

Organización Panamericana de la Salud  
Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud

## **Estrategia de cooperación con Costa Rica**

Noviembre 2004

# 2.

## Retos globales y en salud en Costa Rica

### 2.1 Gobernabilidad

En noviembre de 1949 fue promulgada la Constitución Política de Costa Rica que, con algunas reformas parciales, se mantiene vigente hasta la fecha. En términos generales la Constitución recoge en su contenido las bases de un Estado unitario y centralizado, que determina que Costa Rica es una república democrática, libre e independiente, con un gobierno de elección popular, representativo y alternativo.

En la actualidad, el deterioro social sufrido en todo el continente Americano ha acarreado altos costos en términos de gobernabilidad democrática. Costa Rica no ha sido ajena a esta realidad y en los últimos quince años los ex-presidentes de la República se han quejado reiteradamente de la ingobernabilidad progresiva<sup>1</sup> que ha sufrido el entorno costarricense en alusión al sistema jurídico e institucional. Este deterioro continuo ha impedido que la toma de decisiones se realice en plazos razonables y de conformidad con los parámetros constitucionales y las aspiraciones democráticas.

Tradicionalmente, Costa Rica se ha caracterizado por su relativa estabilidad política, el apego de la población al sistema democrático y una trayectoria democrática de logros fundamentales en el campo político y social. Sin embargo, las elecciones del 2002 evidenciaron tres hechos importantes:

- La disconformidad de los ciudadanos costarricenses con el sistema político nacional y la falta de credibilidad en los partidos políticos, mostrada por el alto porcentaje de abstencionismo registrado en las elecciones presidenciales y legislativas de 1998 y del 2002 (30,0% y 31,2% respectivamente).
- La sociedad costarricense exige a los partidos políticos tradicionales mayor compromiso con el bienestar de la población, con la transparencia en la gestión pública y con el desarrollo nacional.
- Se crea un inestable y nuevo equilibrio político, pasando del bipartidismo hacia el pluralismo partidario, abriendo espacios a partidos emergentes como el Partido de Acción Ciudadana (PAC) y en menor medida el Movimiento Libertario (ML), pero sin llegar a otorgarles la presidencia o el dominio de la Asamblea Legislativa.

El surgimiento del nuevo esquema político tradicional obliga a nuevas formas de hacer política y a incorporar nuevos temas de discusión especialmente de los partidos re-emergentes. El (PAC) introduce el tema de la lucha contra la corrupción, el fortalecimiento de los sistemas de rendición de cuentas dentro del Estado, el apoyo a los productores agrícolas, el desarrollo de nuevas formas de comunicación directa con los electores.

<sup>1</sup> Jaime Ordoñez. El Financiero.

En el ámbito local, las elecciones de regidores y síndicos se enmarcan dentro de un nuevo orden jurídico con las reformas del Código Municipal, las cuales tienen como objetivo fortalecer a los gobiernos locales del país. Por primera vez en el país, mediante elección popular directa, el 1 de diciembre del 2002 fueron elegidos los alcaldes. Sin embargo, en la región, Costa Rica es un país con un sistema de municipalización rezagado y con una incipiente descentralización y desconcentración de los recursos del Estado.

El informe de la Auditoría Ciudadana de la Calidad de la Democracia, del Proyecto Estado de la Nación, plantea la existencia de un fuerte apoyo del ciudadano costarricense a la democracia como un valor en sí mismo y en la importancia de la rendición de cuentas. Sin embargo, existe un descontento con el funcionamiento de la mayoría de las instituciones públicas, partidos políticos y organizaciones tradicionales de la sociedad civil. Los costarricenses esperan resultados ágiles de las instituciones del Estado, buen trato, sanción en los actos de corrupción, transparencia en los trámites, participación en las decisiones y otros elementos que dan nuevos atributos a la democracia.

Las instituciones y empresas del Estado, tales como el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), la Refinería Costarricense de Petróleo (RECOPE), el Instituto Nacional de Seguros, y otras afrontan grandes limitaciones para desarrollarse, modernizarse y ejercer su función. Los lineamientos de crecimiento del gasto que fijan el tope presupuestario de las instituciones, restringen la inversión y la mejora en la calidad de los servicios. Por otra parte, estas instituciones autónomas deben cumplir trámites y regulaciones engorrosas que repercuten en sus tiempos de respuestas.

Otro tema importante en la actualidad política del país, lo constituye la forma en la cual fue resuelta la reelección presidencial. A inicios de abril del 2003, la Sala Constitucional, resolvió favorablemente los recursos de inconstitucionalidad contra la reforma del 11 de julio de 1969 al artículo 132, inciso 1) de la Constitución Política, que impedía la reelección presidencial. Este fallo representó un reajuste del orden constitucional del país, en el cual a la Sala IV se le atribuyen cada vez más, decisiones importantes que como el de la reelección, ha estado en la competencia de la Asamblea Legislativa o en una Constituyente. Esta situación, es un ejemplo del conflicto de intereses creados alrededor de la institucionalidad costarricense dado los desplazamientos de asuntos en los que cada institución debe pronunciarse.

El crecimiento del abstencionismo, la falta de continuidad de los procesos políticos, el deterioro social, y económico del país, agudizado por, la desaceleración económica mundial, ha provocado que el panorama político y social del país, haga necesaria una redefinición del modelo y rol del sector público. Adicionalmente, se arrastran limitaciones importantes en la satisfacción ciudadana, calidad en los servicios y la falta de control, tendencia que de continuar podría afectar la gobernabilidad del país.

Además, los mecanismos disponibles de participación ciudadana son insuficientes para permitir el acceso de los ciudadanos de todas las comunidades del país a las instancias legislativas y jurídicas para escoger, expresar y construir sobre sus derechos y responsabilidades. Esta situación está produciendo un descontento peligroso cada vez mayor sin retroalimentación de las autoridades, situación que podría suponer una amenaza a la gobernabilidad del país.

Respecto a la salud de la población, la gestión del Gobierno especificada en el Plan Nacional de Desarrollo en el eje de creación y desarrollo de capacidades humanas, señala el área temática de salud y deportes con los objetivos de consolidar el proceso de reforma del sector salud, garantizar la atención integral, mejorar la calidad de vida, proteger y mejorar el ambiente humano (recurso agua, alcantarillado sanitario) y modernizar la seguridad social. También, el eje de desarrollo de las capacidades humanas está integrado al Plan Vida Nueva que propicia la movilidad social articulada al crecimiento económico y social del país. Además, el Ministerio de Salud desarrolló el análisis sectorial de salud el cual dio la base para la política nacional de salud y la agenda sanitaria concertada 2002-2006.

## 2.2 Modelo de desarrollo socioeconómico

El desarrollo de Costa Rica está relacionada históricamente con cuatro factores que son: el tipo de producción, la evolución de la ideología, la organización de la fuerza de trabajo, y el papel del Estado. El desarrollo se inicia en 1828 con el crecimiento de la agricultura a expensas de capital privado y la exportación de café hacia Panamá. Entre 1830 y 1860 se consolida la estructura económica a base de este cultivo y de 1860 a 1950 ocurre el llamado “siglo de oro cafetalero”, el cual recibió fuerte impulso del capital inglés y produjo mayor bienestar de las poblaciones del Valle Central. Hasta principios del siglo XX el Estado había tenido un papel pasivo en el desarrollo económico, pero a partir de 1929 decide asumir un papel más protagónico estimulando la desconcentración, la creación de polos de desarrollo y la mediana producción, así como la inversión norteamericana para la producción agrícola de banano, el cual se convierte en un cultivo alternativo y complementario para promover el desarrollo de las zonas tropicales y subtropicales del país.

En el período 1940-44, el movimiento social cristiano y la izquierda impulsaron la promulgación de la Ley de Garantías Sociales, que apoyó el entonces Presidente de la República Rafael Ángel Calderón Guardia, lo que propició que los gremios de obreros y artesanos surgieran como elementos importantes del modelo de desarrollo económico del país. Después de la guerra civil de 1948, se gesta el movimiento social demócrata, el cual estimula la agroindustria de mediana complejidad y de ese modo, se implanta un modelo de desarrollo económico basado en un sistema productivo diversificado, que satisface las necesidades de bienes y servicios de la población. Ese modelo permite al Estado asignar importantes fondos a la educación, la salud y otros elementos de bienestar social, con lo que Costa Rica logra un importante desarrollo social en el contexto latinoamericano.

Sin embargo, la crisis de principios de los años ochenta reveló que Costa Rica tenía limitaciones y contradicciones en su modelo de desarrollo económico, ya que había propiciado el proteccionismo de sus productos y la limitación de importaciones. Durante varios años Costa Rica impuso aranceles muy altos a productos terminados y aranceles cero o muy bajos para productos intermedios y de capital, limitando seriamente las importaciones y fomentando el uso de recursos producidos artificialmente para el mercado y consumo internos. La irracionalidad de ese modelo propició que colapsara durante la crisis de inicios de la década de los ochenta y que dejara como herencia una gran deuda externa para el país. La deuda acumulada y el proceso inflacionario propiciaron que en 1982 surgieran programas de emergencia financiados principalmente por Estados Unidos, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

llo. Cabe mencionar sin embargo que a cambio de dicha ayuda los Estados Unidos utilizaron a Costa Rica y en general a Centroamérica, como parte de su lucha ideológica conocida como “guerra fría”. El apoyo financiero que recibió Costa Rica estuvo condicionado, como en otros países, a la creación de un nuevo modelo de desarrollo económico de tipo neoliberal, imponiéndose al país requisitos tales como el reordenamiento fiscal, la restricción del gasto estatal y la privatización, los cuales provenían del llamado “consenso de Washington”. El proceso de desarrollo de ese modelo neoliberal aún no concluye, se extiende durante los años noventa y se prolonga hasta el 2003, influyendo en importantes decisiones del Estado como en la negociación del tratado de libre comercio con los Estados Unidos, en los que la eliminación del proteccionismo, la apertura del mercado, la eliminación de la fijación de precios y de las tasas de interés, así como la reforma del sector financiero, son situaciones que están presentes explícita o implícitamente en la mesa de negociación. No es por tanto una causalidad que entre el 2000 y el 2002 diversas entidades bancarias, organizaciones sociales y los diputados hayan presentado planes para modificar la Ley Orgánica del Banco Central y la Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional.

