

MINISTERIO DE SALUD

ANALISIS SECTORIAL DE SALUD

COSTA RICA

2002



MINISTERIO DE SALUD

ANÁLISIS SECTORIAL
COSTA RICA
2002

SECCIÓN III

Dra. Rocío Sáenz Madrigal
Ministra
Coordinadora General

Msc. Edwin Acuña Ulate
Coordinador Análisis Sectorial

OPS/OMS
Cooperación Técnica

San José, Costa Rica 2002

Agradecimientos

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

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

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

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

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

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

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

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

**ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD COSTA RICA
2002
EQUIPOS DE TRABAJOS**

CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

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

EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

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

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

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

COOPERACIÓN EXTERNA

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

RECTORÍA Y FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

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

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

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

GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

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

RECURSOS TECNOLÓGICOS

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

RECURSOS HUMANOS

Lic. Lisímaco Guevara	Ministerio de Salud
Msc. Anangeri Solano	Ministerio de Salud
Msc. Carmen Campos	Ministerio de Salud
Lic. Mario Zúñiga	Acueductos y Alcantarillados
Licda. Mauren Vizcaíno	Hospital CIMA San José
Msc. Odette Campos	ANPE
Lic. Jorge Soto	SIPECO
Msc. Rosy Carballo	Ministerio de Salud
Dr. Guido Ulate	Universidad de Costa Rica
Msc. Rocío Rodríguez	Universidad de Costa Rica
Licda. Ingrid Behm	Universidad de Costa Rica
Lic. Guillermo Abarca	Caja Costarricense de Seguro Social
Msc. Nery Parada	Caja Costarricense de Seguro Social
Dra. Sandra Murillo	Organización Panamericana de la Salud

OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

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

VIH/SIDA

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

SALUD AMBIENTAL

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

SALUD MENTAL

Dr. Rigoberto Castro Rojas	Asoc. Cost. de Psiquiatría
Dra. Kattia Jiménez Reyes	Iafa
Dra. Giselle Amador Muñoz	Iafa
Dra. Rosa María Villalobos	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Agnes Gutiérrez	Caja Costarricense de Seguro Social
Dr. Walter Ureña Quirós	Caja Costarricense de Seguro Social
Licda. Marianela Cubero	Patronato Nacional de la Infancia
Msc. Milagro Somarriba	Ministerio de Salud
Licda. Laura Noguera Quintero	Ministerio de Salud
Licda. Patricia Poltronieri	Ministerio de Salud
Dra. Carmen Macanche Baltodano	Ministerio de Salud

VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES

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

INTEGRACIÓN DE DOCUMENTOS

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

COOPERACIÓN TÉCNICA OPS/OMS

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

DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

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

EQUIPO DE APOYO

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

COORDINADOR ANÁLISIS SECTORIAL

Msc. Edwin Acuña Ulate	Ministerio de Salud
------------------------	---------------------

Tabla de Contenido

IX. CAPITULO IX VIH-SIDA.....	5
A. RESUMEN EJECUTIVO.....	5
B. INTRODUCCIÓN.....	7
C. METODOLOGIA.....	7
D. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y RED DE LABORATORIOS.....	8
E. LEGISLACION Y DERECHOS HUMANOS.....	12
F. PREVENCIÓN.....	14
G. GRUPOS VULNERABLES.....	15
H. ATENCION INTEGRAL Y TRATAMIENTO.....	18
I. FINANCIAMIENTO.....	20
J. ORGANIZACIÓN Y GESTION.....	25
K. INVESTIGACION.....	30
L. ASPECTOS CRÍTICOS Y ESTRATEGIAS.....	30
M. LITERATURA CITADA Y CONSULTADA.....	34
X. CAPITULO X SALUD AMBIENTAL.....	37
A. RESUMEN.....	37
B. METODOLOGÍA.....	38
C. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL.....	38
1. Agua Potable y Aguas Residuales:.....	38
2. Contaminación de Cuerpos de Agua.....	39
3. Desechos Domésticos.....	39
4. Desechos no Domésticos.....	39
5. Contaminación Atmosférica.....	41
6. Salud Ocupacional.....	42
7. Sustancias Peligrosas.....	42
8. Fauna Nociva.....	43
9. Inocuidad de Alimentos.....	43
10. Aspectos Físico-Sanitarios en Edificaciones.....	44
11. Radiaciones.....	44
D. POLÍTICAS, PLANES Y METAS.....	44
1. Agua Potable y Saneamiento.....	44
2. Contaminación de Cuerpos de Agua.....	45
3. Desechos Domésticos.....	45
4. Desechos no Domésticos.....	45
5. Contaminación Atmosférica.....	46
6. Salud Ocupacional.....	47
7. Sustancias Peligrosas (incluye Agroquímicos).....	47
8. Fauna Nociva.....	47
9. Inocuidad de Alimentos.....	47
10. Radiaciones.....	48
E. GESTIÓN DE SERVICIOS.....	49
1. Agua Potable y Saneamiento.....	49
2. Contaminación de Cuerpos de Agua.....	50
3. Desechos Domésticos.....	50
4. Desechos no Domésticos.....	51
5. Salud Ocupacional.....	52
6. Radiaciones.....	52
F. BIBLIOGRAFÍA.....	53

G.	ANEXOS.....	55
XI.	CAPÍTULO XI SALUD MENTAL.....	73
A.	RESUMEN.....	73
B.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	73
C.	ASPECTOS CONCEPTUALES.....	74
D.	METODOLOGIA.....	76
E.	LA SALUD MENTAL EN COSTA RICA.....	77
1.	ANTECEDENTES.....	77
2.	SITUACIÓN ACTUAL.....	78
3.	NECESIDADES SENTIDAS EN EL AREA DE SALUD MENTAL.....	92
4.	SISTEMA DE ATENCIÓN: OFERTA DE SERVICIOS.....	93
F.	BIBLIOGRAFÍA.....	98
XII.	CAPITULO XII VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA	
DESASTRES	103	
A.	RESUMEN.....	103
B.	INTRODUCCIÓN.....	103
C.	ASPECTOS JURIDICOS RELEVANTES.....	104
1.	<i>Ley Nacional De Emergencias N° 7914.....</i>	<i>104</i>
2.	<i>Normativa Complementaria.....</i>	<i>105</i>
D.	CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS AMENAZAS EN EL PAÍS.....	105
1.	<i>Amenazas por Eventos Naturales.....</i>	<i>106</i>
2.	<i>Amenazas Antropogénicas y Tecnológicas.....</i>	<i>109</i>
E.	REDUCCIÓN DEL RIESGO POR SISTEMAS DE VIGILANCIA Y ALERTA.....	110
1.	<i>Población en Riesgo.....</i>	<i>111</i>
2.	<i>Alerta Temprana.....</i>	<i>115</i>
3.	<i>Vigilancia de Amenazas de Origen Natural.....</i>	<i>116</i>
4.	<i>Vigilancia de Amenazas Tecnológicas.....</i>	<i>116</i>
F.	ORGANIZACIÓN NACIONAL PARA LA GESTION DEL RIESGO.....	117
G.	ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN DESASTRE.....	118
1.	<i>Análisis y Organización del Ministerio de Salud.....</i>	<i>118</i>
2.	<i>Análisis y Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social.....</i>	<i>121</i>
3.	<i>Organización del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.....</i>	<i>122</i>
H.	GESTIÓN POST DESASTRE.....	124
I.	ANEXOS.....	125

SECCION III
“TEMAS ESPECIALES”

CAPITULO IX

“VIH-SIDA”

IX. CAPITULO IX VIH-SIDA

A. RESUMEN EJECUTIVO

Los primeros casos de SIDA aparecen en Costa Rica a principios de la década de los años 80, en pacientes hemofílicos, que habían recibido hemoderivados importados, infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana; en esta misma década fallece el primer caso registrado. En 1985 se reportaron los primeros casos de SIDA en personas homosexuales y bisexuales, quienes habían permanecido durante varios años en el extranjero, y regresaron al país en la última etapa de la enfermedad. Al año siguiente aparecen los primeros casos autóctonos en estos mismos grupos.

En la epidemia costarricense, el sexo predominante es el masculino, aunque al igual que en otros países, la razón hombre / mujer ha venido disminuyendo de 12:1 en 1998 a 7:1 en el 2001. Los grupos etarios más afectados corresponden al grupo de: 25 a 34 años, seguido del grupo de 35 a 44, 45 a 54 y de 15 a 24. El mayor número de casos se registra según provincia en el siguiente orden: San José, Heredia, Alajuela, Limón, Puntarenas, Cartago y Guanacaste. La tendencia de la mortalidad fue en aumento entre 1984 hasta 1997 y como se mencionara anteriormente, sufre un descenso a partir de 1998 con la introducción de la terapia antirretroviral. El evento VIH/SIDA no está incluido como enfermedad de Notificación Obligatoria en el Decreto de 1983. Dicha notificación se logra mediante un adendum creado en el Ministerio de Salud y dado a conocer a las autoridades de la CCSS para que a partir de 1985 se iniciara la notificación de esta enfermedad. El registro de los casos se realiza en forma manual o mediante una base de datos computadorizada que a la fecha se encuentra desactualizada.

En la actualidad existe un régimen general aceptable de normas legales en relación con los Derechos Humanos. La Ley General del VIH/SIDA de Costa Rica fue aprobada en mayo de 1998. Conforme lo establece el artículo 1º, la ley tiene por objetivo establecer las pautas generales de la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el VIH y el SIDA; además, trata de los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH/SIDA y los demás habitantes de la república.

Nuestro país aún no cuenta con una política definida sobre el mercadeo social del condón por parte de las instituciones gubernamentales, aunque sí hay propaganda comercial que promueve su uso. Lo anterior, unido a la falta de campañas de comunicación masivas dirigidas tanto a la población general como a los grupos de riesgo más importantes, hacen que las acciones de prevención se hayan visto disminuidas en los últimos años, a pesar de los ingentes esfuerzos aislados realizados por el Consejo de Atención Integral al VIH/SIDA y por algunas de las instituciones que lo componen, de mantener el tema de la prevención en sus programas y acciones estratégicas.

Desde que en 1985 se reportan en Costa Rica los primeros casos de SIDA en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). A la fecha, la vía principal de contagio con el VIH/SIDA en nuestro país, ha sido la sexual, en ese mismo grupo poblacional. Lo anterior se comprueba con la información estadística la cual muestra que el 43,79% de los casos de SIDA ocurren en HSH. Informes recientes indican que en la Clínica del SIDA del Hospital México, el 78% de los casos nuevos de VIH/SIDA se presenta en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

La atención integral de los y las PVS se encuentra centralizada en los cuatro hospitales nacionales y uno regional (tercer nivel). Nuestro país estaría próximo a cumplir con los requisitos del “Escenario III de Atención” ya que los servicios de salud permiten la cobertura del 100% de los PVS que solicitan atención. Esta disponibilidad de servicios abarca no solamente a los pacientes nacionales, sino también a aquellos pacientes extranjeros que residen en nuestro país y se encuentren asegurados. Sin embargo, ni el segundo ni el primer nivel de atención cuentan con los recursos financieros ni de recurso humano para establecer los escenarios I y II y brindar atención integral con calidad desde la comunidad, ascendiendo según el nivel de complejidad y las competencias previamente establecidas.

La investigación en VIH/SIDA en el país ha tenido como objetivo fundamental, disponer de manera oportuna y veraz de información para la toma de decisiones que permita orientar las acciones estratégicas para la atención integral.

Los principales retos que enfrenta el Sistema de Salud costarricense para un abordaje oportuno y eficaz de la infección del VIH/SIDA a fin de mantener o disminuir los niveles actuales de la epidemia, se resumen en los siguientes lineamientos estratégicos: desarrollo de las capacidades y competencias en los niveles de gestión primario y secundario a fin de desconcentrar y hacer más accesible la atención integral de los y las PVS, desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica oportuno y eficaz tanto de las infecciones y casos de SIDA como de sus factores de riesgo, desarrollo y fortalecimiento de diversas estrategias para promover una sexualidad saludable en la población en general con énfasis en los HSH y otros grupos vulnerables y el establecimiento de mecanismos de control y fiscalización del gasto en VIH/SIDA mediante la consolidación de una cuenta nacional en dicho rubro, que permita establecer las prioridades y redireccionar el gasto y la inversión.

Debido a que la concentración de las acciones del sector público hacia el VIH/SIDA y en especial de la CCSS, se han orientado principalmente hacia el financiamiento de servicios de atención y tratamiento y al suministro universal de la terapia antirretroviral, deberá incrementarse el gasto en rubros tales como: vigilancia epidemiológica, educación, información y comunicación, como medios de acción para la concientización de la población y en especial de los grupos vulnerables, a fin de promover la adopción de medidas preventivas que disminuyan el riesgo de contraer el VIH/SIDA y su propagación.

B. INTRODUCCIÓN

Los primeros casos de SIDA aparecen en Costa Rica a principios de la década de los años 80, en pacientes hemofílicos, quienes habían recibido hemoderivados importados que estaban infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana; en esta misma década fallece el primer caso registrado.

En 1985 se reportaron los primeros casos de SIDA en personas homosexuales y bisexuales, quienes habían permanecido durante varios años en el extranjero, y regresaron al país en la última etapa de la enfermedad. Al año siguiente aparecen los primeros casos autóctonos en estos mismos grupos. En 1988 se detectó el SIDA en individuos heterosexuales, usuarios de drogas intravenosas y en niños infectados por la vía perinatal.

En 1997, un fallo de la Sala Constitucional, obliga a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a proveer la terapia antirretroviral a todos las personas que así lo requirieran y un año después, se aprueba la Ley General de VIH/ SIDA N° 7771, la cual define los derechos y los deberes de las personas que viven con el VIH/ SIDA así como las responsabilidades de las instituciones. Hasta el año 2.001, se han registrado 2.263 casos acumulados de SIDA, de los cuales solo en el año 2.001 han muerto 134 (3,33 muertes/100.000 habitantes), convirtiéndose en la primera causa de muerte dentro de las enfermedades de declaración obligatoria. Actualmente existen 1632 PVS en tratamiento antirretroviral.

El 80,03% de los casos se presenta en el grupo de 25 a 44 años de edad y de ellos, el 84,4% manifestó haberse infectado por la vía sexual, siendo la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la más afectada (43,79%) seguida por la de heterosexuales (24,8%) y la de bisexuales (16,68%).

Desde 1985 y hasta la fecha, las instituciones del Sector Salud de Costa Rica, las organizaciones no gubernamentales, algunas dependencias públicas, el sector privado y la cooperación de países y organismos internacionales, han desarrollado importantes esfuerzos en diferentes campos, para atender la epidemia del VIH/ SIDA a nivel nacional, lo que ha llevado a la constitución de un Consejo Nacional para la Atención Integral de VIH/SIDA, una red de organizaciones no gubernamentales y de distintas iniciativas privadas tanto para la prevención de la infección como para el abordaje y la atención integral de las personas con VIH/SIDA.

C. METODOLOGIA

El análisis del Sector Salud en el tema de VIH/SIDA fue realizado por un equipo multidisciplinario e interinstitucional, con representantes de las principales instituciones gubernamentales y no gubernamentales interesadas en el tema.

El equipo fue coordinado por la Dra. Jessica Salas, asesora del Viceministro de Salud, quien en coordinación con el grupo, establece los contenidos del análisis, y asigna responsables para la recopilación de la información, según la experiencia y las competencias de cada miembro. Se realizaron reuniones semanales, durante el primer mes de trabajo y luego se mantuvo contacto y retroalimentación y envió de los insumos vía fax y correo electrónico. Los contenidos de los apartados proporcionados por los distintos responsables, fueron sistematizados por dos de las integrantes del equipo, quienes en todo momento mantuvieron una comunicación constante y fluida, vía correo electrónico, con el resto del equipo, para la revisión y consolidación de los distintos apartados del informe, a fin de completar el esquema propuesto con la calidad requerida y en el tiempo estimado.

Además del equipo central se contó con la colaboración de la Dra. Gloria Terwes P. y de la MSc. Tarina García Concheso, quienes proporcionaron valiosa información acerca de la prevención del

VIH/SIDA en los trabajadores y trabajadoras comerciales del sexo, la primera, y sobre la investigación en VIH/SIDA en el ámbito clínico, la segunda.

D. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y RED DE LABORATORIOS

Situación Epidemiológica

Los casos de SIDA han mostrado una tendencia creciente a partir de 1983 hasta 1998, fecha en que se introduce el tratamiento antirretroviral, manifestándose dicha intervención en un descenso en el número de casos de enfermedad a partir de 1999 (Gráfico 1).

En la epidemia costarricense, el sexo predominante es el masculino, aunque al igual que en otros países, la razón hombre/mujer ha venido disminuyendo de 12 :1 en 1998 a 7:1 en el 2001.

Gráfico 1
Casos de SIDA según edad en cifras absolutas y relativas, Costa Rica, 1983-2001

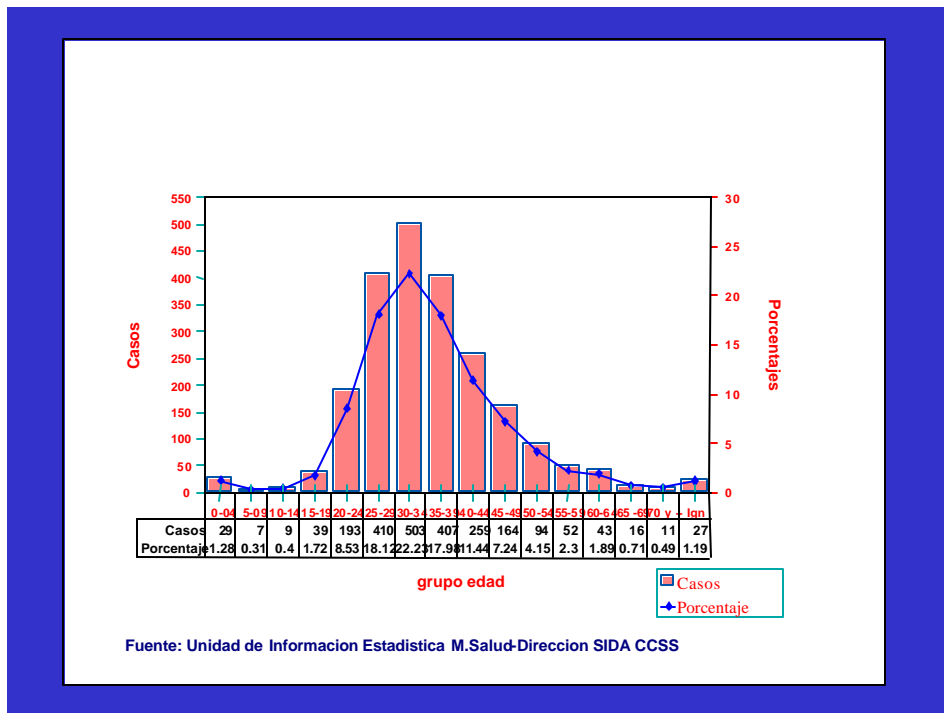
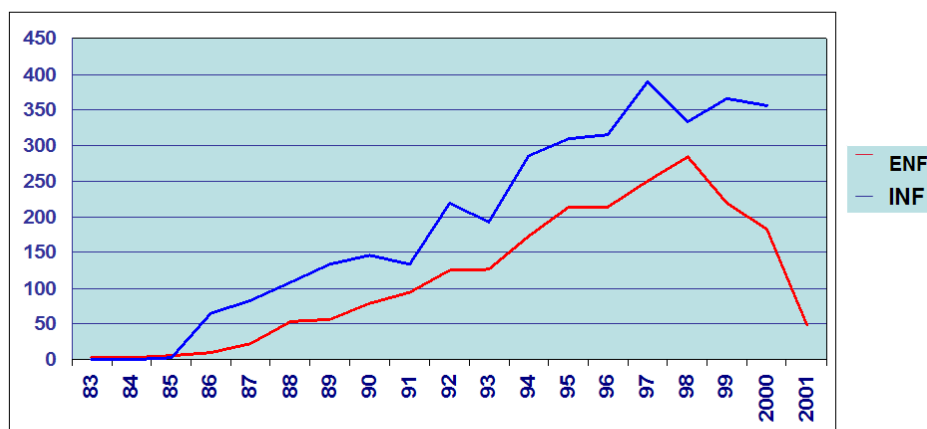


Gráfico 2

TENDENCIA ANUAL DEL VHI-SIDA EN COSTA RICA 83 - 2001



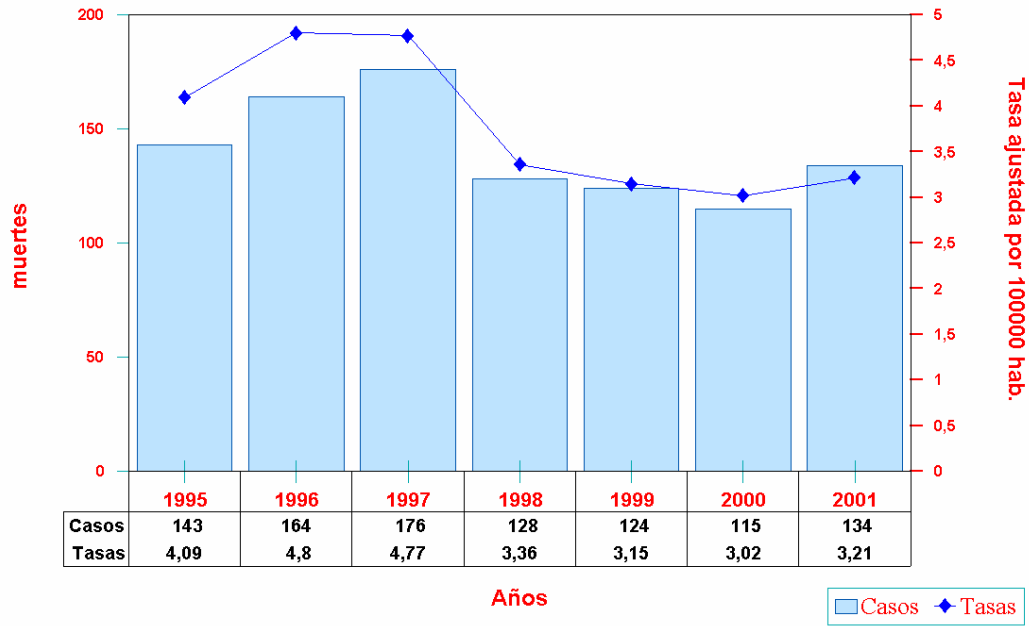
Los grupos etarios más afectados corresponden al grupo de: 25 a 34 años, seguido del grupo de 35 a 44, 45 a 54 y de 15 a 24. El mayor número de casos se registra según provincia en el siguiente orden: San José, Heredia, Alajuela, Limón, Puntarenas, Cartago y Guanacaste.

