



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Representación en Costa Rica

**ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN
CON COSTA RICA
2010-2014**

Junio 2010

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN.....	3
SECCIÓN 2: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, DESAFÍOS Y PROPUESTA NACIONAL PARA ABORDARLA.....	4
2.1.- Análisis de situación de salud.....	4
2.1.1.- Tendencias de los Determinantes de la Salud.....	4
2.1.2.- Tendencias de la situación demográfica y epidemiológica.....	18
2.2. Propuesta de país para abordar la situación identificada.....	27
2.2.1.- La Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017.....	28
2.2.2.- La Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018.....	29
2.2.3.- Los objetivos y metas de país.....	30
SECCIÓN 3: ANTECEDENTES SOBRE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN GENERAL Y LA COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS EN COSTA RICA.....	35
3.1.- La cooperación internacional en Costa Rica.....	35
3.2.- Tendencia de cooperación internacional en Costa Rica.....	35
3.3.- Marco legal y político para la cooperación internacional.....	37
3.4.- Cooperación recibida por el sector salud.....	38
3.5.- Resumen de la cooperación OPS/OMS período 2004-2007.....	38
3.5.1.- Ejes de cooperación bienio 2004-2005.....	39
3.5.2.- Ejes de cooperación bienio 2006-2007.....	40
SECCIÓN 4: LA AGENDA ESTRATÉGICA DE COOPERACIÓN DE OPS/OMS CON COSTA RICA PARA EL PERÍODO 2010-2014.....	43
4.1.- Ejes orientadores de la estrategia de cooperación 2010-2014.....	44
4.1.1.- Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud.....	44
4.1.2.- Abordaje de la problemática ambiental.....	44
4.1.3.- Mejoramiento de la gestión institucional.....	45
4.1.4.- Sostenibilidad en el mediano y largo plazo de la seguridad social.....	47
4.2.- Prioridades de cooperación.....	48
4.2.1.- Fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud con énfasis en la conducción sectorial.....	50
4.2.2.- Planificación estratégica sectorial para el desarrollo de los recursos humanos (a nivel gerencial, ciencias médicas, ambientales y sociales, relacionadas con la salud)....	51
4.2.3.- Extensión de la protección social en salud para poblaciones excluidas.....	52
4.2.4.- Mejora en la calidad y la seguridad en la prestación de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano.....	52

4.2.5.- Desarrollo de las redes integradas de servicios de salud con base en la estrategia de atención primaria de salud.....	53
4.2.6.- Fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones municipales y de base comunitaria prestadoras de servicios de protección y mejoramiento del hábitat humano.	54
4.2.7.- Mejoramiento de la gestión de riesgo ante emergencias y desastres por parte del sector salud.....	54
4.2.8.- Fortalecimiento de la gestión de la seguridad alimentaria y nutricional por parte del Estado, en el contexto de la crisis mundial económica.....	55
4.2.9.- Participación activa y oportuna de Costa Rica en la cooperación horizontal, en la agenda regional y subregional y en los cuerpos directivos de la organización en consecuencia con los compromisos internacionales asumidos por el país.....	56
4.2.10.- Gestión racional de los recursos de la organización según las normas de OPS/OMS.....	56
4.2.11.- Construcción de una agenda priorizada de investigación en salud pública, desarrollo y transferencia tecnológica.....	57
4.2.12.- Fortalecimiento de intervenciones en salud descentralizadas asociadas con actores locales y alianzas en el ámbito nacional, con un enfoque de género e interculturalidad.....	57
4.2.13.- Desarrollo e implementación de una estrategia de promoción de la salud que incorpore a los diversos actores del modelo de producción social de la salud.....	58
4.2.14.- Desarrollo del sistema de información y vigilancia de la salud con una visión integradora y descentralizada acorde con el RSI, que permita analizar la información desagregada según género, edad, etnia y zona geográfica, para la toma de decisiones de manera oportuna.....	59
4.2.15.- Mantenimiento de los logros alcanzados en salud materna e infantil, mejora de la salud en la adolescencia, la salud sexual y reproductiva y promoción del envejecimiento activo y saludable.....	59
4.2.16.- Integración de los diferentes actores para un manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, accidentes de tránsito y violencia, para lograr la prevención de estos daños y la reducción de la mortalidad.....	60
4.2.17.- Mantenimiento de los logros alcanzados, avance en la agenda inconclusa y atención de los nuevos retos en el manejo integral de las enfermedades transmisibles....	61
4.2.18.- Mantenimiento de los logros alcanzados, avance en la agenda inconclusa y atención de los nuevos retos en las enfermedades prevenibles por inmunizaciones.....	62
4.3.- ESTRATEGIAS GENERALES DE COOPERACIÓN PARA EL PERÍODO 2010-2014	62

SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN

Este documento presenta la estrategia de cooperación de la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Costa Rica, a desarrollar conjuntamente con las instituciones de salud del país y otros actores de la cooperación internacional en salud para el quinquenio 2010-2014. La estrategia ha sido consensuada con las autoridades políticas y técnicas del país y toma como referencia las políticas y planes estratégicos de las principales instituciones vinculadas a la salud pública de Costa Rica.

Por otra parte, la presente agenda de cooperación considera la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y la Agenda de Salud para Centroamérica y República Dominicana 2009-2018, que contienen los objetivos y compromisos asumidos por el país en común acuerdo con todos los países de la Región y la Subregión, en el marco de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Se parte de la realidad nacional conciliada con la situación del continente en materia social y económica, de las tendencias en salud y tendencias de respuesta de los sistemas de salud, para definir las áreas estratégicas en que se trabajará en el quinquenio 2010-2014 y que responden a las posibilidades de recursos de la Representación de la OPS/OMS en Costa Rica.

Para el desarrollo de esta agenda de cooperación, se realizaron 5 etapas metodológicas.

- a. Revisión de documentos y bibliografía relacionada con el tema.
- b. Entrevistas y reuniones de trabajo con el equipo de consultores de la Representación en Costa Rica, con el objetivo de conciliar sus objetivos de trabajo con los planteados por el país a nivel nacional e internacional.
- c. Sesión de consulta con las autoridades técnicas y políticas en salud del país para validar los contenidos de la agenda de cooperación.
- d. Sesión de consulta con diversos actores sociales vinculados con el tema de la salud en el país, que incluye entre otros, a Universidades, otras instituciones de investigación en el campo de la Salud Pública como el Inciensa, la Comisión Nacional de Prevención del Riesgo y Atención de Emergencias (CNE), el Instituto Nacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el Consejo Nacional para el Adulto Mayor (CONAPAM).
- e. Sesión de trabajo con funcionarios de la Sede Central de la OPS/OMS para realimentar el planteamiento contenido en la agenda de cooperación 2010-2014.

El documento se estructura en cuatro secciones: la introducción; el análisis de situación de salud del país; los antecedentes de la cooperación internacional en Costa Rica y la agenda estratégica de cooperación.

SECCIÓN 2: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, DESAFÍOS Y PROPUESTA NACIONAL PARA ABORDARLA

2.1.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

El análisis de situación de salud se divide en dos componentes: los determinantes de la salud y la situación demográfica y epidemiológica, con el objetivo de perfilar con claridad los retos que enfrenta Costa Rica como país y los que de forma específica deben enfrentar las instituciones del Sector.

2.1.1.- Tendencias de los Determinantes de la Salud

A continuación se analizan las tendencias socioeconómicas del país comparándolas con las de la Región, entendiendo que son determinantes esenciales de la situación de salud

2.1.1.1.- Tendencias de la situación social y económica

Las últimas estimaciones realizadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)¹, muestran que en el 2005, el 39,8% de la población de América Latina y el Caribe vivía en condiciones de pobreza, lo que representa en números absolutos, 209 millones de personas, y un 15,4% de la población (81 millones de personas) vivía en condiciones de pobreza extrema o indigencia. No obstante, proyecciones de la misma organización para el año 2006, evidencia una mejoría en la situación, proyectándose 205 y 79 millones de personas en situación de pobreza y pobreza extrema respectivamente.

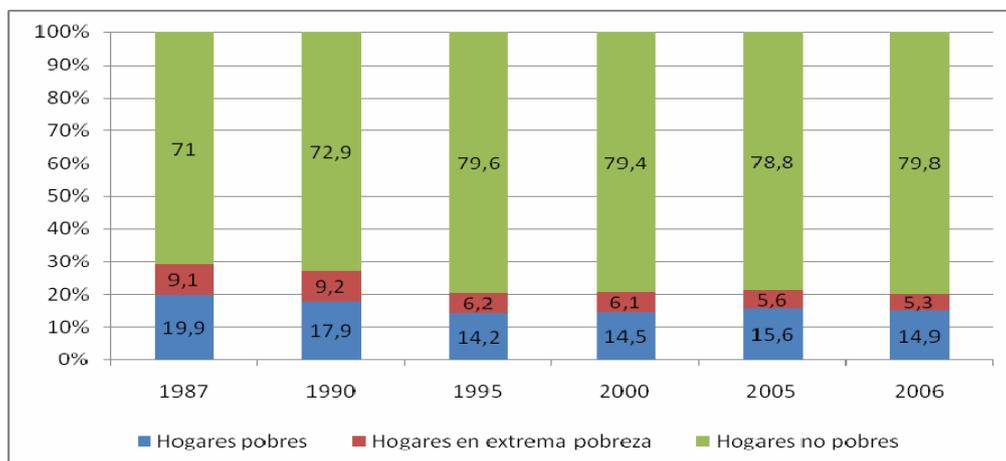
La situación socioeconómica de América Latina en general, muestra una mejor distribución del ingreso, pero sigue siendo la región más desigual del mundo. Este es un factor directamente vinculado con la situación de salud, ya que se sabe que los países con una distribución más igualitaria, poseen una mayor esperanza de vida.

En el mismo contexto, el producto interno bruto per cápita creció en la Región un 4,2% reafirmando la tendencia de mejora de la situación socioeconómica vista desde la perspectiva económica.

La tendencia de mejoría observada en la Región, se aprecia también en el país, como se muestra en la siguiente información estadística.

¹ Citado en: OPS/OMS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Panamá, junio del 2007.

Gráfico No 1
Evolución de la pobreza en Costa Rica a partir de estimaciones de encuestas de hogares. Según
condición de pobreza de los hogares, 1987-2006
-Estructura porcentual-



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2007.

Se puede observar como desde el año 1995, el índice de pobreza se ha mantenido estable alrededor del 20%, no así el índice de pobreza extrema que ha tenido una tendencia a la disminución, pasando de 6,2% en el año 1995 a 5,3% en el año 2006.

La tendencia del índice de pobreza, descendió de forma importante a la cifra record de 16,7% en el año 2007, como resultado de una serie de medidas de gobierno que permitieron disminuir la brecha existente entre grupos poblacionales. Entre dichas medidas se encuentra el aumento de las pensiones del régimen no contributivo y del régimen contributivo, la implementación del Programa Avancemos dirigido a asignar un estipendio económico a las familias que mantengan a sus hijos en el sistema educativo y al aumento del empleo.

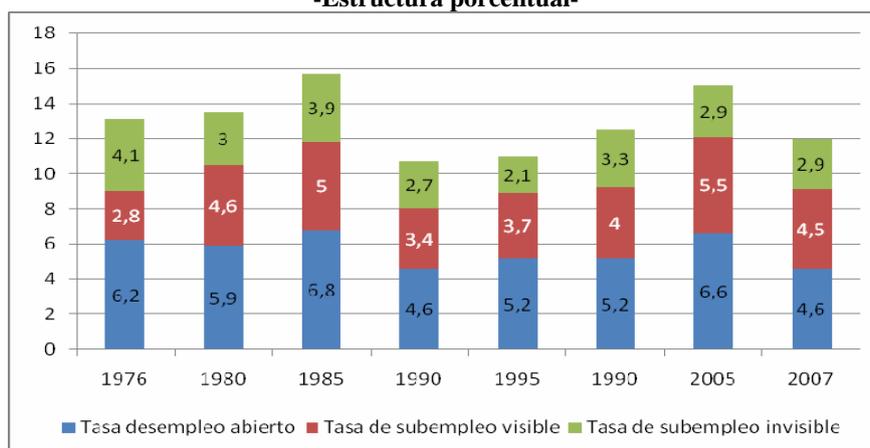
Según datos recientes del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), y que se hicieron públicos en la prensa nacional al finalizar el mes de octubre del año 2008, el índice de pobreza aumentó un punto porcentual, situándose en 17,7%, lo que es esperable frente a la crisis financiera global y al incremento del costo de la vida que se está viviendo en este periodo.

La situación se ha deteriorado en los primeros meses del año 2009, ya que el país entró en recesión de acuerdo con las cifras del Banco Central de Costa Rica, que entre otras, muestra un incremento del desempleo y una desaceleración de la producción nacional durante los últimos seis meses.

A principios del año 2009, el Gobierno de la República presentó el Plan Escudo para enfrentar la crisis, que contiene medidas que se fundamentan en cuatro pilares: las familias, los trabajadores, las empresas y el sector financiero. Ver en anexo 1.

El comportamiento del empleo en Costa Rica se puede observar seguidamente.

Gráfico No. 2
Desempleo abierto, subempleo visible e invisible, subutilización total.
Costa Rica, 1976, 1980, 1985, 1990, 2007
-Estructura porcentual-



Fuente: Instituto Nacional de Estadística en Censos (INEC), Encuesta de hogares.

En el gráfico dos se observa la evolución del empleo en Costa Rica. La tendencia no ha sido uniforme, oscilando el desempleo abierto entre 6,8% y 4,6% como el punto de referencia más bajo, el cual se generó en los años 1990 y 2007. El resto de los indicadores de empleo muestra misma tendencia sin evidenciar diferencias significativas.

Según la última Encuesta de Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), publicada en noviembre del año 2008, se evidencia que cada año hay más mujeres que trabajan y tienen más años de estudio, les cuesta menos conseguir empleo y se incorporan cada vez más a los puestos de mayor rango y a los sectores mejor pagados.

No obstante, pese a las mejoras, el ingreso de las mujeres se mantiene por debajo de la remuneración de los hombres, para las mismas categorías ocupacionales.

El seguro de salud ha incrementado su cobertura. Los asegurados directos aumentaron un 6,9% del 2004 al 2005 y desde la perspectiva de la PEA, la cobertura es de un 55% del total, 61% de la PEA asalariada y 43,3% de la PEA no asalariada. No se tiene claro el impacto que puede generar la crisis financiera global en el empleo en el país, y por lo tanto en el descenso de la cobertura del seguro social.

Por otro lado, el ingreso per-cápita en América Latina y el Caribe en el período 2001-2005, se incrementó en un 4,2%. En Costa Rica fue mayor, entre el 2000 -2005, creció un 16% y entre el 2005 -2007, un 22%, según datos del Banco Central de Costa Rica.

Cuadro No. 1
Ingreso nacional disponible bruto en millones de colones e ingreso per-cápita.
Costa Rica, 1995, 2000, 2005, 2007

Indicador	1995	2000	2005	2007
Ingreso nacional disponible bruto	2.089.215,7	4.558.178,2	9.262.985,2	13.384.963,2
Percápita en colones	602.126,8	1.161.221,4	2.141.315,8	2.989.957,5
Percápita en dólares	3.352	3.767,9	4.480,7	5.764,4

Fuente: Banco Central de Costa Rica.

El comportamiento del ingreso nacional y del ingreso per-cápita medido en colones y dólares, evidencian un incremento sustantivo y sostenido. Se debe recordar que como promedio que es, el ingreso per cápita no muestra la brecha entre ricos y pobres, la cual, tal y como lo muestran los últimos Informes del Estado de la Nación², se ha venido ensanchando, aumentando con esto, la inequidad social.

De acuerdo a la encuesta de ingresos y gastos (ENIG) del Instituto Nacional de Estadística y Censos, el coeficiente de Gini, pasó de 0.358 a 0.475 entre 1998 y el año 2004, lo que evidencia un incremento de la desigualdad en el país. De forma comparada, la desigualdad en Costa Rica pasó de ser semejante a la de los países europeos, a parecerse a la de los países latinoamericanos, lo que se debe esencialmente al empobrecimiento de las capas de ingreso medio.

A pesar del mejoramiento general de la economía del país, traducido en los indicadores analizados, la brecha entre ricos y pobres aumentó en los últimos 16 años, mientras que el ingreso de los ricos se incrementó en un 4%, el de los pobres disminuyó en un 1%.

Esta situación no impacta más aún a la población nacional debido al “colchón social” que el país ha construido a lo largo de su historia, invirtiendo de forma importante en educación y salud.

Gasto en salud

Costa Rica no cuenta con un sistema de información confiable, único, oportuno y con criterios compartidos para el cálculo del gasto sanitario. Esto lo demuestra la existencia de al menos cuatro metodologías diferentes para su estimación, sin que ninguna de ellas sea

² El Estado de la Nación es un programa de investigación y formación sobre desarrollo humano sostenible creado en 1994 por iniciativa del Consejo Nacional de Rectores (CONARE) que agrupa a las cuatro universidades públicas más importantes del país, con el propósito de preparar y publicar un informe anual nacional que de seguimiento minucioso al desarrollo humano sostenible en el país.

considerada como oficial, lo que genera como resultado cifras disímiles. Además, la información en el campo es escasa y de difícil acceso.

En el cuadro 2 se observa un gasto en salud como porcentaje del PIB uniforme en la serie histórica, con una leve tendencia al incremento en los últimos dos años. El gasto per cápita aumenta de forma irregular durante el período revisado.