La evolución del modelo de desarrollo económico antes descrita, ha tenido repercusiones en el modelo de desarrollo social adoptado por el país. Como se mencionó, el Estado Costarricense ha procurado invertir en factores que propician el desarrollo social, como la educación, la salud, la vivienda y el empleo. Es innegable que esta inversión ha dado sus frutos ya que Costa Rica ocupó en el 2002 la posición 37 a nivel mundial en el índice de desarrollo humano y el segundo lugar entre los países latinoamericanos, solo superado por Chile. Es uno de los países con las menores tasas de pobreza, analfabetismo, desempleo y mortalidad infantil. Sin embargo, esos logros se ven amenazados por el bajo crecimiento económico, la alta dependencia del turismo y la exportación de microchips, así como por la presión de la deuda interna y externa, lo que puede afectar negativamente la asignación de fondos públicos al gasto social. La posición del gobierno parece ser clara en no querer competir con otros países con mano de obra barata, ya que no desea reducir los salarios a la población con la introducción de fuentes de empleo que incorporan mano de obra no calificada. El país se propone estimular la formación de capital humano calificado con altos conocimientos y tecnología, con el fin de ser más productivos, más competitivos y lograr un crecimiento económico más acelerado. Ello obliga a no reducir la inversión pública en la educación y la salud, y a ser más eficientes en el gasto social.

Otro renglón ligado al modelo de desarrollo es el sistema tributario. Recientemente las opiniones internas como de fuera del país han activado las alarmas de una impostergable reforma tributaria, con el fin de contender con el elevado déficit fiscal y el creciente endeudamiento en dólares como producto de la excesiva demanda por créditos en dólares. Una señal de esto último es que en marzo de 2003 el 40% y el 73% de los créditos otorgados por los bancos estatales y privados, respectivamente, se hicieron en dólares. Los expertos señalan que de no efectuarse la reforma tributaria y el ajuste fiscal, la deuda pública seguiría creciendo y su servicio seguirá aumentando a grado tal que el Gobierno no podrá atender todos los pagos a los que esta obligado, por lo que le quedarían dos opciones posibles. La primera de ellas sería la emisión de moneda con la colaboración del Banco Central, provocando un aumento del circulante pero con las nefastas consecuencias para la población como la inflación en los precios, la reducción de los ahorros y la disminución del poder adquisitivo de los salarios fijados en colones. Ello provocaría un incremento en el ritmo de devaluación del colón frente al dólar, haría

difícil el pago de los créditos otorgados en dólares y pondría en aprietos a las personas y empresas que generan ingresos en colones para pagar sus tributos al Estado. La otra opción sería suspender algunos de los pagos a los que está obligado el Gobierno, ya sea declarando una moratoria en su deuda externa con lo cual cerraría inmediatamente las puertas del financiamiento externo y se tendría que financiar exclusivamente en el mercado interno, ocasionando un incremento de las tasas de interés e induciendo inclusive una recesión. Si en vez de ello declara una moratoria a su deuda interna, los mercados internacionales también reconocería las dificultades financieras del Gobierno e igualmente le cerrarían las puertas y le exigirían el pago de una tasa de interés más alta de la que paga en la actualidad. Tal situación parece obligar al Estado a un impostergable ajuste fiscal y tributario.

### 2.3 Reducción de iniquidades

En el país, desde hace algunos años se utiliza el índice de Desarrollo Social (IDS) para analizar el nivel de desarrollo de los cantones del país y de forma más reciente se ha ampliado el análisis a distritos. De acuerdo con el IDS promedio, Heredia y Cartago son las provincias que presentan un mayor desarrollo social aunque también una mayor densidad demográfica después de San José, en cuanto al IDS San José y Alajuela continúan en la escala y por último los Puertos y Guanacaste.

Otro de los indicadores macro utilizados para analizar el desarrollo es el número de kilómetros de carretera asfaltada por cada mil habitantes, en el ámbito de país nos encontramos con una alta variabilidad implícita respecto a la asimetría existente en la distribución de la población y su poca correspondencia con el espacial, el nivel de concentración de la población en provincias de menor tamaño pero de mayor desarrollo como es el caso de San José, Heredia y Cartago.

**Cuadro No. 1**  
**Caracterización socioeconómica de las áreas geográfico-poblacionales.**  
**Costa Rica, 1998**

Indicador	Total	Área geográfica			Fuera del valle central	
		En el valle central			Urbana	Rural
		Metropolitana	Urbana	Rural		
% población pobre <sup>1</sup>	18,5	12,7	14,7	12,4	23,2	29,3
% en pobreza extrema	4,9	2,4	3,0	3,0	6,5	9,8
% que no satisface necesidades básicas	13,6	10,3	11,7	9,4	16,7	19,5
Índice de desarrollo social cantonal <sup>2</sup>						
Promedio	54,9	70,5	68,5	59,2	53,5	38,6
Mínimo	0,0	63,7	54,6	38,0	36,4	0,0
Máximo	100,0	85,0	100,0	78,5	64,6	59,7
% cantones con alta y muy alta vulnerabilidad infantil <sup>3</sup>		0,0	0,0	23,5	50,0	84,6
% población que no asistió a escuela	8,8	5,6	7,9	8,2	10,3	13,0
% desempleo abierto	5,6	6,0	5,2	4,2	6,7	5,4
% PEA femenina	32,7	39,7	32,2	28,8	31,2	26,2
% mujeres jefes hogar	21,4	28,8	18,8	16,3	19,7	18,1
% unión libre	10,3	7,7	6,5	6,4	15,6	16,0
% casados(as)	38,2	37,3	43,5	44,7	34,1	33,3
% divorciados(as)	1,8	3,2	1,6	1,0	1,2	0,9

Fuente: Cálculos a partir de datos de la Encuesta Nacional de Hogares, 1998.

- 1 Pobreza estimada por el método de línea de pobreza. La población en pobreza extrema es aquella que no cuenta con el monto mínimo que permite a un hogar disponer de recursos suficientes para asumir el costo de una canasta básica alimentaria (CBA de 1998 fue de ( 9498 para zona urbana y ( 8343 para la rural). La población pobre es la que no dispone del monto de ingreso para satisfacer el costo de una canasta normativa de necesidades alimentarias y no alimentarias (en 1998 fue ( 20706 para la zona urbana y ( 16436 para la rural)
- 2 El Índice de Desarrollo Social se mide en función de ocho indicadores sociales referentes a salud, vivienda y educación. A partir de los resultados, se categorizan las áreas según nivel de desarrollo en mayor, medio, bajo y muy bajo, de acuerdo con una escala continua de 0 a 100.

- 3 Este índice fue construido por un conjunto de 31 indicadores categorizados en seis factores sintéticos intenta clasificar el grado de vulnerabilidad de la infancia, definido como la “presencia de factores que inhiben o pudieran inhibir el desarrollo físico, intelectual y emocional de niños/as y adolescentes, perjudicando su integración social” (Unicef 1998).

**Cuadro No. 2**  
**Costa Rica: Algunos indicadores sociales según provincia. Año 2000**

Provincia	índice de Desarrollo Social promedio	Tasa de Km. de carreteras con asfalto por 1000 habitantes	Promedio de personas por vivienda	Densidad demográfica
San José	59,60	519,92	4,0	271,3
Alajuela	54,35	1610,28	4,1	73,4
Cartago	63,55	934,53	4,3	137,5
Heredia	71,42	678,05	4,1	133,5
Guanacaste	47,52	2800,53	4,1	30,4
Puntarenas	45,38	1950,69	4,0	31,7
Limón	33,12	1032,80	4,0	36,9
País	46,87	1124,75	4,1	76,69

Fuente: Distintas instituciones del sector. MIDEPLAN, INEC, MOPT.

En resumen podemos plantear que cualquier iniciativa en el país, para la superación de la pobreza y desarrollo de las capacidades humanas deberá enfrentar el panorama siguiente:

- Una quinta parte de la población es pobre por ingresos insuficientes (200.000 familias no tienen acceso al conjunto de bienes y servicios básicos). Es decir que aproximadamente 900.000 personas en el país son pobres. Además un 6% de esas familias están en situación de pobreza extrema (262.000 personas).
- Más de una tercera parte de la población sufre de una o más carencias críticas: acceso a una vida saludable, a un albergue digno, al consumo de bienes y servicios y al acceso al conocimiento.
- Desde el año 1994, la incidencia de la pobreza se ha estancado alrededor del 20% de las familias, y la situación de familia en pobreza extrema alrededor del 6%. Esta situación se da por un crecimiento económico débil e inestable lo que no ha permitido una vinculación entre crecimiento económico y disminución de la pobreza.
- La pobreza rural continua siendo más intensa, pues dos de cada tres familias en situación de pobreza extrema habita en el área rural. Se puede afirmar que la pobreza urbana ha aumentado y la rural ha disminuido. Para las familias vinculadas con las actividades agrícolas, que representan el 25% de las familias pobres y el 29% de las familias en pobreza extrema, el acceso más que la propiedad de la tierra es lo importante para superar los umbrales de pobreza.

- La protección de los adultos mayores en situación de pobreza es otro desafío, debido a que se ha venido generando un paulatino envejecimiento de la población y por ende de las familias. Un 25% de los hogares pobres y un 35% de los de extrema pobreza, tienen al menos una persona incapacitada para trabajar y sin cobertura apropiada de la seguridad social.
- La pobreza impacta con mayor intensidad a la población infantil, casi un tercio de ellos son miembros de hogares pobres y tienden a reproducir la pobreza entre las generaciones.
- Una parte significativa de lo que se gasta en políticas selectivas no está llegando a los grupos más pobres.
- Históricamente Costa Rica ha sido un país caracterizado por recibir población proveniente de otros países del área y de fuera de la región. En la actualidad el país experimenta dos tipos de inmigración internacional: (1). Grupos de inmigrantes que se asientan de manera permanente sobre el territorio y (2). La movilidad temporal propiciada por razones fundamentalmente laborales, de tránsito, parentesco, políticas, etc.
- Según el Censo Nacional de Población (2000), un total de 296.461 personas residentes ese año en Costa Rica nacieron en algún país en el exterior, representando el 7,8% de la población. El origen del segmento poblacional es variado pero está distribuido principalmente en cuatro países: Nicaragua (75%), Panamá (4%), Colombia (2%) y EEUU (< 1%).
- En relación a los niveles educativos presentados por la población migrante, las poblaciones nicaragüenses y panameñas indican bajos niveles de escolaridad y la población colombiana presenta mayores niveles de escolaridad (profesionales y técnicos). La estructura familiar de los grupos migrantes se ha conformado de manera de un componente binacional en un importante porcentaje de hogares.
- Los migrantes de origen nicaragüense representan el 4,9% del total de familias en condición de pobreza, un 4,6% de las familias en pobreza extrema y un 5,1% de las familias con necesidades básicas insatisfechas.
- Según el Censo Nacional de Población (2000), la población indígena ascendió a 63.876 personas (1,7% de la población total). El 42% de esta población está ubicada en territorios indígenas (zona de Talamanca y zona sur frontera con Panamá). El 92,4% de los indígenas reportan carencias críticas en comparación al 85,6% de los no indígenas que viven en los territorios.