La tendencia de la mortalidad fue en aumento entre 1984 hasta 1997 (Gráficos 2 y 3), y como se mencionara anteriormente, sufre un descenso a partir de 1998 con la introducción de la terapia antirretroviral. Para poder demostrar el impacto del evento VIH/SIDA sobre la mortalidad prematura se calculó el indicador años de vida potencialmente perdidos, el cual se incrementa a partir de 1988 y empieza a disminuir en 1998.

(Gráfico 4).

Gráfico 3

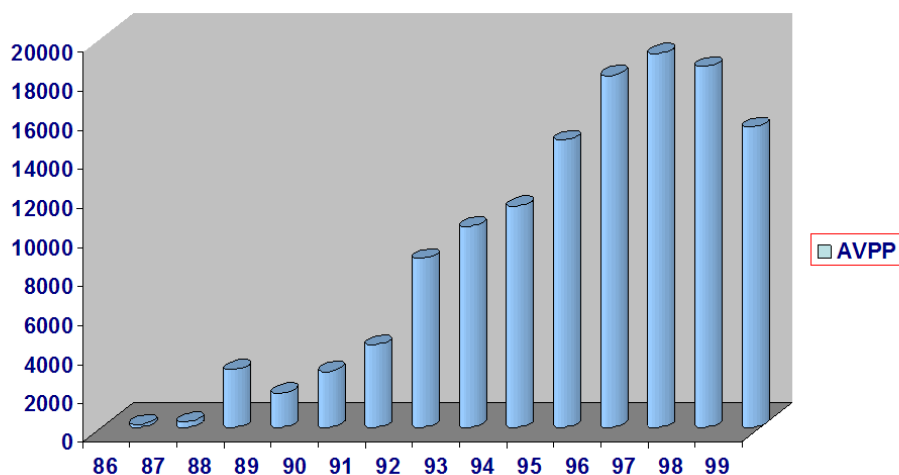
Mortalidad por SIDA según año. Costa Rica 1995-2001
 (tasa ajustada por 100.000 hab.)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística M. Salud

Gráfico 4

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR SIDA Costa Rica, 86 - 99



Sistema de Información

El evento VIH/SIDA no está incluido como enfermedad de Notificación Obligatoria en el Decreto de 1983. Dicha notificación en la boleta VE01 se logra mediante un adendum creado en el Ministerio de Salud y dado a conocer a las autoridades de la CCSS para que a partir de 1985 se iniciara la notificación de esta enfermedad.

Sin embargo, dicho adendum no incluyó un lineamiento dirigido a la notificación del infectado con VIH, lo cual ha impedido contar con información confiable acerca de las tendencias y magnitud de la epidemia en nuestro país. Con respecto a la obligatoriedad de la notificación obligatoria del VIH, tanto la Ley 7771 como su reglamento establecen apartados específicos en los que se consigna la obligatoriedad de la notificación de los casos positivos por parte del personal de salud. Actualmente se encuentra en revisión una propuesta de decreto ejecutivo que hace obligatoria la notificación del VIH y del SIDA, respetando la confidencialidad señalada en los mismos documentos.

Debido a que el país no cuenta con protocolos específicos para la vigilancia epidemiológica del VIH, las fichas utilizadas para la investigación de los casos carecen de información necesaria para la vigilancia adecuada del evento.

Investigación de casos y de contactos

Por razones que se explicarán detalladamente en el apartado “Atención Integral y Tratamiento”, los pacientes con VIH/SIDA son atendidos en las clínicas de VIH/SIDA de los cuatro Hospitales Nacionales y en la de un Hospital Regional (Monseñor Sanabria). Además, algunos PVS acuden para su atención al antiguo Departamento de Control del SIDA.

Aunado a lo anterior, y con el propósito de mantener una estricta confidencialidad de la información, se ha designado a un o una funcionario(a) del citado departamento (del cual se desconoce su permanencia a largo plazo), para que recabe la información procedente tanto de las Clínicas del SIDA como del mismo departamento. El registro de los casos se realiza en forma manual o mediante

una base de datos computadorizada que a la fecha se encuentra desactualizada. Además, debe recalcar que no existe retroalimentación de los casos procedentes de las regiones de salud (ni de la CCSS ni del Ministerio de Salud), así como de las Clínicas Periféricas o Areas de Salud de la CCSS.

Lo anterior impide la planificación de estrategias de intervención como es el estudio de contactos a fin de incidir sobre la cadena de transmisión de la enfermedad.

Red de laboratorios

Actualmente, tanto la prueba presuntiva de ELISA como el Western-Blot confirmatorio se realizan únicamente en los laboratorios de los hospitales nacionales y regionales de la CCSS. Durante el inicio de la epidemia y hasta la década de los noventa, el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica, ofrecía este servicio en forma gratuita como parte de las investigaciones epidemiológicas y de factores de riesgo que el Instituto llevó a cabo a lo largo de dicho período.

E. LEGISLACION Y DERECHOS HUMANOS

En el actual ordenamiento jurídico costarricense existen normas que garantizan el derecho a la salud y un régimen adecuado de garantía a los Derechos Humanos. La Constitución Política de Costa Rica, en su artículo 140, incisos 3 y 18 establece que compete al Presidente de la República y al Ministro de Salud definir la política nacional de salud, así como la planificación de todas estas actividades. Por su parte, el numeral 73 constitucional dispone que la prestación de servicios de salud estará a cargo de la Caja Costarricense de Seguro de Social; y la Ley General de Salud establece claramente los deberes del Estado con relación a la protección de la Salud Pública.

Nuestro país ha previsto además los mecanismos mediante los cuales las personas pueden hacer valer sus derechos frente a cualquier tipo de violación o arbitrariedad.

Los tribunales ordinarios, la Sala Constitucional y la Defensoría de los Habitantes de la República son algunas de las instancias mediante las cuales esos derechos se hacen efectivos de frente a algún tipo de violación o arbitrariedad por parte del sector público estatal o de cualquier particular.

En la actualidad existe un régimen general aceptable de normas legales con relación a los Derechos Humanos. Sin embargo, la naturaleza y características de la epidemia de VIH/SIDA y la particular situación de derechos humanos generaron la necesidad de que el país contara con una legislación específica en esta materia.

La Ley General del VIH/SIDA¹ de Costa Rica fue aprobada en mayo de 1998. Conforme lo establece el artículo 1º, la ley tiene por objetivo establecer las pautas generales de la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el VIH y el SIDA; además, trata de los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH/SIDA y los demás habitantes de la república.

Salvo por las excepciones contenidas en esta ley, a las PVS les asiste el derecho de que no se interfiera en el desarrollo de sus actividades civiles, familiares, laborales, profesionales, educativas, afectivas y sexuales, estas últimas de acuerdo con las respectivas recomendaciones de protección. Se establece el derecho a la información sobre la salud al definir que toda PVS tiene derecho a contar con datos exactos, claros, veraces y científicos acerca de su condición, por parte del personal profesional y técnico. El artículo 7 garantiza el derecho a la atención integral de la salud en tanto que toda PVS tiene derecho a recibir asistencia médico-quirúrgica, psicológica y de consejería; además, les confiere el acceso a todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad.

¹ Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA. Ley General del VIH/SIDA. San José, CR. Ministerio de Salud, 1998.

En este sentido, se establece de manera especial y en cumplimiento de diversas resoluciones de la Sala Constitucional, que la Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a los pacientes los medicamentos antirretrovirales específicos para el tratamiento del VIH/SIDA. La ley se ocupa de manera particular del tema de la confidencialidad de modo que sólo excepcionalmente dicha condición deba ser comunicada a otras personas sobre todo en casos judiciales o de interés para la salud pública. Al ser uno de los temas más controvertidos, se protegen los derechos y condiciones laborales de las PVS quedando prohibida toda discriminación laboral contra cualquier trabajador con VIH/SIDA. A pesar de la existencia de esta norma, uno de los derechos más olvidados, es el acceso y disfrute del derecho al trabajo de las PVS.

En cuanto al derecho a la educación, se establece que ningún centro educativo, público ni privado, podrá solicitar pruebas ni dictámenes médicos sobre la el estado de portador del VIH como requisito de ingreso o permanencia. Además, regula de manera detallada el tema relativo a las características y condiciones de la prueba para el diagnóstico clínico de la infección por el VIH y sus resultados, estableciendo que éstos serán confidenciales entre el médico, el personal del sector salud involucrado y el paciente, con las excepciones establecidas en la misma ley. La prueba diagnóstica de infección por el VIH no es obligatoria, pero la ley establece condiciones bajo las cuales es posible la realización no voluntaria de la misma.

Se establece la obligación de la notificación al Ministerio de Salud de todos los casos de VIH/SIDA detectados por parte de los médicos, microbiólogos, directores de los servicios de salud y los directores o responsables de laboratorios. La comunicación que deberá proteger la identidad de las personas infectadas. Uno de los temas más controversiales es el que se refiere a la notificación de los contactos sexuales. Al respecto el numeral 17 de la ley establece que el médico tratante o el personal de atención en salud capacitado que informe a un paciente sobre su condición de infección por VIH, deberá indicar, además del carácter infectocontagioso de ésta, los medios y las formas de transmitirla, el derecho a recibir asistencia, adecuada e integral, en salud y la obligatoriedad de informar de esta situación a sus contactos sexuales.

En la ley se establece la obligatoriedad de los trabajadores de la salud, públicos y privados, de prestar apoyo y atención integral a los pacientes con VIH/SIDA. Varios casos han sido constatados por la Defensoría de los Habitantes en relación con el incumplimiento a la obligación de prestar servicios de salud a las PVS. Cabe destacar de manera positiva que la Clínica del SIDA del Hospital México fue galardonada con el Premio Calidad de Vida en el año 2000, que otorga la Defensoría de los Habitantes a las personas y organizaciones que se destacan en la promoción y defensa de la calidad de vida de los habitantes del país.

Por su parte, el Ministerio de Justicia ha realizado esfuerzos importantes por divulgar esta ley y por mejorar el acceso a los servicios de salud a los privados de libertad que viven con el VIH. La Ley General de VIH/SIDA ha contado con muy poca difusión, de modo que su desconocimiento e incumplimiento son de especial preocupación en muchos ámbitos institucionales, sobre todo en el sector educacional donde – a pesar de algunos esfuerzos- destaca la ausencia de un plan institucional conforme lo establece la Ley General del VIH/SIDA y su Reglamento². El problema de incumplimiento a esta ley no se debe a la poca coercitividad de las disposiciones de esta. Existe, en efecto, un capítulo de sanciones administrativas y penales en caso de incumplimientos a los derechos fundamentales de la PVS.

En este sentido, el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA es un órgano interinstitucional creado en el Reglamento de la Ley General del VIH/SIDA que como propósito fundamental, recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público, relacionados con los asuntos concernientes a esta problemática. A pesar de algunos esfuerzos realizados, el Consejo ha tenido dificultades para cumplir con dicho mandato. Es necesario producir modificaciones al Reglamento que regula el Consejo con el fin de dotarlo de capacidad financiera para

² Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA. Reglamento de la Ley General del SIDA. San

José, C.R.: Ministerio de Salud, RGM Createc S.A. 1999.

operar, pues dichos esfuerzos son insuficientes sin un apoyo económico para el desarrollo de las obligaciones establecido por ley.

La ley requiere de modificaciones en las sanciones que pueden ser aplicadas a las personas que violen injustificadamente la confidencialidad de una PVS, puesto que la regulación actual sólo impone una sanción a los trabajadores de salud, dejando sin pena esta misma acción cuando es realizada por otras personas.

F. PREVENCIÓN

Población General

Campañas para la prevención del VIH/SIDA

Durante el mes de diciembre del año 2001 se realizó la primera campaña televisiva dirigida a brindar información sobre la transmisión perinatal del VIH/SIDA. Esta consistió de dos piezas publicitarias la cual estuvo al aire durante un mes. La segunda fue realizada durante el primer trimestre del año 2002 y consistió también de dos piezas publicitarias dirigidas a brindar información sobre las vías de transmisión del VIH (en una de ellas una persona da su testimonio acerca de la forma por medio de la cual se infectó). También estuvo al aire durante un mes con un costo total de: 40 millones de colones.

Otros materiales elaborados:

Tanto la Caja Costarricense de Seguro Social como el Consejo de Atención Integral al VIH/SIDA elaboraron y distribuyeron material educativo (posters y despleables), para brindar información general sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA (qué son, y cómo prevenirlas), así como acerca de los derechos de las personas VIH/SIDA positivas.

Políticas sobre mercadeo social del condón (accesibilidad, calidad)

No existe en el país una política definida sobre el mercadeo social del condón por parte de las instituciones gubernamentales, aunque sí hay propaganda comercial que promueve su uso, especialmente los de la marca Durex la cual se encuentra disponible en todos los supermercados, farmacias y otros establecimientos comerciales.

La CCSS provee de condones a los asegurados y aseguradas que asisten a los servicios de salud, en especial a las consultas de ginecología y obstetricia. Además supe de condones a los centros penales del Sistema Penitenciario Nacional. Es importante recalcar que en el año 2001 se alertó a las autoridades correspondientes (Subgerencia Médica y Dirección de Compras), acerca del peligro que representaba el uso de los condones adquiridos para propósitos de planificación familiar (penetración vaginal), en relaciones anales por HSH, como es el caso de los privados de libertad. A la fecha se desconocen las acciones tomadas al respecto.

Otras actividades de prevención y promoción:

El Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS, contempla áreas estratégicas de trabajo con base en las secciones que la conforman. Como uno de los eventos prioritarios se incluyen el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual, dentro del componente denominado “Atención Integral del Adolescente, del Niño y de la Mujer en Salud Sexual y Reproductiva”, con el propósito de orientar y proporcionar criterios que permitan superar obstáculos para abordar el tema de la sexualidad en forma integral.

Transmisión Madre-Hijo

En el artículo “Guía: Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Costa Rica”, publicado en Acta Médica Costarricense 2001 por la Comisión Interhospitalaria de Terapia Antirretroviral, se menciona brevemente la importancia del tamizaje oportuno de la mujer embarazada mediante la prueba de ELISA. Indica además el procedimiento a seguir para la toma de muestra de sangre y el procedimiento a seguir en caso de que la primera muestra analizada sea positiva. Sin embargo, el documento no contempla aspectos importantes desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica (rectora y operativa) según nivel de atención, lo cual ha hecho difícil la implementación estandarizada y uniforme del tamizaje a nivel nacional, en especial en el primer nivel de atención que es en el cual se atiende al mayor porcentaje de embarazadas.

Otra razón por la cual el tamizaje a las embarazadas no se realiza en forma metódica en los servicios de atención integral, fue la falta de planificación de los insumos necesarios (reactivos para realizar la prueba), así como la metodología a utilizarse para la referencia y contrarreferencia de los resultados entre los niveles (Clínicas Metropolitanas y Áreas de Salud y los Hospitales Nacionales y Regionales, únicos que cuentan con la infraestructura para realizar dichos análisis.

Otro aspecto importante es el hecho de que debido a la ausencia de protocolos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, los laboratorios que realizan las pruebas, no cuentan con el sistema de información adecuado para identificar la prueba de tamizaje a las embarazadas.

Todo lo anterior, aunado a que los Compromisos de Gestión no incluyen indicadores relacionados con el programa de tamizaje, han ocasionado que el mismo no se encuentre fortalecido, ni sea una prioridad en los servicios de atención integral que se brinda a la población.

G. GRUPOS VULNERABLES

Hombres que Tienen Sexo con Hombres

En 1985 se reportan los primeros casos de SIDA en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y desde ese momento, la vía principal de contagio con el VIH/SIDA en nuestro país, ha sido la sexual. Lo anterior se comprueba con la información estadística la cual muestra que el 43,79% de los casos de SIDA ocurren en HSH. Informes recientes indican que en la Clínica del SIDA del Hospital México³, el 78% de los casos nuevos de VIH/SIDA se presenta en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Si bien Costa Rica no cuenta con estadísticas confiables sobre la incidencia del virus en la población general ni en los principales grupos de riesgo, informes preliminares acerca de la incidencia de VIH/SIDA en otros países centroamericanos indican que los HSH podrían convertirse en la punta de lanza para la propagación de la epidemia, hasta ahora localizada y controlable.

Así se ha determinado que para el 2001, el porcentaje de portadores del VIH en HSH fue del 13,0% en Honduras, de 11,5% en Guatemala, de 17,8% en El Salvador y de 11,3% en Panamá. Expertos en la materia consideran que la situación de nuestro país no es muy diferente a la del resto de los países centroamericanos o que incluso podría ser más delicada dado el creciente número de centros de socialización e intercambio de estas poblaciones existentes en Costa Rica.

Algunos factores de vulnerabilidad existentes en la población HSH son:

La opción de la terapia antirretroviral ha ocasionado que se haya “bajado la guardia” contra el VIH/SIDA

Los HSH constituyen una población minoritaria y discriminada con baja autoestima

Existencia de comportamientos de riesgo: consumo de drogas y alcohol

Visión diferente de la vida y el futuro.

³ Salom, Ignacio. Clínica de VIH/SIDA, Hospital México. San José, C.R.: CCSS: Hospital México. Octubre, 2002 (Comunicación personal)

Temor hacia las reacciones que encontrarán en el personal de salud y de las organizaciones no gubernamentales al solicitar apoyo, ayuda o información sobre su condición

Falta de confidencialidad en la mayoría de los espacios de consulta y de apoyo

En Costa Rica, solamente existe una ONG realizando acciones de prevención de la infección con ITS/VIH/SIDA en esta población (CIPAC).

El sistema penitenciario no es la excepción a la regla en donde la población privada de libertad cumple con una serie de factores de riesgo que la hacen también vulnerable a las ITS y VIH/SIDA. Entre ellos cabe mencionar:

Hacinamiento

Promiscuidad

Agresiones sexuales y físicas

Ambiente general de violencia, tensión y miedo

Falta de información sobre el VIH/SIDA

Uso de drogas con agujas intravenosas y jeringas compartidas

Tatuaje con equipo compartido y sin esterilizar.

Convivencia de hombres con hombres en situación de prisionalización

Falta de una pareja constante y la necesidad de afecto.

Todo lo anterior conduce a que la práctica de penetración sexual entre hombres sea común en el ambiente penitenciario, conducta de alto riesgo si no se practica de forma segura, tanto para los privados de libertad como para las parejas femeninas de muchos de ellos.

Trabajadoras y trabajadores comerciales del sexo

Las trabajadoras comerciales del sexo poseen un riesgo elevado de contraer la infección por el VIH, precisamente por el tipo de prácticas que realizan con los clientes, las cuales se dan desde un espacio de inequidad de género y de poder. El cliente es quien decide el tipo de práctica sexual, el uso de protección o no, e incluso la negociación de las diferentes “partes” del cuerpo de la mujer que se pueden tocar o no, cada una de las cuales tendría un precio determinado. Desde esta perspectiva, las mujeres tienen poca posibilidad de negociar el uso del condón de manera sistemática, debido a su baja autoestima, pobre control de sus vidas y el mito de ser señaladas como expertas en el sexo. Pero fundamentalmente se les ha hecho creer que su cuerpo no les pertenece, que es un cuerpo para otros y por lo tanto esos otros son quienes disponen para satisfacer sus deseos sexuales.