Se muestra también una tendencia al incremento del gasto privado en un 5,8% entre 1991 y 2001 a expensas de una caída del gasto público en un 3,8% en el mismo período.

Esta situación tiene sustento en el progreso sostenido de la oferta privada de servicios de salud de atención médica que se ha venido presentando en Costa Rica. Emerge el reto de la armonización de la provisión de servicios de salud, además de la necesidad de una regulación adecuada de este crecimiento del sector privado. Ambas son funciones sustantivas de rectoría que tiene bajo su responsabilidad el Ministerio de Salud.

Cuadro No. 2
Principales indicadores del gasto en salud
1991-2001

Año	Per cápita (US\$)	Per cápita real (US\$ 1991)	% PIB	Composición (% público)	Composición (% privado)	% Gasto público social
1991	156.7	156.7	6,9	76,8	23,2	32,3
1992	171.6	162.8	6,5	75,3	24,7	30,0
1993	194.5	164.0	6,7	76,2	23,8	29,4
1994	218.8	161.5	7,1	76,0	24,0	29,2
1995	238.5	158.8	7,1	74,8	25,2	30,1
1996	238.1	160.0	7,2	75,1	24,9	28,9
1997	250.0	169.9	7,2	73,5	26,5	27,3
1998	256.1	167.1	6,8	73,7	26,3	28,3
1999	269.9	164.5	6,6	72,7	27,3	29,7
2000	286.7	168.1	7,1	71,8	28,2	29,0
2001	295.6	170.4	7,4	71,0	29,0	28,5

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos. San José, Costa Rica, 2003.

En el siguiente cuadro se observa que el mayor peso en el financiamiento del subsistema de atención médica es la CCSS, siguiéndole en orden de importancia al gasto directo de los hogares, lo que confirma la conclusión anterior sobre el crecimiento del gasto privado en salud.

Cuadro No. 3
Principales instrumentos y fuentes de financiamiento
-porcentajes-

Instrumentos	Fuentes de financiamiento				Total
	Gobierno	Hogares	Empresas	Sector Externo	
Impuestos	5,0	0,0	0,0	0,0	5,0
Contribuciones al Seguro Social	2,3	24,2	33,2	0,0	59,7
Contribuciones al Instituto Nacional de Seguros	0,0	0,0	4,8	0,0	4,8
Préstamos y donaciones externas	0,0	0,0	0,0	3,4	3,4
Venta de bienes y servicios	0,0	26,1	1,0	0,0	27,1
Total	7,3	50,3	39,0	3,4	100,0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos. San José, Costa Rica, 2003.

Indicadores sociales

Para efectos de análisis comparado, se debe tener en cuenta, que en América Latina y el Caribe, el alfabetismo aumentó de un 88% en 1980, a un 93,7% en el 2005. El acceso a la educación sigue siendo mayor para los hombres que para las mujeres, particularmente en zonas rurales, siendo también la calidad de la educación diferenciada según el ingreso familiar.

En Costa Rica el nivel educativo mantiene una tendencia de mejoramiento en zonas urbana y rural, representando el analfabetismo un 4,7% del total de la población al año 2000. Sin embargo, este progreso es menor en la zona rural, lo que probablemente es reflejo del mayor desarrollo y cobertura de los programas educativos en la zona urbana.

La cobertura en preescolar aumentó, llegando a un 92,2% y en secundaria a un 75,6%. No obstante, a partir de los 12 años de edad, la matrícula comienza a descender, lo que se puede valorar a partir del índice de expulsión del sistema educativo, que pasó de 10,4% en el 2003, a un 12,5% en el 2005.

Cuadro No. 4
Nivel educativo de la población medido en términos de condición de analfabetismo y años promedio de educación. Años 1953, 1963, 1973, 1984 y 2000

Nivel educativo	1953	1963	1973	1984	2000
Total	21,2	14,3	10,2	6,9	4,7
Hombres	20,9	14,1	10,2	7,0	5,0
Mujeres	21,5	14,5	10,3	6,9	4,5
Urbano	8,1	5,2	4,4	3,1	2,7
Hombres	6,5	4,0	3,7	2,7	2,7
Mujeres	9,4	6,2	5,1	3,5	2,8
Rural	28,5	19,7	14,7	10,2	7,9
Hombres	27,8	19,2	14,6	10,3	8,4
Mujeres	29,2	20,1	14,8	10,0	7,4
Años promedio de educación	3,1	3,6	5,3	5,9	7,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

El nivel educativo de la población según sexo, evidencia un progreso mayor en las mujeres tanto en la zona rural como en zona urbana, lo que hace la diferencia con la tendencia observada en el resto de América Latina.

En la dinámica social existente, la mujer asume mayor responsabilidad en el cuidado de la salud de la familia, por lo que es esperable que a mayor educación de la mujer mejore también la salud de la familia.

Por otro lado, desde 1950 se implementa un programa de alimentación dirigido a niños y niñas entre cero y siete años de edad, a mujeres embarazadas y en período de lactancia.

El programa ha venido evolucionando reforzándose su financiamiento con la creación de impuestos específicos, brindando servicios de alimentación, educación a los niños, padres y comunidad en general. No obstante lo anterior, la ejecución del programa se ha deteriorado en los últimos años, por lo que se plantea su fortalecimiento con la implementación del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010.

El cuadro cinco presenta el comportamiento del Índice de Desarrollo Humano³ en el país, comparándolo con la situación en el mundo en general y en América Latina en particular.

3 El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medición por país, elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: Vida larga y saludable (medida según la esperanza de vida al nacer); Educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria); Nivel de vida digno (medido por el PIB per cápita PPA en dólares).

En el informe publicado en el 2007, el Índice de Desarrollo Humano fluctuaba entre Islandia con un índice de 0,968 en la primera posición al 0,336 de Sierra Leona en el puesto 177.⁴

A pesar de la pérdida de algunas posiciones que ha sufrido Costa Rica en el mundo en general y en América Latina en particular, el país se mantiene entre las naciones que poseen el mejor Índice de Desarrollo Humano.

Cuadro No 5
Índice de Desarrollo Humano (IDH) en Costa Rica y el mundo
1975-2007

Indicador / Año	1975	1980	1985	1995	2000	2005	2007
IDH Costa Rica	0.74	0.77	0.77	0.85	0.80	0.83	0.85
Puesto en el mundo según IDH	22	26	30	39	48	47	48
Puesto según PIB/Per cápita	n.d.	n.d.	n.d.	75	66	57	61
Puesto en América Latina	4	4	4	4	8	5	5

Fuente: Ministerio de Planificación. Sistema de indicadores sobre Desarrollo Humano Sostenible (SIDES).

No obstante lo anterior, es importante revisar el comportamiento de algunos indicadores que miden desarrollo por provincia y cantón. El cuadro seis muestra el comportamiento del Índice de Desarrollo Social, el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes, el porcentaje de repitencia en escuela primaria y el porcentaje de alfabetismo en mayores de 10 años según provincia.

Cuadro No. 6
Algunos indicadores de desarrollo social por provincia en Costa Rica
Año 2007

Provincia/indicador	Índice de Desarrollo Social	% de nacimientos en madres adolescentes	% de repitencia en escuela primaria	% alfabetismo en mayores de 10 años
Promedio nacional	46,9	19,9	7,9	95,2
San José	59,6	17,9	7,3	97,0
Alajuela	54,4	19,4	7,9	94,3
Cartago	63,6	18,7	6,1	95,4
Heredia	71,4	15,8	7,2	96,8
Guanacaste	47,5	21,3	8,3	93,3
Puntarenas	45,4	24,6	10,1	92,2
Limón	33,1	25,0	9,8	92,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

⁴ Ibid

La provincia que posee el Índice de Desarrollo Social más bajo es Limón y la que tiene el mejor nivel es Heredia. Correlacionando este indicador con el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes y el porcentaje de repitencia en escuela primaria se puede apreciar que la provincia de Limón es la que posee las tasas más altas y Heredia las más bajas, lo que evidencia una clara relación entre el conjunto de indicadores. Además, Heredia es la provincia que posee la tasa de alfabetismo más alta en mayores de 10 años y Limón la más baja.

El análisis permite identificar como prioritarias de intervención, a las provincias de Limón y Puntarenas, ambas de zona costera, ya que son las que poseen los indicadores de desarrollo social más precarios.

2.1.1.2.- Tendencias en el ámbito del ambiente

En el tema del ambiente, la región de América Latina y el Caribe, ha experimentado un deterioro creciente, como resultado de la contaminación del aire, del agua y los suelos.

Agua y saneamiento

En lo relacionado con las coberturas de agua y saneamiento, el 94% de la población de las Américas tiene acceso a agua directamente en el domicilio, y en saneamiento (manejo de excretas y aguas residuales), la cobertura es del 86%. Estas cifras bajan cuando se toma en cuenta solamente América Latina y el Caribe a 91% y 77% respectivamente, siendo el déficit más alto cuando se valora la zona rural.

El 98,4% de la población costarricense tiene acceso a fuentes mejoradas de agua potable y el 82% a agua potable segura. Sin embargo la realidad subnacional muestra otra situación, mientras el promedio nacional de la población que no tiene acceso a agua potable segura es 18%, la cifra se incrementa a un 40% de las poblaciones abastecidas con sistemas operados por organizaciones de base comunitaria (Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAARs) y Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAs) y 24% de la población abastecida por sistemas operados por las municipalidades.

- Unos 250 acueductos con fuentes superficiales no tienen plantas de tratamiento y distribuyen agua no segura para consumo humano.
- Fallas en manejo de aguas de lluvia, residuos sólidos y aguas residuales deterioran las fuentes y limitan la continuidad, calidad y sostenibilidad del servicio de agua potable segura.
- Municipios u organizaciones de base comunitaria prestadores de servicio, no se benefician de instancias para respuestas confiables y oportunas a sus consultas sobre regulaciones, tecnología, operación, emergencias, entre otros aspectos.

Al analizar la información de potabilidad del agua según provincia, se confirma que Limón posee la situación más precaria y Heredia la más ventajosa.

Cuadro No. 7
Porcentaje de acueductos con agua de calidad potable por provincia en Costa Rica. Año 2005

PROVINCIA	PORCENTAJE DE ACUEDUCTOS CON AGUA POTABLE
San José	40,0
Alajuela	52,7
Cartago	51,7
Heredia	72,7
Guanacaste	58,5
Puntarenas	41,8
Limón	30,6

Fuente: Laboratorio Nacional de Aguas, ICAA.

Con respecto al manejo de excretas y aguas residuales, el 99,2% de la población costarricense tiene acceso y usa opciones mejoradas de saneamiento, de las cuales el 95,8% corresponde a viviendas con servicio sanitario conectado a alcantarillado sanitario o tanque séptico.

Los sistemas de evacuación con agua en su mayoría son individuales, principalmente tanques sépticos (67,3%) y otro porcentaje importante son alcantarillados sanitarios colectivos (28,5%), con solo un 3,5% de sus efluentes pasando por una planta de tratamiento que funciona. Este último valor subirá, a cerca de un 30% cuando se ponga en operación en los próximos años, nuevas plantas de tratamiento de aguas residuales, incluidas las que servirán a la gran Área Metropolitana. Aproximadamente siete de cada 10 familias, manejan sus excretas y aguas residuales en sitio (tanque séptico) principalmente, y no está claro cuanta de esta infraestructura ha sido diseñada y construida y está siendo operada y mantenida de forma adecuada

Existen limitaciones muy serias de calidad y sostenibilidad asociadas con el servicio del manejo de lodos y efluentes de los tanques sépticos, ya que las familias contratan directamente con proveedores privados que actúan sin marcos regulatorios y de control adecuados.

El nivel de contaminación del ambiente es un tema crítico por las limitaciones enunciadas en el manejo de lodos y efluentes de tanques sépticos y alcantarillados sanitarios, así como las descargas industriales y agro-industriales que representan riesgos actuales y potenciales para los acuíferos y cursos de agua, así como para el mar donde desembocan éstos últimos.

Residuos sólidos

Las instituciones a cargo de ejercer funciones son: el Ministerio de Salud en rectoría del servicio; la Contraloría General de la República en regulación económica y las municipalidades en la prestación de servicios, directamente o en asocio con el sector privado. Algunas municipalidades realizan contratos con la empresa privada para las actividades de recolección, transporte y disposición final, la mayoría que prestan este servicio tienen limitaciones de gestión que se reflejan en deficiencias en el manejo integrado de los residuos sólidos, con baja reducción y reciclaje de residuos, bajas frecuencias de recolección, y disposición final no sanitaria en suelo y cauces de quebradas y ríos. No existe información confiable, integrada y oportuna sobre manejo de residuos sólidos municipales ni para mejorar la participación y toma de decisiones de actores sociales.

El Programa Nacional de Residuos Sólidos, (PRESOL) aprobado en el 2008, se orienta a superar limitaciones enunciadas en el manejo de residuos sólidos, en cuya conducción el Ministerio de Salud trabaja en coordinación con el Ministerio de Ambiente (MINAET) y el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM).

Aguas pluviales

El país estableció procedimientos para manejar el agua de lluvia a nivel urbano y rural. Los caños construidos a ambos lados de las calles en el centro de las ciudades fueron efectivos, cuando existió relación apropiada, entre el tamaño de uno y otro. Sin embargo, el crecimiento urbano se ha acelerado, no así la infraestructura para el manejo de las aguas de lluvia.

Ante la falta de la apropiada red nacional para el manejo de las aguas de lluvia, Costa Rica se enfrenta a consecuencias no deseables, donde se provocan inundaciones, deslizamientos y otros desastres asociados a eventos hidrometeorológicos extremos. No es recomendable seguir haciendo inversión solo en la respuesta a emergencias y desastres sin hacerlo en planes de prevención y mejora para el manejo de las aguas de lluvia.

Cambio Climático y Salud

El cambio climático es un fenómeno global pero sus consecuencias no se distribuirán uniformemente. Áreas más vulnerables en países en desarrollo serán las más afectadas. La OMS distingue cinco grandes efectos sanitarios del cambio climático:

- Las temperaturas en aumento y la mayor frecuencia de sequías e inundaciones pueden comprometer la seguridad alimentaria.
- La mayor frecuencia de fenómenos meteorológicos extremos conlleva un mayor riesgo de mortalidad y de traumatismos por tormentas e inundaciones. Esto puede incluir brotes de enfermedades, como el cólera, sobre todo cuando los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento se han visto dañados o destruidos.
- La escasez de agua, esencial para la higiene, como el exceso de agua por precipitaciones más frecuentes o intensas aumentará la carga de enfermedades diarreicas.

- Altas temperaturas pueden aumentar el ozono y otros contaminantes del aire y acelerar el inicio de estación del polen, favoreciendo ataques de asma y otros problemas respiratorios y alérgicos.
- La variación de las temperaturas y de la pluviosidad está alterando la distribución geográfica de vectores que propagan enfermedades infecciosas.

Costa Rica ha iniciado el análisis de amenazas, vulnerabilidad y riesgo para la salud en talleres de ambiente nacional, centroamericano, regional y global, y la identificación y planificación de acciones de mitigación y adaptación trabajando en equipo con otros sectores de desarrollo, como agricultura y ambiente.

Control de vectores

Otra de las áreas identificadas como de importancia para trabajar desde la cooperación internacional con OPS/OMS, es el control de las enfermedades vectoriales. Las condiciones ecológicas de Costa Rica han demostrado ser óptimas para el desarrollo de los ciclos de vida de los vectores de la malaria (*Anopheles albimanus*), el dengue (*Aedes aegypti*), la enfermedad de Chagas (*Triatoma dimidiata*) y las leishmaniasis (*Lutzomyia ylephiletor* y *Lutzomyia longipalpis*). Para el control de estos vectores, en todos los casos resulta fundamental el manejo del medio intra y peri domiciliario. La malaria está bastante delimitada a áreas endémicas en la región Huetar Atlántica, que incluye como área prioritaria a la provincia de Limón. El dengue, está difundida en el territorio nacional cuya incidencia ha llegado a ser importante, en particular debido a la posibilidad de brotes epidémicos de dengue hemorrágico, que ha ocasionado muertes en Costa Rica. El control de vectores deberá manejarse desde la perspectiva de Manejo Integrado de Vectores con una amplia participación comunitaria e intersectorial.

2.1.1.3.- El Sector Salud costarricense

Para comprender la respuesta que ha dado el Estado costarricense a las necesidades de salud de su población y el concepto que subyace en las decisiones tomadas, es importante conocer la evolución y organización de su sector salud⁵.

Costa Rica a través de su historia, presenta momentos que se caracterizan por la toma de decisiones políticas y técnicas de incalculable valor para el desarrollo del país, sobre todo en el campo de lo social. Se dice esto, ya que en un país como éste, capitalista, dependiente y en vías de desarrollo, se requiere de decisiones políticas claras y conceptualmente apropiadas, acordes con su realidad; y de decisiones técnicas que canalicen adecuadamente estos lineamientos políticos, especialmente para poder conseguir lo que hoy se ha logrado en el campo de la salud.

⁵ En Costa Rica, el sector salud está constituido por el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar el estado de salud de la población.

Al examinar la historia de las decisiones en el país en el campo de la salud, se puede valorar que los tomadores de decisiones en Costa Rica, independientemente de que se piense que no tomaron en cuenta algunas variables que pudieron ser importantes en ese momento histórico, partieron de una clara orientación en términos del bienestar común, interpretando que la salud es un tema de Estado y además un derecho humano.

Probablemente, el momento histórico que marca la pauta en el desarrollo y consolidación del sector salud en Costa Rica es la década de los años 70. El período que precedió a esa década se caracterizó por el nacimiento de las instituciones encargadas de brindar los servicios de salud, tanto las de atención directa a las personas, como las encargadas de la atención al ambiente.