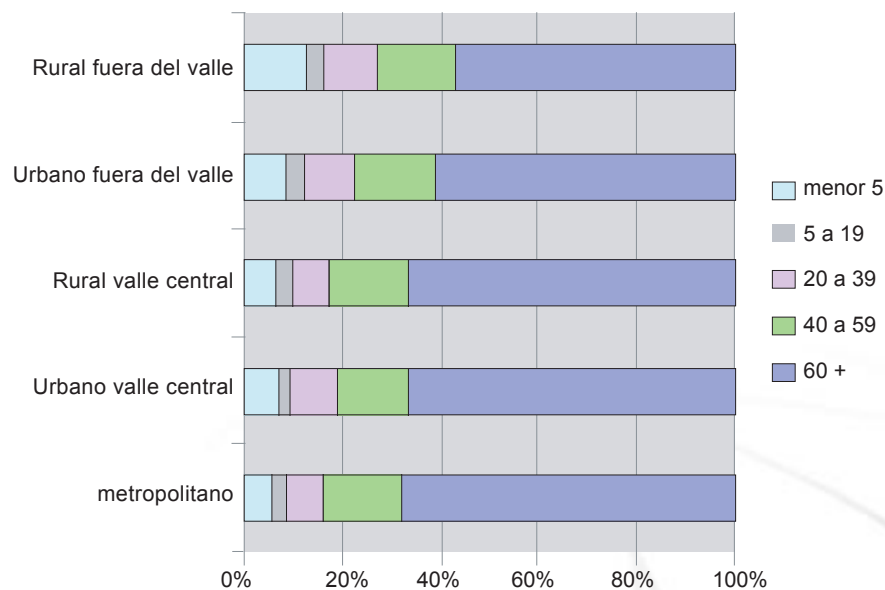
## 2.4 Reducir las brechas en salud existentes entre zonas y regiones

Es posible identificar en Costa Rica diversos esfuerzos dirigidos a seleccionar zonas hacia las cuales priorizar los recursos. La identificación de cantones rezagados a partir de las tasas de mortalidad infantil, la construcción de mapas según nivel de pobreza y la elaboración de "índices" representan algunas de estas iniciativas. En 1987, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) diseñó el Índice de Desarrollo Social, que es medido en función de ocho indicadores sociales referentes a la salud, vivienda y educación: % población analfabeta, % población con primaria o menos, % población no asegurada, % niños de primer grado con baja talla, % viviendas sin electricidad, % viviendas sin agua domiciliar, % viviendas en regular o mal estado y minutos promedio para llegar al centro de salud más cercano. (MIDEPLAN 1991).

El promedio del índice de desarrollo social es inferior en las áreas ubicadas fuera del valle central, y esa diferencia es más acentuada en el área rural, en la que se ubican cantones que, como Talamanca, tienen un índice con valor “cero”. Coincidiendo con esa distribución, las áreas metropolitana y urbana del valle central no tienen cantones ubicados en las categorías de alta y muy alta vulnerabilidad infantil, mientras que, por el contrario, en la zona urbana fuera del valle central, el 84,6% de los cantones pertenecen a las categorías de vulnerabilidad más altas.

La pobreza es mayor en las áreas ubicadas fuera del valle central, particularmente las zonas más rurales y alejadas del centro de la capital. La pobreza rural continua siendo más intensa, pues dos de cada tres familias en situación de pobreza extrema habita en el área rural. Se puede afirmar que la pobreza urbana ha aumentado y la rural ha disminuido.

**Gráfico No.1**  
**Mortalidad proporcional de la población según grupo de edad y área geográfica. Costa Rica, 1998.**

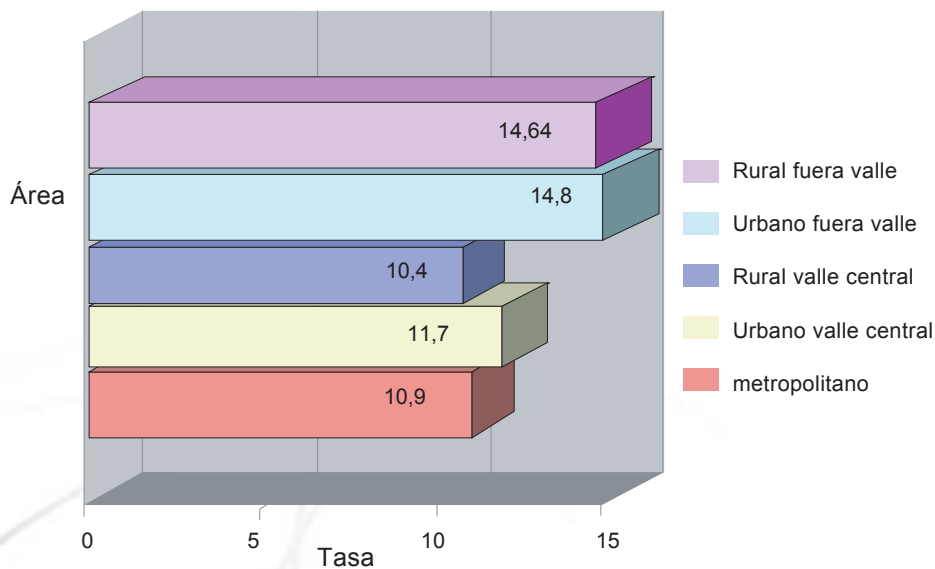


Fuente: Cálculos a partir de defunciones reportadas en el Programa Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio de Salud.

La mortalidad de menores de cinco años representa el 12,9% del total de defunciones en el área rural fuera del valle central, mientras que ese valor es de 5,4% en el área metropolitana. Coincidiendo con esa mayor mortalidad prematura en las zonas ubicadas fuera del valle central, un 61,7% y 5,2% de las defunciones ocurren en personas de 60 años y más en las áreas urbana y rural de esta zona, mientras que el 67,7% de las muertes ocurren en ese grupo de edad en el área metropolitana.

La mortalidad en el menor de cinco años es superior en el área urbana fuera del valle central (tasa de mortalidad de 341,2 por 100.000) si se compara con el área metropolitana (Tasa de mortalidad de 264,5 por 100.000). Interesa señalar que el área rural del valle central es la que logra las tasas menores de mortalidad en los grupos de menor edad, con una tasa bruta de mortalidad de 3,6 por 1000, cifra que solo es superada por el área rural fuera del valle (3,3 por 1000) y que es inferior a la nacional y a la de las demás áreas.

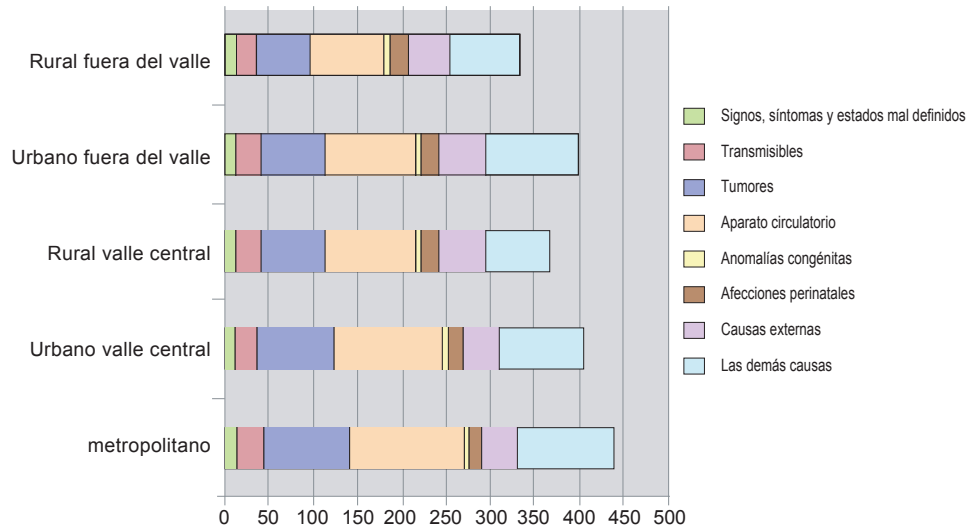
**Gráfico No.2**  
**Mortalidad Infantil según área geográfica. Costa Rica, 1998.**  
**Tasa por 1000 n.v.**



Fuente: Cálculos elaborados a partir de datos de la Dirección General de Estadística y de Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud.

El análisis de las tasas de mortalidad infantil muestra una tendencia similar con un riesgo mayor de morir en el menor de un año (tasa de mortalidad infantil de 14,6 y 14,8 por 1000 nv en el área rural y urbana fuera del valle central respectivamente), mientras que en el área metropolitana alcanza un tasa de 10,9 por 1000 nv, cifra que solo es superada por el área rural del valle central (10,4 por 1000 nv).

**Gráfico No.3**  
**Tasas de mortalidad según área. Costa Rica, 1998.**  
**Tasas por 100.000 habitantes**



Fuente: Cálculos a partir de defunciones reportadas en el Programa Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio de Salud.

Se observan diferencias importantes en la mortalidad por tumores y enfermedad cardiovascular en las diversas áreas geográficas, donde en el área metropolitana, el riesgo de morir por tumores de tráquea, bronquios y pulmón es 1,92 veces mayor que el de la población del área rural fuera del valle central. Por el contrario, el riesgo de morir por un cáncer uterino es superior en el área urbana fuera del valle central.

Con respecto a las patologías del aparato circulatorio, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón es 1,8 veces superior en el área metropolitana si se compara con el área rural fuera del valle central y esa relación es similar en lo que respecta a la hipertensión arterial (1,3 veces mayor). Por el contrario, la mortalidad por afecciones perinatales y causas externas es más elevada en las áreas que se encuentran fuera del valle central.

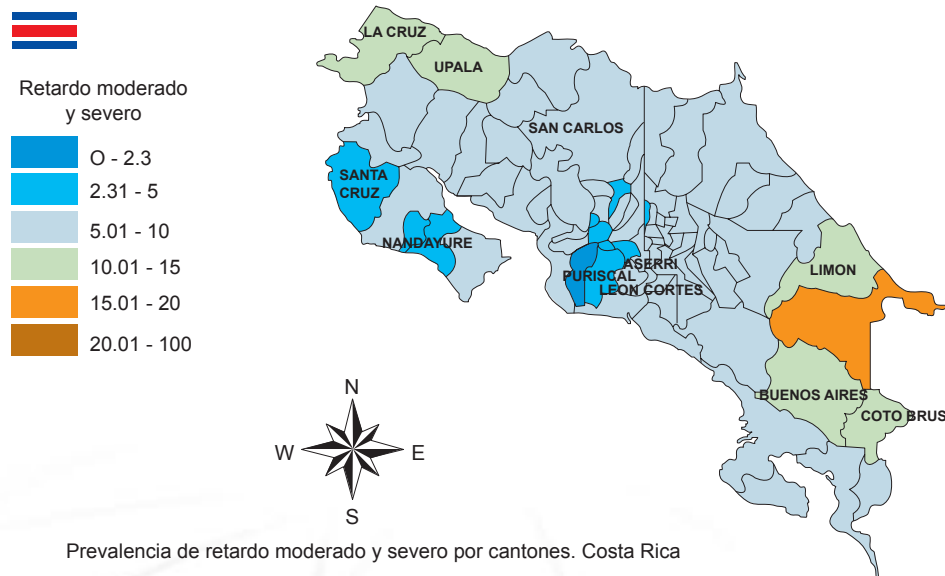
La diabetes, es una enfermedad cuya etiología está asociada con factores como la obesidad, sedentarismo y dietas bajas en fibra y altas en grasa, condiciones que son más prevalentes en las áreas urbanas. Los datos recolectados mediante la encuesta nacional de hogares, muestran que la prevalencia de diabetes es más baja en las áreas rurales, tanto dentro como fuera del valle central.

