corresponde a las psicosis, y dentro de ellas la esquizofrenia. La proporción de egresos muestra una predominancia sostenida del género masculino.

La mortalidad por suicidio (tasa por 100.000 habitantes) en los últimos años presenta las siguientes cifras: 6,2 en 1995; 6,3 en 2000; 4,7 en 2001 y 6,7 en 2005. Correspondieron a hombres 88,2% de las muertes y a mujeres 11,8%. En 2004, la provincia con mayor tasa de suicidios fue Guanacaste, con 7,5 por 100.000 habitantes, seguida por Heredia y San José con 7,1, Alajuela con 6,9 y Cartago con 6,7. En cuanto a los homicidios, 86% correspondieron al género masculino y 14% al femenino, lo que se traduce en una razón hombre/mujer de 6:1.

Participación ciudadana en salud

Según el Padrón Nacional de Organizaciones que Trabajan en Pro de la Salud, elaborado en 2005 por la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), en Costa Rica existen 3.500 organizaciones activas, de las cuales 143 son juntas de salud, 681 son comités de salud y, el resto, asociaciones de pacientes, grupos de voluntariado y otras organizaciones de la comunidad. Además, existe un importante número de redes sociales en el tema de la violencia intrafamiliar, así como en VIH/sida. En los últimos 10 años, en el sector salud de Costa Rica se han llevado a cabo acciones que han promovido una mayor participación de la sociedad civil, entre las que destacan: la inclusión de la participación social en el Reglamento de Seguro de Salud; la creación de juntas de salud por medio de la Ley 7.852 de desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS de 1998; la apertura de Contralorías de Servicios en 95% de los hospitales; la elaboración de la guía para comités de salud de 2005 y la elaboración de planes estratégicos de participación social en algunas regiones de salud.

Contaminación ambiental

El informe de 2005 de la Contraloría General de la República indica que en los últimos 10 años ha habido un aumento del uso de plaguicidas agrícolas importados de toxicidad aguda alta y extrema (categoría IA y IB según la OMS) y probables cancerígenos (categorías A B según la Agenda de Protección Ambiental, EPA, EUA). El informe también señala limitaciones de política, normatividad y coordinación interinstitucional para controlar y disminuir el uso de estas sustancias, garantizar su calidad y reducir los riesgos asociados con la salud y el ambiente. Las intoxicaciones por plaguicidas continúan siendo un importante problema de salud pública en las zonas de alta explotación agrícola. Costa Rica forma parte de los países con mayor uso de plaguicidas per cápita en el mundo (2 kg/persona/año).

Salud oral

No se ha realizado una nueva encuesta nacional de nutrición desde 1996. Los datos de esta encuesta informaron sobre una mejoría de la salud oral de los preescolares y escolares respecto a la encuesta de 1992. La población preescolar encuestada en 1996 presentó un índice nacional de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) de 3,8 (zona metropolitana 3,0; resto urbano 2,7 y rural 4,0). La prevalencia de CPO-D en la población escolar fue de 49,9%.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Costa Rica define sus políticas sanitarias cada cuatro años con cada nuevo Gobierno, mediante un proceso participativo coordinado por el Ministerio de Salud. La elaboración de la política nacional de salud para el período 2002–2006 se sustentó en estudios especiales como el análisis sectorial de salud, la medición

del desempeño de las funciones esenciales en salud pública (FESP) y la evaluación de las funciones de rectoría, cuyos resultados permitieron definir los siguientes cuatro ámbitos de política: fortalecimiento y consolidación del sector salud; equidad, universalidad, acceso y calidad de las acciones sanitarias; recreación y promoción de la salud, y salud ambiental y desastres. Estas políticas responden a una Agenda Sanitaria Concertada que propone los siguientes 10 compromisos sectoriales: 1) fortalecer las intervenciones orientadas a conservar o incrementar los logros relacionados con la mortalidad infantil y materna, las enfermedades transmisibles y las carencias nutricionales; 2) promover la construcción de una cultura de la salud centrada en la promoción de la salud y el fomento de estilos de vida saludables; 3) prevenir y atender las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo; 4) promover y atender la salud mental en forma integral, haciendo hincapié en la violencia social; 5) mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de los servicios, con énfasis en la atención primaria; 6) mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integral del recurso hídrico; 7) fomentar acciones orientadas a reducir la vulnerabilidad ante los desastres; 8) consolidar la estructura y funcionamiento del sector salud; 9) modular la inversión, el gasto y el financiamiento en coherencia con los valores y principios que rigen las políticas y prioridades del sector, y 10) consolidar el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. La Agenda Sanitaria Concertada es el marco que orienta las acciones sectoriales a nivel nacional; de la misma manera, en el ámbito subnacional, cada una de las siete regiones de salud tiene agendas formuladas que definen el marco que orienta sus acciones sectoriales.

La salud tiene rango constitucional y se considera un derecho humano básico. El modelo de atención es de tipo universal y todos los habitantes tienen derecho a los servicios públicos que provee la CCSS. Existen instancias extra e intrasectoriales con facultades para supervisar el cumplimiento de ese derecho. Entre

las primeras se encuentran la Sala IV Constitucional, que aboga por el cumplimiento de los derechos constitucionales, incluido el de la salud, y la Defensoría de los Habitantes, que vigila la oportunidad y calidad de la atención sanitaria. El Ministerio de Salud, a través de la Auditoría General de Servicios de Salud, creada por ley en 2002, promueve los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados. Por su parte la CCSS cuenta con oficinas denominadas Contralorías de Servicios en sus establecimientos de salud, que reciben y gestionan quejas de los usuarios, y con Juntas de Salud integradas por representantes de la sociedad civil, que vigilan la gestión de los establecimientos y el uso del presupuesto asignado.