Estas son las fechas y algunos antecedentes de las principales instituciones de salud en Costa Rica:

- a. **Ministerio de Salud:** el 12 de julio de 1922, por decreto ejecutivo y durante la presidencia de don Julio Acosta, se creó la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, dependiente de la Secretaría de Policía. En marzo de 1927 se le asigna la atención de los hospitales, lazaretos, hospicios, casas de maternidad e instituciones protectoras de la infancia y en el mes de junio del mismo año, se creó la Secretaría de Salubridad, adelantándose el país, a muchos otros países del continente, que no contaban con una cartera o ministerio encargado de velar por la salud de la población. Desde la promulgación de la Ley General de Salud en 1973, el Ministerio asume una responsabilidad dual: la rectoría de la salud y la prestación de servicios de atención directa a las personas. A inicios de la década de los ochenta, se inicia en el país un proceso de separación de las funciones de rectoría y prestación de servicios, asumiendo paulatinamente el Ministerio de Salud únicamente la responsabilidad rectora, lo que en el año 2009 se encuentra prácticamente consolidado.
- b. **Instituto Nacional de Seguros⁶:** en octubre de 1924, el Congreso de la República de Costa Rica, dicta la ley mediante la que se otorga el monopolio de los seguros individuales y privados a favor del Estado. La institución se denominó Banco Nacional de Seguros y años después se convirtió en el Instituto Nacional de Seguros. Entre otros aspectos, el Instituto nace como responsable del seguro de riesgos profesionales, siendo ésta, la primera manifestación clara de la intervención del Estado costarricense en la protección de la salud de los trabajadores. Es importante mencionar, que los riesgos laborales son un componente esencial de un concepto más amplio denominado seguridad social.

⁶ El Instituto Nacional de Seguros no se encuentra incluido en el más reciente Decreto Ejecutivo de Sectorización del Estado, pero se incluye en este documento, ya que su responsabilidad sobre los riesgos del trabajo la hacen formar parte del sistema de seguridad social costarricense.

- a. **Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados:** en 1942 se dictamina por parte del Congreso de la República, la Ley de Aguas, definiéndose que todos los acueductos eran patrimonio del Estado y que la institución responsable por la administración de nuevas obras sería el Ministerio de Salud. En el año 1953 se dictó la Ley General de Agua Potable, que regula a todos los administradores de agua y acueductos y además es la responsable por la potabilidad del agua que consumen todos los habitantes del país. Posteriormente, mediante la Ley 2726 de 1961, se crea el Servicio Nacional de Agua y Alcantarillado, convertido años después en Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ICAA).

- c. **Caja Costarricense de Seguro Social:** la Ley del Seguro Social, fue promulgada en noviembre de 1941 (Ley No 17) y fue reformada mediante otra ley, también No 17, del 22 de octubre de 1943, denominada Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, que le daba autonomía para su administración y gobierno. A partir de ese momento, los tomadores de decisiones, independientemente de partidos políticos, delinearon el rumbo hacia la consolidación de un sistema de atención a las personas sustentado en los principios de la seguridad social.

Los años 70 marcan la pauta en la consolidación del sector salud en Costa Rica. El primer gran hito fue la universalización del seguro social, según la Ley 4750 de abril de 1971. Según esta ley, la universalización debía darse en tres etapas. La primera llamada **extensión vertical** del seguro social, que se logró a partir de la eliminación del llamado “tope salarial”. Con esta medida, todos los asalariados del país, fueron protegidos.

La segunda etapa, llamada **extensión horizontal**, se ampliaron los servicios del seguro social a zonas geográficas donde aún no se recibían. Mediante la promulgación de la Ley 5349 del 24 de setiembre de 1973, conocida como “Ley de Traspaso de Hospitales”, se traspasaron a la Caja Costarricense de Seguro Social, todos los recursos hospitalarios dependientes de las Juntas de Protección Social y Compañías Bananeras.

La tercera etapa fue impulsada durante la administración de gobierno 1982-1986. A esa fecha, aproximadamente el 80% de la población nacional gozaba de los beneficios de la seguridad social (asalariados). El 20% restante, estaba constituido por un grupo poblacional de trabajadores independientes o bien sin posibilidades de pago de las cuotas establecidas, dada su situación de pobreza.

En ese contexto, se genera el decreto número 15133-S, con el cual se incorporan los pobres a los servicios del seguro social. Superada esta fase, se consideró que la universalización se había logrado, pero con dificultades para que se concretara en la práctica por problemas de acceso esencialmente geográfico.

Como respuesta a los vacíos que el proceso de universalización de la seguridad social dejaba, se dio otra importante decisión política y técnica a la vez, al implementarse los programas de extensión de cobertura basados en la estrategia de la atención primaria, que

tuvieron como objetivo llevar la atención a la población rural dispersa y a la población urbana marginal. Estos programas se denominaron Salud Rural y Salud Comunitaria respectivamente e iniciaron labores en los años de 1973 y 1975.

La acción combinada de estos dos eventos históricos y la fuerte inversión social que en general se produjo en ese período y la mejoría de las condiciones de vida de la población, determinó, que al finalizar la década de los 70, la situación de salud en Costa Rica fuese comparable con la de países de mayor desarrollo.

Los indicadores de salud mejoraron de forma notable a partir de las labores de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación básica, que desarrollaron los programas de extensión de cobertura y el primer nivel de atención del seguro social, impactando sobre las enfermedades infecciosas prevalentes en esa época.

A partir de los años 80, el país enfrenta problemas de salud de tipo crónico, ante lo que ha tenido que reaccionar invirtiendo importantes recursos, pero actuando esencialmente sobre las consecuencias y no sobre los determinantes. Se impone entonces, el impulso de un nuevo paradigma: la promoción de la salud, la cual ha sido adoptada a partir del año 2006, como estrategia maestra por el Ministerio de Salud de Costa Rica, siendo opinión generalizada que interpreta de forma correcta la nueva realidad del país.

2.1.2.- Tendencias de la situación demográfica y epidemiológica

2.1.2.1.- Tendencias de la situación demográfica

En el cuadro 8 se muestra el comportamiento demográfico del país en el período 1950-2020. En todos los años estudiados hay más hombres que mujeres y se observa un crecimiento poblacional uniforme hasta el año 2000, cuando empieza a disminuir esta tendencia, lo cual es congruente con el comportamiento actual que se observa en la población nacional de tener pocos hijos(as), llevando la razón de fecundidad a cifras inferiores a uno, por lo que prácticamente no se está dando el recambio poblacional.

Cuadro No. 8
Población estimada y proyectada. Años 1950-2020
-miles de personas-

Sexo/año	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2020
Total	861.7	1236	1730.7	2284.4	3014.6	3710.6	4325.8	4691.6	5315.9
Hombres	432.5	622.5	872.9	1153.0	1523.8	1874.5	2199.9	2384.4	2695.1
Mujeres	427.2	613.5	857.8	1131.4	1490.8	1836.1	2125.9	2307.2	2620.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

A continuación se presenta el comportamiento de la esperanza de vida al nacer según sexo. El aumento de la esperanza de vida al nacer se debe principalmente a cambios en la mortalidad de las personas entre 65 y 89 años, lo que evidencia la buena cantidad y calidad de la atención que ofrece el sistema de salud en el componente de atención directa a las personas, así como en el mejoramiento de su calidad de vida.

Cuadro No. 9
Dinámica Demográfica: esperanza de vida al nacer según sexo

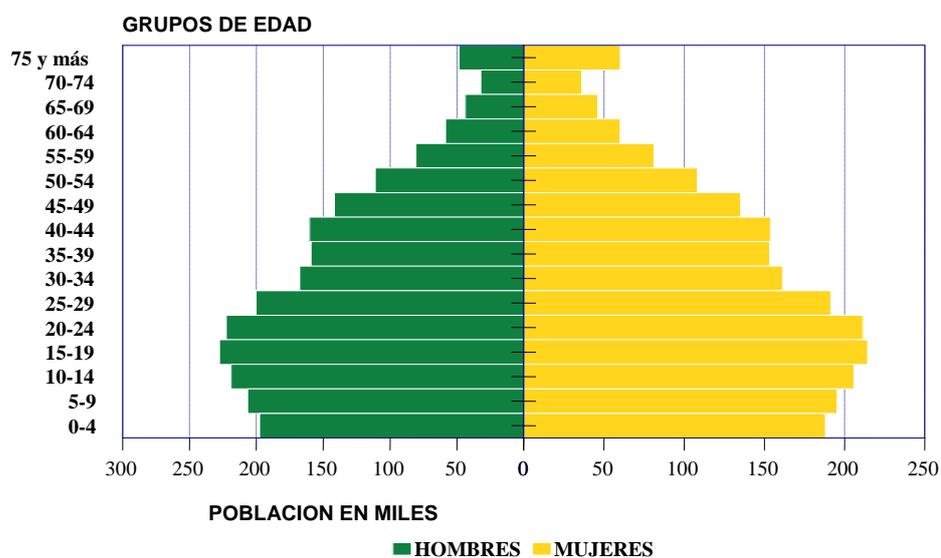
Sexo/ Año	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2020
Total	57.3	63	65.8	74.4	76.9	77.7	78.4	79	80.1
Hombres	56	61.6	64.2	71.8	74.7	75.3	76.1	76.7	77.7
Mujeres	58.5	64.5	67.2	77	79.1	80.2	80.8	81.5	82.6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) / Centro Centroamericano de Población (CCP).

Se aprecia el aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer en Costa Rica, tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres viven más que los hombres y esa tendencia se mantiene en una proyección hacia el año 2020.

Para reforzar lo descrito, se presenta a continuación la pirámide poblacional al año 2007.

Gráfico No. 3
Estructura de la población
Por grupos de edad. Costa Rica 2007



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística M. Salud

Es clara la tendencia al envejecimiento de la población costarricense, lo que supone mayor prevalencia de enfermedades crónicas y en consecuencia, un incremento de la demanda de de servicios de salud de atención médica y consumo de alta tecnología de medios de diagnóstico, tratamiento y medicamentos. Pero de la misma forma, implica un aumento de la presión en el sistema de pensiones y en la demanda por servicios de cuidado profesional.

Lo anterior significa un reto de gran magnitud para las instituciones de salud y en particular para el país en general.

2.1.2.2.- Tendencias de la morbilidad y mortalidad

En el cuadro siguiente se presenta la situación de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país, a partir de la información sobre egresos hospitalarios.

Cuadro No. 10
Principales causas de morbilidad en Costa Rica según egreso hospitalario. Año 2005

1.	Embarazo, parto y puerperio (aborto, complicaciones del embarazo, parto normal, complicaciones del parto)
2.	Enfermedades del sistema digestivo (enfermedades de los dientes y boca, apendicitis, hernias abdominales, otras)
3.	Enfermedades del sistema genitourinario
4.	Causas externas (traumas, fracturas)
5.	Enfermedades del sistema respiratorio (infecciones respiratorias agudas, neumonía, asma, otras)
6.	Enfermedades del sistema nervioso (enfermedades de los ojos y anexos, enfermedades del oído y apófisis mastoides)

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Departamento de Estadística.

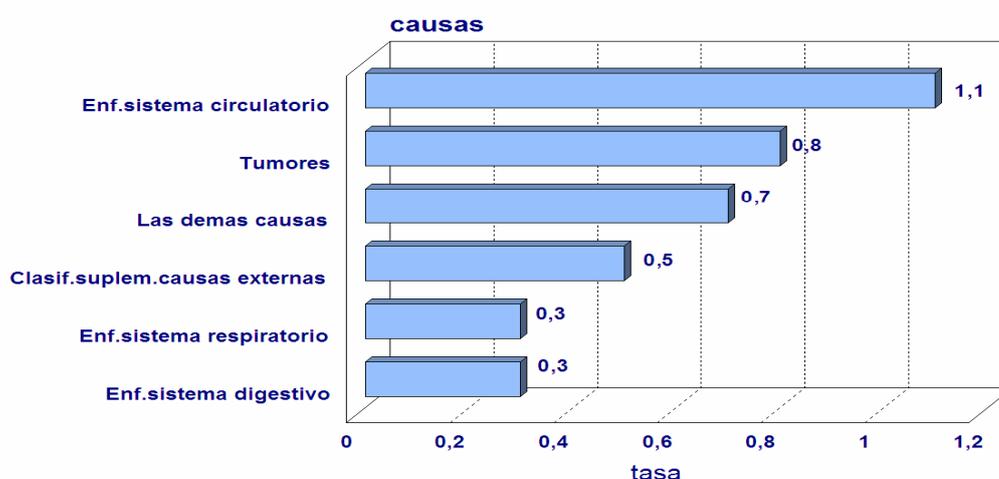
Cuadro No. 11
Principales causas de mortalidad en Costa Rica. Año 2005

1.	Sistema circulatorio (enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedad hipertensiva, otras)
2.	Cáncer (estómago, próstata, bronquios y pulmón, colon, mama, otros)
3.	Causas externas
4.	Sistema Respiratorio (enfermedades crónicas, neumonía, otras)
5.	Sistema digestivo (enfermedad del hígado, otras)
6.	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, diabetes mellitus, otras)
7.	Enfermedades del sistema nervioso
8.	Enfermedades infecciosas y parasitarias (SIDA, diarrea y gastroenteritis, dengue, malaria, otras)
9.	Enfermedades del sistema genitourinario (insuficiencia renal, otras)
10.	Afecciones de período perinatal
11.	Malformaciones congénitas

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Departamento de Estadística.

Las principales causas de egreso hospitalario están relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Las enfermedades del sistema digestivo, son la segunda causa de egreso y la cuarta de muerte y las enfermedades del sistema respiratorio, ocupan el quinto lugar de egreso hospitalario y la cuarta causa de mortalidad. El gráfico 4 presenta una situación similar de la mortalidad por grandes grupos de causas para el año 2007.

Gráfico No. 4
Mortalidad por los primeros grandes grupos de causas.
Costa Rica, 2007
 (tasa por 1.000 hab.)



Fuente: INEC-Unidad Información Estadística M. Salud

Las causas de mortalidad más importantes son las enfermedades del sistema circulatorio, sin embargo, es importante tener claro que las enfermedades transmisibles son también causa importante de muerte, situándose en el octavo lugar y estando condicionadas esencialmente por el SIDA, la diarrea y la gastroenteritis.

El análisis comparado de las causas de muerte y la tendencia al envejecimiento de la población costarricense confirma que el país debe plantearse estrategias de atención con un abordaje integral, con énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Es importante anotar, que los determinantes de la salud asociados con estilos de vida, juegan un papel esencial en las tendencias epidemiológicas actuales. Las primeras causas de muerte de la población costarricense son enfermedades no transmisibles, cuyo origen se encuentra en determinantes sociales asociados con el sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo e inadecuados hábitos alimenticios. El reto de la promoción de la salud queda claramente identificado y ha sido definido como una prioridad política en materia de salud pública.

Mortalidad infantil

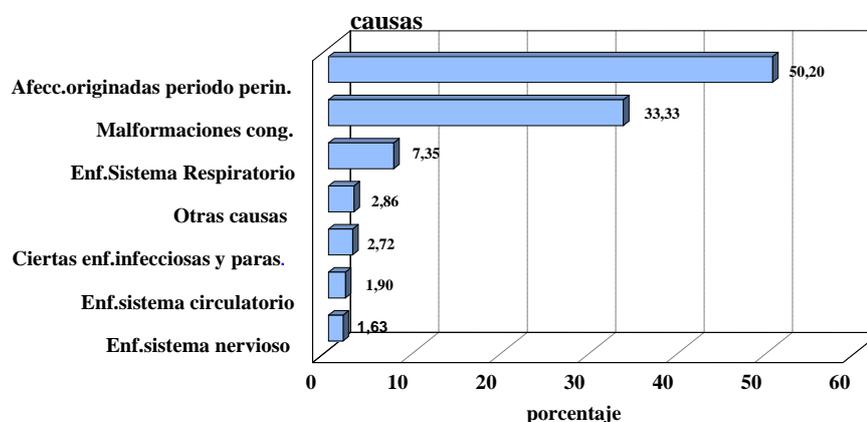
Como se aprecia en el cuadro, en 2007 las provincias de Cartago y Guanacaste tienen las tasas más altas de mortalidad, siendo sus causas similares a las nacionales, por lo que las acciones en el campo de la promoción y prevención parecen tener un espacio importante de actuación en esas provincias.

Cuadro No. 12
Mortalidad infantil por provincia. Costa Rica, años 2005, 2006 y 2007

Provincia	2005	2006	2007
Costa Rica	9,8	9,7	10,0
San José	9,9	9,7	10,0
Alajuela	7,7	8,7	9,1
Cartago	12,4	9,8	12,3
Heredia	9,3	7,0	7,4
Guanacaste	9,9	10,6	12,0
Puntarenas	10,4	11,4	10,3
Limón	10,2	11,2	10,1

Fuente: Ministerio de Salud.

Gráfico No. 5
Mortalidad infantil según causa de muerte. Costa Rica 2007
(cifras porcentuales)



Fuente: INEC-Unidad Información Estadística M. Salud

En el cuadro 13 se observa la mortalidad infantil para el año 2007 correlacionada con la situación del Índice de Desarrollo Social, por provincia y cantón. Hay consistencia entre la precaria situación de los determinantes de la salud de la provincia de Limón y el indicador de mortalidad infantil.