La cobertura de los servicios de atención de los y las trabajadores comerciales del sexo se ha visto disminuida y obstaculizada a partir de 1988 y los problemas para el abordaje integral de dichas poblaciones se acentuó desde 1994 cuando se inicia la Reforma del Sector Salud, y el Ministerio de Salud traslada las acciones preventivas y asistenciales a la CCSS. Este proceso trajo consigo la desintegración progresiva del Dispensario de Prevención y Atención en ITS del área metropolitana, el cual fue creado desde los años cincuenta y de los dispensarios periféricos, los cuales brindaban un servicio especializado y personalizado a dichas poblaciones. Aunado a lo anterior, lo súbito del traslado de las funciones a la CCSS y la falta de experiencia por parte de los funcionarios en el abordaje integral de dichas patologías, produjo una disminución en la cobertura de la atención y de la prevención, así como en la vigilancia y seguimiento de los contactos.

La readecuación del modelo de atención en salud, si bien contempla un aumento en la cobertura y calidad de la atención integral de la salud para los diversos grupos poblacionales (mujer, niño, adolescente, adulto y adulto mayor), no contempla servicios de salud especializados para grupos poblacionales marginados y estigmatizados de alto riesgo, como es el caso de los y las trabajadoras comerciales del sexo, los HSH, así como las niñas, niños y adolescentes en explotación sexual entre otros. Esta situación ha motivado que los y las trabajadores del sexo recurran a la automedicación y a la búsqueda de la medicina privada, la cual en la mayoría de los casos no va acompañada de consejería, ni de acciones educativas. Además, por razones obvias, la consulta privada no contempla el

seguimiento de los portadores de ITS o de VIH/SIDA ni de los contactos, lo cual podría llevar a un aumento de la incidencia de dichos patologías.

A finales de la década de los ochentas y con la aparición del SIDA las infecciones de transmisión sexual fueron perdiendo importancia relativa desde la perspectiva de los servicios de salud públicos. Debido a lo anterior, los y las trabajadores en control se fueron retirando progresivamente, de 395 centros de prostitución registrados y 2.500 mujeres en control aproximadamente en esa época, actualmente se tiene únicamente el 20% de los centros registrados y un 30% de las mujeres en control, con el agravante de que los servicios de laboratorio han sido reducidos al diagnóstico por gonorrea, sífilis y VIH y solamente en casos especiales se realizan estudios por chancro blando y chlamydia. Además a los grupos específicos de riesgo se les realiza una prueba trimestral de VIH y VDRL más TPHA, observándose un aumento importante de la sífilis en el grupo de mujeres y hombres trabajadores del sexo.

Niños (as) y adolescentes en explotación sexual

La violación de los derechos de la niñez y adolescencia manifestados mediante la explotación sexual, adquiere cada día mayor proporción y niveles de complejidad. Desde 1990 se han incorporado al marco legal vigente en nuestro país importantes instrumentos que fortalecen el accionar en la lucha por erradicar esta grave trasgresión. El Plan Nacional contra la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes en Costa Rica (Agosto 2001) señala los siguientes factores de riesgo para la existencia de este flagelo:

Hogares en condición de pobreza.

Insuficiente vigilancia de factores de riesgo social, tales como la deserción escolar, la violencia intra familiar y la violencia sexual.

Debilidad de los mecanismos comunitarios de prevención y solidaridad.

Insuficiente reconocimiento sobre el problema de la explotación sexual de la niñez y la adolescencia de parte de la sociedad en general

Creciente proliferación de redes y “empresas” de explotación sexual comercial de la niñez y adolescencia

Deterioro de valores morales y aspiraciones desmedidas de consumo

Cuando las niñas, niños y adolescentes son explotados sexualmente muchos otros derechos también son violados (como su derecho a la salud física y mental, a la educación, a la vida en familia, al juego, a la recreación). La explotación sexual comercial de personas menores de edad no es un fenómeno que está relacionado únicamente con la composición de la sociedad. Está presente en todos los sectores sociales, pero los grupos en condición de pobreza son más vulnerables y requieren de una atención prioritaria.

El Plan deja explícito que ello debe ser objeto de acciones en diversos campos, los cuales se orientan alrededor de tres áreas que parten de un enfoque sistémico: la prevención, la atención directa de las víctimas y un marco jurídico.

A nivel mundial se ha extendido la falsa creencia de que las personas menores de edad tienen menos riesgo de infectarse o estar infectados por el VIH que los adultos(as) prostituidos (as). En una relación sexual entre un hombre y un niño o niña se producen situaciones que podrían facilitar desde el punto de vista anatómico la transmisión del VIH. Debido a que el cuerpo del niño y de la niña no está completamente desarrollado, es más probable que la penetración sexual ocasione desgarros o heridas, que facilitan la transmisión del virus al organismo del niño y de la niña. Las niñas víctimas de explotación sexual comercial por su condición de violencia no están en la capacidad de exigir que el adulto abusador utilice el condón.

Las consultas médicas de atención de enfermedades de transmisión sexual no constituyen espacios diseñados para la atención especializada de personas menores de edad involucradas en esta dinámica de violencia sexual. Los adultos no tienen interés en poner en evidencia una situación de enfermedad sufrida por una persona menor de edad, precisamente porque se pondría en evidencia la

explotación sexual comercial. Ante estas situaciones las niñas y adolescentes no son tratadas médicamente y si lo son, recurren a remedios caseros o a la automedicación, con el consiguiente riesgo que patologías importantes y en algunos casos mortales o que causan discapacidades como las ITS no tratadas y el VIH/SIDA, pasen inadvertidos en esta población

Ante tal magnitud del problema de infección por VIH e infecciones de transmisión sexual, en personas menores de edad, especialmente quienes son atrapados por redes que los explotan sexualmente, es urgente realizar programas de erradicación de tal flagelo, y de manera paralela propiciar acciones tendientes a la atención de las niñas, niños y adolescentes que día a día están en eminente riesgo de la infección por el VIH.

H. ATENCION INTEGRAL Y TRATAMIENTO

La atención del paciente VIH/SIDA ha pasado por varias etapas a partir del momento en que se empiezan a diagnosticar los primeros casos. Los primeros dos años estuvieron dominados por el desconcierto, cuando aparece una enfermedad en gente joven, de características mortales y de etiología desconocida.

Durante los años ochentas, se diagnosticaron muy pocos casos, la mayoría HSH con capacidad económica para viajar o que vivieron en el extranjero y algunos pacientes hemofílicos. La respuesta de los servicios de salud, predominantemente la de los hospitales del tercer nivel fue inadecuada, tanto desde el punto de vista terapéutico como humano, ya que no solo se vieron afectados las personas infectadas con el VIH sino sus familiares también. Lo anterior debido al temor del personal de salud de contaminarse con las secreciones y/o excreciones corporales de los enfermos de SIDA.

El hecho de ser una enfermedad de transmisión sexual, con un alto índice de mortalidad y que afectaba predominantemente a los HSH, no facilitó la sensibilización del personal de salud, ocasionando discriminación y rechazo hacia los pacientes y sus familiares. Esto originó el surgimiento de organizaciones no gubernamentales, albergues y centros de caridad de carácter religioso, así como de grupos interdisciplinarios en los hospitales para brindar un trato más humano y menos discriminatorio. Se calcula que puedan existir cerca de 5.000 portadores del virus en un escenario de baja prevalencia, o de 15.000 en un escenario de alta prevalencia. Varios acontecimientos técnico científicos contribuyeron a introducir en nuestro país transformaciones fundamentales en la atención de los pacientes, así como en algunas medidas de prevención.

A partir de 1985, el país cuenta con la tecnología apropiada para la identificación de los anticuerpos anti VIH así como de un diagnóstico rápido, lo cual permitió la implementación del programa de tamizaje en los bancos de sangre, evitando así, la transmisión del virus por esta vía. Costa Rica, fue uno de los primeros países en vías de desarrollo en adoptar este procedimiento. Actualmente existen países, especialmente en África, en los cuales no se cuenta con este método de prevención de la infección. Se ha estimado que en nuestro país, la probabilidad de transmitir el virus por esta vía es de 1 en 100.000 transfusiones.

Otro elemento importante fue el desarrollo de la capacidad técnica y terapéutica para el abordaje de las infecciones por microorganismos oportunistas en los servicios de salud, lo que permitió prolongar la sobrevida de los enfermos. A principios de los años noventa, se empiezan a consolidar los equipos interdisciplinarios para la atención de los paciente con SIDA en los hospitales del tercer nivel, con la participación de profesionales en enfermería, trabajo social, sicología y nutrición principalmente. Estos equipos interdisciplinarios promovieron el diálogo con los pacientes y sus familiares a fin mejorar la calidad de vida de los enfermos.

El año de 1997, marca el inicio de la terapia antirretroviral en nuestro país, sólo un año después de haberse regulado su uso en los países desarrollados. La introducción de la terapia antirretroviral fue posterior a una resolución de la Sala Constitucional, la cual emite un mandato a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para la adquisición y distribución de los medicamentos a un enfermo que se encontraba en la fase terminal.

Este hecho cambió significativamente el curso de la enfermedad, ya que aumentó los años y la calidad de vida de los PVS. En la actualidad, las personas que viven con el virus, que acuden en forma

temprana a los servicios de salud para recibir atención integral y que cumplen con una adecuada adherencia a la terapia antirretroviral, tendrán mayores posibilidades de mantener una condición de salud estable y una vida más productiva.

En cuanto a los servicios de salud, nuestro país estaría próximo a cumplir con los requisitos que lo ubicarían en el “Escenario III de Atención”⁴ ya que los servicios de salud permiten la cobertura del 100% de los PVS que solicitan atención. Esta disponibilidad de servicios abarca no solamente a los pacientes nacionales, sino también a aquellos pacientes extranjeros que residen en nuestro país y se encuentren asegurados. Cabe señalar en este aspecto, que la atención integral se encuentra centralizada en cuatro hospitales nacionales del área metropolitana (México, San Juan de Dios, Calderón Guardia y Nacional de Niños) y además en el Hospital Regional Monseñor Sanabria de Puntarenas. La centralización de la atención ha sido condicionada por varios factores:

Existencia de las Clínicas para la Atención Integral de los Pacientes VIH/SIDA

Normativa vigente con relación a la terapia antirretroviral, cuya prescripción es responsabilidad exclusiva de los médicos especialistas en las ramas de infectología e inmunología

La severidad de la enfermedad, la cual demanda recursos especializados para su diagnóstico y tratamiento

El deseo de los enfermos y sus familias de ser atendidos en hospitales grandes más despersonalizados que garanticen la confidencialidad de su situación (invisibilidad), dados los tabúes, estigmas y la discriminación que podrían presentarse en los niveles más desconcentrados de los servicios (clínicas periféricas, áreas de salud y EBAS).

Las Clínicas de Atención Integral de los Paciente VIH/SIDA realizan la atención de la enfermedad y sus complicaciones (infecciones oportunistas y neoplasias), brindan consejería “pos test”, identifican las condiciones socioeconómicas del paciente y su familia, caracterizan y fortalecen las redes de apoyo, ofrecen orientación y ayuda emocional y velan por la buena adherencia al tratamiento.

Además, reubican al enfermo en hogares o albergues, cuando las condiciones así lo demanden y durante su convalecencia para la reinserción a la actividad productiva. Actualmente, estas clínicas desarrollan programas de capacitación a equipos multidisciplinarios de hospitales periféricos a fin de que dichos centros cuenten con la capacidad de brindar la atención adecuada a algunas de las complicaciones de la enfermedad. Tal es el caso de los hospitales regionales de Liberia, Heredia, San Ramón, Alajuela, Ciudad Quesada y Cartago.

Al nivel hospitalario se cuenta con los recursos necesarios para el diagnóstico de la enfermedad y para la definición de la condición virológica e inmunológica del enfermo, así como para brindar el seguimiento necesario de la respuesta al tratamiento antirretroviral. Es importante señalar en este punto, que en virtud del tiempo de tratamiento que tienen algunos pacientes, de 4 a 5 años, y debido a la posibilidad de generación de resistencia viral al mismo, se hace necesario incorporar en los servicios de laboratorio la determinación del genotipo y/o fenotipo viral, lo que permitiría orientar adecuadamente al médico sobre las diversas alternativas terapéuticas. Para el suministro de los medicamentos antirretrovirales, la CCSS cuenta con un protocolo que establece los criterios clínicos para el inicio del tratamiento, así como las opciones de combinación recomendadas por los organismos internacionales.

Hasta la segunda semana de Octubre de 2002 existen 1632 PVS en tratamiento, de ellos 681 son atendidos en el Hospital Calderón Guardia, 436 en el Hospital México, 416 en el Hospital San Juan de Dios, 71 en el Monseñor Sanabria y 28 en el Hospital Nacional de Niños. Esta población se ha acumulado desde hace aproximadamente 5 años; llama la atención que hasta 1999 en el Hospital México, se venían detectando 7 y 12 casos nuevos por mes, y actualmente por razones aún no definidas, el número de casos nuevos detectados ha disminuido a la mitad. Sobre este mismo punto,

⁴ OPS/OMS. Atención Integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas infectadas por el VIH/SIDA en las Américas. Informe Resumido. Washington DC: OPS/OMS. http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf (2001)

resulta importante mencionar, que se hace cada vez más necesario incrementar la disponibilidad de opciones terapéuticas, específicamente para la implementación de terapias de rescate por resistencia viral. Un estudio realizado en el Hospital México, mostró que al año de tratamiento, el 27.5 % de los pacientes presentaba cargas virales detectables, lo cual sugiere que en algunos de ellos el virus estaría desarrollando mecanismos de resistencia al tratamiento.

En la actualidad, los PVS que requieren hospitalización son ubicados en los servicios de Medicina Interna e Infectología. La estancia promedio de estos pacientes es de trece días. Se estima que un promedio de diez PVS son internados mensualmente en cada uno de los hospitales nacionales.

El segundo nivel está en la capacidad de atender las complicaciones relacionadas con la etapa de portador del VIH, así como de algunas de la etapa de SIDA. Sin embargo, debido a la resistencia del paciente y su familia de asistir a los establecimientos del segundo nivel (Hospitales Regionales y Clínicas Periféricas, y a la renuencia histórica del personal de salud de atender estos pacientes; el segundo nivel no está cumpliendo adecuadamente con dichas funciones. Las responsabilidades de los distintos niveles de atención quedaron plasmadas en un documento del Plan de Atención a las Personas de la Gerencia de Modernización de la CCSS. A partir de 1990, y ante el notorio crecimiento de la población penitenciaria, el Ministerio de Justicia crea 56 plazas de diferentes disciplinas en el área de salud para atender la salud de los privados de libertad en forma más eficiente y oportuna.

Mediante un convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Justicia se compromete a aportar los profesionales en las ramas de medicina, enfermería, trabajo social, farmacia, odontología, y algunos especialistas como psiquiatría, infectología, ginecobstetricia, sicología clínica así, como la infraestructura necesaria para brindar la atención primaria necesaria. A la CCSS por su parte le corresponde aportar los medicamentos, los análisis de laboratorio, las pruebas de gabinete, y la atención especializada con la que no cuenta el Ministerio de Justicia; así como todos aquellos procedimientos médicos propios del segundo y tercer nivel incluyendo el internamiento en los hospitales regionales y nacionales según la adscripción geográfica.

Dentro del marco de la organización del Sistema Penitenciario, es importante destacar que dentro de la atención diferenciada que se brinda a los distintos grupos poblacionales privados de libertad, se encuentran el grupo de los privados (a) de libertad que viven con el VIH/SIDA.

La atención médica en todos los centros a nivel nacional se orienta a partir de una clasificación de la población privada de libertad y sobre todo prestando especial atención a los pacientes con padecimientos crónicos, a los cuales se les brinda control y seguimiento mensual o trimestral según la necesidad mediante la operativización de clínicas acordes a la patología contemplándose entre estas una para el abordaje del VIH/SIDA. Se cuenta con la Comisión Penitenciaria del SIDA “COPESI” desde la cual y de acuerdo a la ley, se emiten las directrices de atención al paciente portador y enfermo con el VIH/SIDA.

En este sentido la COPESI organizó varios seminarios y talleres de trabajo con participación interinstitucional que culmina en el año 2000, con la definición de las “*Normas y procedimientos sobre la atención al VIH/SIDA en el Sistema Penitenciario Costarricense.*”

I. FINANCIAMIENTO

El siguiente apartado tiene como objetivo identificar el origen y la aplicación del financiamiento que da soporte a la atención integral del VIH/SIDA en Costa Rica. Para este documento se fijó como periodo de análisis de 1998 al 2002.

1. Responsables del financiamiento de la atención integral del VIH/ SIDA

1.1 Fuentes de financiamiento

La Constitución Política en el artículo 46, da la posibilidad de que el Estado opere algunas actividades para mantener un nivel de vida digno de la población. Dentro de estos bienes y servicios se encuentra la salud, considerada como un derecho constitucional de todos los

costarricenses. Así, para definir los responsables del financiamiento se identifican tres tipos de fuentes: las públicas, las privadas y las externas.

Fuentes públicas

En las fuentes públicas se distinguen las entidades del gobierno central como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación Pública y el Ministerio de Justicia y Gracia; las cuales basan su financiamiento, principalmente en los impuestos, que son transferidos por el Ministerio de Hacienda. En segunda instancia, se encuentra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que se financia con una contribución tripartita entre del Estado, el patrono y el trabajador. En tercer lugar, dentro del sector educativo, participa la Universidad de Costa Rica, cuyo mayor flujo de recursos proviene de los impuestos.

Fuentes privadas

Aquí se agrupan las entidades con y sin fines de lucro, las organizaciones no gubernamentales (ONG), que sirven de apoyo a los hogares y a la función pública. Su financiamiento procede de donaciones, de la generación de recursos propios y de los organismos de cooperación internacional. Por otra parte, se tienen los gastos de bolsillo provenientes de los hogares para el pago de servicios de salud privados.

Fuentes externas

Están representadas por los recursos que provenientes de la cooperación internacional, los cuales son puestos en operación tanto por entes del sector público como por las ONG.

1.2 Fuentes de financiamiento

Antes de proceder a puntualizar sobre la distribución del financiamiento para la atención de la epidemia del VIH/SIDA, es importante mencionar que a pesar de que cada uno de los actores que participan en las acciones estratégicas de prevención, control y el tratamiento del VIH-SIDA cuenta con los recursos para el desarrollo de sus planes de trabajo. En Costa Rica no existe un mecanismo de consolidación de la información financiera, como por ejemplo de Cuentas Nacionales de VIH-SIDA, que permita visualizar la distribución de los recursos invertidos por los distintos entes y que sirva de insumo para la toma de decisiones. Asimismo, la mayoría de las entidades que realizan actividades en VIH-SIDA, no generan reportes consolidados que vinculen los objetivos, las metas alcanzadas y los recursos invertidos en su consecución.

A continuación se presenta la información obtenida para el quinquenio 1998-2002. Los resultados de los años 1998 y 1999, provienen del estudio de Cuentas Nacionales en VIH-SIDA⁵ y para los siguientes tres años se utilizan estimaciones.

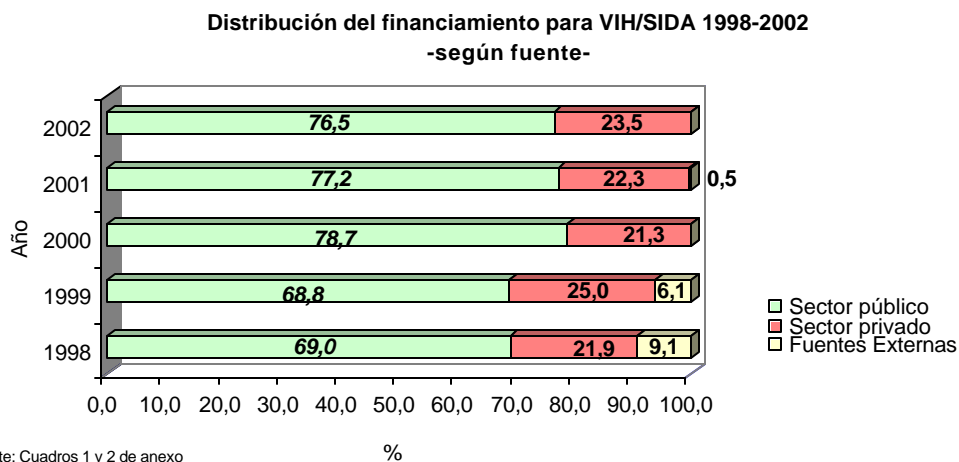
El total de recursos invertidos por nuestro país para afrontar la epidemia del VIH-SIDA fue de ¢16.856,9 millones aproximadamente, en el periodo de análisis. En promedio, se dedicaron ¢3.357,84 millones por año.

La principal fuente de financiamiento corresponde al sector público, la cual contribuyó con el 69,0% del total de los recursos para los primeros dos años y un 77,4% para los siguientes tres años. El sector privado aportó aproximadamente el 23,3% del financiamiento (gráfico 5).

⁵ Jiménez, Ronulfo; Rodríguez, Pablo y Herrera, Guisella. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA 1998-1999. San José, C.R.: 1999.