En el período 2001–2005 se continuaron desconcentrando los servicios de rectoría sectorial o de salud pública del Ministerio de Salud, así como los servicios de atención a las personas o de salud individual de la CCSS. La Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS aprobada en 1998 otorga personería jurídica instrumental a los establecimientos para administrar recursos humanos y financieros mediante compromisos de gestión que firman anualmente con el nivel central de la CCSS. En materia de salud pública, el Ministerio de Salud desconcentró la vigilancia de la salud apoyándose en el “Reglamento orgánico y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud”, que establece las normas sobre la notificación de eventos de denuncia obligatoria a las comisiones interinstitucionales de vigilancia de la salud de los niveles central, regional y local. Asimismo, el Ministerio desconcentró acciones de regulación sanitaria como la habilitación de establecimientos de salud y de salud ambiental. La cooperación técnica apoyó la desconcentración mediante la capacitación de funcionarios para mejorar la capacidad institucional en tareas de rectoría específicas, tales como la medición del desempeño de las funciones esenciales en salud pública (FESP) y las funciones de rectoría, y para medir la exclusión social en salud por áreas geográficas, grupos étnicos, grupos de edad y otras categorías de análisis. El sector salud efectuó la medición de las FESP en el ámbito nacional en 2001, y en las nueve regiones sanitarias entre 2003 y 2004. Aún está pendiente la elaboración de planes correctivos para mejorar el desempeño de algunas FESP, como las referidas a la investigación esencial para implementar soluciones innovadoras en salud pública y al desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

Según el informe de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en Costa Rica, 2001, “la protección social en salud, medida por la incorporación de la población al seguro público de salud que administra la Caja Costarricense del Seguro Social, ha tenido altibajos en el último lustro. Entre 2000 y 2004 la proporción de población no asegurada fluctuó entre 12,1% y 14,7%, hecho que tiene relación con el comportamiento de las coberturas de aseguramiento de la población económicamente activa (PEA), del aseguramiento por el Estado, de los familiares asegurados y del aseguramiento de pensionados”.

El incremento de la extensión de la protección social en salud es el resultado de los diferentes mecanismos de aseguramiento que ha puesto en funcionamiento la CCSS a través de los años: el seguro obligatorio de los asalariados; el seguro voluntario para trabajadores por cuenta propia; los convenios especiales con gremios particulares como taxistas y trabajadores agrícolas; los convenios con diferentes categorías de pensionados, y los asegurados por cuenta del Estado con cargo al Presupuesto Nacional que cubre a pobres, indigentes y privados de libertad del sistema penitenciario. Cabe señalar que entre 1975 y 1985 la proporción de la población asegurada por estos mecanismos aumentó, pasando de 60% a 81%, aunque en las siguientes dos décadas, de 1985 a 2004, el aseguramiento solo aumentó 7 puntos, de 81% a 88%.

La extensión de la protección en salud a cargo de la CCSS está enfrentando problemas de sostenibilidad financiera. Todos los habitantes pueden usar los servicios de la CCSS, pero el análisis del sistema de recaudación de la CCSS muestra que existe evasión y rezago en los pagos, por lo que el ingreso tiende a ser menor que el egreso con una diferencia de aproximadamente 0,2% del PIB. Esta situación ha reducido las posibilidades de inversión en compra de equipo y materiales, así como la apertura de nuevas plazas, lo que se ha traducido en crecientes listas de espera, deficiente calidad de la atención y limitaciones en la cobertura. Esta situación ha llevado a tomar medidas poco populares, como la de anular el privilegio que tenían los propios trabajadores de la CCSS (aproximadamente 40.000 personas), quienes por muchos años solo pagaron la mitad de la cuota que les corresponde como trabajadores asalariados (5,5% de su ingreso). Otras medidas que se han puesto en marcha para mejorar la gestión institucional de la CCSS son: la disminución del plazo promedio de facturación (de 30 días en 2002 a 18 días en 2005); la presentación de las planillas por medios automatizados; la ampliación de los centros de recaudación y medios de pago para el sector patronal y los trabajadores; la disminución de la tasa anual de morosidad patronal de 13,5% en 2002 a 8,5% en 2005; los mecanismos para captar nuevos trabajadores asalariados e independientes; el reglamento para la afiliación de los trabajadores independientes y asegurados voluntarios; el programa nacional de afiliación de trabajadores independientes; las denuncias en sede judicial y las prevenciones de cierre de negocios por negativa injustificada a suministrar información. En el mediano plazo se deberá valorar si estas medidas realmente aumentan la protección social en salud y mejoran la calidad de los servicios de la CCSS.

Por último, en el país existen otros mecanismos de protección social en salud, como el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA). El primero cubre a los trabajadores asalariados y en los últimos años ha mantenido una cobertura de 71% de la PEA. Por su parte, el SOA financia la atención médica y hospitalaria de personas con traumatismos causados por el tránsito, tanto viajeros como peatones.

La regulación sanitaria y de los servicios de salud es una de las funciones de la rectoría sectorial, por lo que su coordinación está a cargo del Ministerio de Salud, que establece normativas nacionales que se aplican en forma desconcentrada. Se ejerce regulación en los siguientes tres ámbitos: el servicio de atención a las personas, los insumos para la salud y en materia ambiental.

La regulación de los servicios de atención a las personas está a cargo de la Dirección de Servicios de Salud y consiste básicamente en tres procedimientos, para los cuales se han desarrollado las metodologías e instrumentos apropiados: habilitación de establecimientos de salud, acreditación de hospitales y evaluación integral del primer nivel de atención. A la fecha, se cuenta con resultados anuales de las evaluaciones efectuadas tanto a establecimientos públicos como privados, así como de los progresos logrados en la atención integral en el primer nivel de atención.

En cuanto a la regulación de insumos para la salud, corresponde a la Dirección de Registros y Controles, y consiste en la aplicación de normas y procedimientos para la incorporación y registro en el país, principalmente de medicamentos, productos de consumo humano y equipo técnico. Esta actividad por el momento se encuentra centralizada.

La regulación en materia ambiental está a cargo de la Dirección de Salud Ambiental, que ha definido normas y procedimientos para la autorización de edificaciones, manejo de desechos y calidad del agua, que se aplican principalmente en los niveles regional y local.

Estrategias y programas de salud

La Agenda Sanitaria Concertada, enmarcada en la Política Nacional de Salud, define las acciones estratégicas y las instituciones responsables para cumplir con los 10 compromisos sectoriales. El compromiso 2 se relaciona con la construcción de una cultura de la salud basada en la participación social; el compromiso 5 con el mejoramiento de la equidad, el acceso, la calidad y la ética de los servicios de salud; y el compromiso 9 con la modulación del financiamiento, gasto e inversión en salud. Esta agenda constituye el respaldo técnico y político para formular los programas nacionales de salud, los cuales se impulsan desde la rectoría del Ministerio de Salud. El ejercicio de la rectoría sectorial es la principal estrategia gubernamental para abogar por la equidad, la calidad y la cobertura de los servicios de salud, y vigilar su cumplimiento. No obstante, dicho ejercicio hasta ahora ha sido débil tanto por limitaciones propias del Ministerio de Salud como por falta de recursos y capacidades institucionales, problemas que se van superando gradualmente. La rectoría sectorial en Costa Rica se sustenta en una serie de leyes generales y específicas, así como en decretos ejecutivos, tales como la Ley General de Salud, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, la Ley de la Administración Pública, y decretos ejecutivos relacionados con la organización y funcionamiento del sistema nacional de salud.