El área urbana fuera del valle, a pesar de encontrarse lejos de la zona metropolitana enfrenta la dificultad de atender tanto este tipo de enfermedades crónicas, como afecciones de índole

infecciosa vinculadas con la pobreza y otras patologías sociales como es la tuberculosis y la sífilis congénita. Además, la disponibilidad de recursos constituye otra dificultad, pues la mayor concentración de infraestructura y personal se ubica en las áreas cercanas a la capital del país, por lo que el área urbana fuera del valle central deberá afrontar el desafío de atender patologías complejas con mayor restricción de recursos.

La distribución geográfica de la desnutrición también varió según se muestra en el mapa, donde puede apreciarse la difícil situación nutricional de la mayoría de los niños del país en 1997, donde solo el cantón de Talamanca reflejaba estancamiento nutricional. Los demás cantones fronterizos aunque presentaban en 1997 una situación de déficit nutricional, la misma fue inferior a la señalada por los resultados de los censos anteriores (Ministerio de Salud, 2002).

**Mapa No.1**  
**Prevalencia de retardo moderado y severo por cantones**  
**Costa Rica, 1997.**



El país ha implementado dos iniciativas dirigidas a enfatizar el ataque a la pobreza:

- **El Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006**, que tiene como propósito impulsar una vigorosa política social que promueva el desarrollo integral de la población costarricense, reactivar la economía, aumentar la competitividad de los sectores productivos en un ambiente macroeconómico estable y promover mecanismos transparentes, ágiles y efectivos de participación ciudadana, rendición de cuentas y evaluación para mejorar la gestión y servicios públicos.
- **El Plan Vida Nueva:** Superación de la pobreza y desarrollo de las capacidades humanas, es una iniciativa que se propone enfatizar el ataque de las causas generadoras y perpe-

tuadotas de la pobreza en el país durante el período 2002-2006, mediante la implementación de una estrategia nacional compuesta de tres ejes: Creación de oportunidades, generación de capacidades y redes de protección y asistencia social. Esta estrategia nacional sería focalizada en los 32 cantones más pobres del país y para cada eje se han definido objetivos y acciones prioritarias. Las principales acciones de este plan son: (1). avanzar en la atención universal de las necesidades de vivienda, salud, educación, cultura, con énfasis en las poblaciones excluidas y en territorios prioritarios por su menor desarrollo (32 cantones), (2). Dirigir los recursos de los ministerios e instituciones autónomas, en forma prioritaria, para equiparar los servicios de los cantones pobres con aquellos en mayor desarrollo. (3). Contribuir a la generación y distribución de la riqueza por medio de la creación de empleo y el apoyo a la producción en las zonas de desarrollo prioritario. (4). Reorganizar los programas sociales con el fin de lograr una mayor eficiencia e impacto en el desarrollo humano y reducción de la pobreza.

## 2.5 Mantener y mejorar los logros alcanzados en los indicadores de salud

A pesar de los logros que Costa Rica ha alcanzado en términos de desarrollo humano, persisten diferencias importantes en el nivel de avance que han logrado las diferentes poblaciones al interior del país. La formulación e implementación de políticas requiere de un profundo conocimiento de las dinámicas sociales y económicas de las poblaciones y del rezago o avance en el que ellas se encuentran.

La posibilidad de elevar la esperanza de vida al nacer dependerá del descenso que se logre, no solo en la mortalidad infantil, sino en las defunciones asociadas con las enfermedades crónicas no transmisibles. Continúan ocurriendo muertes evitables y prematuras, pues muchas enfermedades solamente han desplazado el momento del deceso hacia los grupos de mayor edad. Existe evidencia de que es posible reducir la proporción de estas defunciones prematuras e incluso evitar la ocurrencia de nuevos casos mediante estrategias dirigidas a modificar factores de riesgo relacionados con condiciones de vida.

En el campo de la salud, Costa Rica se ha destacado por la elevada cobertura de servicios y la asignación de una proporción del PIB en salud que, a pesar de la crisis que enfrenta el país en el ámbito económico, permanece en cifras cercanas al 6%.

Desde los años setenta el país formuló e implementó una política integral de salud que estableció principios fundamentales como la universalidad, solidaridad y equidad en salud. La extensión de servicios, en todos los niveles de atención de la salud permitió elevar las coberturas de los programas fundamentalmente preventivos de salud rural y comunitaria - a cargo del Ministerio de Salud-, y de atención de la enfermedad, como responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Ello se reflejó en el incremento de las coberturas de atención primaria de la salud, del seguro de enfermedad y maternidad, de atención hospitalaria del parto, de pensiones por invalidez, vejez y muerte, entre otros.

En la década de los 90, como parte del proceso de reforma del sector salud, el ministerio de salud asume la rectoría, vista hoy como un proceso participativo que da cabida a las organi-

zaciones de la sociedad civil y política en la identificación de problemas de salud y en el diseño y ejecución de las intervenciones respectivas.

En las regiones, el impacto de la reforma ha sido notorio, en especial en aquellas conocidas como periféricas, donde se dio prioridad a la apertura de áreas de salud y EBAIS en las cuales de 1995 a la fecha, la cobertura de servicios pasó de 25,7% de la población nacional a casi 90% en el año 2002. La meta de 800 EBAIS para el año 2002, tiene un avance del 81,5%.

En relación a la medición de las funciones esenciales en el país, la función de evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, obtuvo el resultado más alto respecto al resto de funciones (0,75), en segundo lugar se ubicó la función relacionada con reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (0,72), llamó la atención el bajo desempeño de las funciones de: investigaciones (0,26) y recursos humanos (0,36). El resto de las funciones estuvieron entre el cuartel de desempeño medio inferior y superior.

En el marco de los indicadores nacionales también se ubican resultados positivos, entre ellos destacan: la mortalidad general, mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, la cobertura de servicios preventivos y de atención a la enfermedad, sitúan al país a la par de países desarrollados. A continuación se describe cuadro con principales indicadores planteados:

**Cuadro No. 3**  
**Principales indicadores de salud 1980 - 2003**

	1980	1985	1990	1995	2000	2001
Mortalidad general	4,1	4,0	3,8	4,2	4,0	3,9
Mortalidad infantil	19,52	17,63	15,12	13,24	10,23	10,82
Mortalidad materna	2,0	4,0	1,4	2,0	3,6	3,5
Esperanza de vida	74,2	75,5	76,7	76,0	77,5	77,6

Fuente: Datos de INEC, Ministerio de Salud de Costa Rica y Estado de la Nación.

Al analizar la mortalidad por los cinco grandes grupos de causas durante los años 1980-2001, se observa la misma tendencia es decir, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ocupa el primer lugar, le siguen los tumores malignos, en tercer lugar las causas externas, seguido por las enfermedades infecciosas y las afecciones perinatales.

**Cuadro No. 4**  
**Tasas ajustadas por edad según causas y mortalidad proporcional, Costa Rica**  
**1980-2001**

	1980		1985		1990		1995		2000		2001	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Cardiovasculares	146,5	30,5	147,9	33,2	131,6	32,1	144,6	32,8	122,3	32,5	138,4	33,2
Neoplasias	96,7	20,1	95,2	21,3	87,2	21,3	92,3	20,9	77,8	20,7	91,8	22,0
Causas externas	66,4	13,8	46,8	10,5	47,5	11,6	49,5	11,2	49,2	13,1	44,9	10,8
Infecciosas	44,7	9,3	30,3	6,8	28,9	7,1	32,7	7,4	20,2	5,4	21,9	5,3
Perinatales	18,6	3,9	18,3	4,1	13,0	3,2	12,8	2,9	9,2	2,5	9,2	2,2
Otras causas	107,6	22,4	107,6	24,1	101,1	24,7	109,5	24,8	97,4	25,9	111,1	26,6
<b>Total</b>	<b>480,5</b>	<b>100</b>	<b>446,1</b>	<b>100</b>	<b>409,3</b>	<b>100</b>	<b>441,4</b>	<b>100</b>	<b>376,1</b>	<b>100</b>	<b>417,4</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos de INEC. Tasas por 100.000 habitantes

Si bien se han eliminado obstáculos importantes, también se evidencia un perfil epidemiológico en el que prevalecen enfermedades típicas de países desarrollados, las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio y los tumores, representaron durante el año 2001 el 55,2% del total de las causas de muerte y aunque las infectocontagiosas dejaron de ocupar los primeros lugares de morbilidad y muerte aun persisten en el panorama actual.

La situación de Costa Rica ofrece alternativas interesantes para el análisis de esas tendencias pues:

- Mostró una reducción importante de la incidencia de las enfermedades infecciosas a partir de la década de los setenta, pero durante la presente década no ha podido avanzar en la reducción de la mortalidad por patologías de índole infecciosa que, como las infecciones respiratorias, países desarrollados han logrado controlar.
- Ante la disminución en el número de defunciones asociadas a infecciones, la mortalidad proporcional por enfermedades de tipo crónico y relacionado con patologías sociales se ha incrementado. Las tasas de mortalidad de algunas enfermedades, como las cardiopatías y el cáncer de útero, parecen demostrar un estancamiento.
- La expectativa de vida de la población se ha estabilizado, por lo que es indispensable identificar posibilidades que, a corto, mediano y largo plazo, permitan que el país avance en el incremento de la esperanza de vida al nacer y el mejoramiento de la calidad de vida.
- La prevalencia de factores de riesgo asociados con enfermedades crónicas, como el tabaquismo y consumo de grasa, no es tan elevada como en países desarrollados, pero algunos determinantes, como la obesidad, muestran una tendencia hacia el incremento.