En cuanto a las aportaciones de fuentes internacionales, éstas representaron el 9,1% y 6,1%, en 1998 y 1999 respectivamente. En el año 2001 se recibieron aproximadamente ¢17,1 millones (0,5%) y en los restantes años no ingresaron donaciones. Esta situación evidencia el hecho de que nuestro país ha dejado de ser considerado por los diferentes organismos donadores como prioritario para la cooperación tanto bilateral como multilateral.

Gráfico 5

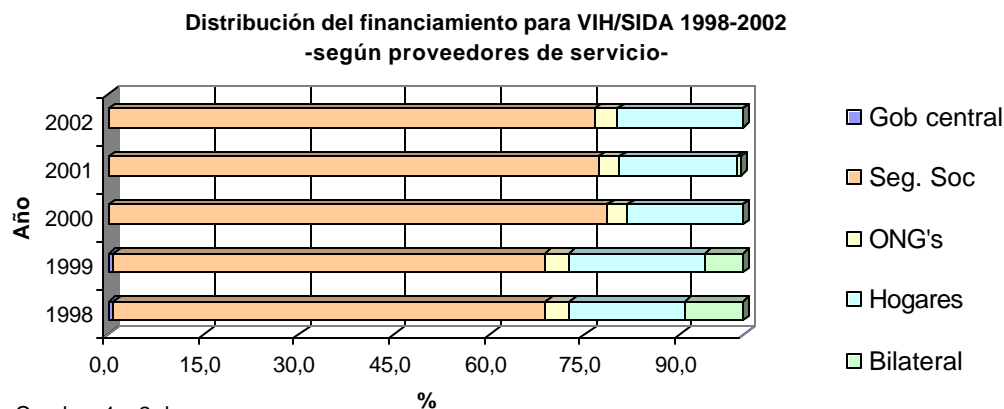


En términos de variación relativa, se tiene que el sector público decreció, en promedio un 35% en la contribución aportada, con excepción del año 2000, en el que aumentó en un 37,0% con respecto a 1999. El motivo principal de estos cambios es el comportamiento en el costo promedio de los medicamentos antirretrovirales (ARV), tal como se mostrará más adelante. De igual forma, los recursos captados a través de fuentes externas decreció significativamente y el sector privado mostró un crecimiento medio de 2,5% en los últimos tres años.

1.3 Entidades prestadoras de servicios

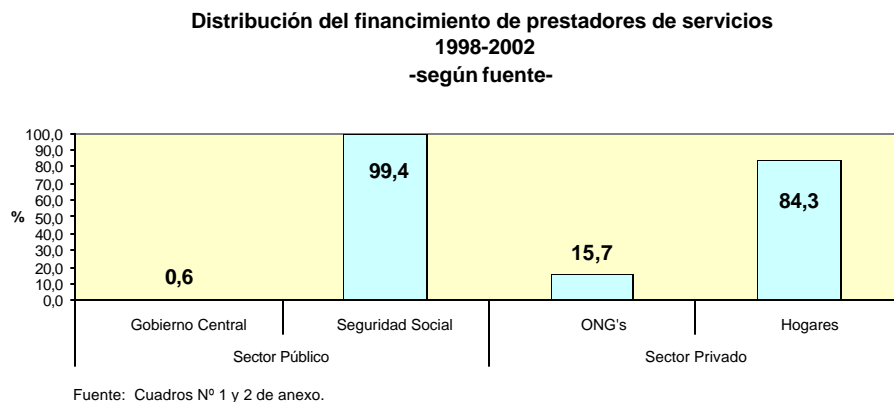
Al analizar el financiamiento público, se observa que la Caja Costarricense de Seguro Social es la principal fuente de recursos, con un valor cercano al 77%, (en los últimos tres años), seguido por los gastos de los hogares o de bolsillo con un 19% y las ONG con un 3,5%. (gráfico 6)

Gráfico 6



En términos de composición por sector, en el sector público, la CCSS aporta el 99% de los recursos, en tanto, el 1% restante lo aporta el Gobierno Central con sus diferentes acciones desarrolladas por medio del Ministerio de Salud, principalmente (gráfico 7). En el sector privado, las ONG's aportaron el 84% de los recursos, en tanto los hogares, el 16%.

Gráfico 7



2. Gasto nacional en la atención integral del VIH /SIDA

Del gasto nacional total generado por la atención del VIH/SIDA, resalta la importancia que reviste la inversión en la compra de medicamentos ARV, la cual representó, en promedio, el 47% en el quinquenio analizado. El cuadro 1 muestra la evolución que ha tenido el otorgamiento de terapia ARV. Se observa que el costo promedio por paciente ha decrecido en más del 50% desde 1998 al 2002, pasando de \$7.260 a \$2.375 aproximadamente, como consecuencia de la disminución de los precios por parte de las casas farmacéuticas y a la oferta de medicamentos genéricos.

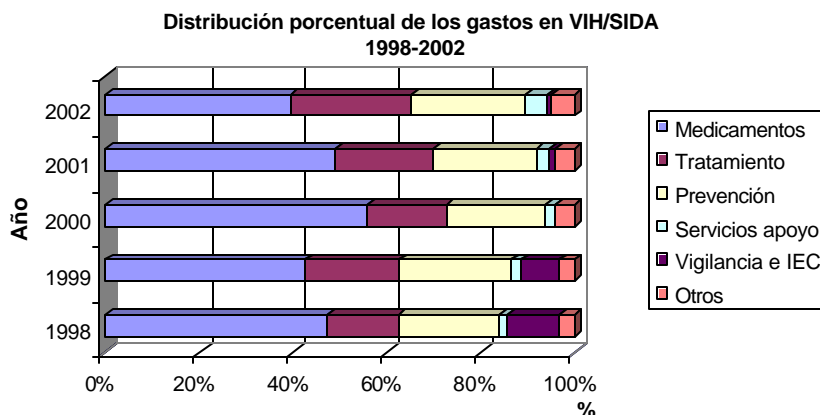
No obstante, el número de pacientes tributarios ha crecido a lo largo de los años. La compra de los medicamentos ARV representa el 7,4%, en promedio, de los recursos dedicados a la compra de medicamentos en la CCSS.

Cuadro 1

Gasto por tratamiento triasociado de antirretrovirales					
1998-2002					
Año	Pacientes tributarios	Costo promedio trat triasociado (\$)	Gasto anual ARV (1/)	Gasto en medicamentos (1/)	% ARV/Med.
1998	409	7.260	2.969	56.536	5,3
1999	609	6.803	4.143	47.422	8,7
2000	937	7.029	6.586	67.935	9,7
2001	1.144	4.641	5.310	64.947	8,2
2002 2/	1.620	2.375	3.848	70.930	5,4
1/ En miles de dólares					
2/ Datos estimados					
Fuente: Dpto. de Farmacoterapia					

El gasto en prevención, incluye la compra de condones, el abordaje de las infecciones de transmisión sexual, el tamizaje perinatal y de hemoderivados (bancos de sangre). Este representó el 22% del total de los recursos utilizados, tal como se anota en el gráfico 8, y tuvo un crecimiento aproximado del 4%. Aquí es importante mencionar la relevancia que muestra la adquisición de condones, dado que cerca del 20% del gasto es dedicado a este rubro, y el principal aporte lo realizan los hogares.

Gráfico 8



Fuente: Cuadros 1 y 2 del anexo

Por otra parte, los egresos correspondientes al tratamiento, que incluye hospitalización, consulta externa y mitigación, representaron el 20,0% del total de los recursos y tuvieron un incremento promedio del 20%.

La hospitalización es el rubro de mayor importancia en este apartado, representando el 14% del gasto.

Los servicios de apoyo, están representados por las pruebas de diagnóstico y monitoreo, y representan el 2,7% de los gastos. Se observa una baja inversión en vigilancia epidemiológica (1%). En 1998 y 1999 se da un aporte importante al gasto en información, educación y comunicación (IEC), equivalente al 13,3% y 7,8%, respectivamente, donde la principalmente fuente de financiamiento

provenía de la cooperación externa. En los años siguientes, al disminuir los recursos por esa vía, se evidencia una caída importante en dicho gasto, hasta alcanzar menos del 1% del gasto total.

3. Impacto del gasto del VIH/SIDA sobre el financiamiento del Sector Salud

Para dimensionar el impacto del financiamiento destinado a la atención de la epidemia del VIH/SIDA dentro del sistema de salud pública, a continuación se muestran los siguientes indicadores que relacionan el gasto en VIH/SIDA con estimaciones del gasto en salud (Cuadro 2).

Cuadro 2

Peso del gasto en VIH/SIDA al 2001	
En términos porcentuales	
Indicador	2001
Gasto público en Salud/PIB	5,9
Gasto público en VIH-SIDA/Gasto Público en Salud	0,9
Gasto público en VIH-SIDA/Gasto Total en VIH-SIDA	77,2
Gasto de hogares en VIH-SIDA/Gasto total en VIH-SIDA	18,9
Gasto público en ARV/Gasto total público en salud	0,6
Gasto total en ARV/Gasto total en VIH-SIDA	49,1
Gasto público en ARV/Gasto público (CCSS) medicamentos	8,2

Fuente: Elaboración propia con base a datos del Estado de la Nación 2001 y estimación VIH/SIDA 2001

Del gasto en efectivo de la CCSS, el gasto en VIH/SIDA representa, en promedio, el 1%.

4. Cooperación internacional

Tal como se mencionó, en los últimos tres años la cooperación internacional para la atención del VIH/ SIDA en Costa Rica ha sido escasa. Sin embargo, a mediados del 2002, fue presentada por parte del Ministerio de Salud, a través del Consejo de Atención Integral del VIH/ SIDA, una propuesta de cooperación ante el Fondo Global de Lucha contra la Tuberculosis, Malaria y VIH/ SIDA, por un monto de \$4,2 millones. De aprobarse esta solicitud, su implementación se llevará a cabo de manera intersectorial, con la participación del Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia y Gracia, el Ministerio de Educación Pública, la CCSS y las ONG's. La propuesta está orientada hacia la prevención, por lo que su propósito es educar a los hombres que tienen sexo con hombres, adolescentes (en particular, los que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad) y a las personas que viven con HIV/ SIDA, a adoptar comportamientos que protejan su salud, reduzcan su riesgo y vulnerabilidad a contraer VIH/ SIDA e ITS, y contribuya a obtener una mejor calidad de vida.

Por otra parte, recientemente se han iniciado conversaciones para evaluar la posibilidad y conveniencia para el país, de la compra de antirretrovirales a nivel centroamericano, esto como parte de la estrategia de acceso acelerado a la atención integral para personas viviendo con VIH/ SIDA en esta región. Esta iniciativa es impulsada por la OPS/ OMS.

J. ORGANIZACIÓN Y GESTION

Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/ SIDA

Con la aprobación del Reglamento de la Ley General de VIH/ SIDA en 1999 se oficializa la conformación del Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/ SIDA, el cual está adscrito al Ministerio de Salud y es la máxima instancia a nivel nacional encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público en esta materia. Actualmente es presidido por el Viceministro de Salud. El Consejo se encuentra integrado por un o una representante de:

- a) Ministerio de Salud, quien preside
- b) Ministerio de Educación Pública
- c) Ministerio de Justicia
- d) Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)
- e) Rectoría de la Universidad de Costa Rica
- f) Dos representantes de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que atiendan asuntos relacionados con el VIH/ SIDA. Uno(a) de ellos(a) deberá ser una persona portadora del VIH que represente a toda la población afectada.

Funciones del Consejo

1. Recomendar al Ministerio de Salud las políticas nacionales sobre el VIH-SIDA, y elaborar y actualizar los planes maestros de VIH-SIDA, así como los demás planes nacionales relacionados con este tema.
2. Coordinar con las diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, los asuntos relacionados con el VIH-SIDA. Se fomentarán la cooperación y los acuerdos institucionales.
3. Velar, ante las instancias públicas y privadas, por la plena observancia y el respeto de los derechos y las garantías de las personas portadoras del VIH o enfermas de SIDA, sus familiares y allegados.
4. Colaborar con el Ministerio de Salud en la fiscalización y evaluación de la ejecución y la eficacia de las medidas, disposiciones y acciones contempladas en las normas relacionadas con el VIH-SIDA, en el plan maestro de VIH-SIDA y en los planes nacionales de VIH-SIDA.

Logros

El Consejo ha trabajado principalmente en su consolidación como ente rector de las políticas en el campo de VIH/ SIDA, para lo cual en el año 2001 y mediante la colaboración de ONUSIDA, logró elaborar otro Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH-SIDA 2001-2004⁶, el cual se sustenta en la Política Nacional de Salud 1998-2002 y en su correspondiente Plan Nacional de Salud 1999-2004. Este Plan representa un gran esfuerzo del Consejo ya que el mismo fue elaborado de manera intersectorial e interdisciplinaria, de forma participativa recopilándose los planes, programas y proyectos que se realizan o se van a realizar en el tema de VIH/ SIDA a nivel nacional en un período de cuatro años.

En el mes de septiembre 2002, el Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA, con la participación de instituciones gubernamentales y no gubernamentales logró consolidar una propuesta de proyecto por \$4,202.352 la cual fue presentada al “Fondo Global para la Lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria”, para financiar actividades de prevención de la infección con VIH/SIDA en: hombres que tienen sexo con hombres, niñas y adolescente en riesgo o en explotación sexual, PVS, así como en la población general.

Retos

Uno de los retos más importantes del Consejo para el corto y mediano plazo es la creación, financiamiento y consolidación de una Secretaría Técnica/ Ejecutiva, que le permita a ese órgano cumplir con sus funciones de ley, además de dar un seguimiento eficaz y eficientemente a los planes, programas y proyectos del Consejo. En segundo lugar, se plantea el reto de la implementación de las

⁶ Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA. Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH/SIDA, 2001-2004. San José, C.R.: Ministerio de Salud, 2001.

acciones contenidas en la propuesta recientemente presentada para su financiamiento, las cuales se presentan como un primer gran esfuerzo de trabajo conjunto entre el gobierno y la sociedad civil para desarrollar acciones específicas en el campo de la prevención del VIH /SIDA desde distintos escenarios con énfasis en HSH, PVS, niños, niñas y adolescentes.

Red de Organizaciones No Gubernamentales

Las ONG nacen de la necesidad sentida de las personas afectadas por el VIH/SIDA, no cubiertas por la Seguridad Social. La primera organización no gubernamental fue la Asociación de Lucha contra el SIDA fundada en 1987, la cual estaba conformada principalmente por personas homosexuales dedicadas a brindar apoyo a los enfermos de SIDA. Esta organización se transforma posteriormente en el Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación es Salud (ILPES), el cual amplía su trabajo a otras áreas además del SIDA y con énfasis en los grupos minoritarios. ILPES deja de funcionar en 2001.

En 1989 se crea la Fundación Vida la cual ha desarrollado una amplia experiencia en la atención a las personas que viven con VIH/SIDA (PVS) y a sus familias por medio de sus programas de voluntariado, atención psicológica y subsidios. La Fundación Vida es la más antigua de las ONG's que trabajan actualmente. FUNDESIDA se crea en 1990 a fin de canalizar fondos internacionales en apoyo al Plan Nacional. Posteriormente nacen otras organizaciones abocadas a crear albergues como la Asociación Amigos de la Cinta Roja en 1994 que desaparece un año después, el Hogar Hoy por Ti, en 1996 y el Hogar de la Esperanza en 1997 aún activas. En 1995 surge la primera Asociación de Personas Viviendo con VIH-SIDA (APAVHI) la cual no se encuentra activa actualmente. En 1996 nace ASOVHISIDA también conformada por PVS la cual se mantiene activa.

Red de ONG

La primera iniciativa de crear la RED de ONG se dio en 1995, y fue impulsada por la Fundación Vida mediante la realización de un taller nacional que contó con el apoyo económico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/ OMS).

No es sino hasta el año 2000 en que se logra su conformación, la cual cuenta con una secretaría ejecutiva, los respectivos reglamentos de funcionamiento, así como la celebración de reuniones ordinarias mensuales de los representantes de las organizaciones. La red ha desarrollado actividades de capacitación, de coordinación de actividades y de denuncia por la defensa de los Derechos Humanos de las PVS.

Financiamiento

Costa Rica ha recibido cooperación internacional para las ONG's principalmente por parte de la OPS/OMS, la Comunidad Económica Europea, de la Embajada Real de los Países Bajos, así como de otras organizaciones como HIVOS. Sin embargo, estos fondos han ido disminuyendo paulatinamente, debido a que dentro de las prioridades de los donantes, no se encuentra Costa Rica, ya que se cuenta con mejores condiciones y un panorama más optimista para abordar el problema del VIH/SIDA con relación a los hermanos países centroamericanos. Lo anterior ha significado una amenaza para la subsistencia de las ONG's ya que el apoyo estatal es escaso y los mecanismos de coordinación débiles y limitados.

La diversidad de los enfoques, poblaciones meta y estrategias utilizadas por las ONG's, constituyen un aporte importante a la atención y prevención del SIDA en el país, por lo cual realizan acciones para su auto sostenibilidad, principalmente por medio de la venta de servicios, como cursos de capacitación. Sin embargo, esta estrategia se ha visto muy limitada debido a la naturaleza de los servicios que brindan a los PVS y a la poca demanda de cursos de capacitación. Por esta razón, se considera fundamental la creación de alianzas estratégicas y para consolidar el apoyo estatal y asegurar de esta manera la subsistencia de dichas organizaciones así como su integración de manera activa en los planes, programas nacionales para el abordaje de la pandemia.

Logros

Acciones estratégicas:

Participación en procesos nacionales para la redacción de la leyes y la definición de planes, programas y proyectos.

Participación en procesos de lucha por los derechos de los PVS tanto a nivel nacional como centroamericano (acceso a terapia antirretroviral)

Principales actividades desarrolladas:

Programas de capacitación al personal de salud y población en general

Actividades de prevención y sensibilización de los diversos estratos poblacionales utilizando metodologías y materiales didácticos específicos.

Atención y prevención del VIH para HSH (homosexuales, bisexuales, travestis y privados de libertad)

Programas de apoyo emocional y acompañamiento para PVS a partir del diagnóstico inicial y hasta su muerte así como de seguimiento a sus parejas y familiares

Programas de ayuda económica a los PVS y sus familias (compra de alimentos, ropa, ataúd, servicios fúnebres, asesoría legal)

Instituciones Gubernamentales

Ministerio de Justicia

Desde 1985 cuando aparecieron los primeros casos reportados de VIH /SIDA en el país, el Ministerio de Justicia en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) incluyó en los servicios de salud que se brindan en los centros penitenciarios, la atención y el tratamiento de las privadas y privados de libertad afectados (as) con el VIH SIDA. En 1987, se creó la Comisión Nacional Penitenciaria de VIH /SIDA (COPESI), además de las subcomisiones que operan en los diferentes centros penales; las cuales coordinan la atención integral a las personas privadas de libertad portadores del VIH o enfermos de SIDA en coordinación con los servicios que brinda la CCSS. COPESI hasta la fecha ha realizado acciones de prevención y concientización sobre el sexo seguro y la normalización de la atención del privado de libertad afectado por VIH /SIDA. La falta del recurso humano capacitado, además de la falta de presupuesto adecuado para las acciones preventivas y de promoción de la salud, han impedido la institucionalización de un programa de capacitación con un enfoque de derechos humanos y de diversidades que tenga una cobertura significativa. Actualmente se cuenta con la colaboración del club Rotario 3H tanto para la capacitación de funcionarios como de privados de libertad en el tema de VIH/ SIDA.

Ministerio de Educación Pública

El Ministerio de Educación Pública, según lo explicitado en el Código de la Niñez y la Adolescencia (1998) y la Ley y Reglamento para la Atención del VIH /SIDA (1998), la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley 7600, mayo de 1996) y las Políticas Educativas de la Sexualidad (MEP, 2001) indican la necesidad de:

Establecer un plan estratégico que indique:

El cambio de conductas y actitudes de las poblaciones jóvenes y favorecer proyectos de vida basados en una vivencia de la sexualidad sana en articulación con padres y madres de familia

Generar actitudes de tolerancia a la diversidad, inclusivas y de equidad en los ambientes escolares

Informar y aclarar acerca de los mitos, estereotipos y temores asociados al tema de sexualidad, y el VIH / SIDA, en procura de aumentar los niveles de tolerancia a la diversidad y generar procesos de equidad entre géneros.

Capacitar al personal docente, mediante la sensibilización y capacitación en el campo de la educación integral de la sexualidad

Incorporar en los programas de estudio la sexualidad como tema transversal de tal manera que se aborde el tema de la sexualidad y el VIH/ SIDA en cualquiera de las materias

Conformar en las poblaciones jóvenes estrategias de multiplicación, a través del diálogo entre jóvenes

Generar acciones curriculares para formar a la población estudiantil. Implica sensibilizar, aportar conocimientos y potenciar las competencias (habilidades y destrezas)

Establecer y fortalecer estrategias que reduzcan la vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes

Luchar contra los estereotipos y desigualdades de género con relación al VIH/ SIDA

Establecer estrategias de promoción de la atención psicosocial a los niños, niñas y adolescentes VIH/ SIDA positivas(os) en los centros educativos

A fin de lograr lo anterior, el Ministerio de Educación Pública crea mediante decreto ejecutivo de noviembre de 2001, el Departamento de Educación Integral de la Sexualidad (DEIS), el cual forma parte de la División Curricular. La educación integral de la sexualidad puesta en práctica durante el año de existencia del DEIS, prevé la conformación de equipos de coordinación institucionales de tal forma que familiares y estudiantes participan en el diseño, ejecución y evaluación de los proyectos pedagógicos dedicados al abordaje del tema extra aula (formación humana y grupos de apoyo). Este departamento es vigilante de la implementación de las Políticas Educativas en Sexualidad (junio del 2001), cuyo enfoque, además de informar deben incorporar valores éticos y generar competencias para la vida, así como educar en sexualidad con orientación en la prevención del VIH /SIDA.

Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud en su papel de rector del Sector Salud tiene a su cargo la conducción de los procesos de definición de políticas, planes, programas y proyectos relacionados con el tema de VIH /SIDA en forma concertada con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que realizan acciones en dicho campo.

Además, le compete la regulación de los servicios de salud, públicos y privados que brindan atención integral a las personas VIH /SIDA positivas, así como de las instalaciones o albergues a cargo de las organizaciones no gubernamentales y otras instancias de la sociedad civil.

A la Ministra de Salud o a quien sea designado por ella, le corresponde la Coordinación del Consejo Nacional para la Atención del VIH/SIDA, máximo órgano rector en el tema. Ni el Ministerio de Salud ni el Consejo Nacional de Atención al VIH/SIDA cuentan con presupuestos específicos para el financiamiento de acciones específicas, a excepción de los fondos que por medio de la cooperación multilateral (OPS/OMS, ONUSIDA) se destinan para actividades concretas. Uno de los retos más importantes tanto del Ministerio de Salud quien coordina como del resto de las instituciones y

organizaciones que conforman el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA es la consolidación de su rol rector y fiscalizador de las políticas en dicho campo.

K. INVESTIGACION

La investigación en VIH/SIDA en el país ha tenido como objetivo fundamental, disponer de manera oportuna y veraz de información para la toma de decisiones que permita orientar las acciones estratégicas para la atención integral. En la Declaración de San José sobre VIH/SIDA, firmada por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, en Mayo de 1997, se establece lo siguiente en relación a la investigación en VIH/SIDA: “Nuestro país cree en la importancia de la investigación científica, en el *abordaje interdisciplinario y la educación como algunos de los medios más eficaces para hacer frente a este tema [...VIH/SIDA...] tan delicado. Creemos en el valor insustituible de una información que se caracterice por ser preventiva, responsable, integral y prudente*”

Aunque existen muchos esfuerzos de investigación en VIH/SIDA, todavía no se ha desarrollado un Programa de Investigación en VIH/SIDA que defina las prioridades de investigación, identifique y movilice los recursos necesarios, y coopere en la recopilación y divulgación de información en el ámbito nacional y en los niveles subnacionales.

L. ASPECTOS CRÍTICOS Y ESTRATEGIAS

Vigilancia Epidemiológica

La vigilancia epidemiológica del evento VIH/SIDA así como de los riesgos de contraer la infección se presenta como uno de los aspectos críticos más importantes del Sector Salud, ya que el sistema de vigilancia actual presenta varias deficiencias entre las que destacan:

El evento VIH/SIDA no está incluido como evento de notificación

obligatoria en el decreto emitido en 1983, a pesar de que un adendum emitido en 1985 al decreto en mención y que la Ley del VIH/SIDA hacen obligatoria la notificación de la enfermedad, aunque no así del infectado. Esto ha impedido contar con información confiable acerca de los individuos portadores y/o enfermos, insumo básico para la determinación de la tendencia y la magnitud real de la epidemia

No se cuenta con un protocolo para la prevención y control del VIH/SIDA y otras ITS

El sistema de información existente es ineficaz, ya que no se encuentra computadorizado, permite el sub-registro de casos y la alimentación del mismo no es expedita ya que la notificación por parte de los servicios de salud públicos es inoportuna y lenta y los servicios privados no notifican los casos diagnosticados tanto desde el punto de vista clínico como de laboratorio.

Como una estrategia fundamental a corto plazo se propone la elaboración, publicación y difusión del protocolo para la prevención y control del VIH/SIDA y otras ITS, así como la establecimiento de los mecanismos de coordinación interinstitucional y con los servicios de salud privados que permitan optimizar el sistema de vigilancia epidemiológica existente. A mediano o largo plazo el Sector Salud deberá orientar sus esfuerzos hacia la implementación del sistema de información en forma automatizada como parte del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, el cual se encuentra en la etapa de implementación inicial.

Legislación

En este campo se nota un desconocimiento de la Ley del VIH/SIDA en la población en general y su incumplimiento por parte de la de los responsables. Lo anterior, a pesar de las sanciones administrativas y penales que se contemplan en ella. Los aspectos de confidencialidad de la identidad de los PVS plantean situaciones discriminatorias, ya que solamente se imponen una sanciones a los trabajadores de salud, dejando sin pena por esta misma acción a otros funcionarios o trabajadores.

En vista de lo anterior, se hace necesario establecer mecanismos para divulgar la ley de manera masiva, así como realizar las modificaciones necesarias en las sanciones que pueden ser aplicadas a las personas que violen injustificadamente la confidencialidad de una PVS. Debido a que el adendum del decreto de vigilancia epidemiológica vigente no hace obligatoria la notificación del VIH, se hace necesario la creación de un nuevo decreto ejecutivo que contemple la obligatoriedad de la notificación de dicha condición por parte de los servicios de salud tanto públicos como privados.

Gestión

Como aspecto crítico de este apartado se plantea la necesidad de que el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA cuente con una personería jurídica que le permita captar y administrar fondos provenientes de fuentes financieras nacionales e internacionales, a fin de cumplir con las obligaciones establecidas por la ley , para lo cual deberán realizarse las modificaciones correspondientes al Reglamento de la Ley del VIH/SIDA.

Otra estrategia a considerar a corto plazo, es la creación de una Secretaría Ejecutiva, cuya función sería la de poner en operación las decisiones del Consejo, así como dar seguimiento a los planes y proyectos en VIH/SIDA, la definición de estrategias de comunicación y concertación entre los distintos actores involucrados en el abordaje del VIH/SIDA, así como la definición de propuestas de proyectos para la búsqueda de financiamiento externo. El financiamiento de las organizaciones no gubernamentales así como la necesidad de capacitación gerencial son dos temas que deben atenderse a fin de optimizar el desempeño de sus funciones y de definir propuestas viables susceptibles de financiamiento.

Prevención

Las acciones de prevención del VIH/SIDA a nivel de la población general se vieron disminuidas con la introducción de la terapia antirretroviral en nuestro país, ya que el gasto en medicamentos, redujo sustancialmente la inversión en otros rubros, como son las campañas informativas en los distintos medios de comunicación así como la producción de material educativo dirigido a los grupos poblaciones. Esta situación, ha sido analizada por el Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA, el cual realizó las gestiones preliminares para el diseño de una campaña de mercadeo integral, enfocada a diversos sectores poblacionales y utilizando diversas estrategias. Sin embargo, la implementación de dicha campaña de mercadeo y comunicación social se ha visto obstaculizada por la falta de financiamiento adecuado.

Por otro lado, se hace indispensable la implementación de campañas permanentes que fomenten el uso del condón, así como garantizar la disponibilidad de condones que cumplan con los criterios de calidad establecidos internacionalmente.

El tamizaje de la mujer embarazada a nivel de los servicios de salud para prevenir la transmisión madre-hijo del VIH (TMH) no se realiza adecuadamente debido a diversas razones: solo se puede efectuar previo consentimiento informado, el personal no se encuentra capacitado para la evaluación del riesgo y brindar la consejería necesaria, la centralización para la realización de pruebas de tamizaje y confirmatoria y la falta de mecanismos expeditos para la devolución de los resultados de las pruebas a las Áreas de Salud y Clínicas Periféricas. Aunado a lo anterior, el tamizaje de la mujer embarazada constituye una tarea adicional para el personal de salud que requiere tiempo y dedicación, y que en algunas ocasiones no está contemplado en los compromisos de gestión. En este sentido, se evidencia la necesidad de establecer las directrices necesarias para que el tamizaje de las embarazadas

se realice adecuadamente desde el primer de atención, a fin de garantizar una cobertura adecuada de dicha estrategia.

Con respecto a la prevención en el grupo HSH, el cual presenta el mayor riesgo de infección y muerte por VIH/SIDA, es indispensable conocer la tendencia real de la infección y de los factores condicionantes a fin de diseñar estrategias de comunicación social y de prevención tendentes a promover las prácticas sexuales saludables o a modificar prácticas o costumbres riesgosas. Lo anterior sin dejar de lado, otros grupos vulnerables como son: los y las trabajadoras(es) comerciales del sexo y las niñas, niños y adolescentes en explotación sexual.

Atención Integral y Tratamiento

En este capítulo, el país afronta uno de los retos más importantes para el abordaje de la infección por el VIH/SIDA con calidad, amplia cobertura y accesibilidad, ya que si bien es cierto, el tercer nivel de atención, representado en este caso, por los cuatro hospitales nacionales y uno regional, se encuentra en capacidad para ofrecer casi la totalidad de los servicios especializados así como el tratamiento antirretroviral (Escenario III ⁷), en ninguno de los otros niveles se han definido las competencias, y por lo tanto, desarrollado las capacidades para brindar atención integral a los y las PVS (Escenarios I y II).

Lo anterior no significa que se debe desconocer el gran esfuerzo realizado por el Sistema de Salud, y los avances logrados por profesionales de gran mística y capacidad, por brindar respuesta a las necesidades de la epidemia, sin embargo, a corto y mediano plazo, deberá iniciarse un proceso estratégico de desconcentración de la atención integral para que esté disponible en todos los niveles del sistema de salud, según su complejidad y disponibilidad de recursos para permitir brindar atención domiciliaria y comunitaria, secundaria y terciaria, con un mecanismo de referencia y contrarreferencia como el que opera actualmente, para la mayoría de las enfermedades.

Se deberá garantizar que aún en las zonas donde los recursos sean limitados, se podrá prestar atención integral con calidad a los y las PVS, para asegurar una mejor sobrevivencia y productividad.

Gasto y Financiamiento

La concentración de las acciones del sector público entorno hacia el VIH/SIDA y en especial de la CCSS, han orientado el financiamiento principalmente hacia la provisión de servicios que involucran el tratamiento, el suministro universal de la terapia antirretroviral y el tamizaje de la sangre y de las embarazadas que lo deseen. Sin embargo, es notoria la escasa importancia dada a la vigilancia epidemiológica, la educación, la información y la comunicación, como medios de acción para la concientización de la población y en especial de los grupos vulnerables, a adoptar medidas preventivas que disminuya el riesgo de contraer el VIH/SIDA y su propagación.

El Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001 - 2006⁸ y el Plan de Atención de las Personas con VIH/SIDA 2001-2004, contiene objetivos y metas que involucran aspectos de educación e información. No obstante, es necesario y urgente, la adopción e implementación de estrategias de abordaje, en primera instancia, para los grupos más vulnerables de la población a contraer el VIH/SIDA, de tal forma que reciban información oportuna y disminuya su riesgo de exposición. Esta labor puede llevarse a cabo de forma intersectorial, incluyendo la participación del sector turismo y en general, de la empresa privada.

El gasto e inversión en tratamiento ARV muestra una participación notoria con respecto al gasto institucional de medicamentos de la CCSS, por encima del 5% en el quinquenio 1998-2002.

⁷ OPS/OMS. Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas infectadas por el VIH/SIDA en las Américas. Informe resumido. Washington DC: OPS/OMS, ONUSIDA, IAPAC. http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf, (2001)

⁸ Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001-2006. San José, C.R.: Caja Costarricense de Seguro Social, 2001-

Asimismo, el número de pacientes tributarios ha aumentado cuatro veces y de ellos, cerca del 5% de los pacientes son extranjeros, que ingresan al país, optan por el seguro voluntario a fin de recibir los beneficios dados por Seguridad Social.

Se hace necesario la búsqueda de mecanismos que permitan dar el sostenimiento financiero a largo plazo de este tratamiento en el país. Por ejemplo, regulando el otorgamiento de beneficios a extranjeros que no residan en el país, entre otras.

Costa Rica no se dispone de un mecanismo de consolidación de la información financiera que se genera en la atención integral del VIH/SIDA. De ahí, que sea dificultoso disponer de información actualizada y consolidada, que vincule las metas y productos obtenidos con los recursos financieros empleados, así como evaluar los alcances de las políticas implementadas.

Se requiere la adopción de un sistema de consolidación de información financiera por parte del CONASIDA, como por ejemplo, cuentas nacionales en VIH/SIDA, que permita a las autoridades sanitarias y a los gestores de las diferentes organizaciones, visualizar y monitorear la distribución de los recursos y los planes de trabajo VIH/SIDA, realizar las respectivas evaluaciones y retroalimentar la toma de decisiones en función de las políticas adoptadas.

Dada la capacidad técnica y de infraestructura con que cuenta nuestro país, la definición de una agenda nacional para la investigación en VIH/SIDA con la participación de las instituciones del Sector Salud, los institutos y centros de investigación de las universidades, tanto estatales como privadas y las ONG, se plantea como el asunto crítico a resolver a mediano plazo en este campo. El proceso participativo de definición de la agenda, deberá estar acompañado por las consiguientes negociaciones concertadas a nivel de país, para la búsqueda del financiamiento (bilateral o multilateral) para las propuestas que se planteen.

M. LITERATURA CITADA Y CONSULTADA

Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA. Ley General del VIH/SIDA. San José, C.R.: Ministerio de Salud, 1998.

Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA. Reglamento de Ley General del SIDA. San José, C.R.: Ministerio de Salud, 1999.

Salom, Ignacio. Clínica de VIH/SIDA, Hospital México. San José, C.R.: CCSS: Hospital México. Octubre, 2002 (Comunicación personal).

OPS/OMS. Atención Integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas infectadas por el VIH/SIDA en las Américas. Informe Resumido. Washington DC: OPS/OMS. http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf (2001).

Jiménez, Ronulfo; Rodríguez, Pablo y Herrera, Guisella. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA 1998-1999. San José, C.R.: 1999.

Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA. Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH/SIDA, 2001-2004. San José, C.R.: Ministerio de Salud, 2001.

OPS/OMS. Atención Integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas infectadas por el VIH/SIDA en las Américas. Informe Resumido. Washington DC: OPS/OMS. http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/BB_Summary_span.pdf (2001)

Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001-2006. San José, C.R.: Caja Costarricense de Seguro Social, 2001-

CAPITULO X
“SALUD AMBIENTAL”

X. CAPITULO X SALUD AMBIENTAL

A. Resumen

Este documento recopila la información para las siguientes áreas:

- Agua potable
- Aguas residuales
- Desechos sólidos
- Contaminación atmosférica
- Salud ocupacional
- Sustancias peligrosas
- Fauna nociva
- Inocuidad de alimentos
- Aspectos físico sanitarios en edificaciones
- Radiaciones ionzantes

En lo que se refiere al tema de contaminación de cuerpos de agua, no existe en el MINSA o en el MINAE, un inventario de entes generadores a escala nacional, que permita tener una imagen clara de la situación. ^{9/} En Costa Rica, el control de la contaminación en los cuerpos de agua se ha venido atendiendo por prioridades, por lo que se estableció como sector prioritario: el sector cafetalero y el sector azucarero. La estrategia ha consistido en la suscripción de convenios interinstitucionales que permiten abordar la reducción de la contaminación orgánica conforme a cronogramas de trabajo y programas de sensibilización hacia la sociedad civil.

La información sobre los desechos sólidos domésticos se encuentra dispersa. La Dirección de Protección al Ambiente Humano (DPA) ha hecho intentos de recopilarla por medio de los municipios, del IFAM y de empresas privadas, a fin de contar con datos confiables y actualizados. Como producto de gestión se cuenta con datos aproximados de generación de desechos por cantón.

Costa Rica cuenta con un Plan de Manejo de Desechos que ha servido como marco de referencia, junto con la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud para la toma de decisiones y acciones correctivas. Las líneas de coordinación se han dado principalmente con el IFAM y la Municipalidad de San José, sin embargo, lo deseable es que se pueda tener este nexo con todos los otros 80 municipios del país.

En algunas áreas, como son los desechos hospitalarios, se cuenta con información suficiente, experiencia en el campo, pero se está lejos de obtener un producto deseable.

La contaminación atmosférica, principalmente por fuentes fijas y móviles, en los últimos años se ha visto incrementada con la importación de gran cantidad de vehículos. Este factor, aunado a la inadecuada infraestructura de la red vial y a un deficiente ordenamiento territorial, ha despertado el interés de organizaciones de cooperación externa como: OPS/OMS, el BID y en los últimos cuatro años del Gobierno Alemán (por medio de la Agencia de Cooperación

Alemana GTZ, colabora con el proyecto de Aire Limpio para la Gran Área Metropolitana, fungiendo como contraparte principal el MOPT).

⁹Se están dando pasos entre ambas instituciones para caracterizar la magnitud de este problema y trazar algunas líneas de acción, como son la definición cánones o tasas por contaminación de vertidos (especialmente líquidos) en estos cuerpos, tomando como plan piloto la Gran Área Metropolitana del país. Se pretende desestimular paulatinamente la práctica tradicional de verter desechos líquidos en ríos, lagos y quebradas

Este proyecto de Aire Limpio, a la fecha no ha hecho desembolsos financieros para la implementación de instrumentos de control y monitoreo, únicamente ha actuado como un ente coordinador de las diferentes instituciones involucradas.

Por otra parte, el MINSA en coordinación con la Universidad Nacional (LAQAT), ha tratado de implementar una red de monitoreo de la calidad del aire en el Área Metropolitana con la operación de dos estaciones, para la determinación de los siguientes contaminantes: dióxido de azufre, óxidos de nitrógeno, PM₁₀ y plomo. No obstante estas acciones, lamentablemente no han sido de prioridad dentro de las políticas de salud de los diferentes Gobiernos de la República.

B. Metodología

La metodología se basó en utilización de fuentes secundarias, además de la experiencia de los profesionales especializados en cada uno de los campos analizados.

Al redactar cada capítulo se quiso presentar un documento que describiera la situación de la Salud Ambiental, de los elementos que lo conforman y de las relaciones entre ellos, tomando en cuenta el contexto histórico, político, económico y cultural. Así, el análisis sectorial constituye más que un diagnóstico situacional pues conjuga el componente retrospectivo de ese tipo de análisis con el prospectivo; es decir, incluye la construcción de hipótesis o escenarios de futuro y la formulación de recomendaciones y políticas.

El análisis sectorial proporciona: a) un volumen manejable de información relevante y actualizada sobre la Salud Ambiental, y b) una síntesis de problemas, estrategias y acciones que permiten orientar, si es necesario, un proceso de reforma. Derivados del Análisis Sectorial puede ser necesario acometer, en su caso, la elaboración de Planes de Salud Ambiental, Planes de Gestión de los Servicios o Planes Maestros de Inversiones.

Los objetivos generales del análisis sectorial son:

- Describir situaciones y evaluar políticas
- Identificar problemas y diagnosticar causas
- Sugerir estudios específicos para profundizar el análisis
- Plantear escenarios futuros
- Contribuir al diseño de políticas
- Proponer estrategias de solución
- Sugerir modalidades de implementación

Se aborda la temática considerando la intervención desde las perspectivas de: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, MITIGACIÓN y RECUPERACIÓN.

C. Marco Legal e Institucional

1. Agua Potable y Aguas Residuales:

El sector agua potable y saneamiento en el país está conformado por todas aquellas entidades que tienen como misión administrar acueductos y alcantarillados sanitarios (el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, las municipalidades, la Empresa de Servicios Públicos de Heredia, las Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS) y Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAARS) y operadores privados), aunque no está formalmente constituido. Esto reduce su fuerza de actuación.

La Ley Constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), le confiere la responsabilidad de ejercer ciertas funciones de rectoría del sector. Sin embargo, la institución no ha ejercido en su totalidad ese papel, pues le han sido retiradas algunas funciones rectoras y por otra parte la absorbe su papel de operador de sistemas de acueductos y alcantarillados, sobre sus funciones rectoras.

Las instituciones encargadas de la regulación y la fiscalización de la prestación de los servicios del Sector de Agua Potable y Saneamiento (SAPS) son:

Autoridad Reguladora de Servicios Públicos (ARESEP), Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), Ministerio de Salud (MINSa), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) y el Servicio Nacional de Aguas Subterráneas, Riego y Avenamiento (SENARA).

Otras instituciones han actuado y actúan en el ámbito legal con dictámenes vinculantes con la regulación, la fiscalización y la misma prestación de los servicios. Estas son: la Sala Constitucional, la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la República.

2. Contaminación de Cuerpos de Agua

Las principales instituciones involucradas en el control de la contaminación de cuerpos de agua son: el MINSa como institución rectora en ambiente humano (antropocéntrico), el Ministerio del Ambiente y Energía (MINAE) institución rectora en ambiente (ecocéntrico), las Municipalidades como instituciones vigilantes y en algunos casos generadores de contaminación, el AyA como institución vigilante y ente generador y el sector industrial y agroindustrial del país como entes generadores de contaminación de cuerpos de agua.