Cuadro No. 13
Mortalidad infantil e Índice de Desarrollo Social por provincia y cantón. Costa Rica, 2007

Provincia-cantón/ indicador	Mortalidad infantil	Índice de Desarrollo Social
Provincia San José	10,5	59,6
Cantón Turrubares	0	49,1
Cantón Curridabat	19,1	73,3
Vásquez de Coronado	12,3	71,0
Provincia Alajuela	9,1	54,4
Cantón Alfaro Ruiz	0	67,1
Cantón Valverde Vega	0	70,3
Cantón San Mateo	52,6	59,0
Provincia Cartago	12,3	63,6
Cantón Jiménez	9,7	59,3
Cantón Cartago	13,9	59,0
Provincia Heredia	7,4	71,4
Cantón San Pablo	3,0	74,3
Cantón San Isidro	14,4	78,5
Provincia Guanacaste	12,0	47,5
Cantón Nandayure	0	53,1
Cantón Nicoya	21,6	48,4
Provincia Puntarenas	10,3	45,4
Cantón Montes de Oro	0	63,9
Cantón Coto Brus	16,9	30,9
Provincia Limón	10,1	33,1
Cantón Matina	9,9	22,6
Cantón Talamanca	18,4	0,0

Fuente: Ministerio de Salud. Unidad de Información Estadística.

La provincia de Heredia mantiene los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad general más bajos, lo que podría ser una consecuencia de la mejor situación de los determinantes de la salud.

Cuadro No. 14
Indicadores epidemiológicos seleccionados por provincia en Costa Rica. Año 2007

Provincia/ indicador	Mortalidad General	Mortalidad materna por 10.000 n/v	Mortalidad infantil	Mortalidad por cáncer por 10.000	Mortalidad por enfermedades aparato circulatorio por 10.000
Costa Rica	3,8	1,9	10,5	8,02	10,91
San José	4,0	3,0	10,0	8,55	12,1
Alajuela	3,6	0,7	9,1	7,72	11,1
Cartago	3,8	0,0	12,3	9,01	11,1
Heredia	3,3	1,5	7,4	8,15	9,8
Guanacaste	4,8	4,9	12,0	8,13	13,5
Puntarenas	4,2	1,3	10,3	7,99	10,5
Limón	3,1	1,3	10,1	5,3	8,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Especial atención merece la situación de la provincia de Cartago, que mantiene de forma constante una tasa de mortalidad infantil que supera el promedio nacional. Esto no parece relacionarse con la situación de los determinantes de la salud, sino con la calidad de los servicios de atención directa a las personas que posee dicha provincia y con la mayor prevalencia de embarazo en adolescentes que se presenta en la misma. Ambos argumentos requieren de evidencia sustentada en investigaciones posteriores.

Mortalidad materna

En ninguna de las provincias se muestra una tendencia sostenida del indicador, lo que habla a favor de que esté condicionada por factores externos coyunturales.

Cuadro No. 15
Mortalidad materna por provincia por 10.000 nacimientos
Costa Rica, años 2005, 2006 y 2007

Provincia	2005	2006	2007
Costa Rica	3,6	3,9	1,9
San José	2,6	3,5	3,0
Alajuela	2,2	3,7	0,7
Cartago	4,1	2,7	0,0
Heredia	10,7	4,8	1,5
Guanacaste	9,2	5,4	4,9
Puntarenas	2,6	6,6	1,3
Limón	0,0	2,6	1,3

Fuente: Ministerio de Salud.

Salud mental

El perfil prevalente se caracteriza por la existencia de las neurosis, estados depresivos, ansiedad y alcoholismo como causas de consulta y de las psicosis y alcoholismo como causas de egreso hospitalario. La salud mental no ha generado políticas específicas prioritarias en el país, lo que parece ser diferente para el período 2006-2010, ya que es una prioridad en el Plan Nacional de Desarrollo.

2.1.2.3.- Población migrante en Costa Rica

Los resultados del último censo nacional del año 2000, evidencian que un 8% de la población residente en Costa Rica es nacida en el extranjero. De este porcentaje, el 75% es de origen nicaragüense constituyéndose en el 6% de la población del país. El otro grupo de importancia es el de origen colombiano.

La población migrante se encuentra en edad productiva entre los 20 y 40 años de edad, y las razones de su estadía en el país es la búsqueda de mejores posibilidades de vida para ellos y sus familias. Su inserción laboral difiere de la del promedio de la población costarricense,

en ocupaciones poco calificadas como la agricultura, la construcción, los servicios y el comercio. Se desenvuelven en un ambiente de inestabilidad en el trabajo, con bajos salarios y con dificultades para optar por sus plenos derechos laborales. Tienen además dificultad para acceder a los programas de vivienda diseñados por el Estado.

El perfil de morbilidad está condicionado por el precario ambiente en que se desenvuelven, y está caracterizado esencialmente por desnutrición, parasitosis, enfermedades de la piel, enfermedades respiratorias, diarreas y enfermedades de transmisión sexual.

Como el resto de la población, acceden principalmente a los servicios de atención directa a las personas por medio de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud y los servicios de emergencias de los hospitales públicos del país.

La mayoría de la población migrante se concentra en tres áreas bien definidas: la zona norte, la atlántica y la capital del país.

2.1.2.4.- Población indígena en Costa Rica

La información del censo del año 2000, revela que el 58% de la población indígena vive fuera de los territorios indígenas (58%), lo cual no es respaldado por la información que maneja la Mesa Nacional Indígena.

La población indígena se concentra en el área de Talamanca y la Zona Sur hacia la frontera con Panamá, sin embargo menos de la mitad vive dentro de los territorios indígenas y el resto se distribuye en zonas periféricas y aledañas. Los distritos con mayor población indígena son: Bratsi, Valle de la Estrella, Sixaola, Limón, Tayutic, Buenos Aires, Potrero Grande, Boruca, Mansión y la Suiza. Aunque se trata de una población básicamente rural, cerca de una cuarta parte habita en áreas urbanas, llamando especialmente la atención, la concentración indígena en el área metropolitana. Se trata de una población esencialmente joven, ya que casi la mitad de la población es menor de 18 años.

En general y según el último censo del año 2000, el 1,7% de la población costarricense es indígena (67.876 personas). De estos, el 51,5% son hombres y el 48,5% son mujeres. El 80% de la población indígena reside en zona rural con una gran dispersión ya que solamente el 42,3% habita los 24 territorios indígenas existentes. Es importante anotar, que el 17,3% es de origen panameño de la etnia ngöbe-bugle, un porcentaje importante es residente y otro grupo migra esencialmente en tiempos de cosecha del café.

Condiciones de vida

Los pueblos indígenas que habitan dentro de los territorios indígenas, responden a ocho tradiciones culturales del tronco lingüístico macrochibcha, excepto los chorotegas que tienen tradición nahuatl. Estos son: bribbí, cabécar, ngöbe, boruca, teribe, huetar, chorotega y maleku. Estos pueblos se asientan en territorios denominados en algunos casos, como

“reservas indígenas”. Los pueblos bribri, cabécar y ngöbe conforman el 81.6% de toda la población indígena dentro de territorios.

Los indígenas que viven en reservas, hablan la lengua indígena y los que mejor conservan su lengua son los ngöbes, cabécares, malekus y bribris.

Aunque la ley asigna la exclusividad de los territorios indígenas, se han dado diversos grados de usurpación de sus tierras por terratenientes, ganaderos, madereros y campesinos no indígenas, de modo que en promedio los indígenas solo poseen el 57% de las tierras a que tienen derecho.

Las condiciones de vida dentro de los territorios reflejan las serias deficiencias en el abastecimiento de agua para consumo, el mal estado de acueductos donde los hay, inexistencia de medios de drenaje, falta de letrinas, así como modestos hábitos de higiene y la exposición a insectos propios del hábitat tropical. Los servicios públicos en los territorios son básicamente escasos o inexistentes y cuando los hay no reciben mantenimiento. En general, las comunidades más alejadas de las cabeceras de distrito y las que se ubican hacia la alta montaña en el caso de Talamanca, son las que tienen las mayores carencias y por tanto también los mayores problemas de salud. En general se tratan de comunidades con alto nivel de exclusión social, política y económica.

La nueva información sobre la dispersión de la población indígena, debe llevar a una reflexión sobre los procesos internos que se están dando en las comunidades indígenas y que derivan en el éxodo de sectores importantes de su población. Algunas situaciones son: exclusión socio-económica y cultural, tenencia de la tierra, analfabetismo, descontextualización de la oferta educativa, agotamiento de fuentes laborales, ausencia de infraestructura y de servicios básicos, incursión de no indígenas en los territorios indígenas, drogadicción, alcoholismo, migración étnica, narcotráfico, procesos de aculturación, así como falencias en el enfoque intercultural de la salud.

La economía es esencialmente agrícola, y se desarrolla en territorios propios o trabajando para otros propietarios no indígenas.

El índice de analfabetismo es de un 30%, contra un 4,5% de la población nacional. En 1995 con respaldo de ley, se crea el sistema de educación intercultural bilingüe y el subsistema de educación indígena, como un esfuerzo para adecuar la educación pública a la realidad de los pueblos indígenas. En el campo educativo existen dificultades que impiden el desarrollo del modelo educativo intercultural, entre las que se cuentan, la deserción escolar, la falta de continuidad de los maestros por traslado o renuncia, descontextualización del modelo educativo y problemas de salud de la niñez, que les impiden su progreso en el campo.

Condiciones de salud

Las poblaciones indígenas registran menores tasas de mortalidad originadas en el cáncer y otras enfermedades crónicas al compararlas con el resto de la población a nivel nacional (8 a 15 puntos por debajo del perfil nacional).

Lo contrario se presenta con la mortalidad infantil, ya que en general supera a la tasa nacional (16 – 21,1 contra 10,8 en el año 2003).

Se identifican como principales causas de morbilidad en los niños indígenas: las diarreas, parasitosis, infecciones respiratorias agudas (IRA), tuberculosis (TBC), desnutrición, particularmente en las zonas de alta montaña bribri y cabécar y en las áreas de los gnöbes, lo cual está relacionado con las condiciones sanitarias de esta población.

En el estudio más reciente, el Ministerio de Salud reportó en el año 1992, un 6,54% de desnutrición entre la población indígena, mayor al promedio nacional que era de 2,57%, encontrándose como factores generadores el analfabetismo y la inadecuada fuente de agua.

Existe un 40% de embarazos en adolescentes, lo que implica un reto importante a ser abordado.

Se ha identificado que el 30% de la población indígena no posee seguro de salud, condicionado esencialmente por la falta de conocimiento sobre sus derechos y por la inaccesibilidad geográfica existente para algunos miembros de estas comunidades.

Por otro lado, se considera que este problema de inaccesibilidad geográfica condiciona que al menos 2.500 indígenas estén excluidos del segundo y tercer nivel de atención del sistema de seguridad social costarricense. Es importante enfatizar, que este problema no tiene que ver con el “ser indígena”, sino con el problema de acceso geográfico que pueden tener otros miembros de la población general.

Como conclusión general, se debe decir, que la atención en salud de los pueblos indígenas en Costa Rica, responde a una concepción general del derecho a la salud que se reconoce para todos los habitantes del país.

2.2.- PROPUESTA DE PAÍS PARA ABORDAR LA SITUACIÓN IDENTIFICADA

La presente propuesta toma como referencia las orientaciones de la Agenda de Salud para las Américas y la Agenda de Salud para Centroamérica y República Dominicana, así como las orientaciones de la política social y en salud descritas en el Plan Nacional de Desarrollo 2008-2010. La respuesta a la situación identificada está traducida también en los planes institucionales de las entidades que conforman el Sector Salud.

2.2.1.- La Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017⁷

La Agenda de Salud para las Américas fue refrendada por los Ministros y Secretarios de Salud del continente, en reunión realizada en la ciudad de Panamá el tres de junio del 2007, manifestándose el interés de trabajar conjuntamente para mejorar el nivel de salud de sus poblaciones.

Las áreas de acción planteadas son:

- a. **Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional:** mejorar la capacidad institucional de los Ministerios de Salud, para que ejerzan apropiadamente un rol de liderazgo que les permita conducir a los actores sociales vinculados con el desarrollo de la salud pública en los países. Para esto se deben definir de forma clara las funciones que deben cumplir para lograrlo, las políticas que permitan el abordaje de los determinantes sociales de la salud y propiciar una mayor inversión en salud.
- b. **Abordar los determinantes de la salud:** el reconocimiento del papel de los determinantes de la salud y la incorporación de líneas de trabajo y recursos en los planes nacionales de desarrollo que permitan su abordaje. El abordaje de los determinantes de la salud, permite la protección más efectiva de la población más necesitada, siendo una prioridad, ampliar el campo de acción del liderazgo de los Ministerios de Salud con instituciones que se han considerado siempre como actores sociales no vinculadas con la salud de la población.
- c. **Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad:** la universalización y mejora de la protección social de la salud, desarrollando sistemas de aseguramiento que disminuyan la carga financiera en la familias y protegiéndolas del riesgo de pobreza debido a gastos catastróficos de bolsillo, garantizando un conjunto de servicios. Como parte de este esfuerzo, se debe garantizar el acceso a medicamentos y tecnologías en salud efectivas, para lo que la integración de los países es de suma importancia. Igualmente, es prioritario que los países promuevan enfáticamente la atención primaria de salud, con el propósito de impulsar el acceso universal y equitativo.
- d. **Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos:** priorizar a los más vulnerables es esencial para el logro de la equidad. Desarrollar programas de salud sexual y reproductiva, de promoción de la salud en los jóvenes y adolescentes y de atención a los adultos mayores, deben ser prioritarios.

⁷ Ibid

- e. **Reducir los riesgos y la carga de enfermedad:** iniciar o fortalecer las acciones de control de la diabetes, las enfermedades cerebro y cardiovasculares y los tipos de cáncer de mayor prevalencia e incidencia, al igual que la hipertensión arterial, las dislipidemias, la obesidad y la falta de actividad física.
- f. **Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud:** definir e implementar políticas para el desarrollo de la fuerza de trabajo, solucionar el problema de la inequidad en la distribución del personal, lograr retener a los trabajadores de la salud, mejorar la capacidad de gestión del personal y las condiciones de trabajo y planificar conjuntamente con las instituciones formadoras las necesidades y perfiles del personal del futuro.
- g. **Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología:** evaluar y usar el conocimiento en la toma de decisiones para seleccionar intervenciones que sean pertinentes y efectivas, para lo que deben fortalecer la investigación sobre determinantes y consecuencias, sobre medicinas complementarias, sobre medicamentos y tecnologías y deben difundir la bioética.
- h. **Fortalecer la seguridad sanitaria:** prepararse y tomar medidas intersectoriales para enfrentar desastres, pandemias y enfermedades que afectan la seguridad sanitaria nacional, regional y global.

2.2.2.- La Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018

La Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana, fue aprobada en la XXIX Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana, realizada en Tegucigalpa el 30 y 31 de enero de 2009. Es un instrumento político con enfoque integracionista establecido por los gobiernos constitucionales de la Región.

Se definen diez objetivos estratégicos:

- 1.- Fortalecer la integración social de Centroamérica y República Dominicana mediante la definición e implementación de políticas regionales de salud.
- 2.- Fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria nacional en el marco de la integración centroamericana.
- 3.- Fortalecer y extender la protección social en salud garantizando el acceso a servicios de salud de calidad.

4. Reducir las desigualdades e inequidades y exclusión social en salud dentro y entre los países.
5. Reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia de género y social, así como los relacionados con el ambiente y los estilos de vida.
6. Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud.
7. Promover la investigación científica y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud y uso / aplicación de la evidencia en políticas públicas en salud.
8. Fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional y reducción de la desnutrición apoyándose en la institución especializada de la región, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).
9. Establecer mecanismos para incrementar la cobertura en la provisión de agua apta para consumo humano, así como la protección y mejoramiento del ambiente humano, apoyándose en la instancia regional Foro Centroamericano y de la República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS).
10. Reducir la vulnerabilidad ante los desastres de origen natural, las emergencias antrópicas y los efectos del cambio climático.

2.2.3.- Los objetivos y metas de país

Los objetivos y metas nacionales, se encuentran establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 y los específicos en los planes institucionales del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, en su carácter de instituciones estratégicas para el desarrollo de la salud pública en Costa Rica.