- El país dispone de registros de cobertura nacional que poseen controles de calidad que facilitan su uso para el análisis integrado de los datos. El empleo de una identificación única, como es el número de cédula, permitiría unir los diferentes registros y realizar análisis individual.
- El estancamiento en la frecuencia de las enfermedades infecciosas prevenibles, como la infección respiratoria y la diarrea, el resurgimiento de enfermedades infecciosas que se creían superadas como el dengue y el cólera y el surgimiento de nuevas enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana y ciertas enfermedades febriles hemorrágicas, señalan la complejidad de la situación de salud que enfrentan los países. Es importante integrar los resultados de estos estudios con información sobre morbilidad y mortalidad para poder facilitar el monitoreo y evaluación de las estrategias que se identifiquen como costo-efectivas.
- El país ha obtenido logros en la reducción de la desnutrición y en el control de los problemas carenciales de micronutrientes, principalmente ácido fólico, yodo y vitamina A en la población. El descenso en los indicadores de talla/edad a los 7 años de edad, reflejado en los datos de los censos de talla realizados entre 1979 y 1996 muestra el efecto de la mejora en las condiciones sociales en la salud y nutrición de la población hasta los siete años de edad ya que el porcentaje de niños con retardo en talla disminuyó de 20,4% en 1979 a 7,4% en 1997, además se produjo un aumento de la talla promedio de 2,0 cms desde 1981 (Ministerio de Salud, 2002).

Por esto el país debe de:

- Mantener las estrategias de atención primaria para la reducción de enfermedades infecciosas (malaria, dengue) y carenciales, así como avanzar en el mejoramiento de factores estructurales relacionados con las condiciones de saneamiento básico y vivienda.
- Analizar e implementar estrategias innovadoras para prevenir el incremento en la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Para ello, es indispensable avanzar en el control de los determinantes de estas patologías, por lo que la promoción de la salud representa una condición indispensable. Además, la investigación resalta como una herramienta indispensable, dado que aún enfrentamos muchos vacíos de conocimiento con respecto a los factores de riesgo y su distribución epidemiológica, así como la efectividad de las intervenciones que permitirían controlar estos problemas de salud. Los grupos de riesgo de padecer de estas patologías han ido cambiando a través del tiempo, por lo que es indispensable implementar sistemas de vigilancia que nos permita conocerlos.
- A partir de la demanda, aplicar el principio de equidad en función con las necesidades de salud. El estancamiento en la prevalencia de problemas de tipo agudo y carenciales que, como en el caso de la anemia ferropénica se documentó en Costa Rica, indica la importancia de priorizar en las acciones que permitirían reducir estas enfermedades y planificar recursos en función de criterios de costo-beneficio, si se desea lograr más efecto con los recursos que se dispone.
- Debido a los continuos cambios demográficos que afectarán la estructura poblacional del país en los años venideros, la acción de vigilancia y monitoreo será crucial en la función

rectora en nutrición y alimentación. El establecimiento de las funciones rectoras en alimentación y nutrición constituye un reto por estructurar e implementar en el país tanto en el nivel central como regional y local. También, la contribución de los distintos sectores en el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de las familias más pobres del país será una gran misión para el siglo XXI.

## 2.6 Reducir la exclusión social en salud

En Costa Rica la protección social en salud se realiza a través de dos mecanismos de aseguramiento, los cuales son independientes desde el punto de vista organizacional y financiero. El seguro de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito lo administra el Instituto Nacional de Seguros (INS) mediante dos pólizas obligatorias, la primera de las cuales la financian el empleador y el trabajador, en tanto que el seguro automotor es pagado solo por el propietario del vehículo, sin embargo, por diversas razones estos seguros aún no cubren a la totalidad de trabajadores ni de conductores. El seguro de maternidad y enfermedad lo administra la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) quien ha establecido cinco modalidades de afiliación (asalariado, voluntario, pensionado, convenios especiales y por cuenta del Estado) que utilizan diferentes fuentes de financiamiento, pero que al igual que en el caso anterior, la cobertura no es total y solo alcanza al 81% de la población. De lo anterior se puede aseverar que en Costa Rica aún existe exclusión social en salud, por lo que es necesario caracterizarla con el fin de buscar posibles soluciones.

El aseguramiento de la salud se inició formalmente en Costa Rica en 1941 con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Esta institución, con el aporte financiero de trabajadores, patrones y el Estado, estableció el seguro de enfermedad y maternidad así como el pago de incapacidades, beneficiando en un principio solo a los trabajadores asalariados y posteriormente a sus familiares. En 1961 se promulgó la Ley de Universalización de los Seguros Sociales, que establece la obligatoriedad del Estado a extender el seguro de salud a toda la población. En 1974 se autorizó incorporar a los trabajadores no asalariados mediante el seguro voluntario; en 1976 se incorporaron los pensionados de la CCSS y de los regímenes especiales; en 1984 se estableció el aseguramiento colectivo con organizaciones de trabajadores no asalariados de bajo ingreso mediante convenios especiales y; en ese mismo año, se determinó el aseguramiento subsidiado de la población indigente mediante la modalidad de asegurado por el Estado. Resumiendo, la protección social en salud en Costa Rica se realiza a través de dos mecanismos:

- Régimen Contributivo. Incluye a trabajadores asalariados, trabajadores no asalariados mediante seguro voluntario, afiliados a gremios (mediante convenios especiales) y a los pensionados.
- Régimen No Contributivo. Incluye a población indigente mediante subsidio estatal.

La evolución de la tasa de aseguramiento con base en los censos de 1984 y el 2000 se muestra enseguida:

**Cuadro No. 5**  
**Población nacional según tipo de aseguramiento.**  
**Censos 1984 y 2000**

Modalidad de aseguramiento	1984			2000		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres
Asalariado	19,2	26,5	11,9	18,7	25,0	12,5
Seguro Voluntario	4,5	6,7	2,3	6,6	10,0	3,2
Asegurado Familiar	44,6	33,6	55,7	43,2	32,0	54,3
Por Cuenta del Estado				8,5	7,4	9,6
Otro tipo	2,8	2,7	3,0	4,7	4,9	4,5
No tiene	28,8	30,4	27,1	18,2	20,6	15,9
<b>Principales Indicadores</b>						
Tasa de aseguramiento	71,2	69,6	72,9	81,8	79,4	84,1
Dependencia contributiva	3,0	2,1	5,1	3,2	2,3	5,4

Fuente: Gustavo Picado y Salazar, CCSS

Si bien en esos 16 años se observa un aumento en la tasa de aseguramiento, 71,2% a 81,8%, al analizar su impacto económico varios hechos deben llamar la atención:

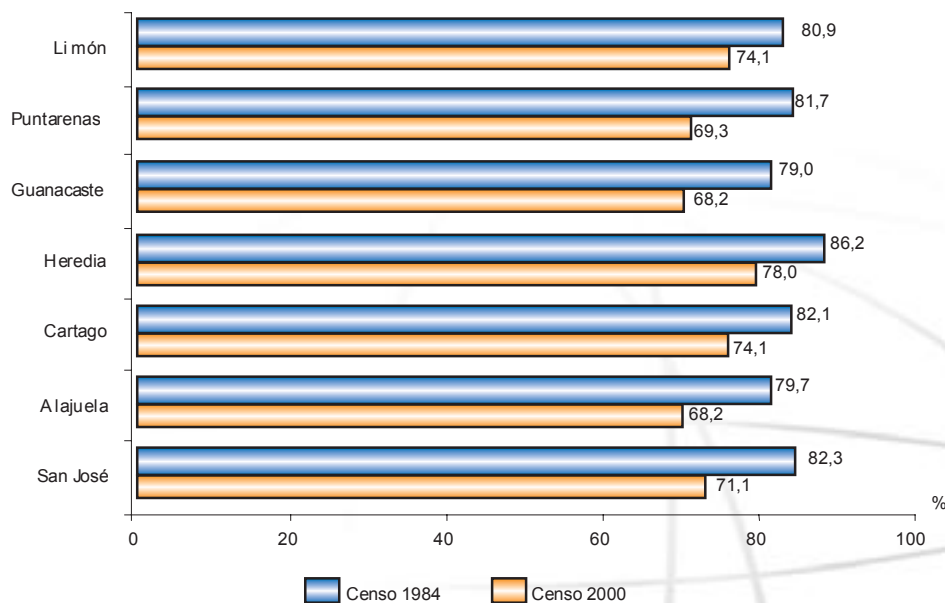
- **Reducción de la proporción de trabajadores asalariados**, de 19,2% a 18,7%. Además de traducir un deterioro en el empleo, ello impacta negativamente en los ingresos de la CCSS, debido a que esa categoría produce la mayor recaudación (15% sobre el salario). Pese a que los trabajadores públicos y privados asalariados que se encuentran afiliados al Seguro de Salud, sólo representan un 18,7% del total de la población nacional, sus contribuciones en el período 1997-2000 representaron el 86,5% del total de ingresos.
- **Aumento del número de asalariados voluntarios**. Este seguro diseñado fundamentalmente para trabajadores independientes y patronos, aumentó de 4,5% a 6,6%. Si bien se calcula que apenas son el 45% de los que debieran estar afiliados al seguro social, también hay que tomar en cuenta que los fondos que administra la CCSS deben subsidiar parcialmente su atención, ya que su tasa de contribución es del 4,75% sobre el 70% del salario mínimo establecido para su categoría y el Estado debe subvencionar un 3,25%, por lo que la contribución total al sistema apenas llega al 8,0%. El problema es doble, ya que por una parte ellos representan el 25% del total de asegurados directos activos pero solo aportan el 2% de los ingresos totales del Seguro de Salud, y por otra parte, el Estado no siempre cumple con sus obligaciones.
- **Aumento de asegurados pensionados**. La categoría de otros, compuesta principalmente por pensionados y sus familiares, también aumentó de 2,8% a 4,7%. La contribución de esta categoría también es menor que la de los asalariados.
- **Surge una nueva categoría de asegurados subsidiados por el Estado**. El censo del 2000 refiere que esta categoría representa el 8,5% del total de asegurados y dado que

esa categoría no existía en 1984, es la que más impacta en el aumento de la tasa de aseguramiento. Sin embargo, el Estado, como ente responsable de financiar el complemento de la contribución de los asegurados voluntarios y de los asegurados por cuenta del Estado, no ha cumplido con su rol. En el año 2000 el grado de cumplimiento con la CCSS fue de tan sólo un 51,6%.

En síntesis, todo parece indicar que la estructura del financiamiento y el gasto del seguro de salud a cargo de la CCSS se debe revisar cuidadosamente. Sin deteriorar el principio de solidaridad que debe prevalecer en el sistema de seguridad social, es necesario identificar los mecanismos que contribuyan a su estabilidad financiera.

Otro tema relevante es el de la inequidad del aseguramiento en Costa Rica. En efecto, el promedio nacional no refleja dos tipos subyacentes de inequidades: la primera es la inequidad geográfica, ya que en tanto que el cantón de Montes de Oro tienen una tasa del 90,8%, 10 puntos porcentuales arriba del promedio nacional, Upala solo logra el 53,3%. La segunda es la inequidad étnica, ya que la tasa de aseguramiento de la población indígena es de solo el 70,1%, 10 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional. En la siguiente gráfica se muestran la desigualdad del aseguramiento entre las Provincias, la cual no refleja aún las marcadas diferencias que se dan a nivel cantonal.