En mayo de 2006 se instaló un nuevo Gobierno y entre sus primeras acciones se destaca la publicación de un Decreto Ejecutivo sobre el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo, el cual ratifica al Ministerio de Salud como el ente rector en materia sanitaria y ubica a los consejos sectoriales como parte del Poder Ejecutivo, integrados por el ministro rector y los jefes administrativos de las instituciones descentralizadas. Habrá que hacer un seguimiento para ver si estas medidas fortalecen la rectoría en salud.

Organización institucional del sistema de salud

En Costa Rica el sistema de salud se define como el conjunto de instituciones, programas y establecimientos orientados a preservar la salud de las personas, la familia y la comunidad, por lo que también incluye a la ciudadanía, los gobiernos locales y la acción intersectorial. El Ministerio de Salud es el órgano que vigila el desempeño de las funciones esenciales en salud pública y ejerce la rectoría sectorial. La CCSS es la única institución encargada del aseguramiento público de salud para la atención médica integral de las personas; el Instituto Nacional de Seguros (INS) está a cargo de los seguros obligatorios de automóviles y de riesgos del trabajo, y además ofrece alternativas de seguro voluntario tanto médico (INS-Salud) como de automóviles, apoyándose en proveedores médicos privados y en instalaciones propias; el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) regula la provisión de agua de consumo humano y la eliminación de aguas residuales; el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) desempeña funciones de laboratorio nacional de salud pública; el Instituto Costarricense sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) realiza funciones de prevención y atención de las adicciones, y el Instituto Costarricense Contra el Cáncer (ICCC) forma recursos humanos, promueve la investigación y coordina el programa nacional de control del cáncer. Por Decreto Ejecutivo de 1989, se incorporaron al sector salud la Universidad de Costa Rica y los Gobiernos Municipales. El Ministerio de Salud es parte del Poder Ejecutivo, en tanto que la CCSS, el INS y el AyA son instituciones autónomas, con ley y patrimonio propios, dirigidas por una Junta Directiva.

En el período 2002–2006, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica aprobó, en el marco de la reforma sectorial, ajustes a la estructura organizacional del Ministerio de Salud para continuar su proceso de modernización y fortalecimiento de la función rectora. Este ajuste implicó la creación de nuevas unidades para fortalecer el desempeño de algunas de las funciones de rectoría, como las de modulación del gasto y financiamiento, investigación y desarrollo tecnológico, y aseguramiento de la salud.

La reforma sectorial ha impulsado la separación de la función de rectoría, a cargo del Ministerio de Salud, de las funciones de provisión de servicios y financiamiento que son competencia de

la CCSS, de acuerdo a la legislación local. Sin embargo, el Ministerio aún tiene a cargo la ejecución de programas asistenciales como el de educación y alimentación a niños pobres menores de 7 años, y el de control de vectores, el cual está siendo evaluado por las nuevas autoridades de salud para su posible transferencia a otras dependencias.

Los acuerdos superiores del sistema de salud se deciden en un Consejo Sectorial de Salud, en el que están representadas las instituciones antes citadas a través de sus autoridades de máxima jerarquía. Sin embargo, el funcionamiento de este consejo ha sido irregular, por falta de voluntad política de los titulares de las instituciones. A pesar de esa limitación, el consejo ha sido útil para coordinar acciones sectoriales, tales como las campañas nacionales de vacunación, la atención de emergencias y desastres en zonas del país afectadas por fenómenos naturales y, más recientemente, la formulación de un Plan Nacional para la Pandemia de Influenza, entre otras acciones.

Servicios de salud pública

La atención primaria de salud está a cargo de equipos básicos de atención integral en salud, conocidos como EBAIS e integrados por un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria. En el país existen 893 EBAIS que atienden en promedio a unas 4.000 personas cada uno, de modo que brindan una cobertura poblacional cercana a 90%, lo que significa que aún faltan EBAIS para lograr la cobertura total.

Cada área de salud cuenta con un número determinado de EBAIS, algunos de los cuales no son trabajadores de la CCSS sino trabajadores de cooperativas y programas que son pagados por la CCSS por concepto de compra de servicios y mediante compromisos de gestión previamente pactados. La labor de estos equipos, además de atender la morbilidad prevalente en su zona de influencia, es la de participar activamente en las acciones de promoción de salud y de prevención de enfermedades que implican un trabajo extramuros, lo que se logra medianamente debido al escaso trabajo comunitario. Hasta 2005, todas las áreas de salud han rubricado anualmente compromisos de gestión, y durante la negociación previa a la firma y aprobación del presupuesto deben presentar un análisis de la situación del área a su cargo y, con base en dicho análisis, las coberturas que se proponen lograr y los planes que llevarán adelante a lo largo del año.

Los servicios dirigidos a la salud de la población se enmarcan dentro de una estrategia de atención primaria y se proporcionan a través de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Entre ellos cabe mencionar los de nutrición y estimulación temprana, vacunación, control de vectores, fortificación de alimentos, saneamiento básico, suministro de agua, eliminación de desechos sólidos, recreación y deportes, y comunicación social en salud. La ejecución de estos programas está a cargo de diversas instituciones del sector salud, pero su coordi-

nación y dirección sectorial corresponde al Ministerio de Salud. En la planeación, ejecución y evaluación de estos programas intervienen, aunque de manera limitada, redes sociales, grupos organizados de la comunidad, agentes de salud voluntarios, organizaciones no gubernamentales y gobiernos locales.