2.2.3.1.- Plan Nacional de Desarrollo 2008-2010⁸

El Plan Nacional de Desarrollo 2008-2010, plantea las siguientes grandes metas nacionales vinculadas al tema de la salud y sus determinantes:

- a. Reducción de la pobreza y la desigualdad

⁸ Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. Año 2007

- b. Incrementar el crecimiento de la economía y el empleo
- c. Mejorar la calidad y ampliar la cobertura del sistema educativo
- d. Fortalecer las instituciones públicas y ordenar las prioridades del Estado
- e. Desarrollar un Plan Estratégico para la CCSS para el período 2007-2012

Metas en salud:

- a. **Promover un programa de fortalecimiento de las condiciones de salud de la población infantil y adolescente, promoviendo estilos de vida saludables:** aumento de cobertura de la población asegurada; mantener la tasa de mortalidad infantil por debajo de 10 por mil nacidos vivos; introducir las vacunas contra la varicela, el neumococo, rotavirus y tosferina para adultos y aumento de cobertura del programa ampliado de inmunizaciones; disminución de la desnutrición en 1%; disminución de la mortalidad materna en un 24%; tamizaje por VIH / SIDA del 36% de mujeres en cuidado prenatal; ejecución de un plan de salud mental; creación del Centro Nacional de Atención Integral en adicciones a sustancias psicoactivas; aumento del ejercicio físico en la población y aumento de cobertura del programa CEN-CINAI.
- b. **Desarrollar acciones de promoción y protección del hábitat humano:** cierre del botadero de Río Azul y la creación de centros de acopio en 22 cantones adicionales a los ya existentes; aumento de la cobertura en un 4,7% con agua para consumo humano en zonas rurales; mantener al 98% de la población con agua apta para consumo humano; y avance en un 55% en el proyecto de mejoramiento ambiental del Área Metropolitana de San José.
- c. **Fortalecer la capacidad resolutive de las instituciones del sector, aumentando prioritariamente la cobertura de los seguros de enfermedad y maternidad:** 60,2% de aseguramiento en el Régimen de Enfermedad y Maternidad y un 52% de aseguramiento del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte de la CCSS.
- d. **Desarrollar un programa de provisión de recursos de infraestructura, humanos, tecnológicos y financieros:** construcción de 80 Sedes de EBAIS; contratación de 400 funcionarios para la provisión de servicios; avance de un 30% en la ejecución del plan de infraestructura; contratación para el segundo nivel de atención en zonas de difícil acceso de 44 profesionales en pediatría y gineco-obstetricia; 60% de los establecimientos de salud organizados en red; 70% de establecimientos que correspondan con recursos tecnológicos oncológicos y un avance de un 70% en la ejecución del Plan Nacional contra el Cáncer.
- e. **Fortalecer la gestión institucional para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios:** fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud y avance en un 25% del Instituto Nacional de Salud Pública a partir de la transformación del INCIENSA.

- f. **Desarrollar un Plan Estratégico para la CCSS para el período 2007-2012:** El plan enfatiza en la recuperación y construcción de infraestructura hospitalaria; en la formación del personal necesario para cubrir los requerimientos de atención y garantizar la sostenibilidad financiera de la CCSS.

A pesar de que el Plan Nacional de Desarrollo cubre el período 2006-2010, la estrategia de cooperación de la OPS/OMS en Costa Rica para el período 2010-2014, debe tomarlo como referencia, en el entendido que constituyen la referencia oficial de gobierno global más actualizada, en la que se define el rumbo del país en términos de salud y sus determinantes.

2.2.3.2.- Plan Estratégico Institucional 2007-2012 de la CCSS⁹

Sustentándose en el documento “Una CCSS renovada hacia el 2025”, se organizaron líneas de acción para el período 2007-2012, en cuatro objetivos estratégicos, clasificados en cuatro perspectivas: crecimiento y desarrollo, procesos internos, sostenibilidad financiera y usuarios:

- **Crecimiento y desarrollo:** fortalecimiento de los recursos humanos, físicos y tecnológicos y generación de un adecuado clima organizacional que permita una gestión con excelencia.
- **Procesos internos:** desarrollo y consolidación de un nuevo modelo de atención y gestión, con énfasis en el componente hospitalario; incremento de la capacidad de gestión institucional; educación de los usuarios; fortalecimiento de la promoción de la salud y aumento de la capacidad financiera de la institución.
- **Sostenibilidad financiera:** estrategias que permitan la sostenibilidad financiera institucional para el mediano y largo plazo.
- **Usuario:** mejorar la equidad del sistema de salud y el acceso a los servicios; garantizar la seguridad, la oportunidad y calidad de los servicios; fortalecer los derechos de los usuarios y garantizar el poder adquisitivo de las pensiones.

2.2.3.3.- Plan Estratégico Institucional 2007-2020 del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)¹⁰

El Plan Estratégico Institucional del ICAA para el período 2007-2020, plantea políticas y estrategias generales que orientan el quehacer institucional para los próximos 12 años.

Políticas:

- **Calidad del gasto:** una prioridad la efectividad del gasto en términos del logro de los objetivos institucionales.

⁹ CCSS. Plan Estratégico Institucional 2007-2012. Año 2007.

¹⁰ ICAA. Plan Estratégico Institucional 2003-2020 del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Año 2002.

- **Orientación al cliente:** la labor de los trabajadores debe tener como guía la satisfacción de los clientes.
- **Recuperación de la inversión:** las tarifas de los servicios deben ser capaces de recuperar los costos de operación.
- **Rentabilidad para el desarrollo:** las tarifas de los servicios deben permitir también el crecimiento de los sistemas.
- **Servicios de calidad:** servicios de excelencia de manera integral, cubriendo el desarrollo, la operación, el mantenimiento, la gestión ambiental, la administración, la perspectiva comercial y la del financiamiento.
- **Participación ciudadana:** se fomenta la participación de la población en las decisiones que involucren la garantía de su acceso a los servicios que ofrece y debe ofrecer la institución.
- **Desarrollo continuo de los colaboradores:** fomento del desarrollo permanente del recurso humano institucional.
- **Gestión del riesgo:** análisis del riesgo, integrando actividades de prevención, mitigación y reconstrucción, con las de conservación, vigilancia y control del recurso hídrico, así como en la infraestructura y quehacer institucional en general.
- **Investigación y tecnología:** la investigación y el desarrollo tecnológico como pilares de la gestión y el desarrollo institucional.

Las estrategias que se plantean son las siguientes:

- Fortalecimiento del papel rector de la institución
- Relanzamiento del Programa de Acueductos Rurales
- Ejecución eficiente de proyectos
- Fortalecimiento de la acción institucional en el área de aguas residuales
- Fortalecimiento de la acción institucional en el área ambiental
- Mejorar la gestión empresarial de la institución
- Financiar los proyectos institucionales con una visión de sostenibilidad financiera, mejorando la recaudación, racionalizando el gasto y asignando un porcentaje del presupuesto a investigación en tecnología y desarrollo del recurso humano
- Impulsar el desarrollo organizacional alineando la estructura con los recursos humanos y la tecnología

2.2.3.4.- Plan Estratégico 2008-2010 del Ministerio de Salud¹¹

Este es el insumo más reciente generado por el Ministerio de Salud. El plan se encuentra organizado en tres áreas de intervención, cinco acciones estratégicas, 24 funciones y 30 procesos.

¹¹ Ministerio de Salud. Plan Estratégico Institucional 2008-2010. Año 2008

Con esta estructura en el diseño de su plan estratégico, el Ministerio de Salud, comunica a los clientes internos y externos sus pretensiones, garantizando que todos los recursos estratégicos se mueven en conjunto para alcanzar los objetivos a largo plazo y señala metas e indicadores que se convierten en referencias para el alineamiento estratégico, el control de la gestión y la sana administración de los riesgos.

Es importante mencionar, que el Plan Estratégico del Ministerio se encuentra sustentado en el Marco Conceptual y Estratégico de la Producción Social de la Salud, que define con claridad, entre otras cosas, la visión y misión institucionales, los nuevos conceptos vinculados al ejercicio rector de la institución y las funciones de rectoría que debe cumplir para concretar en la práctica la rectoría de la producción social de la salud.

El gran objetivo del proceso de cambio que la institución ha desarrollado y desarrolla durante el período 2006-2010, es el fortalecimiento de su papel rector de la salud, siendo en este ámbito, en el que se debe situar la estrategia de cooperación de la OPS/OMS en Costa Rica. Para efectuarla de forma correcta, debe realizar un esfuerzo inicial de apropiación del marco conceptual y estratégico de la producción social de la salud que da contexto al ejercicio del rol rector del Ministerio.

Área de acción número 1: Rectoría de la Producción Social de la Salud

Se entrega a la población los servicios que son la razón de ser del Ministerio como rector de la salud.

Área de acción número 2: Gestión Institucional

Se asegura el funcionamiento y desarrollo sistémico de la organización y los procesos asociados, encauzando el esfuerzo combinado en la dirección establecida.

Área de acción número 3: Provisión de servicios de nutrición y desarrollo infantil

Se procura mejorar con equidad, la calidad de vida de los niños y niñas menores de 13 años.

Para el desarrollo de estas áreas se definen las siguientes acciones estratégicas:

- Dirección política de los actores sociales y regulación sobre los insumos, productos o acciones, que intervienen en el proceso de la producción social de la salud.
- Determinación de estrategias de acuerdo con la evaluación del impacto de las acciones en salud y los resultados de la vigilancia y análisis del estado de salud, sus determinantes y tendencias, así como la modulación del financiamiento y del desarrollo científico y tecnológico en salud.
- Liderazgo y articulación institucional, control interno y gestión de recursos en los tres niveles de la organización.
- Desarrollo y fortalecimiento de infraestructura, procesos, sistemas y servicios de apoyo logístico y de infraestructura del Ministerio de Salud.
- Provisión de servicios de nutrición preventiva y de promoción de la salud para contribuir con el desarrollo de los niños y niñas en situación de riesgo de salud.

SECCIÓN 3: ANTECEDENTES SOBRE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN GENERAL Y LA COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS EN COSTA RICA

La cooperación internacional es el conjunto de recursos de origen externo que recibe en este caso Costa Rica en condiciones no comerciales, dirigidos a poner en marcha acciones para promover su desarrollo socioeconómico.

3.1.- LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN COSTA RICA

Durante muchos años el sector público de Costa Rica se vio favorecido por la cooperación internacional. De manera particular, esta estrategia ha contribuido al desarrollo del sector salud a cargo del Estado, el cual está conformado fundamentalmente por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

El objetivo estratégico de la cooperación internacional en Costa Rica, propuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, está dirigido a promover la cooperación internacional en tres áreas específicas:

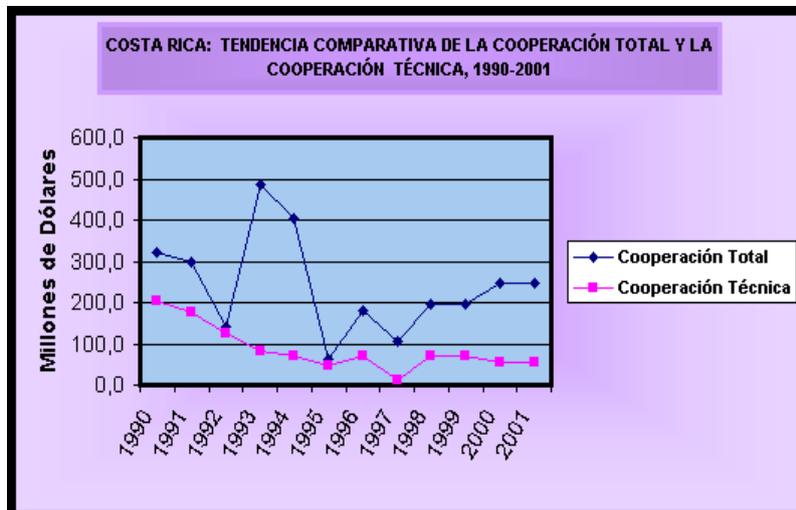
- Fortalecimiento de las condiciones de salud de la población infantil y adolescente, promoviendo estilos de vida saludables, haciendo énfasis en los temas de inmunizaciones, salud sexual y reproductiva, atención y prevención de la drogadicción y en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 12 años.
- Mejoramiento de la calidad de vida de la población, a partir de la garantía de servicios de abastecimiento de agua de calidad, alcantarillado sanitario y adecuado tratamiento de los desechos sólidos.
- Fortalecimiento de la gestión institucional en los servicios de salud, haciendo énfasis en la rectoría del Ministerio de Salud, la capacidad financiera de la Seguridad Social y la elaboración participativa y ejecución del plan estratégico de la CCSS

Estas áreas fueron definidas sobre la base de los ejes estratégicos definidos en el Plan Nacional de Desarrollo.

3.2.- TENDENCIA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN COSTA RICA

Según un estudio de las Naciones Unidas, en la década de los noventa, Costa Rica experimentó un decrecimiento del 17,65% de cooperación internacional, mayor a la observada a nivel mundial que fue de 5,33% (PNUD 2002-2006), lo cual se observa en el siguiente gráfico.

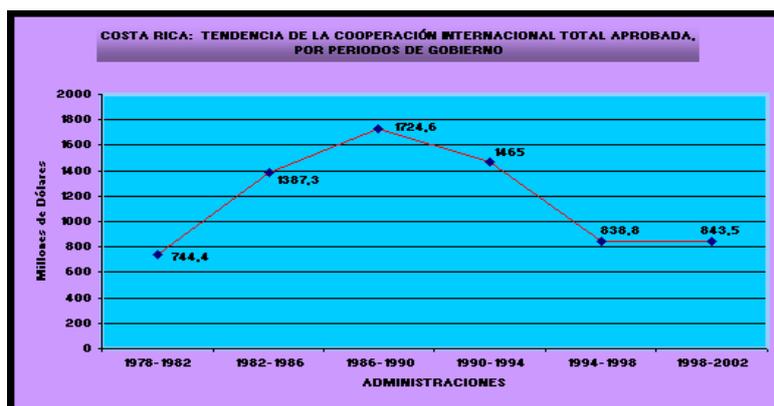
Gráfico No. 6
Tendencia comparativa de la cooperación total y la cooperación técnica, Costa Rica 1990-2001



Fuente: MIDEPLAN y Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, 2002.

El gráfico 7 evidencia la tendencia decreciente de la cooperación total a partir del año 1990 hasta mantenerse prácticamente en los mismos niveles en las Administraciones 1994-1998 y 1998-2002. En la década de los ochenta, el monto total de cooperación internacional aprobado para el país fue de US\$3.635,1 millones, mientras que en la década de los noventa descendió a US\$2.630,2 millones (27,6% menos entre una década y otra).

Gráfico No. 7
Tendencia de la cooperación internacional total aprobada por periodos de gobierno, Costa Rica, 1978-2002



Fuente: MIDEPLAN, 2002

Este comportamiento se puede explicar por las siguientes razones:

- Posición de Costa Rica según el Índice de Desarrollo Humano (lugar 48, 2007).
- Altos indicadores de salud, educación y PIB per cápita.
- Situación económica restrictiva a nivel mundial y menos recursos destinados a la cooperación para el desarrollo (ODA). De los países desarrollados solo Noruega, Holanda y Dinamarca destinan el 0,7% del Producto Nacional.
- Situación geopolítica estable que reduce la cooperación en Centroamérica.
- Carencia de una política de Estado que promueva o facilite la cooperación internacional en general y en salud.

Como reflejo de esa situación, en comparación con otros países de Centroamérica, desde 1996 se dejó de considerar a Costa Rica como prioridad para la cooperación, teniendo un acceso limitado a los diferentes tipos de cooperación existentes. Por ello se inició una estrategia de atracción de recursos técnicos y financieros, mediante esquemas como la gestión regional (con el resto de Centroamérica), la triangulación con países con igual desarrollo relativo o con países de mayor desarrollo relativo y otros organismos internacionales. También se ha impulsado estrategias innovadoras como el Programa de Venta de Oxígeno (cambio de deuda por naturaleza), programas de Mejores Prácticas (promocionando las oportunidades del país), programas generales de CTPD (Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo), entre otros.

Cabe destacar que Costa Rica es vista como país colaborador, capaz de ofrecer cooperación técnica a otros países de la región, sin embargo, no se ha podido concretar esta ventaja por falta de políticas claras al respecto.

3.3.- MARCO LEGAL Y POLÍTICO PARA LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La cooperación internacional se desarrolla de acuerdo a una serie de leyes y normas, que se aplican a todas las instituciones públicas del país. Dentro de las más importantes se encuentran las siguientes: Ley de Planificación Nacional, que en su artículo 11, establece: *“Le corresponde al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica formular, negociar, coordinar, aprobar y evaluar los programas de asistencia técnica, teniendo en cuenta los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. Las solicitudes de asistencia técnica serán transmitidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, el cual se encargará de establecer la congruencia con la política exterior del país y las presentará oportunamente a los gobiernos y organismos internacionales correspondientes.”*

MIDEPLAN, de acuerdo al artículo 4 de su Reglamento General, tiene entre otras atribuciones, la función de: *“Velar por la aplicación de las prioridades del Gobierno y su evaluación práctica en la asignación de los recursos del presupuesto, de preinversión, de inversión pública y de cooperación externa, de manera que se maximice el potencial de desarrollo nacional.”*

En general, la cooperación técnica y financiera que se solicite debe de responder a las políticas sectoriales y a las necesidades reales de la unidad receptora respecto a sus objetivos y atribuciones legales. En este sentido, es preciso identificar, en primer plano, los planes estratégicos de la institución y luego analizar los aspectos más particulares de cada uno, hasta determinar en cuales materias o aspectos se requiere cooperación externa. Posteriormente se formula la solicitud correspondiente considerando la oferta de cooperación disponible según las fuentes, las modalidades, el presupuesto y otras condiciones.

3.4.- COOPERACIÓN RECIBIDA POR EL SECTOR SALUD

Las fuentes de financiamiento del sector salud se dividen en Organismos Bilaterales, Multilaterales y otros procedentes de entes nacionales. Estas fuentes de cooperación apoyan con montos de empréstitos usualmente en dólares americanos, consultorías técnicas o de capacitación.

Entre las fuentes bilaterales destacan: las Agencias de Cooperación de Alemania, Japón, Francia, México, Estados Unidos, Italia, España y Finlandia. Por otro lado, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Centroamericano de Integración Económica, Overseas Economic Cooperation Fund, Kreditanstalt Fur Wiederaufbau y la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud.

Los principales actores que constituyen la contraparte nacional y complementan la colaboración financiera y técnica recibida, son las propias instituciones del sector salud receptoras de la cooperación, en este caso el ICAA, la CCSS, el MS y la UCR, así como el Fondo de Asignaciones Familiares.