**Gráfico No.4**  
Tasa de afiliación al seguro de salud por provincia,  
Censos 1984 y 2000



Se puede observar que al comparar los resultados de 1984 y el 2000, Heredia continúa siendo la provincia con la tasa más alta de afiliación, en tanto que Alajuela y Guanacaste conservan las tasas más bajas. En las posiciones intermedias, el cambio de mayor importancia es que San José del cuarto lugar en 1984 pasa a ocupar el segundo lugar y en contraposición, Limón del segundo lugar es desplazado al quinto puesto.

En el siguiente cuadro se muestra la desigualdad de las tasas de cobertura a nivel cantonal, la cual se acompaña de otras variables con las cuales es necesario correlacionar dichas tasas, con el fin de buscar estrategias de intervención más apropiadas.

**Cuadro No. 6**  
**Cantones con mayor y menor nivel de afiliación del seguro de salud**

Cantón	Tasa de Cobertura		Posición	IDS 2000	% Población		% Aseg. Cta. Estado
	2000	1984			Extranjera	Pobre	
<b>MAYOR COBERTURA</b>							
Montes de Oro	90,8	78,8	1	63,9	2,8	29,7	13,2
Flores	90,4	81,5	2	100,0	4,6	1,0	6,3
Jiménez	90,0	83,7	3	59,3	1,9	19,3	5,4
León Cortés	89,4	57,1	4	38,0	3,0	30,2	6,4
Barva	89,3	78,9	5	63,3	4,0	17,2	10,1
Santa Bárbara	88,9	76,6	6	69,4	5,0	14,1	10,0
Pérez Zeledón	88,5	75,8	7	48,9	1,6	24,6	11,9
Atenas	88,1	77,6	8	68,8	5,5	7,5	4,9
San Pablo	87,6	79,6	9	74,3	4,8	11,6	5,6
Belén	87,5	80,6	10	94,9	9,2	1,0	4,6
<b>Promedio</b>	<b>88,7</b>	<b>76,9</b>		<b>62,0</b>	<b>3,5</b>	<b>18,7</b>	<b>9,3</b>
<b>MENOR COBERTURA</b>							
Los Chiles	77,0	36,0	72	8,9	27,1	43,8	6,8
Alajuelita	76,7	67,0	73	58,7	11,2	31,3	18,5
Nandayure	76,5	59,3	74	53,1	1,7	33,1	22,6
Santa Cruz	76,4	64,5	75	52,8	3,9	33,2	11,9
San Carlos	75,7	63,3	76	45,5	12,1	19,5	7,9
Garabito	73,2	56,1	77	48,3	13,5	24,9	7,9
Golfito	73,0	57,6	78	44,0	4,2	35,9	14,0
Talamanca	67,9	40,1	79	0,0	18,6	49,7	21,2
La Cruz	63,9	66,1	80	16,4	21,2	44,6	8,5
Upala	53,3	58,1	81	17,4	15,3	38,2	32,8
<b>Promedio</b>	<b>72,6</b>	<b>60,2</b>		<b>40,0</b>	<b>12,1</b>	<b>31,3</b>	<b>11,9</b>
<b>Promedio Nacional</b>	<b>81,8</b>	<b>71,3</b>		<b>60,1</b>	<b>7,7</b>	<b>21,3</b>	<b>8,5</b>

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en los Censos de 1984 y 2000.

Si bien en Costa Rica la tasa de aseguramiento de la salud es más alta que en la mayoría de los países de América Latina, persiste una situación de inequidad, ya que la quinta parte de la población no tiene seguro de enfermedad y maternidad y por lo tanto, no tiene derecho a los beneficios de la atención médica y al pago de incapacidad durante la enfermedad. El país se encuentra en una situación de relativa recesión del crecimiento económico desde 1999, por lo que es poco probable que pueda mantener el aporte para los asegurados por el Estado y por otra parte, si bien el segmento de población pobre se mantiene estable desde hace una década, lo cual en sí mismo ya es un retroceso, la tendencia de la proporción del desempleo y el empleo informal van en aumento, lo cual potencialmente podría representar en el corto plazo una mayor carga para el Estado que difícilmente podrá soportar. Otras señales de alarma son la reducción de 32,3% a 28,5% del gasto público social y la disminución de 76,8% a 71,0% en la composición público privada del gasto en salud. Dicho de otro modo, ante la insuficiencia del Estado para cubrir satisfactoriamente los servicios de salud de acuerdo a las necesidades sentidas de la población, se observa claramente un incremento del gasto familiar para la atención sanitaria, ya que el gasto privado se incrementó de 23,2% a 29,0% entre 1991 y el 2000, como se puede ver en el siguiente cuadro.

**Cuadro No. 7**  
**Principales indicadores del gasto en salud 1991 – 2001**

Año	Per cápita (US\$)	% PIB	Composición (%)		% Gasto público social
			Público	Privado	
1991	156,7	6,9	76,8	23,2	32,3
1992	171,6	6,5	75,3	24,7	30,0
1993	194,5	6,7	76,2	23,8	29,4
1994	218,8	7,1	76,0	24,0	29,2
1995	238,5	7,1	74,8	25,2	30,1
1996	238,1	7,2	75,1	24,9	28,9
1997	250,0	7,2	73,5	26,5	27,3
1998	256,1	6,8	73,7	26,3	28,3
1999	269,9	6,6	72,7	27,3	29,7
2000	286,7	7,1	71,8	28,2	29,0
2001	295,6	7,4	71,0	29,0	28,5

Fuente: Elaboración con base en información del Banco Central, Ministerio de Salud, CCSS, INS y ICAA

Se debe mencionar que el Estado ya ha tomado algunas medidas para conservar la salud financiera del sistema de aseguramiento y extender la protección social en salud, sin embargo, debe existir la duda de si esas medidas son suficientes. Dentro de tales medidas se pueden mencionar los siguientes:

- **Reducción de la evasión fiscal y del pago de cuotas al seguro social.** Se han creado incentivos para disminuir la evasión, por ejemplo, la creación de una modalidad de aseguramiento voluntario con tasas globales inferiores a las que se aplican al seguro obligatorio.

rio, sin embargo, sus consecuencias ya se han comentado. La evasión tiene varias formas, siendo la más reconocida la del no aseguramiento, sin embargo, también existe el aseguramiento en una modalidad que no le corresponde, como por ejemplo un asalariado que se registra como trabajador independiente, o bien un asalariado que se protege como beneficiario familiar a través de su cónyuge. Otra forma frecuente de evasión, pero de enorme dificultad para identificarla, es el reporte de salarios o ingresos inferiores a los realmente percibidos, fenómeno conocido como subdeclaración salarial.

- **Mejoramiento de la recaudación.** Se estableció un Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y al mismo tiempo se estableció en 1998 un mecanismo de cobro desconcentrado utilizando las sucursales bancarias en todo el país.
- **Nuevo mecanismo para la asignación de fondos para la atención médica.** Los fondos se asignan mediante compromisos de gestión y con base a metas de cobertura en primer nivel o de producción hospitalaria.

No obstante, existe la percepción de que el interés de estas medidas se ha centrado en la contención de costos y la salud financiera del sistema, pero han dejado de lado el tema del aseguramiento, por lo que es necesario llamar la atención del sector salud sobre los siguientes puntos que si bien pueden contribuir a la salud financiera, su interés primordial es el de avanzar en la reducción de la exclusión social en salud. Entre dichas medidas, que ameritan un exhaustivo análisis se encuentran los siguientes:

- **Determinar una política de extensión de la protección social en salud.** Se debe formular una política en esta materia, pero igualmente se debe formular un plan de mediano y largo plazo, así como una agenda de acciones que estén sujetas a monitoreo.
- **Establecer los mecanismos legales y administrativos que la respalden.** Es probable que deba someterse a revisión del poder legislativo la actual legislación en materia de aseguramiento sanitario. Será de mucha utilidad que la Comisión de Salud y Seguridad Social de la Asamblea Legislativa sea convocada a los debates.
- **Renovar los mecanismos de solidaridad financiera para hacer dicha extensión.** Como ya se ha mencionado, existe una categoría de asegurados que soportan el mayor peso del financiamiento. Deberán revisarse nuevas opciones y mecanismos para hacer un nuevo pacto social entre trabajadores, empresarios y el resto de la sociedad, incluido el Gobierno, para soportar entre todos la carga tributaria de la seguridad social.
- **Identificar mecanismos para mejorar la identificación de los no asegurados.** Se pueden conjugar diversas estrategias, pero el Sistema de Identificación de Población Objetivo (SIPO) es un elemento clave para esta identificación. El trabajo coordinado entre IMAS, FODESAF, municipalidades y áreas de salud de la CCSS y el Ministerio de Salud, pueden mejorar la identificación de los no asegurados, la modalidad en la que deben ser asegurados y consecuentemente la carga tributaria que deben aportar.
- **Revisar los mecanismos de aseguramiento y buscar nuevas opciones para afiliar a no asalariados.** Se debe revisar cada modalidad de aseguramiento para valorar sus al-

cances y limitaciones. Ello puede llevar a descubrir nuevas modalidades de aseguramiento que hagan factible el aseguramiento universal.

- **Mejorar la consistencia entre aportes y costo de los servicios.** El costo calculado en el 2001 para asegurados subsidiados por el Estado fue de c/. 54,545 millones pero solo se facturó el 25% a FODESAF. Parece riesgoso que el Estado subsidie a los pobres y que la CCSS subsidie al Estado.
- **Mejorar el cumplimiento de las cuotas del Estado.** En forma global en el 2000 el Estado solo cubrió el 50% de sus obligaciones con la CCSS, sin embargo, de los 13,564 millones de colones facturados a FODESAF en el 2001, este organismo solo aportó 208 millones, es decir, el 1,5%.
- **Seguir reduciendo la evasión en el pago de cuotas a la CCSS.** Un estudio en 1996 señaló que el déficit de ingreso oscilaba entre 21 y 23% y otro estudio más reciente asevera que le 27% de los trabajadores activos ocupados en el país no participa en el financiamiento.
- **Mejorar la identificación de los asegurados por el Estado.** Actualmente las Unidades de Validación de la CCSS parecen incapaces de discriminar a las personas que realmente requieren beneficiarse con el seguro subsidiado por el Estado. Como ya se mencionó, se debe utilizar el Sistema de Identificación de Población Objetivo (SIPO) como sistema de información básico para la identificación de población objetivo, pero el IMAS, las áreas rectoras del Ministerio de Salud y las Alcaldías, pueden colaborar para una mejor precisión.

## 2.7 Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud

Los servicios públicos de salud en Costa Rica están a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La atención hospitalaria se proporciona en 29 hospitales clasificados en las siguientes categorías:

- 3 hospitales nacionales ubicados en la capital del país (México, San Juan De Dios y Calderón Guardia)
- 5 hospitales especializados (Mujeres, Niños, Psiquiatría, Adulto Mayor, Rehabilitación y de Psiquiatría); 7 hospitales regionales (Cartago, San Carlos, Limón, Puntarenas, Escalante Pradilla, Alajuela y Liberia)
- 14 hospitales periféricos (tipo 3: Nicoya, Turrialba y San Ramón; tipo 2: Guápiles, Heredia, Grecia, Upala, San Vito y Ciudad Neily; tipo 1: Golfito, Los Chiles, Tomas Casas y Max Terán Valls y San Rafael).