En el período 2005–2006 se reorganizaron las unidades de la Dirección de Vigilancia de la Salud y se creó la unidad de Análisis de Situación de Salud, además de las ya existentes de Vigilancia Epidemiológica y Estadísticas de Salud. Todo esto motivó una nueva distribución temática dentro de la Dirección y entre las unidades. Además, se asignaron a la Dirección de Vigilancia de la Salud los aspectos relacionados con farmacovigilancia, indígenas y migrantes. En el período 2002–2006 se realizaron dos análisis sectoriales de salud correspondientes a los períodos 1998–2002 y 2002–2006, que fueron coordinados por el Ministerio de Salud y sirvieron de base para la formulación de las políticas nacionales de salud y de la Agenda Concertada de Salud 2002–2006. En este proceso, el papel de la Dirección de Vigilancia de la Salud resultó fundamental para identificar las limitaciones de información; la falta de bases de datos sistematizadas oportunas y uniformes de carácter intersectorial e interinstitucional; el escaso mapeo para el manejo de datos y que para algunas situaciones no se contó con un adecuado análisis de riesgo. Entre las principales deficiencias observadas en la información se encuentra el subregistro en el sistema de notificación correspondiente a distintas situaciones sanitarias; la elaboración inadecuada del certificado de defunción, y las deficiencias en el llenado de las boletas de notificación. La red de laboratorios de salud pública está conformada por 85 laboratorios y un centro nacional de referencia que es el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA); este centro está concluyendo un proceso de reorganización en el que se destaca su conformación en red de centros nacionales de referencia y la posibilidad de desarrollarse hasta un Instituto Nacional de Salud.

Aún persisten problemas de contaminación de agua, manejo de desechos sólidos y contaminación del aire en zonas urbanas. Los mayores niveles de contaminación siempre están en la Cuenca del río Grande de Tárcoles, que constituye el principal desagadero del Valle Central (la zona más poblada del país), lo que causa contaminación de las aguas del Golfo de Nicoya.

Solo 25% de la población nacional tiene cobertura de alcantarillado sanitario, y el porcentaje de población cubierta con alcantarillado y plantas de tratamiento de aguas residuales en funcionamiento se estima en apenas 2,4%; un 70% de las aguas residuales sin tratar se descargan en los ríos Virillas y Reventazón. Alrededor de 70% de la población tiene acceso a tanques sépticos, pero muchos de estos han sido elegidos con diseños inapropiados y sin haber impartido debidas instrucciones para su uso y mantenimiento, lo cual se asocia con el riesgo de contaminación de acuíferos. A pesar de los avances en relenos sanitarios, solo 42% de las municipalidades los utilizan adecuadamente. Hacen falta más

controles para asegurar el cumplimiento de las normas vigentes y nuevas reglamentaciones sobre el uso de algunos compuestos peligrosos. Se han detectado compuestos orgánicos volátiles en pozos y una creciente concentración de nitratos en pozos y manantiales de la Gran Área Metropolitana, estimándose una alta vulnerabilidad en acuíferos de la región noroeste del Valle Central.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) cuenta con datos correspondientes a 2005 sobre el acceso y calidad del agua de 2.206 acueductos que abastecen a 93,4% de la población; otro 4% tiene acceso fácil o es abastecido por urbanizadores u otras formas organizativas. AyA, con 176 acueductos, abastece a 46% de la población; las municipalidades, con 243 acueductos, abastecen a 18%; la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), con 13 acueductos, a 4,7%; y las asociaciones o comités rurales, con 1.774 acueductos, abastecen a 24,7% de la población. En promedio, 18% de la población nacional es abastecida con agua no potable, y en el caso de sistemas operados por AyA, ESHP, municipalidades y organizaciones rurales, 1%, 0%, 30% y 35% de la población servida por cada uno de ellos es abastecida con agua no potable. Mientras que 100% de los sistemas para grupos de población mayores de 50.000 habitantes distribuyen agua desinfectada, solo 35% y 10% de los sistemas para poblaciones de 500 a 2.500 habitantes, y de menos de 500 habitantes, respectivamente, distribuyen agua desinfectada.

Para contribuir a superar las limitaciones actuales de acceso a alcantarillado sanitario con tratamiento adecuado de efluentes en el área metropolitana de San José, AyA está ejecutando proyectos que incluyen rehabilitar y extender colectores y redes, y construir plantas de tratamiento de aguas residuales y lodos, con disposición sanitaria de los residuos. La primera fase del proyecto es para una cobertura del 65% (1 millón de habitantes), y tiene financiación de US\$ 230 millones. En la segunda fase se alcanzará una cobertura de 85% (1,6 millones de habitantes).

Los permisos asociados con rellenos sanitarios son otorgados por el Ministerio de Salud, en coordinación con la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA) del Ministerio del Medio Ambiente (MINAE) y con el asesoramiento del Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM). La Contraloría General de la República revisa los presupuestos de las municipalidades responsables de la prestación del servicio en cada cantón, ya sea directamente o mediante la contratación de operadores. La gestión del servicio no se ha hecho de manera integral y, salvo valiosas excepciones, no se incluyen iniciativas orientadas a reducir, reutilizar o reciclar. En la Gran Área Metropolitana la generación de basura por persona se duplicó en los últimos 20 años.

En cuanto a la prevención y control de la contaminación del aire, un estudio realizado con 100.000 pruebas de revisión técnica para vehículos de gasolina indicó que por este medio se han podido reducir 47% de las emisiones. Esto no compensa el rápido crecimiento del número de vehículos automotores y la proporción de vehículos usados. En el período 1994–2004 el tráfico cre-

ció a un promedio de 8,3% y las políticas fiscales han favorecido el ingreso y permanencia de vehículos usados. El alto precio de los combustibles estimula el uso de motores diésel, con mayores emisiones de material particulado y óxidos de azufre que los vehículos a gasolina. En el marco del proyecto “Aire Limpio” del Ministerio de Salud, los costos por los efectos en la salud de la contaminación del aire en la Gran Área Metropolitana de San José se estimaron en US\$ 280 millones. El estudio indica que 78% de la población del área metropolitana de San José se expone a contaminación de PM-10 en más de 60 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

La estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) se lleva a cabo desde el año 2000 en municipios postergados, con el fin de contribuir al desarrollo integral de las familias de escasos recursos mediante el apoyo en la ejecución de proyectos productivos generadores de alimentos y de ingreso. Para 2005, 19 municipios (cantones) prioritarios tenían consejos SAN con planes operativos y con una cartera de proyectos productivos administrados por organizaciones e instituciones locales. En el nivel nacional, SAN está dirigida por los ministerios de Salud, de Agricultura, y de Economía y Comercio, además de la Secretaría de la Política en Alimentación y Nutrición (SEPAN). Se cuenta además con una política nacional y un plan nacional en alimentación y nutrición de carácter intersectorial.