3.5.- RESUMEN DE LA COOPERACIÓN OPS/OMS PERÍODO 2004-2007

La cooperación técnica con el país, se desarrolla mediante un sistema de programación y presupuesto bienal, que responde a las orientaciones del Plan Estratégico de la Organización 2008-2012, aprobado por los Cuerpos Directivos y a las directrices de política y prioridades de cooperación identificadas por el país para cada bienio.

3.5.1 Ejes de cooperación bienio 2004-2005

3.5.1.1.- Proyecto “exclusión e inequidades en salud”

Propósito: contribuir a la reducción de las inequidades sociales y brechas en salud, así como a la mejora de los resultados alcanzados en salud en poblaciones postergadas.

Con la ejecución de este proyecto se alcanzaron los siguientes logros:

- Diseño e implementación de planes nacionales y locales dirigidos a resolver los principales problemas de salud pública de migrantes e indígenas y en el monitoreo y evaluación sistemática de la situación de estos grupos.
- Participación de las familias pobres de las comunidades postergadas en la economía local en el tema de la seguridad alimentaria y nutricional.
- Incorporación de la estrategia de entornos saludables en las viviendas y escuelas de las comunidades postergadas.

3.5.1.2.- Proyecto “políticas, rectoría y organización del sector salud”

Propósito: apoyar el desarrollo e implementación de las políticas de salud fortaleciendo la rectoría y la organización del sector salud, promoviendo la participación social, e integrando un sistema nacional de información en salud.

Con el proyecto mencionado se lograron los siguientes resultados:

- Revisión y actualización del marco jurídico y la reglamentación sanitaria que da sustento a las funciones de rectoría en el sector salud.
- Implementación de estrategias de diálogo y participación social en el nivel local y nacional.
- Implementación de un sistema de información en salud integrado en el nivel nacional y local y articulado con redes de información internacional.

3.5.1.3.- Proyecto “fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento”

Propósito: apoyar el fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento, haciendo énfasis en un modelo de atención integral.

Los logros alcanzados con el proyecto fueron los siguientes:

- Aplicación de los criterios de oportunidad, integridad, continuidad y calidad en los diferentes niveles de atención de la red de servicios y los programas de salud pública
- Incorporación del modelo de atención integral, con énfasis en los componentes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en los servicios de salud y programas de salud pública.

- Incorporación de planes y programas para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios a nivel de los servicios de agua, saneamiento y limpieza pública.

3.5.1.4.- Proyecto “preparativo para desastres”

Propósito: reducir el impacto de los desastres en el sector salud mediante el fortalecimiento de las capacidades de evaluación y respuesta en sus diferentes niveles.

Los logros alcanzados con el proyecto fueron los siguientes:

- Reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional del sector salud frente a emergencias y desastres.
- Preparación para una respuesta oportuna y eficaz ante situaciones de emergencia o desastre.
- Capacitación del personal del sector salud y áreas afines en la administración de desastres.

3.5.1.5.- Proyecto “gestión de la cooperación y apoyo al desarrollo de la salud pública”

Propósito: asegurar la gestión de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Costa Rica, y promover la participación del país en relación con acuerdos y mandatos en materia de salud pública regional y subregional y la cooperación técnica de Costa Rica con otros países.

Los logros del proyecto fueron los siguientes:

- Ejecución de los programas y proyectos en concordancia con la Estrategia de Cooperación de país, las prioridades nacionales y las líneas de acción de la OPS/OMS.
- Participación de Costa Rica en las iniciativas inter-país, regionales y subregionales en las reuniones de los cuerpos directivos y otros foros internacionales.

3.5.2.- Ejes de cooperación bienio 2006-2007

Durante el bienio 2006-2007, la estructura programática y los propósitos de la cooperación hicieron énfasis en el desarrollo institucional de las entidades integrantes del Sector Salud y en el fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud. Los ejes de trabajo y los resultados alcanzados fueron los siguientes.

3.5.2.1.- Proyecto “desarrollo de sistemas y servicios de salud”

Propósito: contribuir a fortalecer el Sector Salud de Costa Rica, apoyando la formulación y desarrollo de políticas públicas, planes y programas prioritarios relacionados con el desempeño de las funciones de rectoría y las funciones esenciales de salud pública, así como con el mejoramiento de la cobertura, calidad y equidad en la provisión de servicios

para atender la salud de las personas, en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Los logros fueron los siguientes:

- Definición de políticas, planes y estrategias en áreas prioritarias de la salud pública y la atención de las personas.
- Implementación de planes operativos sectoriales e institucionales en las áreas de investigación en salud, formación de recursos humanos, gasto y financiamiento sectorial, participación social y modelo de atención integral.
- Capacitación del personal para ejercer las funciones de rectoría y el monitoreo de las funciones esenciales de salud pública, así como para ejecutar el modelo de atención integral en salud, en los diversos niveles de atención.

3.5.2.2. - Proyecto “promoción de la salud de la familia y la comunidad”

Propósito: apoyar el desarrollo de políticas y estrategias orientadas a la promoción, mejoramiento y mantenimiento de la salud de la familia y la comunidad, con enfoque de ciclo de vida, género y equidad.

Los logros del proyecto fueron los siguientes:

- Incorporación de la promoción de la salud en los lineamientos de políticas y estrategias que orientan los diferentes planes, programas y proyectos en salud.
- Fortalecimiento de capacidades institucionales para la puesta en práctica de estrategias de promoción de la salud en el marco de los programas nacionales de salud.

3.5.2. 3.- Proyecto “epidemiología y prevención y control de enfermedades”

Propósito: fortalecer la capacidad de organización y análisis de la información existente en los diferentes niveles de gestión del sistema y las capacidades nacionales para detectar y analizar los cambios en la frecuencia y distribución, y desarrollar estrategias para la prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Los resultados alcanzados fueron:

- Mejoramiento de la capacidad de organización y análisis de la información y fortalecimiento de las estrategias de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, zoonosis y laboratorio de salud pública.
- Participación del país en la implementación y desarrollo de iniciativas regionales y subregionales relacionadas con la epidemiología, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, zoonosis y laboratorio de salud pública.

3.5.2.4.- Proyecto “protección y desarrollo del ambiente y seguridad alimentaria”

Propósito: contribuir al desarrollo, sostenibilidad y acceso a los servicios de agua potable y saneamiento, a la disminución de los riesgos ambientales para la salud y la seguridad alimentaria y nutricional, como acción esencial del desarrollo humano sostenible y en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio.

Los resultados alcanzados fueron los siguientes:

- Elaboración de planes, programas y proyectos para la implementación de medidas para el desarrollo, fortalecimiento e incremento de coberturas de los servicios de agua y saneamiento.
- Elaboración e implementación de planes, programas y proyectos que consideran los riesgos del ambiente humano en la salud de las personas.
- Elaboración y ejecución de planes, programas y proyectos intersectoriales que contribuyeron al mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de las personas.

3.5.2.5.- Proyecto “gestión de la cooperación y apoyo al desarrollo de la salud pública”

Propósito: asegurar la gestión de la cooperación técnica de la Organización, promover la participación del país en relación con acuerdos y mandatos en materia de salud pública regional y subregional y la cooperación técnica de Costa Rica con otros países.

Los logros alcanzados a continuación se mencionan:

- Ejecución de los programas y proyectos en concordancia con la Estrategia de Cooperación de País, las prioridades nacionales y las líneas de acción de la OPS/OMS.
- Participación de Costa Rica en las iniciativas inter-país, regionales y subregionales en las reuniones de los cuerpos directivos y otros foros internacionales.

A continuación la información sobre el financiamiento aportado por la OPS/OMS durante los últimos años.

Cuadro No. 16
FONDOS ASIGNADOS A COSTA RICA (US\$)
BIENIOS 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001,2002-2003, 2004-2005,2006-2007,2008-2009

BIENIO	FONDOS		
	Regulares	Extrapresupuestarios	Total
1994-1995	1.704.399	5.782.589	7.486.988
1996-1997	1.200.833	6.999.431	8.200.264
1998-1999	1.545.479	8.497.105	10.042.584
2000-2001	1.256.238	5.087.328	6.343.566
2002-2003	1.148.130	2.512.942	3.661.072
2004-2005	1.028.600	1.074.997	2.103.597

2006-2007	1.137.402	463.658	1.601.060
2008-2009	995.000	137.683	1.132.683
TOTAL	10.016.081	30.555.733	40.571.814

Fuente: Representación OPS/OMS en Costa Rica.

Como se puede observar, el monto de recursos asignados a la cooperación en el país por parte de la OPS/OMS, ha venido disminuyendo, lo que se atribuye a las mismas causas descritas al inicio del presente apartado y que se relaciona con la prioridad que tiene el país para las agencias de cooperación.

En el caso de la cooperación de OPS/OMS, el Consejo Directivo de la Organización, integrado por los Ministros de Salud, en su reunión del año 2004 decidió aprobar una nueva política presupuestaria, mediante la cual se reasignaron los techos presupuestarios a cada país y en el caso de Costa Rica se redujo el techo en un 39%. Esta reducción se implementaría en tres etapas, durante los bienes 2006-2007, 2008-2009 y 2010-2011.

SECCIÓN 4: LA AGENDA ESTRATÉGICA DE COOPERACIÓN DE OPS/OMS CON COSTA RICA PARA EL PERÍODO 2010-2014

La Estrategia de Cooperación con Costa Rica 2010-2014 (ECP) descansa en la estructura social, política, económica costarricense que ha demostrado un sostenido logro en los campos social y sanitario. Actualiza la situación de salud y sus determinantes y establece las nuevas prioridades en el continuo desarrollo de la Nación. Considera los logros y desafíos de la institucionalidad sanitaria, de la sociedad civil y la contribución de la cooperación internacional. Hacia el futuro, es susceptible de corresponder a lineamientos nuevos de política como la próxima formulación del Plan de Salud y Desarrollo Social 2021. Toma especial referencia en el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social y Marco Estratégico Institucional del Ministerio de Salud, en su rol rector de la producción social de la salud.

Un repaso a las oportunidades para el desarrollo nacional de la salud ha determinado que la Agenda Estratégica (ECP) que se describe a continuación tenga como base cuatro ejes:

- Fortalecimiento de la rectoría
- Mejoramiento de la salud ambiental
- Mejoramiento de la gestión institucional
- Sostenibilidad de la Seguridad Social

Los cuatro ejes dan viabilidad a la estrategia de cooperación dado que traducen los avances estructurales del país. Tienen distinto grado de desarrollo pero son fundamentales para el logro sostenido de mejores condiciones sociales y de salud.

La Agenda Estratégica (ECP) incorpora junto a los cuatro ejes, las 18 prioridades de la Cooperación y las seis estrategias generales.

4.1.- EJES ORIENTADORES DE LA ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN 2010-2014

4.1.1.- Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud

Para el Ministerio de Salud de Costa Rica, la rectoría se debe ejercer sobre la producción social de la salud, definiéndola como la función mediante la cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales clave y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población.

Entraña por lo tanto, un fenómeno más amplio que el de la rectoría del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud, ya que incluye a todos aquellos actores que intervienen en la génesis y evolución de la situación de salud del país, y de los factores que la determinan, y no solamente a los entes relacionados con la prestación de servicios de salud.¹²

En este contexto, el nuevo concepto de rectoría que asume el Ministerio de Salud, promueve una visión de liderazgo de la institución para poder actuar sobre los determinantes de la salud y por lo tanto sobre todos los actores sociales directamente vinculados con su generación.

No deja de lado la relevancia de su papel regulador, pero lo supedita a una nueva perspectiva de ejercicio de liderazgo, con la cual realiza dirección política, promociona la salud y una cultura de no exclusión, realiza la vigilancia y la planificación estratégica de la salud, modula su financiamiento, armoniza la provisión de los servicios de salud, regula la salud a partir de la aplicación del marco normativo pertinente, y evalúa el impacto de las acciones en salud.

Esta nueva perspectiva, genera un reto para la Organización Panamericana de la Salud, ya que se debe propiciar concordancia en la teoría y la práctica de la rectoría de la salud, entre algunos de los conceptos que promueven ambas instituciones, partir del alineamiento conceptual y generar el apoyo que requiere el Ministerio para fortalecer su rol rector.

4.1.2.- Abordaje de la problemática ambiental

Desde la perspectiva de la salud pública, y según quedó demostrado en el análisis de situación anterior, este es el mayor problema que enfrenta Costa Rica en el presente y futuro inmediato.

¹² Ministerio de Salud: Dirección General de Salud. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. 2008

A pesar de las buenas coberturas que posee el país en el campo del agua para consumo humano y la disposición de excretas, el tema ambiental es crítico y debe abordarse con urgencia. La cobertura con alcantarillado sanitario es aún muy baja al igual que el porcentaje de las aguas recolectadas que tienen tratamiento.

El tanque séptico es el método con el que el mayor porcentaje de la población dispone de las excretas, pero se cuenta con poca educación sobre el adecuado manejo de los mismos.

Hay regiones del país donde existe déficit de agua para uso humano, indistintamente de que la zona sea urbana o rural y con independencia también del tipo de operador del acueducto. Además, el nivel de contaminación del ambiente es crítico, ya que no existe una recolección bien regulada de las aguas y sedimentos de tanques sépticos domiciliarios que realizan sus descargas con poco control; misma situación se presenta con las descargas de las aguas residuales domésticas e industriales y agro/industriales y los acuíferos y los cursos de agua se encuentran altamente contaminados.

Por último, no existe información actualizada y confiable sobre la infraestructura existente y las condiciones de gestión de los servicios. Tampoco hay datos sobre acceso a agua potable y saneamiento en asentamientos indígenas, pero se reconoce que su cobertura y calidad están muy por debajo del promedio nacional.

La mayoría de las municipalidades tienen limitaciones para avanzar hacia el manejo integrado de los residuos sólidos, con reducción y reciclaje de residuos, frecuencias adecuadas de recolección y disposición sanitaria adecuada.

El crecimiento urbano no guarda armonía con la infraestructura para el manejo de las aguas de lluvia y se están produciendo recurrentes inundaciones, deslizamientos y otras emergencias o desastres asociados a eventos hidrometeorológicos extremos.

El cambio climático es un fenómeno global pero sus consecuencias no se distribuirán uniformemente y pueden afectar con mayor intensidad áreas más vulnerables en el país, en particular aquellas que son afectadas por sequías e inundaciones, por enfermedades como dengue y malaria, y que poseen acueductos con fuentes superficiales de agua o con fuentes con poca cantidad de agua. Estos son, entre otros, factores relevantes para la salud asociados con el clima.

Por las razones expuestas de forma resumida, este es un eje de acción crítico en el que debe apoyar la OPS/OMS.

4.1.3.- Mejoramiento de la gestión institucional

Tanto el Plan Nacional de Desarrollo, como los planes estratégicos de las diversas instituciones vinculadas al desarrollo de la salud pública en Costa Rica, definen como una

prioridad el mejoramiento de la capacidad de gestión de las mismas. Este es un espacio importante para la cooperación técnica de la OPS/OMS en el país.

Lo anterior implica una mejor comprensión de los nexos entre el personal de salud y desempeño de los sistemas de prestación de servicios de salud (SPSS). Se puede definir el “desempeño” de los sistemas de prestación de servicios en términos de acceso equitativo, eficacia, eficiencia, capacidad de respuesta a las expectativas de usuarios y protección contra el riesgo financiero inducido por los problemas de salud. Esto es condicionado por el desempeño del personal de salud (PS) y por muchos otros factores como: políticas de salud, insumos, infraestructura, información y conocimiento de recursos financieros y procesos como rectoría, reglamentación y administración gerencial.

Para la CCSS es una prioridad la consolidación del modelo de atención para el primer nivel de atención y el desarrollo de un nuevo modelo de gestión hospitalaria. Este es probablemente el tema más importante de la agenda pendiente de esta institución clave para la salud pública costarricense. Se debe sumar la necesidad de articular desde una perspectiva de red, los diferentes establecimientos que componen el sistema de servicios de salud de atención directa a las personas, en la búsqueda de la equidad y eficiencia del mismo, así como en la gestión tecnológica y en el uso racional de medicamentos y pruebas diagnósticas, lo que consume importantes recursos financieros de la institución.

Otro aspecto a considerar es la definición de cómo el desempeño del personal de salud se conecta con el de los sistemas de prestación de servicios. Existen al menos cuatro dimensiones del desempeño del personal de salud, que deben ser abordadas:

- Cobertura¹³, es decir, el grado en que el personal de salud presta servicios a los diversos subgrupos de la población y suministra la amplia gama de servicios necesarios.
- Productividad, que se refiere a los resultados extraídos de los insumos dados.
- Calidad técnica, es decir, el grado en el cual los proveedores producen servicios según las normas profesionales, como puede esperarse que sean aplicados en el ambiente en que trabajan los proveedores.
- Calidad de servicio, es decir, el grado en el cual los proveedores producen servicios que son aceptables a los usuarios, que satisfacen sus expectativas y que están organizados de manera que los hacen accesibles, social y culturalmente.
- Disponibilidad de recursos humanos en ciertas especialidades médicas y en enfermería.

En este mismo sentido, la institución debe implementar programas de promoción de la salud y prevención y atención de la enfermedad, que permitan un adecuado abordaje de la

¹³ Adaptado desde el WHR 2000

problemática de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en el país y que como se evidenció en el análisis de determinantes, son las principales causas de muerte.

Para el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados es también una prioridad el mejoramiento de la gestión institucional y, para lograrlo, se plantea como un objetivo general promover el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de abastecimiento de agua potable y saneamiento en beneficio de la población nacional. Para esto, se debe incidir a nivel de las Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS), Municipalidades, la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), otras organizaciones comunitarias administradoras de acueductos como los Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAARS) y la propia institución. El tema del desarrollo de los recursos humanos es también esencial.