El marco legal está constituido por la Ley General de Salud N° 5395, título II, artículos 275, 276, 277 y 293, Ley 5472 Ley Orgánica del Ministerio de Salud artículos 1, 2 siguientes y concordantes; Ley Orgánica del Ambiente N° 7554, artículos 50, 51, 52, 64, 65, 66 y 67 y Ley de Conservación de la Vida Silvestre N° 7317, artículo 132. Dentro de la reglamentación vigente se encuentra el Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales (Decreto Ejecutivo N° 26042-S-MINAE) y sus reformas.

3. Desechos Domésticos

Las instituciones involucradas en el manejo de los desechos sólidos domésticos en Costa Rica son: MINSa, como institución rectora en salud ambiental, el MINAE (Ministerio del Ambiente y Energía), como institución rectora en ambiente, el IFAM (Instituto de Fomento y Asesoría Municipal) como institución asesora, las MUNICIPALIDADES como instituciones operadoras y controladoras del servicio de recolección y disposición final y empresas privadas, como operadoras del servicio de recolección y disposición final.^{10/}

El marco legal está constituido principalmente por: la Ley General de Salud N° 5395, título II, Capítulo II, artículos 278 al 284, Ley Orgánica del Ambiente N° 7554, artículos 60, 68 y 69 y Código Municipal, Ley N° 7794, artículo 74. Dentro de la Reglamentación vigente se encuentra el Reglamento sobre Manejo de Basuras (Decreto Ejecutivo N° 19049-S) y el Reglamento sobre Rellenos Sanitarios (Decreto Ejecutivo N° 27378-S).

4. Desechos no Domésticos

Desechos Peligrosos

¹⁰Por ejemplo, WPP Continental de Costa Rica, EBI Berthier S.A., EDM de Costa Rica.

El Ministerio tiene como una de sus competencias la responsabilidad del control del manejo de los desechos peligrosos (la Ley General de Salud en sus artículos 278, 279, 280, 281, y siguientes contienen el conjunto de normas que le confieren la competencia al MINSA).

Costa Rica ratificó mediante la Ley N° 7438, Convenio de Basilea Sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación publicada en La Gaceta N° 220 de 18 de noviembre de 1994.

Los compromisos adquiridos obligan al país a disponer todos los desechos peligrosos que se generen, en la medida de lo posible, en el lugar de generación, la reducción de los movimientos transfronterizos a niveles mínimos en forma consistente con el ambiente así como controlar los transportes transfronterizos bajo los términos de la presente Convención, reducción de la generación de los desechos peligrosos garantizando su manejo ambientalmente seguro.

Desechos Hospitalarios

El MINSA como ente rector para ejercer el control y vigilancia en lo relacionado al MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS, tanto en los hospitales públicos (CCSS) como sector hospitalario privado, está respaldado por la siguiente legislación:

- a. Ley General de Salud, Capítulo II
- b. Decreto N° 19049-S, Reglamento sobre el Manejo de Basuras
- c. Decreto N° 27378-S, Reglamento Rellenos Sanitarios
- d. Decreto N° 28828-S, Reglamento General de Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines.
- e. VOTO N° 8509-98 de la Sala Constitucional, cuya sentencia señala: “Se ordena al MINSA aplicar el Programa de Vigilancia Continua y permanente en todos los centros de atención médica del país, con el objeto de fiscalizar el cumplimiento de las medidas necesarias para una gestión segura de los desechos hospitalarios peligrosos”
- f. Próximo a publicarse: Reglamento sobre los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte y disposición final de los residuos bio infecciosos que se generan en establecimientos de salud y afines.

Desechos Industriales

El manejo de los desechos de origen industrial corresponde al Ministerio de Salud, en virtud del daño que muchos de estos producen a los seres humanos. La Ley General de Salud en sus artículos 239, 240, 241, 252 siguientes y concordantes regulan el transporte, almacenaje, manipulación distribución y venta de todas aquellas sustancias de carácter combustible, inflamable, corrosivo, radioactivo, irritante, comburente así como otras sustancias que declare peligrosas el Ministerio de Salud (teratogénicas, mutagénicas, neurotóxicas, carcinógenas, etc.).

Lo anterior se regula mediante la vía reglamentaria según lo disponen los artículos de la Ley de marras.

Convenio de Basilea, Convenio de Estocolmo y Convenio Bilateral USA/Costa Rica

En un mundo comercialmente más globalizado, el tema de los desechos no se puede soslayar, especialmente tratándose de los desechos producidos por países desarrollados y que son trasegados a países del Tercer Mundo.

Considerando la situación anterior, Costa Rica ratificó el *Convenio de Basilea sobre el Control Transfronterizo de los Desechos Peligrosos y su Eliminación*, mediante la Ley N° 7438, publicada en La Gaceta N° 220 del 18 de Noviembre de 1994.

Compromisos Internacionales: Los convenios de Basilea y el de Estocolmo o COP's (Compuestos Orgánicos Persistentes) son instrumentos jurídicos que al ser ratificados por Costa Rica,

comprometen al país en cuanto a su cumplimiento. Costa Rica no cumple con su cuota de membresía a sendos convenios, aun así, estas secretarías siempre toman en cuenta al país en cuanto para las diferentes reuniones que celebran.

Coordinación Interinstitucional: El hecho de que el MINSA sea el Punto Focal en Costa Rica de ambos convenios, lo obliga a coordinar con otras entidades públicas y privadas. Por ejemplo en el de COP's, el Ministerio dirige la Comisión Nacional que agrupa a entidades como el MINAE a través del Instituto Meteorológico Nacional (IMN), la Académica (a través del IRET de la UNA), la empresa privada (por medio de Tratamientos Tecnológicos D & A S.A.), el MAG y una ONG (Centro Nacional de Producción Más Limpia -CNP+L). Han participado en algunas ocasiones, los representantes de la Fiscalía Ambiental y la Contraloría Ambiental.

En el caso del Convenio de Basilea, por la naturaleza de este instrumento, si bien no se ha constituido una Comisión Nacional del mismo, sí se han tramitado gestiones relativas a solicitudes de trasiego por el territorio nacional, de sustancias o desechos peligrosos como baterías ácido-plomo, PCB (PTS) y de otras sustancias que van a ser exportadas a países europeos como Francia, Holanda o Bélgica. Sin el consentimiento del MINSA, dichas sustancias o productos no podrían pasar por nuestras fronteras.¹¹

Se debe conformar la Comisión Nacional de Basilea, con representantes de la Academia, la empresa privada, la Dirección General de Aduanas, las ONG y la sociedad civil.

Productos Obtenidos: Costa Rica ha sido beneficiada por la Secretaría del Convenio de Estocolmo, para recibir un aporte económico por US \$500.000 para levantar el NIP (National Implementation Plan) o Plan Nacional de Implementación del COP's. Dicho aporte fue logrado a través del GEF (Global Environment Facility) o Fondo Mundial Ambiental de las Naciones Unidas, permitirá realizar un estudio minucioso de la existencia de estos compuestos orgánicos persistentes y su situación real.

Por su parte, el Convenio de Basilea, con el apoyo técnico y logístico de UNCTAD, está financiando una consultoría para determinar las fuentes, plantas de reciclaje y mercadeo de baterías de automóvil que contienen ácido-plomo, como parte de un estudio regional en Centroamérica y el Caribe de este tema. Este financiamiento es por un monto de US \$ 499.000.

Puntos Críticos: No se cuenta con un presupuesto específico para manejar estos tratados.

5. Contaminación Atmosférica

Contaminación Físico-Química (fuentes fijas y móviles)

Una de las áreas de responsabilidad del MINSA según la Ley General de Salud es la vigilancia de la calidad del aire. Ha actuado principalmente a través de la DPAH por medio del control de emisiones fijas de las industrias y el monitoreo de la calidad del aire mediante estaciones de monitoreo. Además es signatario del Convenio Inter-institucional Proyecto Aire Limpio San José (ver Anexo N° D-1). Otra labor ha sido la elaboración de normativas aprobadas como Decretos Ejecutivos:

- a. Reglamento sobre Inmisión de Contaminantes Atmosféricos, Decreto N° 30221-S, publicado en la Gaceta N° 57 del 21 de marzo de 2002
- b. Reglamento sobre Emisión de Contaminantes Atmosféricos provenientes de calderas, Decreto N° 30222-S-MINAE, publicado en la Gaceta N° 60 del 26 de marzo de 2002.

Además del MINSA otras instituciones que tienen responsabilidad en este tema son el MINAE, MOPT, Universidades Estatales y otras entidades que se nombran en el Anexo D-1.

Contaminación Sónica

¹¹Este fue el caso de la solicitud enviada desde Colombia a Costa Rica por parte de TREDI COLOMBIA Ltda., para pedir autorización de exportar a Francia bifenilos policlorados.

El MINSA se encarga de controlar el nivel de ruido generado por fuentes emisoras que puedan afectar a terceras personas. El control comprende la revisión de planes de confinamiento del ruido, y mediciones sónicas en lugares donde se perciben molestias que puedan afectar la sociedad civil y se da atención a denuncias interpuestas por la población.

- a. Ley General de Salud, N° 5395, artículos: 1, 2, 262,263, 293, 294, 295.
- b. Reglamento sobre Higiene Industrial, Decreto Ejecutivo N° 11492-SPPS del 22 de abril de 1980.
- c. Reglamento para el Control de Ruido y Vibraciones, Decreto Ejecutivo N° 10541-TSS del 14 de setiembre de 1979.
- d. Reglamento de Edificaciones y Construcciones, publicado en La Gaceta N° 56, Alcance N° 17 del 22 de marzo de 1983.
- e. Ley Orgánica del Ambiente, artículos: 59 y 60.

Contaminación por Olores

El MINSA se encarga de dar atención a denuncias interpuestas por la población por malos olores generados por las industrias en general, según lo establece la Ley General de Salud, N° 5395, en los artículos: 1, 2, 262,263, 293, 294, 295.

6. Salud Ocupacional

El ambiente en el cual se desarrolla el trabajo está constituido por gran diversidad de elementos que actúan sobre el ser humano causando deterioro en su salud. Proteger la vida y la salud en el trabajo le corresponde al sector salud, cuyo fundamento legal está establecido desde la Constitución Política en su artículo 66. De tal principio se desprenden una serie de leyes y reglamentos, cuyo cumplimiento debe ser garantizado por las instituciones del sector salud. Estas son la Ley de Riesgos del Trabajo, la Ley General de Salud sus artículos 2, 18, 37, 39, del 302 al 305, el Reglamento sobre Higiene Industrial, el Reglamento General de Seguridad e Higiene del Trabajo, entre varias reglamentaciones relacionadas con la salud ocupacional.

Las regulaciones en esta materia son establecidas por parte del MINSA o en forma concertada mediante el Consejo de Salud Ocupacional, y es la inspección del MINSA con la del MTSS las que deben verificar el cumplimiento de los reglamentos. El MTSS colabora en esa labor mediante sus inspecciones.

El INS promueve el cumplimiento de la reglamentación existente mediante el modelo de gestión preventiva de los riesgos del trabajo que impulsa desde los últimos 3 años. El cumplimiento de las medidas preventivas, de mitigación y recuperación para emergencias tecnológicas y naturales es parte del componente de regulación en materia de salud ocupacional, que trasciende hacia la población que vive alrededor de los lugares de trabajo. La fiscalización de los actores sociales se canaliza por medio de la representación del sector empresarial y el sindical en el Consejo de Salud Ocupacional, así como por medio de las Comisiones de Salud Ocupacional. Sin embargo, no resultan espacios suficientes por cuanto puedan existir otros canales de participación que garanticen una representación más amplia para fortalecer la fiscalización.

7. Sustancias Peligrosas

Sustancias Peligrosas y agroquímicos

De acuerdo con la Ley General de Salud, artículos 239, 240, 241, 244, 252 siguientes y concordantes, debe protegerse la salud de las personas de cualquier riesgo o daño que pueda producir cualquier sustancia o producto peligroso, declarado así por el Ministerio. Para tal fin, el Ministerio ejecuta los controles de importación, fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, distribución y suministro de las sustancias químicas peligrosas, a través de la Dirección de Registros y Controles (DRC), por medio del registro y control, y de la Dirección de Protección al Ambiente Humano (DPAH) y de las Áreas Locales, por medio de los permisos de funcionamiento y el control de los establecimientos.

Por otra parte, en el primer semestre del 2002, nuestro país suscribió el Convenio de Estocolmo sobre Compuestos Orgánicos Persistentes (COP). Resta su ratificación por parte de la Asamblea Legislativa.

El registro de plaguicidas de uso agrícola es responsabilidad del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), el cual debe efectuar consulta al MS, con respecto a los aspectos de toxicología humana y ambiental, siendo vinculante la respuesta a esta consulta. Tomando en cuenta esta situación, el control de estos productos y de los establecimientos que los manipulan debe efectuarse en estrecha colaboración entre las instituciones mencionadas.

Para el transporte, la responsabilidad recae sobre el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, pero el Ministerio de Salud apoya en algunos de sus trámites. En el caso de productos que agotan la capa de ozono, La cámara Gubernamental de la Capa de Ozono, controla y regula sus importaciones, previo registro ante el Ministerio de Salud. Los explosivos se controlan en conjunto con el Ministerio de Seguridad Pública.

El registro, permisos de funcionamiento y control de productos y sustancias químicas peligrosas tiene como base legal a la Ley General de Salud y otras leyes y reglamentos descritos en el Anexo F-1.

Emergencias Tecnológicas

Compete al Ministerio de Salud mediante los diferentes reglamentos, órdenes generales y particulares, ordinarias y de emergencia la protección de la salud de las personas y el ambiente humano.

La Ley General de Salud dicta el marco jurídico a través de los artículos 4, 37, 369 para que mediante acciones preventivas y correctivas no se generen eventos que puedan afectar la salud de las personas.

8. Fauna Nociva

El MINSA se encarga de dar atención a denuncias interpuestas por la población por fauna nociva en general, según lo establece la Ley General de Salud, N° 5395 y la Ley de Bienestar Animal, N° 7451. Además se cuenta con un convenio de cooperación con el Colegio de Médicos Veterinarios.

9. Inocuidad de Alimentos

El sistema de control de alimentos tiene una base legal que la Ley General de Salud con sus reglamentos y los Decretos Ejecutivos, así como cuerpos institucionales encargados de darle cumplimiento. El MINSA cuenta con una Dirección de Controles y Registros encargada de otorgar permisos de operación y venta de productos alimentarios industriales. No existe un control sobre el expendio de productos frescos a nivel del mercado nacional.

Siempre dentro del sector alimentario, otras instituciones ejercen control sobre actividades específicas: por ejemplo la Dirección de Salud Animal del Ministerio de Agricultura y Ganadería, ejerce un control veterinario sobre los establecimientos que requieren autorización de funcionamiento, dedicados al sacrificio e industrialización de animales, entre otras actividades.

10. Aspectos Físico-Sanitarios en Edificaciones

La Ley Orgánica del MINSA, Ley N° 5412 del 8 de noviembre de 1973, indica una serie de deberes claramente establecidas en el Título III, capítulos IV, V, VI y VII, referente a los aspectos físico sanitarios de las edificaciones. Además existen una serie de Decretos y Reglamentos que complementan la mencionada Ley, como por ejemplo el Decreto N° 27967-MP-MIVAH-MEIC-S referente al Reglamento para el Trámite de Visado de Planos para la Construcción y el Reglamento de Construcciones.

El MINSA asume la Rectoría con respecto al Sistema Nacional de Salud, el cual se extienden a todas las personas, entidades o grupos de los sectores públicos y privados cuyas acciones afectan directa o indirectamente la producción social de la salud. Como parte de dicha Rectoría se ha procedido a una reestructuración en los últimos años a una serie de áreas estratégicas dentro de las cuales se ubica la Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano.

11. Radiaciones

La Unidad de Protección Radiológica, es un ente especializado en el accionar de la protección contra los efectos dañinos inherentes al uso de las radiaciones ionizantes, en las aplicaciones pacíficas. Se realizan acciones en el campo de radiaciones no ionizantes, como los campos electromagnéticos en la telefonía celular, líneas de transmisión de alto voltaje, etc. Para una mejor conceptualización de la Unidad de Protección Radiológica, en el anexo J-1 se adjuntan la misión y visión de la misma.

Existe un amplio marco legal que sustenta el quehacer rector del MINSA, el cual se presenta con más detalle en el Anexo J-2.

D. Políticas, Planes y Metas

1. Agua Potable y Saneamiento

El sector no cuenta con políticas, estrategias y programas para su desarrollo que consideren el alcance de metas de cobertura de los servicios, de potabilidad del agua, de tarifas que le permitan financiar y recuperar las inversiones, y de mejoramiento de la gestión financiera, comercial y operativa de los sistemas (reducción del agua no contabilizada entre otros). Se identifican acciones para el SAPS en el Plan Nacional de Desarrollo Humano 1998-2002 y en el Plan Nacional de Salud 1999-2004, en ambos casos, las acciones corresponden a listados de algunas obras y actividades, y no a planes integrales y sostenibles para el desarrollo del sector.

La inversión en el SAPS aunque ha venido incrementándose en los últimos tres años del 0,5 al 0,7 del PIB, no es significativa en las finanzas del Estado en comparación con otros sectores como Salud, Educación, Asistencia Social, Economía y Energía.

En la década del 80 el sector de agua potable y saneamiento invirtió un promedio anual de US\$15 millones por año; en la década del 90 se incrementó a US\$20 millones. En la próxima década se requerirá la inversión anual de US\$100 millones para ponerse al día, una meta imposible de alcanzar, y lo que más preocupa es que ningún operador tiene consolidado financiamiento para sus inversiones inmediatas, por lo que se corre el riesgo de que los sistemas se deterioren aún más y afecten seriamente los servicios.

Metas de Cobertura

La meta es que en un período de 20 años, la cobertura con agua, en el área urbana, se mantenga en el 98.5%, previéndose un importante aumento en la cobertura con alcantarillado sanitario de un 34% actual a 89% en el 2020, sustituyendo los tanques sépticos actualmente utilizados. En el área rural, se pasará de un 75.4% de la actual cobertura con agua a 90% en el 2020, mientras que la cobertura de saneamiento se mantendrá en un alto nivel, con un valor de 98% en el año 2020.

Partiendo de las inversiones que contempla el plan 2001-2020, por valor de US\$1,595 millones, se estimaron las fuentes o recursos que pueden financiarlo, en dos escenarios: sin reforma, es decir manteniendo el mismo esquema con que se viene manejando hoy en día el sector, y con reforma, o sea, siguiendo las políticas y estrategias que fueran presentadas en el Análisis Sectorial.

Como fuentes de fondos se han previsto: el flujo de caja neto, es decir los dineros que quedan después de descontar los costos de los servicios; los recursos de la concesión del Alcantarillado Metropolitano, que serían aportados por la iniciativa privada y los fondos que asigna el gobierno para desarrollos rurales. El resultado de usos y fuente revela que si se implementa la reforma el déficit sería de US\$ 695, pero si no se efectúa el proceso de transformación éste se incrementaría US\$ 1.013 millones, cifra que refleja una diferencia neta de US \$ 318 millones entre la opción de implementar o no la reforma.

Con el propósito de permitir la implementación inmediata de las propuestas presentadas, en el Análisis Sectorial de APS se ha preparado un Plan de Acción preliminar para la implementación del proceso de reforma y modernización del sector. Los programas de modernización que se señalan están contemplados en un cronograma de actividades que se realizarían dentro de un primer periodo de cuatro años, al cabo del cual el sector contaría con una nueva estructura organizacional, se dispondría de una planificación integral de los sistemas y de una situación mejorada de operación y gestión, que determinaría condiciones técnicas y financieras apropiadas para emprender programas mayores de inversión en rehabilitación y ampliación de los acueductos y sistemas de saneamiento.

2. Contaminación de Cuerpos de Agua

Se desarrolla el Programa de Control de la Contaminación del Agua elaborado en el año 1982, dentro del Programa Nacional de Saneamiento Ambiental (PRONASA) del MINSA.

En el año 1992 dentro del Programa de Ordenamiento Ambiental del Area Metropolitana de San José (PROGAM) realizado con fondos del BID uno de los componentes analizados lo constituyó el Control de la Contaminación de Cuerpos de Agua.

3. Desechos Domésticos

La planificación más seria que se ha hecho en el campo del manejo de los desechos sólidos fue el Plan Nacional de Manejo de Desechos en el año 1988, en cooperación con la Agencia de Cooperación Alemana GTZ. Dicho Plan fue oficializado por el Gobierno de la República en el año 1992. Se cuenta también con el proyecto de Ciudades Limpias.

4. Desechos no Domésticos

Desechos Peligrosos

El crecimiento de la población y diversidad de establecimientos industriales requiere de una política fuerte en lo que se refiere al manejo de desechos de tal manera que estos se dispongan en el lugar (área) de generación, y la necesidad de separación de basuras.

Se requiere determinar los agresores del ambiente humano y a la vez acusarlos ante el Ministerio Público.

Meta: determinar mediante un inventario las cantidades de desechos peligrosos que generan las industrias de alto riesgo.