En materia de desastres, se constituyó la Unidad de Gestión del Riesgo y Control de Radiaciones Ionizantes, del Ministerio de Salud (Decreto Ministerial No. 129, año 2005), que ejercerá la rectoría del sector salud en este tema. En 2005 se estableció el Centro de Coordinación de Emergencias de la CCSS y se incorporó al sector la sección de ingeniería de bomberos, con lo que se espera fortalecer el trabajo en equipo y la organización intrasectorial. Entre los principales retos para el Ministerio de Salud se encuentran el establecimiento de un plan integrado de salud para la atención de desastres y la consolidación de la gestión en los niveles regional y local. Al momento se identifican esfuerzos aislados y dificultades en la implementación de estrategias coherentes y sostenibles en lo referente a mitigación y prevención de desastres a nivel hospitalario. La pérdida por incendio de parte del Hospital Calderón Guardia debe servir como llamado de alerta para establecer una política de hospital seguro, manejada como un eje transversal que involucre el diseño, la normatividad y la ejecución, con el fin de garantizar la respuesta de la red hospitalaria ante cualquier evento.

Costa Rica ha seguido fortaleciendo las capacidades nacionales para hacer frente a nuevas enfermedades (emergentes y reemergentes), específicamente en lo relacionado con la amenaza de pandemia de influenza, para lo cual se ha ampliado la vigilancia intensificada de sitios centinelas en todo el país (12 sitios), haciendo hincapié en las zonas fronterizas y los puertos. Se ha llevado a cabo la vacunación anual contra la influenza estacional, con aproximadamente 250.000 dosis dirigidas a grupos de riesgo, se conformó la Comisión Nacional de Influenza y se está

poniendo en marcha el Plan Nacional de Preparación y Respuesta para la Pandemia.

Servicios de atención a las personas

Los servicios públicos de salud para la atención de las personas están a cargo de la CCSS y su organización y funcionamiento responden a dos tipos de criterios. En primer lugar, un criterio de complejidad de infraestructura, equipamiento y costo, con arreglo al cual se organizan y funcionan como una red escalonada de servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención. En segundo lugar, un criterio de gravedad, en base al cual los servicios se organizan en ambulatorios y hospitalarios. Ambos criterios se complementan, pero su diferenciación es útil para la asignación de recursos y la organización de flujos de pacientes por mecanismos de referencia y contrarreferencia, así como para la operación de un modelo de atención integral de salud. Cabe destacar que el modelo de atención es el que define la amplitud de los servicios que se han de proveer a la población en la red de atención que incluye los tres niveles, y es asimismo el resultado de una reeducación efectuada como parte del proceso de reforma sectorial. Los servicios se agrupan en cinco programas asistenciales que son: niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores, cada uno con una cartera de servicios definida.

Como ya se mencionó, el modelo y la red de servicios se basan en el primer nivel de atención, a cargo de los EBAIS, que se localizan en establecimientos pequeños cerca de donde vive la población. Están asignados a un área de salud en cuya sede funciona una clínica que cuenta con recursos tales como rayos X y laboratorio, para apoyo diagnóstico y terapéutico, y con personal multidisciplinario o equipo de apoyo que les brinda asesoramiento. En algunas zonas del país donde la infraestructura de la CCSS es insuficiente, la provisión de servicios está a cargo de proveedores externos de tipo público (la Universidad de Costa Rica a partir de 1999), privado (la Asociación de Servicios Médicos Costarricense [ASEMECO] desde 2002), o cooperativas autogestionarias (Pavas, Tibás y Santa Ana, a partir de 1989). La CCSS contrata a estos proveedores externos mediante convenios especiales y bajo la modalidad de pago per cápita o capitación, para proporcionar los mismos servicios y prestaciones del seguro público de salud, y mediante esa modalidad se atiende a 10% de la población nacional. Las 104 áreas de salud que incluye tanto a las externas como las propias de la CCSS, negocian anualmente su presupuesto con el nivel central de la institución, previa presentación de un análisis de situación de la población a su cargo, de la cobertura que se proponen alcanzar y de los planes que tienen previsto realizar en el año. El presupuesto se les asigna mediante un compromiso de gestión, y al finalizar el año se evalúan sus resultados, sobre cuya base se inicia un nuevo ciclo de negociación presupuestal. La evaluación de los compromisos de gestión muestra diferencias que se traducen en inequidades, tanto en la cobertura como en la ca-

lidad de los servicios de salud, entre diferentes grupos de edad y diferentes regiones sanitarias, tal como ocurre con los programas de detección del cáncer cervicouterino mediante la prueba de Papanicolaou, como con las coberturas de vacunación en niños menores de 5 años. En general se puede observar que la cobertura de Papanicolaou es baja comparada con la de vacunación, y que las regiones de Huetar Atlántica y Brunca presentan coberturas menores comparadas con las otras regiones.

En el segundo nivel se ofrece consulta ambulatoria especializada, internamiento y tratamiento médico-quirúrgico de las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecobstetricia y cirugía, en una red nacional formada por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y siete hospitales regionales. Por su parte, el tercer nivel proporciona atención especializada así como tratamientos médicos y quirúrgicos complejos, a través de tres hospitales nacionales generales (México, San Juan de Dios y Calderón Guardia) y cinco hospitales nacionales especializados (mujeres, niños, geriatría, psiquiatría y rehabilitación). Debido a la insuficiente inversión en infraestructura hospitalaria en las décadas de 1980 y 1990, la oferta de algunos servicios como radioterapia, oftalmología y anatomía patológica, fue superada gradualmente por la demanda, y ello ocasionó largas listas de espera y protesta de los usuarios, problemas que se ha tratado resolver mediante la compra de servicios a hospitales y empresas privadas. Sin embargo, esta medida no ha resultado suficiente, ya que a principios de 2005 había una lista de espera acumulada de 14.000 pacientes y, por otra parte, en diversas ocasiones la calidad de atención de los servicios contratados, así como la transparencia en los mecanismos de contratación y los precios pactados para la compra de servicios privados, han sido cuestionados por la sociedad civil, la Defensoría de los Habitantes y los organismos de control del Estado, como la Contraloría General de la República.