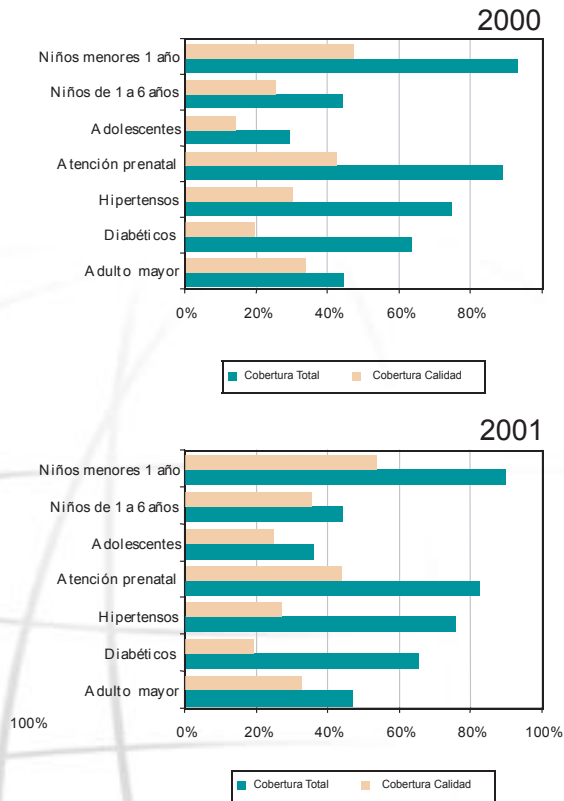
La atención no hospitalaria de consulta general o primer nivel de atención, se proporciona en 812 EBAIS distribuidos en todo el país y organizados en 94 áreas de salud. La consulta de relativa complejidad y algunas consultas especializadas se proporciona en 8 clínicas mayores ubicadas en el área metropolitana.

Si bien el sector salud ha realizado acciones para aumentar el acceso a los servicios, evaluaciones internas y externas realizadas en los últimos años demuestran que existen dos signos de un desempeño deficiente del sistema público de servicios de salud en Costa Rica.

- **El primero es el de cobertura insuficiente.** La población asegurada no recibe los servicios o los recibe con retraso. En el 2001 la cobertura de los programas de atención integral fue del 52% y diez especialidades tuvieron listas de espera superior a los 3 meses para consulta externa y cirugía electiva.
- **El segundo es el de calidad insuficiente.** En el 2001 solo el 50% de las coberturas de los programas asistenciales fueron con calidad. Entre 1998 y 2001 aumentaron las infecciones hospitalarias de 0,10% a 0,19% y una encuesta efectuada en el 2001 revela que 18% de los usuarios percibe un trato medico inadecuado, 32% espero 3 meses o más para una consulta, 42% califico el tiempo de espera como mucho o excesivo y 17% como inaceptable.

La siguiente gráfica y cuadro muestran los resultados de la evaluación de los compromisos de gestión, reportados por la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la CCSS.

**Gráfico No. 5**  
**Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención. Años 2001-2002**



**Cuadro 8**  
**Cobertura de atención integral total y con calidad,**  
**según programa de atención, CCSS-2001**

<b>Programa</b>	<b>Cobertura total*</b>	<b>Cobertura con criterios de calidad</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Adulto Mayor	46,66	32,65
Diabéticos	65,07	18,81
Hipertensos	75,51	26,63
Tamizaje de Hipertensión Arterial	98,6	n.a.
Atención Prenatal	82,08	43,34
Adolescentes	35,75	24,58
Niños de 1 a 6 años	43,83	35,29
Niños menores 1 año	89,66	53,55
Niños menores de 28 días	56,00	38,00

El denominador utilizado es la proyección, con base en los datos del censo 2000, de la población objetivo de cada programa, a junio del 2001.  
Fuente: Dirección compra de Servicios de Salud. Informe de evaluación de compromisos de gestión, año 2001. Marzo, 2002.

La cobertura y calidad de los servicios no deben analizarse en forma aislada, ya que tienen estrecha relación con variables estructurales como la disponibilidad de recursos y el acceso a los servicios, así como con variables de proceso de atención como la administración, planificación y gestión de servicios, por lo que los resultados de la acreditación de hospitales y la evaluación de EBAIS que realiza el Ministerio de Salud, son un insumo indispensable para encontrar las posibles explicaciones, ya que ambos procesos están dirigidos a explorar esas variables.

Es un lugar común que el proceso de reforma sectorial en Costa Rica ha aumentado el acceso a un modelo de atención integral basado en EBAIS. Un estudio realizado por el CCP de la UCR señala que en el 2000, la mitad de la población residía a 1 km. o menos de un centro de atención médica y a 5 km. o menos de un hospital. El análisis sectorial menciona que en el 2001, la población a la que aún no se le había asignado un EBAIS no sobrepasaba el 6% de la población total y por encontrarse ubicada principalmente en zonas urbanas, podía acudir directamente a los servicios hospitalarios para atención de la morbilidad. Con base en lo anterior, en dicho análisis se cita que en cuanto a la atención de la morbilidad, los servicios de atención cubren el 100% de las necesidades de la población y en cuanto a la atención integral mediante EBAIS, se cubre al 94%, que corresponde a la población adscrita a alguna de las unidades de atención primaria.

No obstante lo anterior, la cobertura efectiva del primer nivel de atención de la CCSS ascendió en el año 2001 solo el 52% de la población, en programas curativos o preventivos. Por otra parte, al comparar el acceso deficiente a los servicios de salud entre 1994 y el 2000, no parece haber cambiado significativamente y por el contrario, se observa un ligero deterioro en la atención primaria y la atención hospitalaria, como se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro 9**  
**Población con acceso deficiente a servicios de salud. Período 1994-2000.**

Servicio	1994 %	2000 %	Cambio %
Atención Primaria	8,4	8,8	Deterioro de: 0,4
Atención Médica	21,7	13,0	Mejoría de: 8,7
Hospital	11,3	12,1	Deterioro de: 0,8
Densidad de servicios	17,5	13,6	Mejoría de: 4,0

Fuente: Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS). Dr. Luis Rosero Bixby.

Pareciera paradójico que el incremento de EBAIS no haya aumentado el acceso a servicios de atención primaria, sin embargo, ello parece deberse a que con la reforma el Ministerio de Salud dejó de prestar servicios a través de sus puestos de salud y que la creación de EBAIS por parte de la CCSS, apenas esta compensando esa pérdida.

Un tema adicional es el de la desigualdad en las coberturas, cuando estas se analizan por regiones de salud. El cuadro No. 10 muestra que las Regiones Brunca y Huetar Atlántica tienen de manera consistente las menores coberturas en los diferentes programas.

**Cuadro 10**  
**Coberturas totales y con calidad**

PROGRAMA	SITUACIÓN EN LAS REGIONES
Atención de menores de 28 días. Por encima del promedio nacional	Pacífico Central 70%. Brunca 30%
Atención a niños menores de un año.	Chorotega 97%. Brunca 49%.
Atención a menores de 7 años. Por encima del promedio nacional.	Pacífico Central 47%. Brunca 30%.
Coberturas de atención en el escenario escolar.	Todas sobrepasaron el 65%.
Programa de atención integral al adolescente.	Central Sur y H. Atlántica mayor a 40%. Brunca menor a 25%.
Subprograma de atención prenatal.	Chorotega, Pacífico Central y H. Atlántica mayor a 80%. Central Sur y Brunca menor a 30%.
Programa de atención al paciente diabético	Chorotega, Pacífico Central, Huetar Atlántica, 70% .
Programa de atención pacientes hipertensos.	Pacífico Central 86.7%. H. Atlántica 80%.
Programa de adulto mayor.	Pacífico Central 60%. H. Norte, Brunca, Central Norte y Huetar Atlántica no alcanzaron el 40%.

Atender la insuficiente cobertura y calidad de los servicios es importante porque se debe buscar la mayor eficacia del sistema sanitario, pero más aún porque si no se atienden ahora, en el corto y mediano plazo se pueden traducir en mayor morbilidad y mortalidad de la población, así como mayores costos económicos y sociales para el país. Como ejemplo, cabe mencionar que los resultados del análisis de la mortalidad infantil y materna efectuado en 2001 por comisiones especiales del sector salud (COLAMIS y CONAMI), señalan que cerca del 40% y poco más del 80%, respectivamente, de esas muertes, se pudieron haber evitado mediante una atención médica eficaz, y más específicamente con un aumento de la cobertura y la calidad de atención materno infantil. Estas son razones que por sí mismas justifican que se identifiquen estrategias para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, lo cual implica revisar necesariamente sus mecanismos de planificación y gestión en el nivel local y regional, por lo que en principio, se proponen dos líneas estratégicas en las que se debe trabajar:

- **Desarrollo de la capacidad de planificación en las redes de servicios de salud.** Implica un ejercicio de planificación colectivo, involucra a varios establecimientos y niveles de atención, requiere de un trabajo en equipo, de una actitud para compartir recursos, riesgos y responsabilidades, ya que la red es responsable de la salud en un espacio geográfico definido por el Sistema Nacional de Salud.
- **Desarrollo de la capacidad de gestión en los establecimientos de salud.** Implica un ejercicio de planificación individual, a nivel de cada establecimiento de salud, de acuerdo a las necesidades de sus profesionales, al tipo de servicios que ofrece y, al nivel de atención al que pertenece.

Cabe retomar al respecto de manera textual, una de las conclusiones a las que llegó el grupo de oferta y demanda en el recién terminado análisis del sector salud, el cual señala que: “existe una inadecuada utilización, organización y entrega de los servicios de salud, razón por la cual no se garantiza para toda la población, equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad con recursos físicos, económicos y de capital humano adecuado que permitan la satisfacción de la demanda”

## 2.8 Agua potable para todos<sup>2</sup>

La prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario en Costa Rica, le corresponde al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado como ente operador encargado de brindar servicios de distribución de agua a la población, así como de canalizar las aguas domésticas, negras e industriales, mediante el sistema de alcantarillado sanitario; no obstante los altos índices de cobertura con los que cuentan los servicios de agua y saneamiento, demuestran una compleja estructura institucional en el aparato gubernamental, que conlleva, por una parte a la duplicación de responsabilidades entre varias Instituciones, y por otra parte, la ausencia de un sistema de planificación y desarrollo del Sector Salud, dentro del Sector Agua Potable y Saneamiento (SAPS).

<sup>2</sup> Texto de base utilizado: Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica, 2002.