Desechos Hospitalarios

La generación de desechos bioinfecciosos es inevitable en un centro de atención de salud. Se requiere por ello definir y aplicar procedimientos adecuados de manejo y supervisión que garanticen la inocuidad de los mismos para proteger la salud de clientes y usuarios de los servicios de salud.

El MINSA amparado en la legislación vigente, supervisa que las acciones de manejo, transporte y disposición final de los desechos hospitalarios se realicen de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos. Para estos propósitos se cuenta con el programa de rectoría denominado: “Vigilancia Continua y Permanente en Hospitales” adecuadamente estructurado para brindar la cobertura necesaria en todo el país, garantizando la supervisión y control del manejo interno y externo de los desechos bioinfecciosos generados en los centros de atención de salud.

La ejecución del programa Vigilancia Continua y Permanente en Hospitales se localiza en la DPAH y ya se presentó El Plan Anual Operativo (PAO) para el año 2003, que pretende brindar una cobertura de control del 100% en hospitales públicos y privados.

Desechos Industriales

El control preventivo es una de las acciones más importantes en lo que respecta al manejo de desechos industriales y se inicia desde la ubicación geográfica de las industrias, hasta su clasificación por índice de peligrosidad según lo dispone la legislación internacional incorporada a nuestra legislación mediante la vía reglamentaria.

Política: Las industrias clasificadas en cualquiera de los niveles de peligrosidad de la escala de las Naciones Unidas, deberán presentar para su aprobación las normas de seguridad que apliquen, los puntos críticos de control de riesgo, y los reportes operacionales fijados de acuerdo al nivel de riesgo que representen.

Plan: Determinar cuales son las industrias que presentan mayor riesgo con el propósito de verificar el cumplimiento con las normas aprobadas y verificación de los planes operativos.

Este plan requiere de un diagnóstico según las estadísticas de organismos especializados.

Metas: Lograr controlar el 85% de las industrias de alto riesgo mediante la verificación del cumplimiento con las normas de seguridad y planes operativos.

5. Contaminación Atmosférica

Contaminación Físico-Química (fuentes fijas y móviles)

El MINSA integró a diferentes instituciones que realizan mediciones sobre la calidad del aire como: la Universidad Nacional (UNA), a través del Laboratorio de Química de la Atmósfera (LAQAT), el Programa de Estudios de la Calidad del Aire (PECAire) y la Universidad de Costa Rica (UCR) a través del Centro de Investigación en Contaminación Ambiental (CICA), completándose así una red de 7 estaciones que estarán en operación a más tardar el 15 de octubre de 2002. También se cuenta con un borrador de la política Nacional de Calidad del Aire.

Contaminación Sónica

Esta en proceso de aprobación el Reglamento sobre Procedimientos de Medición de Ruido, se está trabajando en una propuesta para el Reglamento de Funcionamiento de Karaoke (además de ruido, contemplará condiciones físico sanitarias y aspectos de salud ocupacional).

Regulación y Fiscalización: El MINSA ejercerá rectoría a las diferentes Áreas Regionales promoviendo la capacitación, equipos y mantenimiento de los mismos, asesorías y aplicación de guías y procedimientos.

6. Salud Ocupacional

Actualmente existe un plan nacional de salud para el período 1999 al 2004 en cual se establece la necesidad de aplicación y revisión de las normas y procedimientos que regulan las sustancias tóxicas, la promoción de las normas de gestión preventiva de riesgos de trabajo y la normalización del sistema de gestión preventiva, desarrollo de programas de prevención, mitigación y prevención de desastres naturales y emergencias tecnológicas, programas de capacitación comunitaria sobre desastres, elaboración de planes de emergencias con participación comunitaria. La política elaborada para el período 1998-2002 contempla el control de los riesgos de enfermar o morir por factores sanitarios relacionados con la contaminación, inseguridad y peligros de medio ambiente y la prevención, mitigación y respuesta a las necesidades de la población en situaciones de desastres, como los planteamientos más relacionados con el campo de la salud ocupacional. Existe un Plan Nacional de salud Ocupacional.

7. Sustancias Peligrosas (incluye Agroquímicos)

Se han generado los programas e instrumentos necesarios para la vigilancia y el control, a través de la DVS, DRC y la DPAH se han puesto en marcha, obteniéndose resultados positivos en beneficio de la salud de la población. Por medio de capacitaciones en algunas de las regiones se ha preparado a las autoridades de salud para la efectividad del control y continuar con la meta del Ministerio de descentralizar las actividades y fungir como ente rector.

En el área de protección al ambiente se han elaborado una serie de reglamentos e instrumentos para orientar y apoyar las acciones de control. De igual manera se están impartiendo capacitaciones hacia las autoridades responsables en la actualidad de ese control y se participa en varios órganos de coordinación a los que acuden los diferentes actores involucrados.

Como meta se ha fijado la continuidad de las capacitaciones, el estudio técnico de diversas sustancias o productos para promover restricción / prohibición / sustitución de su uso y la promulgación por diversos medios de comunicación, folletos, afiches y otros, de las normativas existentes y de la adecuada manipulación de los productos químicos peligrosos. Además, revisar o elaborar la reglamentación y los procedimientos para el Control que aún son necesarios.

Situación Financiera: El registro de estos productos no genera entradas a la institución por lo que, el control y el otorgamiento de permisos de funcionamiento se realizan con los recursos propios del Ministerio, sufriendo las limitaciones y recortes propios de la institución.

Vulnerabilidad de la Infraestructura: La mayor vulnerabilidad que presenta la protección del riesgo o daño a la salud de las personas, por la “manipulación” de productos químicos es el recurso humano y económico para un efectivo control y seguimiento y evaluación, para promover la sustitución, para la información de riesgos y otros.

8. Fauna Nociva

Con excepción de algunos insectos vectores, actualmente el MINSA no dispone de lineamientos para el abordaje de la fauna nociva.

9. Inocuidad de Alimentos

La definición de políticas nacionales relacionadas con la salud en general y con los alimentos en particular le corresponde al Poder Ejecutivo a través del MINSA. Es el Ministro quien tiene la responsabilidad de la organización y formulación de políticas, para lo cual podrá dictar reglamentos y las disposiciones pertinentes.

La inocuidad de los alimentos que consume la población diariamente es garantía de salud y bienestar. Los riesgos a la salud asociados a los alimentos pueden ser químicos (plaguicidas, metales pesados, toxinas), microbiológicos (bacterias, virus, protozoarios), físicos (trozos de metal, madera, plástico, entre otros). Estos riesgos pueden contaminar un alimento en cualquier etapa de la cadena alimenticia.

Por lo tanto, es necesario desarrollar sistemas de prevención, control y verificación de seguridad de consumo de alimentos como un derecho de adquirir alimentos seguros

La disponibilidad de alimentos en Costa Rica es muy buena, tanto en variedad como en cantidad para cubrir la demanda nacional y producir para exportación, sin embargo los costos de producción de algunos de esos bienes es alto y se presentan amenazas, especialmente en la economía de libre mercado imperante en Costa Rica” (Sáenz: 2001)

La distribución de alimentos se hace a través de redes comerciales complicadas, pero los consumidores pueden disponer de ellos en: tiendas pequeñas, almacenes de alimentos, supermercados, ferias del agricultor, mercados, establecimientos alimenticios (sodas, restaurantes, otros).

Demanda y Cobertura: La industria alimentaria ocupa un lugar importante en la economía nacional, generando empleo y proporcionándole dinamismo las exportaciones y por lo tanto a la economía nacional. Por otro lado las importaciones alimentarias corresponden principalmente a materias primas y a productos enlatados y empacados.

El sector agroalimentario es uno de los más importantes para el mercado nacional pero los malos manejos que se le dan a los alimentos a lo largo de la cadena ponen en riesgo su calidad, lo que los hacen inapropiados para el consumo humano y para la exportación.

La industria alimentaria se encuentra en expansión en el país, aunque el mayor número de ellas corresponden a actividades de micro y pequeña industria.

Vulnerabilidad de la Infraestructura: A pesar de que en nuestro país existe un marco legal adecuado en materia de inocuidad de alimentos, la infraestructura requerida, así como el recurso humano preparado, es insuficiente, tanto para hacer cumplir la ley como para manejar en condiciones de inocuidad los alimentos en un 100%.

En el país hay disponibilidad de alimentos, aunque hay una marcada diferenciación entre zonas urbanas y rurales. En las zonas urbanas existe un mayor poder adquisitivo de alimentos y una mayor variedad, mientras que en las zonas rurales esta disponibilidad es muy limitada.

Algunas actividades para el mercado nacional se realizan en infraestructuras inadecuadas como son las plantas de sacrificio de animales bobinos, porcinos y avícolas, creando un ambiente adecuado para la transmisión de enfermedades. El mercado de exportación está protegido ya que deben someterse a regulaciones tanto nacionales como internacionales.

En el país hay industrias y establecimientos donde se procesan, almacenan y expenden alimentos de mucha antigüedad no reuniendo las condiciones requeridas.

10. Radiaciones

Políticas:

a. Garantizar servicios de calidad para los pacientes diagnosticados o tratados con equipos o fuentes emisoras de radiaciones ionizantes en la Caja Costarricense del Seguro Social e instalaciones privadas.

b. Garantizar que la salud de los trabajadores y público no se deteriore por el uso de equipos o fuentes emisoras de radiaciones ionizantes en las aplicaciones médicas, industriales y de investigación.

- c. Garantizar que el empleo de radiaciones ionizantes con fines pacíficos en el país no sea causa de deterioro del Medio Ambiente.
- d. Establecer los lineamientos necesarios en las aplicaciones de radiaciones no ionizantes como telefonía celular, campos electromagnéticos, láser, de modo que no constituyan deterioro de la salud de la población ni deterioro del medio ambiente.
- e. Establecer los lineamientos necesarios para la gestión segura de los desechos radiactivos existentes en industrias, hospitales y universidades.
- f. Establecer los lineamientos requeridos para establecer un Plan Nacional de atención de Emergencias Radiológicas.

Planes:

- a. Ejercer la rectoría del Ministerio para que la Caja Costarricense del Seguro Social, replantee el actual Departamento de Control de Calidad y Radioprotección para que ejecute acciones operativas de control interno de sus equipos y fuentes.
- b. Coordinar con los generadores de desechos radiactivos para el establecimiento de una disposición final y única de los desechos radiactivos siguiendo las recomendaciones internacionales.
- c. Coordinar con la Comisión Nacional de Emergencias y los entes internos del Ministerio para la elaboración de un Plan Nacional de Atención de Emergencias Radiológicas.
- d. Coordinar con otras Direcciones del Ministerio en los aspectos de habilitación de centros de atención médica y odontológica así como en los registros de medicamentos radiactivos.

Metas:

- a. Aprobar toda importación y posterior desalmacenaje de fuentes o equipos emisores de radiaciones ionizantes.
- b. Autorizar a todo trabajador ocupacionalmente expuesto a laborar con radiaciones ionizantes.
- c. Autorizar toda construcción que albergue equipos o fuentes emisoras de radiaciones ionizantes.
- d. Autorizar mediante Permiso Sanitario de Funcionamiento toda instalación previo cumplimiento de los requisitos establecidos para utilizar equipos o fuentes emisoras de radiaciones ionizantes.
- e. Autorizar la gestión definitiva o temporal de desechos radiactivos.
- f. Vigilar, inspeccionar y controlar el 100% de las instalaciones de mayor riesgo en medicina e industria.
- h. Mantener actualizados los registros de usuarios de radiaciones, importación de equipos y fuentes y gestión de desechos radiactivos.
- i. Realizar auditorías a hospitales, clínicas e industrias que cuentan Permiso Sanitario de Funcionamiento para verificar el cumplimiento de la legislación y reglamentación vigente.
- j. Actualizar del marco legal vigente y creación de reglamentos específicos.
- k. Vigilar y controlar los límites de campos electromagnéticos en cumplimiento de votos de la Sala Constitucional y de la reglamentación vigente.

E. Gestión de Servicios

1. Agua Potable y Saneamiento

La red de servicio de suministro de agua alcanza los 2.033 acueductos^{12/}. De estos 171 son administrados y operados por AyA, 235 por municipalidades, 1.620 por Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS) y Comités de Acueductos Rurales (CAAR's) y 7 por las Empresas de Servicios Públicos de Heredia (ESPH).

La red de servicio de alcantarillado sanitario en el país cubre 11 sistemas. De estos, el AyA atiende 8 sistemas y 3 de estos son cubiertos por municipalidades. Solo se realiza el tratamiento de las aguas residuales en solo 6 de estas ciudades.

A nivel urbano, la cobertura con agua es alta, del 98.5% de la población total y con alcantarillado sanitario es solo del 34%. A nivel rural la cobertura con agua potable es de 75.4% y con servicios de saneamiento (tanque séptico o letrina) del 97%, datos que indican altas coberturas de estos servicios. Solo 4% de las aguas residuales recolectadas reciben tratamiento^{13/}.

Al AyA le corresponde atender aproximadamente al 50% de la población del país (39,7% urbana y 11,6% rural), mientras que el otro 50% es atendido por las Municipalidades, la Empresa de Servicios Públicos de Heredia S. A (ESPH S.A.), Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS), Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAARS) y operadores privados.

2. Contaminación de Cuerpos de Agua

a. Las labores de vigilancia de la contaminación de cuerpos de agua las realiza el MINSA, para lo cual se basa en lo establecido en la Ley General de Salud principalmente en lo que corresponde al otorgamiento de los Permisos de Ubicación, Construcción y Funcionamiento de actividades generadoras de contaminación y en el control de los vertidos de las fuentes generadoras. El Ministerio tiene problemas para la atención de la demanda provocados por la escasez de recursos humanos y materiales. En 1998 el MINSA realizó una reestructuración de la institución con el fin de trasladar funciones y competencias a los niveles regionales y locales e incrementar la atención de este tipo de demanda.

b. El AyA constituye la principal fuente generadora de contaminación de cuerpos de agua por descargas de aguas negras sin tratamiento. En los últimos años esta institución ha contratado estudios para el diseño y construcción de un sistema de tratamiento de aguas negras para el Area Metropolitana, contando ya con el terreno necesario para la construcción del sistema de tratamiento. También ha participado en la comisión elaboradora de normas de vertido y recibe y revisa Reportes Operacionales de entes generadores que vierten en las redes de alcantarillado sanitario que administra ese instituto.

c. Las municipalidades a cargo de las redes de alcantarillado sanitario se han limitado al mantenimiento de las redes existentes sin que hayan planeado nuevas obras de tratamiento ni de ampliación de redes en los últimos 10 años.

d. El sector industrial y agroindustrial ha hecho inversiones considerables en los últimos 10 años enfocadas principalmente a la construcción de sistemas de tratamiento, a través de la suscripción de convenios con el MINSA y atendiendo las exigencias establecidas en la Ley General de Salud.

3. Desechos Domésticos

a. *Almacenamiento y Separación intradomiciliarias:* se ha iniciado un proceso de separación de desechos (selección, clasificación y reciclaje) en algunos distritos del país.

¹² Informe del Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica, Julio del 2002.

¹³ Informe del Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica, Julio del 2002.

b. *Recolección:* existen deficiencias en las frecuencias de recolección de los desechos (frecuencias de una vez por semana) producidas especialmente por la escasez de vehículos recolectores (compactadores o no) especialmente en las zonas rurales del país.

c. *Tratamiento y disposición final:* Constituye el principal problema del manejo de los desechos sólidos domésticos en Costa Rica. Se han implementado algunos Rellenos Sanitarios Regionales pero una cantidad importante de los desechos todavía continúa disponiéndose en botaderos a cielo abierto.

Situación Financiera: Cada Municipio lleva un registro individual de los costos del servicio y del número de usuarios con que cuentan, así como de los ingresos recibidos y del porcentaje de morosidad con que cuentan. En la mayoría de los municipios existen tarifas que no cubren los costos de los servicios, además de un porcentaje alto de morosidad por parte de los usuarios de los servicios domiciliarios; existiendo el problema de que al tratarse de un servicio público con implicaciones sanitarias no es conveniente la suspensión de los servicios. Por tal motivo las municipalidades recurren a otros recursos para mantener el servicio de manejo de desechos sólidos.

Estado y Vulnerabilidad:

a. La recolección de los desechos se efectúa en vehículos recolectores próximos al cumplimiento de su vida útil, especialmente en los cantones situados en las zonas rurales del país, por lo cual se requiere presupuestar la renovación y compra de nuevos equipos preferentemente compactadores.

b. Con excepción de los Rellenos Sanitarios Regionales (Río Azul administrado por la WPP, Los Mangos y el de la EBI en la Carpio) la mayoría de los rellenos sanitarios y botaderos a cielo abierto carecen del equipo mínimo necesario para el esparcimiento, compactación y cubrimiento de los desechos. El Anexo B1 detalla la situación actual de la disposición final de los desechos en el país.

4. Desechos no Domésticos

Desechos Hospitalarios

Le corresponde al MINSA la rectoría en el sector hospitalario de la CCSS y centros de atención médica privados. La coordinación con la Dirección de Servicios de Salud, que se encarga de otorgar la habilitación a los establecimientos de Salud, de acuerdo con el Reglamento (Decreto Ejecutivo N° 28882-S), para lo cual requieren una constancia emitida por la DPAH previa a la habilitación (trámite interno), demostrando el cumplimiento con las regulaciones fisicosanitarias establecidas en los citados reglamentos.

Situación Financiera de los Operadores: El sector hospitalario público se rige por los presupuestos que elaboran anualmente para cubrir las diversas necesidades, avalado por la Contraloría General de la República. La CCSS con las políticas de control y seguimiento del MINSA ha procedido a suministrar en algunos hospitales y clínicas los insumos necesarios exigidos para el adecuado manejo de los desechos bioinfecciosos y punzocortantes. Quedan aspectos por cubrir sobre todo cuando se publique el reglamento específico para el manejo de desechos hospitalarios. Se ha exigido el uso de autoclaves para la esterilización de todos los desechos que salen del hospital. Con los centros de atención de salud privados, el Ministerio está exigiendo la pronta implementación de todos los insumos y procedimientos establecidos en la legislación vigente.

Vulnerabilidad de la Infraestructura: Es frágil, se requiere capacitación del personal en los diversos hospitales y clínicas para que apliquen los procedimientos adecuados de control y manejo en materia de desechos hospitalarios. Además, depende de la aprobación de los presupuestos específicos para la actividad. El sector privado cuenta con recursos económicos suficientes para acatar de inmediato las recomendaciones del MINSA.

5. Salud Ocupacional

Fundamentalmente estos son los de prestaciones médicas que brinda el INS y la CCSS, las asesorías del INS para implementar el sistema de gestión preventiva, los servicios educativos y de divulgación que se dan por medio de las universidades que forman profesionales y técnicos en salud ocupacional, por ejemplo, del Instituto Tecnológico de Costa Rica, del Colegio Universitario de Alajuela, del INA, los aportes del MEP, así como los materiales educativos del Consejo de Salud Ocupacional, del MINSA y de la CCSS. Las dificultades mayores se encuentran en la alta demanda hacia los servicios médicos del INS y de la CCSS por accidentes y enfermedades laborales, y los servicios de rehabilitación que implica una vez cerrada la atención por el INS, la atención de las secuelas por parte de la CCSS. El impacto del material educativo y divulgativo que hacen diferentes instituciones se desconoce, así como cuanto ha contribuido la formación en salud ocupacional en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, o bien, en la promoción, prevención, mitigación y recuperación debida a emergencias tecnológicas y desastres naturales.

Vulnerabilidad de la Infraestructura: Los servicios de rehabilitación tanto del INS como de la CCSS están saturados y centralizados geográficamente, por lo que se requiere mejorar su capacidad. El MINSA debe mejorar sustancialmente la infraestructura y equipamiento de sus Áreas Rectoras, fortaleciendo las comisiones y departamentos de salud ocupacional en los establecimientos de mayor riesgo, procurando que estos cuenten con planes y programas, cuya ejecución debe tener seguimiento y evaluación por parte del Área Rectora. El primer nivel de atención de la CCSS donde las acciones de promoción y prevención son primordiales debe ampliarse con la construcción de establecimientos para los EBAIS.

6. Radiaciones

Los servicios son prestados en el área médica en un 90 % por la Caja Costarricense del Seguro Social y el restante 10% por entidades privadas. En las aplicaciones industriales se tiene un registro de 43 empresas usuarias de equipos de rayos X y materiales radiactivos. En investigación se tienen 3 universidades estatales y 2 centros de investigación médica.

Estado y Vulnerabilidad de las estructuras: La estructura del país para atender la problemática es muy vulnerable, tanto por el escaso personal capacitado como por los presupuestos asignados. A esta situación se debe agregar que el marco legal vigente (Ley General de Salud) no se ha actualizado por lo que se presentan vacíos legales sumamente riesgosos, amén de las sanciones obsoletas para quien incumpla la ley. En caso de emergencias radiológicas la capacidad actual de acción y mitigación es muy reducida como consecuencia de lo antes expuesto.