En síntesis, el ingreso al sistema de atención debe realizarse a través del primer nivel de atención, pero si se trata de una urgencia médica o quirúrgica los pacientes acuden a cualquiera de los hospitales o clínicas que cuentan con dicho servicio y que se localizan en las nueve regiones de salud. Si la gravedad del caso lo justifica, los pacientes son referidos del primer nivel hacia alguna de las unidades de segundo nivel de atención, o bien hacia alguno de los hospitales de tercer nivel. Una vez que los pacientes reciben atención en la red hospitalaria, son contrarreferidos al primer nivel para su control y seguimiento en los EBAIS. Debido a fallas del sistema de referencia y contrarreferencia, hay largas listas de espera especialmente para procedimientos de atención oncológica, así como para algunas cirugías y estudios especializados. La atención integral en el sistema de atención de la CCSS se complementa con otros servicios, tales como Clínica Oftalmológica, Centro del Dolor y Cuidados Paliativos, Centro de Detección Temprana y Tratamiento de Cáncer Gástrico, Laboratorio de Genética Molecular Humana (Paternidad Responsable), Laboratorio Nacional de Citologías y Banco Nacional de Sangre.

Promoción de la salud

Según el Padrón Nacional de Organizaciones que Trabajan en Pro de la Salud, elaborado en 2005 por la CCSS, en el país existen 3.500 organizaciones activas, de las cuales 143 son juntas de salud, 681, comités de salud, y el resto, asociaciones de pacientes, grupos de voluntariado y otras organizaciones de la comunidad. Además, existe un importante número de redes sociales en el tema de la violencia intrafamiliar así como en VIH/sida.

En los últimos 10 años, en el sector salud de Costa Rica se han llevado a cabo acciones que han promovido una mayor participación de la sociedad civil, entre las que destacan: la inclusión de la participación social en el Reglamento de Seguro de Salud; la creación de juntas de salud por medio de la Ley 7.852 de desconcentración de los hospitales y clínicas de la CCSS; la apertura de Contralorías de Servicios en 95% de los hospitales; la elaboración de la guía para comités de salud; la elaboración de planes estratégicos de participación social en algunas regiones de salud; la Ley 8.239, que se ocupa de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados; y la implementación de iniciativas tales como la red de cantones ecológicos y saludables, la red de escuelas promotoras de salud, la red de vivienda saludable, el programa Bandera Azul Ecológica, y consejos cantonales de seguridad alimentaria.

Por otra parte, las mediciones nacionales y regionales del desempeño de las FESP realizadas por el Ministerio de Salud en 2001 y en 2004–2005, respectivamente, revelaron algunas fortalezas de la función 4, “participación de los ciudadanos en salud”, como la existencia de instancias formales de participación ciudadana en los niveles nacional y local, y las estrategias de información a usuarios sobre los derechos en materia de salud. No obstante, las mediciones encontraron también debilidades en cuanto a la carencia de estrategias, acciones o procesos que fomenten la participación, así como en el monitoreo y evaluación de las acciones.

Lo anterior supone algunos retos, tales como la elaboración de directrices de carácter institucional para el desarrollo y seguimiento de procesos de planificación estratégica local con enfoque intersectorial, y el establecimiento de mecanismos institucionales e interinstitucionales (CCSS-Ministerio de Salud) para la conducción y coordinación de procesos sostenidos de participación social en salud, que articulen toda la red social existente. Cabe destacar que el tema de la participación social y ciudadana en salud ha ido recobrando importancia en los niveles políticos y técnicos como mecanismo clave en la rendición de cuentas y la producción social de la salud.

Recursos humanos

El documento de evaluación de las funciones esenciales de salud pública 2001 y otros estudios consultados ponen de manifiesto los problemas de información actualizada sobre los recur-

sos humanos en salud que tiene el país. En tal sentido, el análisis sectorial de salud de Costa Rica 2002 plantea que uno de los problemas del campo de los recursos humanos es la información, caracterizada por “la dispersión, desagregación y poca interrelación de la información disponible”. De allí que propone como “indispensable el fortalecimiento de cada uno de los sistemas de información de recursos humanos de las instituciones del sector”, que permitan “generar nuevas evidencias que sustenten la planificación estratégica en el desarrollo de recursos humanos” y facilite también “el desarrollo de capacidades institucionales en la gestión de recursos humanos”. También en la política nacional de salud 2002–2006 se establece como estrategia el “desarrollo de un sistema de información en cada una de las instituciones empleadoras que estén a su vez integrados en un sistema de recursos humanos sectorial” y el “desarrollo de un sistema de información integrado entre entidades formadoras y empleadoras”.

Los datos de que dispone el país sobre profesionales de salud pueden encontrarse en las bases de datos del Censo Nacional 2000, las instituciones empleadoras, los colegios profesionales y las instituciones formadoras. Con base en la información del censo de 2000, la razón de médicos, enfermeras y dentistas por cada 10.000 habitantes es de 13,6; 8,9 y 3,8, respectivamente. La información que presentan los colegios profesionales para 2005 muestra para estas mismas categorías profesionales una razón de 20,0 para los médicos (8.500), 15,3 para las enfermeras (6.537) y 6,5 para los odontólogos (2.800).

En cuanto a la distribución de los recursos humanos, se observan algunas inequidades tanto en la distribución, para la que no existen definiciones explícitas de las necesidades por parte de las instituciones empleadoras, como en la gestión de los recursos humanos (contratación, salarios, incentivos y acceso a los órganos tomadores de decisiones en recursos humanos). En relación con el empleo, en el Ministerio de Salud se observa una disminución de los profesionales producto de las reformas y el ajuste estructural realizados en el país en el período 1986–2004. En cambio, la nómina de la CCSS casi se ha duplicado en 15 años, lo que constituye un reflejo del sistema de salud y el aseguramiento de la población costarricense a los servicios de salud. El número de escuelas formadoras en ciencias de la salud ha crecido en los últimos 15 años, de manera que en 2005 hay 17 escuelas de Psicología, ocho de Medicina, ocho de Enfermería, cinco de Odontología, cinco de Farmacia, tres de Nutrición, dos de Trabajo Social, dos de Veterinaria y una de Microbiología. Además de la fragmentación de la información, en el campo de los recursos humanos en salud se reconocen otros problemas, tales como la carencia de una orientación adecuada hacia la atención primaria en salud en los procesos formativos; la persistencia de un enfoque biológico, no humanista e individualista, que fomenta el desarrollo de competencias de recursos humanos en esta misma dirección y que no responde a las necesidades del perfil social del país, así como la indefinición de las competencias requeridas de cada

uno de los profesionales de salud. Por los distintos problemas detectados en materia de recursos humanos, se creó por Decreto Presidencial No. 32209-5 de 2005 la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, de carácter intersectorial y en la cual se incluye a la Universidad de Costa Rica.