El Sector Agua Potable y Saneamiento (SAPS) no existe formalmente constituido, pero en la práctica está formado por el AyA en su carácter de rector del agua potable y del alcantarillado sanitario y a su vez operador de sistemas (sus acueductos cubren con suministro de agua potable 46% de la población total del país<sup>3</sup>); por los otros operadores de sistemas: Municipalidades y la ESPH S.A. (cubren 21% de la población total del país), los Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAARs) y las Asociaciones Administradoras de Acueductos y Alcantarillados Rurales (ASADAS) (cubren 24% de la población total del país) y algunas organizaciones privadas menores que operan acueductos o sistemas individuales (en general pozos excavados o nacientes) (cubren el 9% restante de la población).

Las instituciones encargadas de la regulación y la fiscalización de la prestación de los servicios del SAPS son: Autoridad Reguladora de Servicios Públicos (ARESEP), Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), Ministerio de Salud (MS), Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (AyA), Servicio Nacional de Aguas Subterráneas, Riego y Avenamiento (SENARA), y el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO).

Con relación a los niveles de satisfacción en el servicio, (según el censo del año 2000), un 97,1% de la población total se abastecía de agua por medio de tubería, porcentaje que se reduce al 89,4% si se considera la población abastecida mediante un acueducto, situación que a finales del año 2002 no ha cambiado sustancialmente. La confiabilidad y la calidad de este servicio en muchas zonas del país es deficiente, esto debido a la antigüedad de la infraestructura de los sistemas, y a una inadecuada administración, operación y mantenimiento de estos mismos.

Las dificultades e impedimentos para que las instituciones prestadoras de los servicios, a nivel nacional, municipal y comunal, puedan brindar un servicio de agua potable adecuado, se centran más que todo en la falta de: (i) una legislación adecuada; (ii) apoyo político y gubernamental; (iii) fuerza institucional de los organismos, rectores, operadores y controladores; (iv) de planificación en el tema de agua potable; (v) un “Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Calidad del Agua”; (vi) de recursos humanos capacitados, de recursos financieros, una buena administración, operación y mantenimiento de los sistemas; (vii) y de una visión empresarial para la sostenibilidad de los servicios.

Debido a la presencia de varios entes operadores, se presentan conflictos de responsabilidad en cuanto a la planificación y prestación de los servicios; tal es el caso de la Gran Área Metropolitana (GAM), donde se encuentra ubicada aproximadamente el 50% de la población del país, actúan el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH S.A) y algunas municipalidades.

3 De acuerdo a los resultados del IX Censo Nacional de Población, en junio del año 2000 el país tenía una población total de 3.81 millones de habitantes, correspondiendo un 59% a población urbana y un 41% a población rural. La población proyectada y estimada por el LNA/AyA ascendía a 4,09 millones de habitantes para finales del 2002.

El Laboratorio Nacional de Agua (LNA), a finales del 2002 tenía identificado un total de 2.069 acueductos operados por AyA, municipalidades, ESPH y CAARs/ASADAS a escala nacional. Los resultados señalan que existen 1.000 acueductos servidos con agua potable (48%) y 993 con agua no potable (48%) y un restante de 76 acueductos rurales (4%) que no pudieron ser evaluados. El cuadro 11 muestra la distribución de los acueductos con agua potable y no potable por ente operador.

**Cuadro 11**  
**Número y porcentajes de acueductos con agua potable y no potable por operador al año 2002**

Municipales y ESPH		Rurales (CAAR's y ASADAS)			AyA		Sub totales			Total
Pot	No Pot	Pot	No Pot	SE	Pot	No Pot	Pot	No Pot	SE	
145	106	725	847	76	130	40	1000	993	76	2069
58%	42%	44%	51%	5%	76%	24%	48%	48%	4%	100%

SE: Sin Evaluar

Fuente: Lab. Nacional de Aguas / AyA, Dic. 2002

Del mismo estudio realizado por el Laboratorio Nacional de Aguas a los acueductos del AyA, de las municipalidades y la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), y de las CAAR's y ASADAS, durante el 2002, se encontró que solo el 20% (416) del total de acueductos contaban con desinfección continua. Los restantes 80% (1.653) no tienen desinfección, o esta es discontinua. De los datos anteriores se infiere, al compararlos con los datos del cuadro 1, que en la mayoría de los casos en que se suministra agua potable (48%) es gracias a que las fuentes son de muy buena calidad<sup>4</sup>; sin embargo la vulnerabilidad de estos acueductos es alta debido a la ausencia de sistemas de desinfección y a la falta de un adecuado sistema de vigilancia y control de la calidad del agua constante e integral a nivel nacional.

En el cuadro No. 12 se presenta la distribución de la población servida con agua potable y no potable según ente operador y por provincia. Se nota que la distribución por ente operador es diferente que la presentada en el cuadro anterior respecto al número de acueductos. Aunque en el cuadro se señala que para el AyA un 24% de acueductos que suministran agua no potable, estos acueductos solo corresponden a un 2% de población que no recibe agua potable. La situación es menos crítica al evaluar población servida.

4 Clasificación utilizada por el LNA, entendiéndose que para el caso de los acueductos no clorados el término "potable" significa que cumple con el criterio propio del LNA pero no es potable dentro de los términos del Reglamento nacional vigente en la materia, ni en las normas internacionales.

**Cuadro 12**  
**Porcentajes de población servida por acueductos con agua potable y no potable por operador y provincia al año 2002**

Provincia	Municipales y ESPH		Rurales (CAAR's y ASADAS)			AyA		Sub Totales			Total <sup>5</sup>
	Pot %	No Pot %	Pot %	No Pot %	SE %	Pot %	No Pot %	Pot %	No Pot %	SE %	%
San José	77	23	46	47	6	99	1	93	7	1	100
Alajuela	70	30	59	34	7	98	2	72	25	3	100
Cartago	81	19	62	34	4	(1)	(1)	75	24	1	100
Heredia	86	14	33	65	2	100	0	81	19	0	100
Guanacaste	100	0	66	32	2	99	1	86	13	1	100
Puntarenas	29	71	32	59	9	95	5	67	30	3	100
Limón	(2)	(2)	41	50	9	91	9	74	22	3	100
<b>Totales (hab.)</b>	<b>676,753</b>	<b>185,037</b>	<b>512,909</b>	<b>408,394</b>	<b>59,995</b>	<b>1,845,875</b>	<b>46,397</b>	<b>3,035,537</b>	<b>639,828</b>	<b>59,995</b>	<b>3,735,360</b>
<b>Totales</b>	<b>79</b>	<b>21</b>	<b>52</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>98</b>	<b>2</b>	<b>81</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

(1) En la provincia de Cartago AyA no administra ningún acueducto

(2) En la provincia de Limón ningún acueducto es de administración municipal

Fuente: LNA del AyA, Dic. 2002

La autoridad para establecer normas de calidad de agua potable es el Ministerio de Salud, y de forma conjunta con el Ministerio del Ambiente y Energía (autoridad que vela por la gestión de los recursos hídricos referentes a cantidad y calidad, tanto para aguas superficiales como subterráneas). La vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, es función del MS, quién no ha podido cumplir con esta responsabilidad, por falta de recursos financieros y humanos, falta de laboratorios y de un programa bien estructurado. Además, a lo externo, se destaca la falta de un marco jurídico apropiado, en el cual se asignen claramente los diferentes roles institucionales, que permita una mejor gestión por parte de esos entes, con planificación de largo plazo y la aplicación de sanciones severas por incumplimiento de las normativas. Se resalta también, en este contexto, una falta de participación de las autoridades locales.

El LNA lleva adelante el Programa de Evaluación de Riesgo que tiene como objetivo general, determinar la calidad del agua mediante el análisis microbiológico y la valoración de las condiciones de la infraestructura de los acueductos, identificando presentes y potenciales factores de riesgo que podrían estar influyendo en la calidad del agua suministrada, en todos los acueductos del país.

Evaluando el impacto en la salud y utilizando el indicador de diarreas, las tasas tienen un comportamiento creciente desde 1996 al 2000, (creció de un índice de 2.903 habitantes por 100.000 en 1996 a un valor de 4.175 por 100.000 en el año 2000, marcando descenso en los

5 La población total de 3,74 millones se basa en promedios de habitantes/conexión y no representa la cobertura del 92% de la población del país. El restante 8% se sirve por sistemas privados y pozos públicos.

años 2001 y 2002) donde muy posiblemente hay una vinculación directa con los problemas de ausencia de sistemas de desinfección del agua para consumo humano y de sistemas de recolección de aguas residuales en las áreas urbanas y de saneamiento ambiental en general, lo que coloca en riesgo la salud de la población. Este hecho se hace más relevante con los informes frecuentes de contaminaciones de fuentes de captación de agua que alimentan sistemas de distribución de agua potable, en los cuales se destacan altos incrementos en los casos de diarreas en la población servida por estos sistemas, como fueron los eventos de finales de julio del 2001 en las captaciones del AyA de Puente Mulas y en la planta de tratamiento de Goicoechea.

Es preocupante el aumento en el deterioro de la calidad del agua superficial cruda en las cuencas que abastecen las plantas potabilizadoras, causada por prácticas agropecuarias inapropiadas y por un desarrollo urbano mal planificado, que ya empieza a afectar la oferta de agua, en las partes altas del área metropolitana especialmente. Las causas de estas deficiencias, se deben en gran parte, a la falta de una legislación más clara y de fácil aplicación, que incluya el establecimiento de un canon adecuado para garantizar la protección de las zonas de recarga de los acuíferos y zonas de captación, así como la falta de planes para el manejo de las cuencas, que incluya un inventario de fuentes y su protección, y la identificación de fuentes futuras para actuar preventivamente.

Para atender solamente las necesidades en agua potable (en cobertura y calidad de servicios) en el largo plazo (2020), se plantean inversiones del orden a los \$USA 722 millones en los sistemas urbanos, básicamente para mantener las coberturas actuales e invertir en remodelación de la infraestructura existente y de \$USA 120 millones en los sistemas rurales, para remodelación de los sistemas existentes y ampliación de las coberturas.

Las estrategias sugeridas para la búsqueda del mejoramiento de la calidad de agua a suministrar a la población, principalmente son guiadas al fortalecimiento de la gestión de los servicios:

Para resolver el problema institucional, el AyA, debe segregarse en sus dos funciones incompatibles: la rectoría del Estado en agua potable y saneamiento y la operación de los sistemas.

En el plano municipal, el sector de agua y saneamiento deberá organizarse de tal forma pueda garantizarse un sistema de soporte técnico y financiero, para que las municipalidades puedan cumplir con la responsabilidad de la titularidad del servicio de agua potable y alcantarillado sanitario.

Deberán buscarse mecanismos para dar autosuficiencia operativa y administrativa a los acueductos administrados por los CAARs y ASADAS.

En el plano nacional, debe implementarse un Programa Nacional de Control y Vigilancia de la Calidad del Agua, que beneficie con su gestión permanente la salud y bienestar de la población.