Por su parte, el Ministerio de Salud, requiere de un esfuerzo también muy importante en el tema de la gestión institucional para lograr la implementación del nuevo modelo de rectoría de la producción social de la salud. Es por esta razón que debe estar preparado para contar con (reclutar y retener) un banco de profesionales sumamente capacitados y con capacidad para ejercer liderazgo que deberá estar apoyado por un ambiente organizacional e institucional que posibilite el cambio.

Como parte del proceso de desarrollo organizacional que se ha venido impulsando, la institución tiene prevista, con el apoyo de la Universidad de Costa Rica, la ejecución de un programa de capacitación y sensibilización para el incremento de la capacidad de gestión de sus funcionarios, esencialmente sus directores, siendo importante que la OPS/OMS acompañe el proceso.

4.1.4.- Sostenibilidad en el mediano y largo plazo de la Seguridad Social

Este es un eje de acción también de vital importancia para el país. Es imposible visualizar a Costa Rica sin una institución insigne para el desarrollo de su salud pública y la redistribución del ingreso, y por lo tanto, para la generación de equidad social.

La incertidumbre que genera la crisis financiera mundial y su probable impacto en el nivel de empleo en el país, afecta directamente en el futuro de la CCSS. Además, las debilidades presentes en su gestión y que inciden en la eficiencia en el uso de sus recursos, la presión que genera sobre las finanzas institucionales las resoluciones de la Sala Constitucional, que la obligan a brindar tratamientos de alto costo y asumir responsabilidades nuevas en la atención de la población costarricense y los problemas de morosidad y evasión que todavía persisten de parte de la población, son situaciones directamente relacionadas con las posibilidades de sostenibilidad financiera institucional para el mediano y largo plazo y con la posibilidad de lograr la equidad con los servicios que le corresponde ofrecer.

Ante esta situación, se requiere de la identificación de estrategias que le permitan a la institución enfrentar los riesgos a su sostenibilidad futura y es este campo donde debe apoyar la OPS/OMS.

Este apoyo debe estar sustentado en tres grandes temas: el abordaje del análisis jurídico, técnico y político del derecho a la salud, de tal manera que se privilegia el derecho colectivo sobre el derecho individual, sin menoscabar la dignidad de la persona; el planteamiento de estrategias que permitan a la CCSS avanzar en el abordaje del problema de la morosidad y la evasión de patronos y trabajadores; y el desarrollo de planteamientos que le permitan a la institución el mejoramiento de la eficiencia de su gestión.

4.2.- PRIORIDADES DE COOPERACIÓN

La Oficina Sanitaria Panamericana, secretariado de la OPS/OMS desarrolla su accionar enmarcado en el Plan Estratégico de la Cooperación 2008/2012 aprobado por los Cuerpos Directivos. La Secretaría (OPS/OMS) está comprometida en ofrecer apoyo técnico y liderazgo a los Estados Miembros en su empeño de alcanzar la meta de Salud para Todos. Le corresponde liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.

La compleja situación de salud de los países y la multicausalidad en su determinación, exige a los Gobiernos y al propio Secretariado de la Organización (OPS/OMS), establecer un orden inteligente, equitativo y eficiente de intervenciones en salud para mantener y/o alcanzar el logro de la mejor situación de salud posible en los países.

La OPS/OMS, conjuntamente con el país, ha establecido 18 prioridades de la cooperación para el periodo 2010/2014. La interacción de las 18 prioridades con los 4 ejes que orientan la Estrategia de Cooperación con el país, traducen los campos de acción de la cooperación técnica de la OPS, desde una perspectiva de especificidad temática intersectorial. El cuadro a continuación expone la dimensión estratégica de la interacción de los ejes y las prioridades de la cooperación.

Ejes orientadores de la Estrategia de Cooperación con el País					
	PRIORIDADES DE LA COOPERACION	Fortalecimiento rectoría del Ministerio de Salud	Abordaje problemática ambiental	Mejoramiento gestión institucional	Sostenibilidad mediano y largo plazo Seguridad Social
1	Fortalecimiento rol rector del Ministerio de Salud	+	+	+	+
2	Planificación estratégica para el desarrollo de RRHH (a nivel gerencial, ciencias médicas, ambientales y sociales relacionados con la salud)	+	+	+	+
3	Extensión de la protección social en salud para poblaciones excluidas	+	+	+	+
4	Mejora en la calidad y la seguridad en la prestación de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano	+	+	+	+
5	Desarrollo las redes integradas de servicios de salud con base en la estrategia de APS	+	+	+	+
6	Fortalecimiento de la capacidad nacional para mejorar la prestación de servicios de protección y mejoramiento del hábitat humano a cargo de organizaciones municipales y de base comunitaria	+	+	+	
7	Mejoramiento de la gestión de riesgo ante emergencias y desastres por parte del sector salud	+	+	+	+
8	Fortalecimiento de la gestión de la seguridad alimentaria y nutricional por parte del Estado, en el contexto de la crisis mundial económica. Cambio climático	+	+	+	
9	Participación activa y oportuna de Costa Rica en la cooperación horizontal, en la agenda regional y subregional y en los cuerpos directivos de la organización en consecuencia con los compromisos internacionales asumidos por el país	+	+	+	+
10	Gestión innovadora de los recursos de OPS/OMS en el marco de la Estrategia de Cooperación con el país	+	+	+	+
11	Construcción agenda priorizada de investigación en salud pública, desarrollo y transferencia tecnológica	+	+	+	+
12	Intervenciones en salud descentralizadas asociadas con actores locales y alianzas en el ámbito nacional, con un enfoque de género e interculturalidad	+	+	+	+

	PRIORIDADES DE LA COOPERACION	Fortalecimiento rectoría del Ministerio de Salud	Abordaje problemática ambiental	Mejoramiento gestión institucional	Sostenibilidad mediano y largo plazo Seguridad Social
13	Desarrollo e implementación de una estrategia de promoción de la salud que incorpore a las diversas instituciones del sector y la sociedad civil	+	+	+	+
14	Desarrollo del sistema de información y vigilancia de la salud con una visión integradora y descentralizada para la toma de decisiones de manera oportuna	+	+	+	+
15	Mantenimiento de logros alcanzados en salud materna e infantil, mejora de la salud en la adolescencia, sexualidad saludable y promoción del envejecimiento activo y saludable	+	+	+	+
16	Integración de los diferentes actores para un manejo integral de enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, accidentes de tránsito y violencia, para lograr la prevención de estos daños y la reducción de la mortalidad	+		+	+
17	Mantenimiento de los logros alcanzados, avance en la agenda inconclusa y atención de los nuevos retos en el manejo integral de las enfermedades transmisibles	+	+	+	+
18	Mantenimiento de los logros alcanzados, avance en la agenda inconclusa y atención de los nuevos retos en las enfermedades prevenibles por inmunizaciones	+		+	+

Prioridades de la cooperación

4.2.1.- Fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud con énfasis en la conducción sectorial

El Ministerio de Salud se encuentra en la etapa de consolidación del proceso de separación de funciones de rectoría y provisión de servicios. Para esto, se encuentra finalizando un proceso de desarrollo organizacional, que redefinió su quehacer y que tomó como referencia la definición de un nuevo marco conceptual y estratégico de la función rectora.¹⁴

¹⁴ Ministerio de Salud: Dirección General de Salud. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Marco Estratégico Institucional. Segunda edición ajustada, octubre del 2008.

4.2.2.- Planificación estratégica sectorial para el desarrollo de los recursos humanos (a nivel gerencial, ciencias médicas, ambientales y sociales, relacionadas con la salud)

Costa Rica, igual que todos los países de la Región, se enfrenta a los retos de una serie compleja de problemas de recursos humanos: insuficiencia grave o sistemática de personal sanitario de determinadas categorías; falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo; carencia de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población; movilidad constante de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector salud; disposiciones y condiciones precarias de trabajo; escasa motivación y baja productividad del personal de salud; ineficiencia en la asignación de los recursos; desequilibrios profundos en la composición y distribución de la fuerza laboral, para mencionar sólo algunos.

Es ampliamente reconocido el carácter estratégico de contar con una política de recursos humanos que oriente el desempeño de los sistemas de salud y de esta manera lograr los resultados de salud deseados. También implica que la política de recursos humanos debe evolucionar dinámicamente con los objetivos del sistema de salud a fin de responder apropiadamente a un ambiente sociodemográfico y epidemiológico en rápido cambio.

Algunos aspectos de la intervención en materia de recursos humanos, a saber, los relacionados con la suficiencia numérica y la composición, necesitan varios años para producir los resultados deseados. Por consiguiente, en la política de recursos humanos se debe contemplar una combinación de intervenciones a corto, medio y largo plazo.

Se reconoce que el desarrollo exitoso de los recursos humanos para la salud requiere de un fortalecimiento de la planificación y formulación de políticas que resulten del esfuerzo multisectorial, especialmente de salud, educación, trabajo y finanzas y que promueva la articulación de actores gubernamentales y no gubernamentales.

La magnitud de los retos fundamentales en materia de recursos humanos a los que se enfrenta el país exige cambios radicales e intervenciones innovadoras y visión amplia del campo de acción (incluyendo el manejo ambiental y teniendo en cuenta la diversidad de proveedores de servicios de protección y mejoramiento del hábitat humano que incluyen actores institucionales, municipales y organizaciones de base comunitaria).

Estos retos serán más fácilmente abordables y sus acciones sostenibles, si la autoridad sanitaria nacional asume un liderazgo fuerte y elabora los planes de acción colaborativos que corresponda. A fin de lograr la máxima repercusión en los resultados de salud, estos planes deben centrarse esencialmente en el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria y el fortalecimiento de las infraestructuras de salud pública.

4.2.3.- Extensión de la protección social en salud para poblaciones excluidas.

La protección social en salud es definida como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a servicios de buena calidad en forma oportuna. La exclusión social en salud aparece cuando se producen fallas en los sistemas de protección social en salud. Las intervenciones públicas o de otros actores de la sociedad orientadas a expandir la protección social en salud pueden contribuir a la reducción de las exclusiones en salud.

Corresponde al Sistema Nacional de Salud proveer el conjunto de servicios para las personas, tanto en forma individual como colectiva, incluidos los servicios relacionados con el hábitat en que se desenvuelven. Se refiere a los servicios de atención a las personas en los servicios de salud, como fuera de ellos; así como al suministro de agua segura para uso humano, el manejo sanitario de residuos sólidos y aguas residuales.

La información disponible muestra que el seguro de salud registra una cobertura contributiva de 87,6% de la población, sin embargo, condiciones estructurales han excluido a grupos poblacionales del acceso a sistemas de protección social; particularmente poblaciones del área rural, migrantes e indígenas.

Desafío importante para el Sistema Nacional de Salud constituye garantizar el acceso a los servicios con calidad y oportunidad, con una cobertura universal en salud, priorizando a las poblaciones más postergadas.

No obstante sus logros ambientales, el país muestra rezagos en el acceso sostenible a agua potable segura y a entornos ambientales saludables. Las barreras de acceso a estos servicios se concentran en poblaciones indígenas, en contraste con el acceso promedio en el país a opciones mejoradas de agua potable o saneamiento que son del orden del 99%. De manera semejante, las limitaciones en calidad de estos servicios se concentran en asentamientos rurales.

4.2.4.- Mejora en la calidad y la seguridad en la prestación de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano

El país cuenta con una Política Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente, y un Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente. El desarrollo efectivo de la política y del programa a nivel de toda la red de servicios, constituye un elemento importante para garantizar servicios de calidad.

Por otra parte, Costa Rica no tiene una política de Estado integrada para garantizar el acceso sostenible a agua potable segura y a ambientes saludables. Hay iniciativas nacionales como el Plan de Residuos Sólidos y el Programa Nacional de Mejoramiento y Sostenibilidad de la Calidad de los Servicios de Agua Potable”, que requieren de un mejor trabajo en equipos intra e interinstitucionales y de una mayor participación de actores sociales para el cumplimiento de sus objetivos.

4.2.5.- Desarrollo de las redes integradas de servicios de salud con base en la estrategia de atención primaria de salud.

En un mundo donde se cuestiona cada vez más el bajo desempeño de los sistemas de salud, la necesidad de abordar el problema de la ineficiencia de los servicios de salud se hace cada vez más imperiosa. La experiencia acumulada demuestra que el limitado o inexistente desarrollo de las redes integradas de servicios de salud, genera: dificultades de acceso, baja calidad técnica en la entrega de servicios, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos.

Por otra parte, el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas, el desafío de manejar la morbilidad y el aumento de las expectativas de los usuarios, demandan soluciones más sistémicas e integrales para responder mejor a las necesidades de la población.

Una red integrada de servicios de salud basada en la APS, supone un enfoque amplio de la organización y operación de los servicios de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Está conformada por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales, que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad.

Además, presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo; pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Una red de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.

4.2.6.- Fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones municipales y de base comunitaria prestadoras de servicios de protección y mejoramiento del hábitat humano

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) abastece 49% de la población; organizaciones de base comunitaria tales como las Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS) y Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAARS) 27%; las municipalidades 15%, la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH) 4% y urbanizaciones privadas y opciones sin conexión domiciliar 4%.

Del orden de 1.845 acueductos son administrados por organizaciones de base comunitaria y 244 por municipalidades. Unos 250 de estos acueductos usan fuentes superficiales sin planta de tratamiento y distribuyen agua que no cumple con las normas nacionales de agua segura para consumo humano.

El fortalecimiento de capacidades de organizaciones locales para gestionar en el ámbito comunitario y municipal e interactuar con autoridades e instituciones nacionales contribuiría a mejorar la calidad y sostenibilidad del servicio. En este contexto se enmarcan iniciativas como los Planes de Seguridad del Agua que hacen parte integral de la Tercera Edición de las Guías de la OMS sobre Calidad de Agua para Consumo Humano y de la Red Ambiental Nacional en Agua Potable y Saneamiento (RANAS). Esta red debería contribuir al desarrollo y adopción de soluciones innovadoras requeridas para abordar la agenda inconclusa y superar los retos asociados con este servicio.

4.2.7.- Mejoramiento de la gestión de riesgo ante emergencias y desastres por parte del sector salud.

Costa Rica tiene un complejo cuadro de riesgos en el que se combinan amenazas de origen natural (Zona de Convergencia Intertropical, placas tectónicas y fallamiento local, volcanismo activo) y antrópico (almacenamiento de sustancias químicas peligrosas, crecimiento de la flota vehicular que no guarda armonía con la calidad de infraestructura vial, entre otros) con vulnerabilidades propias de una sociedad compleja y en constante cambio.

De los eventos que en el país han generado emergencias o desastres entre 1995 y 2007, alrededor del 75% estuvieron asociados a amenazas hidrometeorológicas.¹⁵ Este patrón puede acentuarse, por los efectos del cambio y variabilidad climáticas en latitudes tropicales. Inundaciones y deslizamientos son los fenómenos más comunes y que generan más pérdidas en Costa Rica. Tomando como referencia el año 2006, un 83% de los eventos fueron provocados por “lluvias menores” y solamente un 17% estuvo asociado a tormentas

¹⁵ XIII Informe de Estado de la Nación. Año 2007

tropicales-huracanes.¹⁶ Expertos coinciden en que Costa Rica no ha logrado consolidar un sistema nacional de gestión del riesgo que contrarreste emergencias “evitables” o “de baja intensidad”.

El marco institucional costarricense en gestión del riesgo se basa en la Ley Nacional de Emergencias 8488 (enero 2006) y su reglamento del 2007; que ratifican a la Comisión Nacional de Prevención del Riesgo y Atención de Emergencias (CNE), como autoridad nacional en este tema. Aunque a nivel teórico el trabajo en Gestión del Riesgo tiene alcance en los niveles locales (municipalidad-comunidad), la evaluación es que falta mucho para lograr un fortalecimiento sostenible de dichos actores.

El Sector Salud cuenta con instituciones que integran el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) coordinado por la CNE, y con importantes capacidades en aspectos de respuesta; como suministros y atención prehospitalaria (Sociedad Nacional Cruz Roja), atención de las víctimas en servicios de salud (CCSS) y operación de acueductos e instalaciones de saneamiento (ICAA). Asimismo, todas tienen recurso humano en los niveles locales. El Ministerio de Salud, en su condición de rector del Sector, realiza la compleja tarea de fortalecer la capacidad de articulación de dichas instituciones. Para ello, la División Técnica de Rectoría (DTR) del Ministerio de Salud, realiza un trabajo de acercamiento a los socios del Sector.

Fortalecer el perfil articulado del Sector Salud en Gestión del Riesgo, acorde con la CNE y la Ley Nacional de Emergencias, es un desafío en el que la OPS puede ofrecer un importante apoyo, tanto por sus cuadros especializados del Programa de Emergencias y Desastres (PED) como por sus vínculos a lo interno de cada institución sectorial.

4.2.8.- Fortalecimiento de la gestión de la seguridad alimentaria y nutricional por parte del Estado, en el contexto de la crisis mundial económica.

Los avances logrados por el país en la disminución de la desnutrición infantil, de la inseguridad alimentaria y en la reducción de la pobreza, pueden estar amenazados por la crisis financiera mundial y el cambio climático dada sus implicaciones en la disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica de los alimentos, especialmente en las familias en condiciones vulnerables y en los pequeños productores.

La estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) en el nivel local se ha venido desarrollando con el apoyo del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP/OPS) 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

¹⁶ Ibid

acciones locales que se enfocan en la gestión e implementación de proyectos productivos generadores de alimentos e ingresos económicos.

El país ha adquirido compromisos mediante resoluciones de cumbres presidenciales, reuniones de Ministros y Ministras de Salud, Reuniones del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) y del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) para apoyar, ratificar y fortalecer la estrategia de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Si bien, Costa Rica cuenta con diversas instancias gubernamentales que trabajan en políticas, planes, programas y proyectos para abordar la seguridad alimentaria y nutricional, no existe una política de Estado ni un sistema de información en SAN sistematizado e integrado, lo que ha dificultado la articulación interinstitucional e intersectorial para la vigilancia en seguridad alimentaria y nutricional y la toma de decisión oportuna y acertada.

4.2.9.- Participación activa y oportuna de Costa Rica en la cooperación horizontal, en la agenda regional y subregional y en los cuerpos directivos de la organización en consecuencia con los compromisos internacionales asumidos por el país.

Dado el grado de desarrollo social y económico de Costa Rica en el contexto subregional, regional y mundial, podría tener un espacio importante en la cooperación con otros países y un rol protagónico en los cuerpos directivos, sin embargo, se ha visto muy limitado y en ocasiones hasta disminuido, por la ausencia de una política de Estado en este sentido.

Esta apertura de Costa Rica como cooperante internacional, podría no solo beneficiar a otros países, sino también servir de plataforma para que naciones desarrolladas puedan dar cooperación financiera a Costa Rica. Con esto, el país estaría compartiendo sus buenas prácticas de gobernanza en servicios de atención directa a las personas, educación, agua potable y otros temas sanitarios, tal y como lo viene haciendo Cuba, en forma exitosa desde hace muchos años.

4.2.10.- Gestión racional de los recursos de la organización según las normas de OPS/OMS

La responsabilidad por el manejo de los recursos financieros debe ser definida como la articulación de la responsabilidad de equipo de las áreas técnicas y administrativas.

La gestión racional de los recursos facilita el trabajo de la Oficina destinado a asegurar el logro de los demás Objetivos Estratégicos. Es indispensable para la gestión racional de los recursos la difusión a lo interno de la Representación, de la información relacionada con regulaciones y directrices emitidas por la Sede. Lo anterior se logra mediante la

capacitación y acceso a la información tanto del área administrativa como de las áreas técnicas.

Abarca la planificación estratégica, operativa y presupuestaria, coordinación y movilización de recursos, gestión de recursos humanos y financieros, aprendizaje institucional, tecnología de la información, adquisiciones, apoyo operativo y otros servicios administrativos.

4.2.11.- Construcción de una agenda priorizada de investigación en salud pública, desarrollo y transferencia tecnológica

Es prioritario para el país construir una agenda de consenso y debidamente priorizada en materia de investigación en el campo de la salud pública y desarrollo y transferencia tecnológica.

A manera de ejemplo, la CCSS debe fortalecerse para una adecuada adquisición, mantenimiento y uso de la tecnología para el adecuado y eficiente diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes en el país. Igualmente, el Ministerio de Salud, en el marco de su papel rector de la producción social de la salud, debe desarrollar las capacidades necesarias que le permitan velar porque las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud cumplan con su responsabilidad investigativa, pero a la vez para propiciar que exista una agenda nacional de investigación apoyada esencialmente por las universidades.

Desde esta perspectiva, la OPS/OMS, debe apoyar el desarrollo de la capacidad investigativa en materia de salud pública en general, de tal manera que se monitoree la equidad, la eficiencia y la efectividad del sistema nacional de salud.

4.2.12.- Fortalecimiento de intervenciones en salud descentralizadas asociadas con actores locales y alianzas en el ámbito nacional, con un enfoque de género e interculturalidad

La inversión social sostenida durante las últimas décadas ha contribuido a mejorar posibilidades de información y comunicación y a elevar niveles de escolaridad en las comunidades, enriqueciendo su capacidad de participación en procesos de desarrollo. Limitaciones en el proceso de descentralización y de capacidades de los actores sociales locales y nacionales, para realizar alianzas que aprovechen mejor estas capacidades, están afectando la equidad, calidad o sostenibilidad de intervenciones en beneficio de la salud y el desarrollo.

Por otro lado, si bien se reconoce la necesidad de considerar la multiculturalidad en la implementación de iniciativas locales, la realidad es que en Costa Rica es incipiente este reconocimiento, dado que se han definido y diseñado las políticas y estrategias para el resto del país con la visión del valle central, sin respeto por las diferencias geográficas y culturales de las regiones, poblaciones y comunidades étnicas. De ahí la importancia de promover un proceso de cambio en el desarrollo y ejecución de iniciativas sensibles, inclusivas y respetuosas de las diferentes expresiones culturales, las que se deben potenciar como una ventaja para impulsar el desarrollo local y preservar la identidad cultural que caracteriza a los diferentes grupos de población.

Pero además, deben considerarse los aspectos de género, dado que persisten disparidades sistemáticas innecesarias y prevenibles en salud, entre las mujeres y los hombres, marcadas principalmente por el lugar que ocupan en la sociedad. La incorporación de la perspectiva de género es fundamental, tanto en el diseño como en la ejecución de las iniciativas, pues considera las necesidades específicas de mujeres y hombres; posibilita la equidad en el acceso a recursos, a la atención de su salud y la participación en el trabajo sanitario. Sólo así se puede avanzar en la eliminación de estas diferencias de género injustas.

Lo anterior, reafirma la necesidad de desarrollar iniciativas que promuevan desde salud el empoderamiento de las mujeres, de las comunidades, respetando su cultura, considerando sus necesidades y partiendo de su realidad, en un marco de diálogo social que posibilite crear una cultura de responsabilidad social compartida en salud. Empoderar a las mujeres en sus vidas permite que tomen control de sus decisiones y las pongan en práctica.

Esto implica trabajar en y con las comunidades, para fortalecer sus capacidades de liderazgo y acción, para lo cual OPS/OMS puede brindar cooperación técnica en facilitar intercambio de experiencias e implementar metodologías de trabajo novedosas y participativas para la búsqueda de soluciones consensuadas y trabajo conjunto.

4.2.13.- Desarrollo e implementación de una estrategia de promoción de la salud que incorpore a los diversos actores del modelo de producción social de la salud

La Promoción de la Salud es la estrategia maestra del Ministerio de Salud y el eje prioritario de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el desarrollo del modelo conceptual así como en el plan estratégico respectivamente. El Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud asumido por el Ministerio de Salud, plantea que la promoción de la salud trasciende a esta institución y abarca al sistema de producción social de la salud, por lo tanto, debe ser referente para que todas las entidades que forman parte del mismo, orienten sus acciones hacia la protección de la salud, a la transferencia de habilidades y conocimientos a las personas y a propiciar las condiciones para que estas produzcan, de manera consciente e informada, modificaciones favorables de su entorno ambiental, económico y social.

En este contexto, la Representación de la OPS/OMS en Costa Rica debe y puede apoyar este planteamiento, promoviendo la implementación de instrumentos y desarrollo de destrezas para que se logre el propósito.

4.2.14.- Desarrollo del sistema de información y vigilancia de la salud con una visión integradora y descentralizada acorde con el RSI, que permita analizar la información desagregada según género, edad, etnia y zona geográfica, para la toma de decisiones de manera oportuna

La vigilancia de la salud ha sido adoptada por el Ministerio de Salud de Costa Rica, como una de las ocho funciones sustantivas que son vitales para el ejercicio efectivo de la rectoría. El contar con información oportuna y de alta calidad sobre el estado de salud de la población, sus determinantes y tendencias, es vital para poder tomar decisiones inteligentes, basadas en la evidencia, que contribuyan a proteger y mejorar la salud individual, familiar o colectiva, de la que son responsables o garantes, según las potestades y ámbitos de acción asignados.

Se busca contar con un sistema de vigilancia de la salud capaz de; a) seleccionar, recopilar, integrar, analizar y difundir, de manera sistemática, continua, proactiva y oportuna, la información sobre el estado de salud de la población, sus tendencias y determinantes, b) apoyar con información oportuna y soporte técnico especializado la planificación y la toma de decisiones dentro del Sistema de Producción Social de la Salud, principalmente en materia de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, c) propiciar el desarrollo y mejoramiento continuo de las competencias técnicas y gerenciales en materia de vigilancia de la salud, en todas las instancias y niveles del sistema, con el objetivo de garantizar su adecuado funcionamiento, d) planificar, evaluar, actualizar y mejorar continuamente, los procesos de vigilancia de la salud, con base en las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos y e) promover la “participación social inteligente” en las acciones de vigilancia de la salud.

4.2.15.- Mantenimiento de los logros alcanzados en salud materna e infantil, mejora de la salud en la adolescencia, la salud sexual y reproductiva y promoción del envejecimiento activo y saludable

La mortalidad infantil tiene una tendencia decreciente en los últimos años, esto se debe al aumento en la cobertura de los servicios de salud en el primer nivel de atención, implementación de planes para la reducción de mortalidad infantil dirigidos principalmente a la disminución de las muertes prevenibles, la introducción de nuevas vacunas, los programas de asistencia alimentaria, así como los programas de asistencia social, de

vivienda y reducción de la pobreza. En general, al mejoramiento de la calidad de vida de la población costarricense.

La mortalidad materna ha presentado una tendencia oscilante desde 1990 hasta la fecha, alternando tasas tan bajas como 1,5 y tan altas como 4,1 por 10000 nacidos vivos. Si bien la disminución de la tasa de mortalidad materna en el año 2007 mostró el mejor nivel histórico, en éste incidieron diversos factores como el proceso de habilitación de las maternidades, la capacitación del personal de salud en las normas de atención y clasificación de riesgo de la embarazada, el análisis de las muertes maternas que permite identificar los determinantes que inciden en éstas y la construcción e implementación de planes remediales.

Las causas de muerte materna e infantil, requieren de intervenciones oportunas y de calidad para poder prevenirlas. Debe enfatizarse en la necesidad de incrementar el porcentaje de embarazadas en control prenatal, de tal forma que puedan detectarse en forma temprana los riesgos para la madre y el feto, que permitan tomar medidas para evitar las muertes.

La responsabilidad sobre la salud reproductiva no debe recaer sólo en la mujer, se debe buscar una participación más activa de los varones en este campo. Se debe fomentar la educación sexual y garantizar el acceso a los servicios. La CCSS provee métodos de barrera, anticonceptivos orales e inyectados y dispositivos intrauterinos a los que tiene acceso toda la población.

La natalidad en adolescentes en Costa Rica, presenta una leve tendencia al descenso con una disminución de sólo 4,24 puntos absolutos en la tasa durante los últimos 17 años. Los nacimientos en este grupo de edad representan entre el 20,7% y 20,1% del total de nacimientos.

Es importante mantener los logros en estos campos y realizar el esfuerzo necesario para su mejoramiento, por lo que la OPS/OMS puede jugar un papel relevante en ambas esferas.

4.2.16.- Integración de los diferentes actores para un manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, accidentes de tránsito y violencia, para lograr la prevención de estos daños y la reducción de la mortalidad

Debido a la transición demográfica y epidemiológica que existe en Costa Rica, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente las enfermedades cardiovasculares, son en este momento la principal causa de muerte en el país. Asimismo, los accidentes de tránsito y la violencia se han convertido en la principal causa de muerte y discapacidad en la población joven. Por otro lado, las enfermedades mentales, tales como la depresión y los trastornos afectivos son una de las principales causas de morbilidad.

Las acciones de prevención y control de estos daños son realizadas por diversas instituciones del sector salud y otras instituciones fuera de este, pero no siempre tienen una coordinación en su ejecución, por lo que ocurren duplicaciones y descoordinaciones. El Ministerio de Salud por su función rectora, deberá asumir esta coordinación interinstitucional, fijar las metas a cumplir y supervisar el cumplimiento de éstas.

4.2.17.- Mantenimiento de los logros alcanzados, avance en la agenda inconclusa y atención de los nuevos retos en el manejo integral de las enfermedades transmisibles

La epidemia del VIH y SIDA en el país es considerada concentrada y de baja prevalencia. Tiene una tendencia a la feminización y está ubicada mayoritariamente en las zonas urbanas. Su principal vía de transmisión es la sexual y la epidemia predomina en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, principalmente en hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores (as) comerciales del sexo.

La lucha contra el VIH y SIDA es una prioridad del Estado, por lo que se han desarrollado iniciativas tales como; la obligatoriedad de reporte de casos, la implementación de la Ley General de SIDA, las campañas de sexualidad responsable, la puesta en funcionamiento del Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y SIDA, la oferta de servicios de salud integral con especial enfoque en las poblaciones de riesgo, entre otras. Además de contar con el Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Asistencia del VIH y SIDA (2006-2010) y el Plan de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional al VIH y SIDA (2007-2010).

Se tiene como reto el contar con un sistema de información en línea. Además se requiere desarrollar el sistema de vigilancia de segunda generación, que permita conocer tanto la evolución de la epidemia en poblaciones en riesgo como los comportamientos de riesgo.

En malaria, dadas las condiciones geográficas, climáticas y de uso del suelo, cerca de 70% del territorio nacional es considerado área malárica. La ubicación de los casos se encuentra en la Región Huetar Atlántica, con un 93,6% de los casos del país y dentro de esta Región es el cantón de Matina el que aporta el 70,0% del total de casos. Es necesario entonces, desarrollar acciones y planes que vayan más allá del tratamiento de la enfermedad, el mejoramiento de las condiciones de vida es fundamental para lograr el mayor impacto.

En tuberculosis, Costa Rica tuvo una reducción vertiginosa en la incidencia y en la mortalidad en los últimos años. Se debe hacer una integración efectiva de las acciones del Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis en los servicios de salud, así como la dotación de seguro de enfermedad a los infectados con tuberculosis, especialmente en poblaciones de riesgo, tales como migrantes, indigentes e indígenas.

El dengue continuó siendo un problema de salud pública. El desafío mayor es revertir la tendencia actual de la enfermedad, concentrándose en aquellas zonas geográficas que presentan mayor incidencia. El programa de atención del dengue debe ser reforzado, ampliando su alcance de forma que la preparación de la comunidad sea continua. Es prioritaria la puesta en marcha de la Estrategia de Gestión Integrada para el Control y Prevención del Dengue (EGI), para lo cual el involucramiento de otros actores sociales se hace imprescindible.

En los nuevos retos se tiene la Pandemia de Influenza como principal peligro y en la agenda inconclusa aquellas enfermedades olvidadas como Chagas, Leishmania y Lepra.

4.2.18.- Mantenimiento de los logros alcanzados, avance en la agenda inconclusa y atención de los nuevos retos en las enfermedades prevenibles por inmunizaciones

El país ha hecho grandes esfuerzos para la introducción de nuevas vacunas como la de la varicela, la influenza, la pertusis acelular y la vacuna contra el neumococo, además de tener planes para incluir la del rotavirus al esquema de vacunación, todas ellas con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades. Sin embargo, no se debe bajar la guardia para el resto de las vacunas y se debe hacer un esfuerzo cada vez mayor para identificar los bolsones de niños susceptibles no vacunados, para llegar a ellos y lograr la meta del 95% de cobertura.

Dentro de los esfuerzos que está realizando el Ministerio de Salud, el contar con un sistema de información en línea es prioritario, a fin de determinar la cobertura nominal de las diferentes vacunas. Asimismo, es necesario reforzar el sistema de vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles que permita una detección oportuna de los casos, garantizando así la eliminación de la polio, sarampión, rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita.

4.3.- ESTRATEGIAS GENERALES DE COOPERACIÓN PARA EL PERÍODO 2010-2014

La implementación de la Estrategia de Cooperación con el País demanda contar con los medios suficientes. En ello tienen primacía un conjunto de estrategias generales que acompañan y hacen posible la instrumentación por medio de los Planes Bienales de Cooperación.

- Movilizar recursos adicionales a partir de la negociación de alianzas con otras agencias de cooperación y el fortalecimiento de las alianzas con instituciones nacionales que, como las universidades, puedan apoyar para el logro de los objetivos del país en el campo de la salud pública.

- Promover la formulación y aplicación de una política de Estado que facilite y estimule la movilización de recursos externos de cooperación en salud y que fortalezca la gestión apropiada y racional de esos recursos externos.
- Identificar para efectos de priorización, las áreas críticas para el desarrollo de la salud pública en el país y brindar cooperación técnica en las mismas.
- Propiciar entre las instituciones del sector, el intercambio de conocimientos, experiencias, planes y programas y el trabajo en redes, para generar economías de escala y sinergias para un desarrollo armónico de la salud pública en el país.
- Fomentar la generación de políticas públicas en el campo de la salud, que tiendan al mantenimiento y fortalecimiento de los logros alcanzados por el país en el campo de la salud pública, haciendo énfasis en el tema de la Atención Primaria.
- Fomentar la difusión del conocimiento a nivel nacional e internacional de los logros alcanzados por Costa Rica en el campo de la salud pública, generando espacios para que las experiencias nacionales sirvan de insumo para el abordaje de la problemática que en este campo poseen países hermanos.
- Fomentar la participación de las universidades en la optimización de los modelos de gestión, sistematización de información y desarrollo, adaptación y transferencia adecuada de la tecnología que requiere la protección y mejoramiento del hábitat humano. Esto debe incluir, el involucramiento de las ciencias básicas y aplicadas, así como las ciencias sociales para desarrollar procesos de mercadotecnia social para empoderar actores sociales que apoyen la protección y mejoramiento del hábitat humano.