Suministros de salud

En Costa Rica no existe una política de regulación del precio de los medicamentos, que depende de la oferta y la demanda. Por medio de la seguridad social, el sistema de salud permite tener acceso a los medicamentos aunque no de manera ágil. Se han aplicado políticas para mejorar la accesibilidad en el sector privado, lo que se ha traducido en una mayor competencia y apertura del mercado farmacológico. La actual política de registro y control de medicamentos se ha desarrollado en forma satisfactoria y congruente con las necesidades de la población, aunque es necesario establecer una estrategia más agresiva de farmacovigilancia. El Ministerio de Salud está trabajando en la elaboración de un reglamento para la importación, control y registro de equipo y material biomédico.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En 2004, el Ministerio de Salud inició un proceso de fortalecimiento de la investigación en salud y el desarrollo tecnológico. Como fruto de este proceso se creó en 2005 la Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud con el fin de conducir, vigilar y fortalecer iniciativas tendientes a la generación de conocimientos en los diferentes grupos involucrados en la investigación, promoción y evaluación de tecnologías, a fin de satisfacer las necesidades prioritarias en el campo de la salud y en cumplimiento de su función rectora en el ámbito público y privado. De esta forma, el Ministerio de Salud define la Agenda Nacional de Investigación en Salud; elabora, revisa y actualiza normas y procedimientos; prepara técnicas e instrumentos sobre esta temática; conduce el proceso de análisis de la investigación científica y tecnológica en salud en forma concertada con los actores sociales involucrados; establece redes de investigación en áreas especiales para el intercambio de información, servicios, oportunidades y contactos, y desarrolla y mantiene actualizado un sistema de información en investigación e innovación tecnológica que permite conocer y actualizar el quehacer en este ámbito. Asimismo, crea redes de comités ético-científicos acreditados por el Consejo Nacional de Investigación en Salud regulados mediante procesos de normalización y acreditación, con sistemas de control, monitoreo y evaluación que garanticen, en el marco de la legislación nacional, el respeto a los principios éticos y científicos de la investigación, entre otras funciones. En 2005 se aprobó la Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en

Salud 2005–2010 y se preparó un inventario de las investigaciones en esta materia realizadas en el período 2000–2005.

Gasto y financiamiento sectorial

En el año 2000, el gasto público del sector salud representó 5,2% del PIB, y durante los últimos tres años se estancó en 5,7%. No se cuenta con mediciones precisas del gasto privado en salud, pero se estima que este se encuentra en expansión y se ubica en alrededor de 2,5% del PIB. El gasto en salud por habitante que en 2000 era de US\$ 209, aumentó a US\$ 234 en 2004; no obstante, hay que contemplar el efecto inflacionario para evaluar la variación en la capacidad adquisitiva. El aporte del sector salud a la producción nacional pasó de 4,0% en 2000 a 4,5% en 2005.

En cuanto a la participación de las instituciones públicas en el gasto sanitario, en 2004 el gasto de la CCSS representó alrededor de 82,7% del gasto sectorial, cifra ligeramente superior al 80,3% del año 2000. Esto es producto de las políticas de expansión de servicios, mayor equipamiento y construcción de edificaciones para los diferentes niveles de atención. El gasto del Ministerio de Salud también aumentó de 6,1% en el año 2000 a 7,1% en 2004; la participación relativa de los gastos del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados descendió de 8,2% en 2000 a 7,3% en 2004. En los últimos años, el Instituto Costarricense del Cáncer se ha incorporado al gasto sectorial con una participación de 0,1% del PIB en 2004.

Del análisis de gastos de la CCSS por niveles de atención se observa una tendencia al aumento del gasto en servicios ambulatorios de 32% en 2001 a 35% en 2005; en contraste, los gastos en servicios hospitalarios se redujeron de 50,6% en 2001 a 46,2% en 2005, lo cual es congruente con las políticas de fortalecimiento del primer nivel de atención. Se debe destacar el gasto institucional en investigación y desarrollo, que fue de 1,5% del gasto total durante el año 2005.

En los últimos años, como resultado del cambio epidemiológico del país y de algunos dictámenes de la Sala Constitucional que exigieron a la CCSS compras adicionales, se observa un incremento en el gasto institucional en medicamentos, cuya proporción del gasto total pasó de 7,5% en 2001 a 8,6% en 2005.

Con respecto al financiamiento sectorial, las contribuciones a la seguridad social representaron alrededor de 83% de los ingresos totales en 2001 y disminuyeron a 79% en 2004. En 2004, los ingresos totales de la CCSS representaron 4,5% del PIB, en tanto que los gastos totales representaron 4,7%, hecho que refleja la debilidad financiera del seguro de salud.

Cooperación técnica y financiera en salud

Entre 2002 y 2004, la cooperación externa fue de US\$ 832,1 millones (Cuadro 3). De ese monto, solo 23,2% correspondió a la cooperación técnica no reembolsable. En 2003 se obtuvo el

CUADRO 3. Cooperación externa no reembolsable y reembolsable, Costa Rica, 2002–2004.

Modalidad de cooperación	2002		2003		2004		2002–2004	
	Total ^a	%	Total ^a	%	Total ^a	%	Total ^a	%
Cooperación no reembolsable	41,1	4,9	89,3	10,7	62,8	7,6	193,2	23,2
Cooperación reembolsable	148,3	17,8	487,4	58,6	3,2	0,4	638,9	76,8
Total ^a	189,4	22,7	576,7	69,3	66,0	8,0	832,1	100,0

^aMontos en millones de US\$.

Fuente: Costa Rica, Universidad para la Cooperación Internacional; Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2006.

CUADRO 4. Cooperación internacional aprobada, por años y modalidad, Costa Rica, 2002–2004.

Años	Cooperación bilateral (millones US\$)	Cooperación multilateral (millones US\$)	Totales (millones US\$)
2002	25,3	164,0	189,3
2003	115,7	461,1	576,8
2004	52,1	13,9	66,0
Total	193,1	639,0	832,1
%	23,2	76,8	100,0

Fuente: Costa Rica, Universidad para la Cooperación Internacional; Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2006.

mayor porcentaje de los recursos externos, con un monto total de US\$ 576,7 millones (69,3% del total en este período).

El monto de la cooperación asignada a Costa Rica en el período 2002–2004, aportado por los países en forma bilateral, fue de 23,2% (US\$ 193,2 millones), mientras que los préstamos aportados por los organismos internacionales (multilateral) fueron de 76,8% (US\$ 638,9 millones). En ese período, la cooperación internacional dirigida al sector salud fue de US\$ 27,3 millones, lo que representó 3,3% del total de la cooperación y ocupó el sexto lugar entre los sectores favorecidos (Cuadros 4 y 5).

La información disponible no permite desglosar los datos del sector salud según origen de los fondos ni por modalidad de cooperación. Entre los entes multilaterales y bilaterales que han brindado cooperación al sector se destaca la participación de la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional, el Banco de Cooperación Internacional del Japón, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización de los Estados Americanos, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el Gobierno de Corea del Sur, el Gobierno de Holanda, la Unión Europea, el Comité Coordinador Regional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento de Centroamérica, Panamá y República Dominicana, la Agencia de Cooperación Técnica de Noruega, el Banco Centroamericano de Integración Económica y el Comité Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria, entre otros. Las principales áreas de trabajo de los proyectos finan-

CUADRO 5. Cooperación internacional aprobada por sectores, Costa Rica, 2002–2004.

Cooperación por sectores	Monto en millones de US\$	%
Ambiente, energía y telecomunicaciones	378,9	45,5
Economía y finanzas	103,8	12,5
Comercio exterior	87,2	10,5
Obras públicas y transporte	79,2	9,5
Desarrollo local	28,7	3,4
Salud	27,3	3,3
Agropecuario y pesca	25,2	3,0
Vivienda y desarrollo urbano	23,9	2,9
Turismo	15,3	1,8
Ciencia y tecnología	12,5	1,5
Educación	11,6	1,4
Otros (cultura, seguridad)	38,5	4,6
Totales	832,1	100,0

Fuente: Costa Rica, Universidad para la Cooperación Internacional; Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2006.

ciados por entes cooperantes son: fortalecimiento y modernización del sector, fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud, fortalecimiento de la respuesta del país al VIH/sida, mejoramiento de la calidad de aire, control de la contaminación ambiental, creación, expansión y/o mantenimiento de la infraestructura y equipos hospitalarios, incorporación del modelo de atención biopsicosocial en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), acreditación de campos docentes y capacitación docente, fortalecimiento del primer nivel de atención, mejoramiento de la atención y diagnóstico temprano de cáncer gástrico, acceso al agua potable en centros urbanos y rehabilitación de la infraestructura sanitaria en comunidades rurales. Adicionalmente, algún tipo de capacitación que recibe el personal del sector con la cooperación técnica posibilita la incorporación de nuevos conocimientos en áreas especializadas de la salud y la gerencia de proyectos sociales. En general, la tendencia mostrada desde la década de 1990 indica que Costa Rica es cada vez menos favorecida por la cooperación externa que otros países en Centroamérica.

Bibliografía

- Alfaro A, Pizarro D, Navas L, Kivers G, Penniecook T, Pérez E. La organización y efectividad de una unidad especial de atención de dengue del área de salud de Limón, Costa Rica, 1999. *Memorias de la Academia Nacional de Ciencias (Costa Rica)*. 2001;7(El Dengue):11–21.
- Caja Costarricense de Seguro Social. Egresos hospitalarios, 1990, 1995 y 2000.
- Castañeda A, Gómez X, Montiel H. Desarrollo y salud de los pueblos indígenas en Costa Rica, 2003.
- Costa Rica, Ministerio de Salud; Caja Costarricense de Seguro Social; Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud. Informe de país: Costa Rica. Reunión del Grupo Técnico Asesor (TAG), noviembre 2002.
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Informe de vigilancia de la salud. Foro Nacional de Salud: Hacia la construcción colectiva de la salud. Costa Rica, 1998.
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en Costa Rica. San José; 2001.
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en el nivel regional en Costa Rica 2004–2005. San José; 2005.
- Costa Rica, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Análisis sectorial de salud Costa Rica, 2002 y 2006.
- Costa Rica, Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Costa Rica. Indicadores básicos 2005. Washington, DC: OPS; 2005.
- Costa Rica, Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2002–2006. San José: Ministerio de Salud; marzo 2003.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica. Primera edición. San José: UNICEF; 2002.
- Mendieta A, Holst B, Montiel H. La discapacidad en Costa Rica: situación actual y perspectivas, febrero 2004.
- Montiel H. Desigualdades de salud en Costa Rica: una aproximación geográfico-poblacional, 2004.
- Morales A, Acuña G, Gómez X, Montiel H. Migración y salud en Costa Rica: elementos para su análisis, julio 2003.
- Morice A, Carvajal X, León M, Machado V, Badilla X, Reef S, et al. Accelerated rubella control and CRS prevention strengthens measles eradication: the Costa Rican experience. *J Infect Dis*. 2003;187:S158–63.
- Morice A, Navas L, Carranza M. Impacto de la vacunación contra *Haemophilus influenzae b* en Costa Rica. Documento técnico.
- Sánchez V. Estudio descriptivo del dengue en la Gran Puntarenas, cantón central de Puntarenas 1993–2000. [Tesis de grado]. Costa Rica, 2001. Documento inédito.
- Soto-Vásquez ML, Rivera E, Faingenzicht I. Impact of *Haemophilus influenzae* type b (Hib) conjugate vaccine in decreasing the incidence of Hib bacterial meningitis in Costa Rica. Presentado en el Congreso de Pediatría.
- Trejos SM. Factores de riesgo materno para sífilis congénita: un estudio de casos y controles en Costa Rica, 1995–1997. *Memorias del VII Congreso Nacional de Salud Pública*, septiembre 2000.
- Villalobos de Chacón, I. Epidemiología del dengue en Venezuela. *Memorias de la Academia Nacional de Ciencia*, Vol. 7; 2001.