F. BIBLIOGRAFÍA

- Convenio Interinstitucional Proyecto Aire Limpio San José. MOPT/GTZ, setiembre 2000.
- Sáenz M., Diagnóstico General sobre la Situación de Inocuidad de Alimentos en Costa Rica, 2001.
- Proyecto Aire Limpio San José, Info – CD. Proyecto MOPT/GTZ

G. ANEXOS

ANEXO C-1

RECOLECCIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE DESECHOS MUNICIPALES COSTA RICA				
INSTITUTO DE FOMENTO Y ASESORÍA MUNICIPAL – IFAM Manejo Integral de Desechos Sólidos – MIDS –				Actualizado al 5 de julio del 2002 Ing. Abel Vargas Salazar
PROVINCIA	PROVINCIA	MUNICIPALIDAD	RECOLECCIÓN	Disposición Final Situación Actual
José	San	Acosta Alajuelita Aserrí Coronado Curridabat Desamparado	Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal	Botadero a cielo abierto, diseño de planos y compra de terreno Lleva a Río Azul. Lleva a Río Azul. Lleva a Río Azul. Lleva a Río Azul.
	s	Dota Escazú Goicoechea León Cortés Montes de	Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal	Lleva a Río Azul. Botadero a cielo abierto. Lleva a Río Azul. Busca construir relleno regional
	Oca	Mora Moravia Pérez Zeledón Puriscal San José Santa Ana Tarrazú Tibás Turrubares	Municipal Municipalida Municipalida Municip. WPP-EBI Municipalida Municipal Municipal No hay servicio	Lleva a Río Azul. Busca construir relleno regional Botadero a cielo abierto. Río Azul. Busca Río Azul. Busca construir relleno regional. Río Azul. Busca construir relleno regional Vertedero semi- controlado. Compró nueva finca, en estudios W.P.P. Los Mangos. Busca solución cantonal Río Azul y W.P.P. Construye en La Carpio. W.P.P. Los Mangos. Busca construir relleno regional. Relleno Semi Controlado con mejorías. Río Azul. Busca construir relleno regional La municipalidad no da el servicio.
a	Alajuel	Alajuela Alfaro Ruiz Atenas	Particular Municipal Municipal	WPP Relleno controlado propio. Busca compra de finca

		<p>Grecia Guatuso Los Chiles Naranjo Orotina Palmares Peñas Blancas</p> <p>C.D.</p> <p>Poás San Carlos San Mateo San Ramón Upala Valverde</p> <p>Vega</p>	<p>WPP Municipal Municipal Municipal Municipal WPP</p> <p>Municipal Municipal Municipal Municipal</p>	<p>aledaña. WPP WPP, busca construir relleno propio Botadero sin control, Relleno Sanitario Manual Botadero, busca relleno regional, compró el terreno. Botadero a cielo abierto, busca soluciones. WPP. No se da el servicio de recolección. WPP. Relleno semi- controlado propio. Lleva a Orotina. Relleno Sanitario Mecanizado desde agosto-00. Botadero a cielo abierto. WPP</p>
o	Cartag	<p>Alvarado Cartago Cervantes</p> <p>C.D.</p> <p>El Guarco La Unión Jiménez Oreamuno Paraíso Tucurrique</p> <p>C.D.</p> <p>Turrialba</p>	<p>Particular Municipal Municipalida</p> <p>d</p> <p>Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal y particulares</p>	<p>Relleno sanitario manual. Vertedero semi- controlado. Relleno sanitario manual. Lleva los desechos a Cartago. Río Azul. Botadero a cielo abierto Vertedero rehabilitado. Lleva a Cartago. Botadero a cielo abierto. Relleno sanitario con problemas.</p>
a	Heredi	<p>Barva Belén Flores Heredia San Isidro San Pablo San Rafael Santa Bárbara Santo Domingo Sarapiquí</p>	<p>Municipalida</p> <p>d</p> <p>Municipalida</p> <p>d</p> <p>WPP Municipal Municipal Municipalida</p> <p>d</p> <p>Municipalida</p> <p>d</p> <p>Municipal</p>	<p>WPP. WPP. WPP. WPP. Lleva a San Pablo. Vertedero en proceso de mejoras, préstamo de IFAM WPP WPP. Vertedero en proceso de mejoras, préstamo de IFAM Relleno Sanitario Manual en problemas</p>

<p>Guana caste</p>	<p>Abangares Bagaces Cañas Carrillo Colorado C.D.: Hojancha La Cruz Liberia Nandayure Nicoya Santa Cruz Tilarán</p>	<p>Municipal Municipal Municipal Munic.y partic. Municipal Centro Agríc Cantonal Municipal Municipal Municipalida d Municipal Municipal Municipal</p>	<p>Lleva a Puntarenas, en proceso de compra de terreno. Vertedero a cielo abierto. Vertedero a cielo abierto carretera a Upala. Relleno con probl. de oper., en proceso de contrat particul. Botadero a cielo abierto. Relleno a cargo del Centro Agrícola Cantonal. Botadero sin control. Nuevo proyec en construcción Relleno sanitario municipal con problemas de operación Relleno semi controlado agotado con el Centro Agrícola. Se busca terreno Botadero sin control. Botadero semi controlado. Botadero sin control.</p>
<p>Puntar enas</p>	<p>Aguirre Buenos Aires Cóbano C.D. Corredores Coto Brus Esparza Garabito Golfito Lepanto C.D. Montes de Oro Osa Parrita Potrero Gnde C.D. Puntarenas</p>	<p>Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Particular Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal</p>	<p>Manejado por ASOPROQUEPOS, semi-controlado Botadero sin control. Vertedero sin control, junto a un tajo. Botadero, aún no opera el relleno sanit. que construyó. Botadero a cielo abierto, sin control. Lleva a finca en Zagala, semi controlado. Relleno sanitario con permisos de funcionamiento. Vertedero semi controlado, mal operado. Lepanto botadero sin control. Lleva a finca en Zagala, semi-controlado. Botadero a cielo abierto sin control Botadero a cielo abierto, propiedad de Palmatica. Vertedero sin control. Lleva a finca en Zagala, semi-controlado.</p>

Limón	Guácimo Limón Matina Pococí Siquirres Talamanca	Municipal Municipal Municipal Municipal Municipal	Botadero sin control. Vertedero controlado particular. La lleva a Limón. Botadero sin control. Botadero a cielo abierto. Botadero a cielo abierto, tienen nuevo terreno.
-------	--	---	---

ANEXO D-1

PROYECTO AIRE LIMPIO SAN JOSÉ

El MINSA por medio de la DPAH es signatario del Convenio Interinstitucional Proyecto Aire Limpio San José. Este convenio esta conformado por el Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), MINSA (MINSA), Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP), Defensoría de los Habitantes (DHR), INA (INA), Colegio Vocacional Monseñor Sanabria (COVOMOSA), Confederación Nacional de Asociaciones de Desarrollo Comunal (CONADECO), Universidad Nacional (UNA), fundación Suiza de Cooperación para el Desarrollo Técnico (SWISSCONTACT) y la Agencia Alemana de Cooperación Técnica con el Proyecto Aire Limpio (GTZ).

Este convenio esta compuesto por los sub- objetivos:

- .O.1 § Revisión Técnica Vehicular,
- .O.2 § Transporte Público,
- .O.3 § Vigilancia de la Calidad del Aire (participación fundamental del MINSA) y el
- .O.4 § Comunicación Social.

Las funciones y marco legal de las instituciones involucradas se detallan a continuación:

INSTITUCIÓN	RESPONSABILIDAD Y TEMAS DE ACCIÓN PRIORITARIOS	MARCO LEGAL
Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), Consejo de Transporte Público (CTP)	<p>El MOPT es el rector del Sector Transporte e Infraestructura.</p> <p>El CTP es el órgano de desconcentración máxima, encargado de definir políticas y ejecutar planes y programas nacionales de su competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Planificación y control del Transporte Público Colectivo. · Revisión Técnica Vehicular (rtv) 	<p>Ley N° 4786 Gaceta N° 141 del 10 de julio de 1971.</p> <p>Ley N° 7969 del 28 de enero de 2000. Art. 7.</p> <p>Ley de Tránsito por vías públicas terrestres N° 7721 del 15 de enero de 1998.</p>
Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE)	<p>Ministerio responsable de la política ambiental del país, en materia de Regulación y control a través del Contralor Ambiental como órgano adscrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Elaboración de normas Ambientales. · Promoción de la participación de la sociedad civil en el tema. · Educación ambiental y sensibilización de la población. 	<p>Ley N° 7554 Ley Orgánica del Ambiente. Art. 1, 7, 102, 116</p>
MINSA (MS)	<p>Entidad del Gobierno Central responsable de la salud humana y por consiguiente de la contaminación atmosférica. Es responsable de velar por los problemas de inmisiones que afectan la salud de las personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Control de emisiones. · Control de emisiones por fuentes fijas y otras fuentes excluyendo las móviles. 	<p>Ley N° 5395. Ley General de Salud. Art. 1, 2, 262, 263, 293, 294, 295</p>
Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP)	<p>Institución autónoma</p> <ul style="list-style-type: none"> · Regulación del transporte público, en especial del colectivo. 	<p>Ley N° 7593, publicada en la Gaceta N° 169 del 05 de setiembre de 1996.</p> <p>Capítulo II, Art. 4 y Capítulo III, Art. 5.</p>
Defensoría de los Habitantes de la República (DHR)	<p>Vela por las acciones de la administración pública sean acordes con el ordenamiento jurídico y respeten los derechos e intereses de los habitantes, dentro de ellos el desecho a un medio ambiente saludable.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Divulgación de la problemática y de sus derechos a la ciudadanía. · Vigilancia en la calidad de 	<p>Ley N° 7319 del 17 de noviembre de 1992, reformada por la Ley 7423 de 18 de junio de 1994 en el Art. 1</p> <p>Constitución Política, Art. 46</p>

	prestación del servicio público de transporte. · Vigilancia en la calidad de vida de los habitantes.	
INA	· Cooperación en aspectos relacionados con la RTV. · Cooperación en los programas de formación de chóferes de autobuses y del personal para el control de emisiones vehiculares.	
Colegio Vocacional Monseñor Sanabria (COVOMOSA)	· Cooperación con aspectos relacionados con la RTV · Cooperación en los programas de formación de chóferes de autobuses y del personal para el control de emisiones vehiculares.	
Confederación Nacional de Asociaciones de Desarrollo Comunal (CONDECO)	Convocatoria y representación de la Sociedad Civil en el Proyecto a través de las organizaciones de base que la constituyen.	De acuerdo a lo establecido en el Art. 15 de la Ley 3859, conocida como Ley de Desarrollo de la Comunidad
Universidad Nacional (UNA): Laboratorio de Química de la Atmósfera (LAQAT), Programa PECAire e Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO)	Institución de educación superior cuya misión le obliga a la investigación sistemática de la realidad costarricense, dentro de la armonía entre el ser humano y la naturaleza · Estudios de contaminación del Aire, medición de emisiones y emisiones de fuentes fijas. · Estudios de opinión de la población y análisis estadísticos. · Estudios sobre aceptación por parte de la ciudadanía respecto a medidas impulsadas por el proyecto · Educación ambiental y sensibilización de la población.	Estatuto Orgánico en sus Art. 3 fines y Art. 4 funciones.
Fundación Suiza de Cooperación para el Desarrollo Técnico (SWISSCONTACT)	· Control de la calidad del Monitoreo de la Calidad del Aire. · Manuales de capacitación en RTV para mecánicos. · Organización de eventos relacionados con la Calidad del Aire.	Se basan en el acuerdo Número 5049 de la Cooperación Técnica y Científica entre la República de Costa Rica y la Confederación Suiza, firmado el 17/11/1971.
Sociedad Alemana de Cooperación Técnica, Proyecto Aire Limpio San José (GTZ).	Apoya los procesos de desarrollo y reforma de los países contraparte cooperando en los proyectos y programas con lineamientos de sostenibilidad, fomento del auto ayuda. En CR se desarrolla en	Mediante la Ley 3654 del 23 de diciembre de 1965, publicado en la Gaceta N° 2 del 05 de enero de 1966, por medio de la cual se

	<p>áreas prioritarias de “educación y capacitación”, “el medio ambiente”, “el desarrollo local”, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none">·Facilitación y moderación del Proyecto.·Aportación de asesoría técnica mediante expertos locales en los temas de RTV y planificación de transporte público.·Aportación de asesoría técnica mediante expertos externos en todos los subobjetivos del proyecto.·Aportación de algunos equipos y servicios necesarios para la ejecución del proyecto.·Apoyo en la coordinación interinstitucional y en la implementación de la metodología de seguimiento M&E del proyecto.	<p>aprobó el Convenio sobre Cooperación Técnica celebrado con el gobierno de la República Federal de Alemania, suscrito en la ciudad de San José el 23 de julio de 1965. Por medio del decreto 25961-RE se publicó el Acuerdo de Asesoramiento al MOPT.</p>
--	---	---

ANEXO F-1

LEYES	FE CHA	PUBLICA CIÓN	NOMBRE DE LEY O MATERIA QUE REGULA
5395	23 /10/73	30/10/73	Ley General de Salud
7223	08 /04/91	86/ 08/05/91	Aprobación del Protocolo de Montreal, Relativo a las Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono Suscrito el 16 de Setiembre de 1987.
7228	06 /05/91	101/ 29/05/91	Aprobación de la Adhesión de Costa Rica al Convenio de Viena para la Protección de la Capa de Ozono
7571	07 /02/96	Alcance 19 a la Gaceta 6328/03/96	Convención de la Naciones Unidas sobre la Prohibición del Desarrollo, Producción, Almacenamiento y el Empleo de Armas Químicas y sobre su Destrucción
7808	11 /06/98	Alcance 41 a Gaceta 14021/07/98	Aprobación de la Enmienda del Protocolo de Montreal Relativo a Sustancias que Agotan la Capa de Ozono y sus Anexos.
7957	17 /12/99	05/ 07/01/00	Reforma a la Ley de Armas Químicas y Explosivos (7560)
DECRETOS	FE CHA	PUBLICA CIÓN	NOMBRE DE DECRETO O MATERIA QUE REGULA
11152-S	06 /10/80	30/ 12/02/80	Reglamento General de Seguridad e Higiene del Trabajo
17966-S- MEIC	04 /02/88	39/ 25/02/88	Regula la Venta del Dicromato de Potasio
18822-S	06 /02/89	37/ 21/02/89	Prohíbe el uso del Nitrobenceno en

			Productos Químicos
19032-S	07 /06/89	122/ 27/06/89	Reglamento de Importación de Precursores, Sustancias o Productos Químicos o Disolventes y sus Reformas
19797-S	17 /07/90	146/ 06/08/90	Regulación Y Prohibición sobre el Uso de Gases Propelentes incluidos en el Protocolo de Montreal. (CLOROFLUOROCARBONOS O CFC)
20197-S	17 /01/91	21/ 30/01/91	Sustancias Tóxicas (Comisión de Vigilancia).
21060-MEIC-S	12 /02/92	48/ 09/03/92	Regulación sobre el Uso de Hipoclorito de Sodio (Cloro)
24334-S	22 /12/94	114/ 14/06/95	Reglamento de Importación y Regulación del Contenido de Plomo y Mercurio en Pinturas
24637-MIRENEM-S	19 /07/95	185/ 29/09/95	Prohibido el uso de Gasolina con Plomo en Instituciones Públicas
24715-MOPT-MEIC-S	34 859	207/ 01/11/95	Reglamento para el Transporte Terrestre de Productos Peligrosos
25056-S-MINAE-MEIC	19 /02/96	72/ 16/04/96	Reglamento del Uso Controlado del Asbesto y los Productos que lo Contengan
25120-SP	17 /04/96	112/ 13/06/96	Reforma a la Ley de Armas Químicas y Explosivos, (Artículos 40, 41, y 42)
25352-S	09 /07/96	143/ 29/07/96	Prohibido Vender Inhalantes a Menores de Edad
25986-MEIC-MTSS	11 /03/97	85/ 06/05/97	Norma RTCR 226: 1997 Extintores Portátiles Contra el

			Fuego
26092-S	26 /05/97	117/ 19/06/97	Reglamento sobre Tatuajes
26118-S	01 /06/97	129/ 07/07/97	Se Prohíbe la Venta al Público para uso Doméstico del Dicromato de Potasio
27008-MEIC-MOPT	20 /03/98	Alcance 33 a Gaceta 128 03/07/98	Norma Técnica RTCR 305: 1998. Reglamento de Transporte de Productos Peligrosos y su Señalización
27299-RE	06 /08/98	184/ 22/09/98	Ratifica Adhesión a Enmienda del Protocolo de Montreal sobre la Capa de Ozono
27500-RE	20 /11/98	Alcance 92-A a Gaceta 245 17/12/98	Reglamento sobre Uso y fabricación de Materiales Pirotécnicos
27567-S	04 /01/99	Alcance 1-A a la Gaceta 611/01/99	Obliga a toda Empresa Dedicada a la Producción, Almacenamiento, Distribución y Venta de Gases para Uso Hospitalario, Realizar las Pruebas Analíticas y Certificar su Pureza
27728	18 /03/99	Alcance 21 a Gaceta 5925/03/99	Reforma al Reglamento de la Ley de Armas Químicas y Explosivos
27879	36 315	101/ 26/05/99	Reglamento para el Transporte sin Riesgo de Mercancías Peligrosos por Vía Aérea
28113-S	02 /10/99	Alcance 74 a Gaceta 19406/10/99	Reglamento para el Registro y Control de Productos Peligrosos. (Ver Fe de Erratas en Gaceta N° 203 del 20-10-99).
28930-S	11 /10/00	184/ 26/10/00	Reglamento para el Manejo de Productos Peligrosos
30465-S			Reglamento

			General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento por parte del MINSA
3358	12 /11/73	--	Regula Identificación de Cilindros de Gas
Fe de erratas	20 /10/99	203/ 20/10/99	Instructivo para Llenar el Formulario de Registros y Control de Productos Peligrosos

Anexo H-1

Marco Institucional

Instituciones encargadas del control de alimentos	Departamento o encargado	Funciones de control
MINSA	Dirección de controles y registros	? Otorga permisos de operación y venta de productos alimenticios industriales. ? Vigila el uso de sustancias peligrosas, agroquímicos y fertilizantes en instalaciones de manejo y manipulación de alimentos
Ministerio de Agricultura	Sanidad animal y vegetal (Dirección de sanidad agropecuaria)	? Control epidemiológico sobre establecimiento dedicados al sacrificio de animales. ? Registro de uso de agroquímicos y vigila locales de expendio ? Autoriza locales de manipulación de productos agrícolas para la exportación ? Vigila condiciones sanitarias de locales para evitar contaminación de alimentos ? Inspecciona productos alimenticios que ingresan al país

Anexo H-2

Marco Legal

Leyes, regulaciones y normas en salud animal:	<p>? ? ? ? ?</p>	<p>Ley General de Salud Ley de medicamentos veterinarios Protección de la industria apícola Reglamento de control, elaboración de alimentos y expendio para animales Reglamento para actividades de aviación agrícola</p>
Leyes, regulaciones y normas en sanidad vegetal:	<p>? ? ?</p>	<p>Ley de protección fitosanitaria Ley de sanidad vegetal Reglamento a la ley de protección fitosanitaria</p>
Leyes, regulaciones y normas en inocuidad de alimentos	<p>? ?</p>	<p>Ley reguladora de publicidad Ley general de alcohol Ley de protección al consumidor Etiquetado de alimentos preservados Registro y comercialización de alimentos Producción y venta de mantequilla, margarina y grasas para pastelería Reglamento para publicidad de alimentos Reglamento para la elaboración, empaque, transporte, almacenamiento, expendio y normalización de queso, helados y sorbetes Reglamento para la producción, conservación, reparo y venta de leche Reglamento de harinas Reglamento de panaderías Reglamento de ferias del agricultor Reglamento técnico 1996. límites máximos de residuos de plaguicidas vegetales Reglamento etiquetado de plaguicidas Reglamento Codex alimentario</p>
Consejos Consultivos:	<p>? ?</p>	<p>Subcomisión de Desregulación: encargada de revisar leyes y reglamentos relativos al registro, control, exportación e importación de productos alimenticios Comisión técnica consultiva: encargada de hacer destacar en la etiqueta de los alimentos la calidad nutricional.</p>

Mecanismos de acreditación y certificación:	<p>Son protocolos de reconocimiento como el HACCP en carnes, pescado y mariscos. El reconocimiento a nivel internacional se hace a través del Sistema Nacional de Calidad y cuenta con órganos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Instituto de Normalización Técnica Costarricense (INTECO) ? Ente Nacional de Acreditación (ENA) ? Órgano Nacional de Reglamentación Técnica ? Ente Petrológico
---	--

ANEXO I-1

CATEGORÍA	998	999	000	001	002	OTAL	T
Apartamentos	15	50	6	0	9	70	3
Bodegas	6	2	0	5	1	24	2
Casas	,832	,292	,851	,575	0	550	9,
Clínicas y Hospitales	3	2	2	7	0	4	1
Comercio	40	27	3	8	6	24	5
Condominios	45	33	15	33	8	94	7
Conj. Habitacionales	0	1	2	3	0	6	4
Escuelas	4	5	2	4	0	5	1
Estaciones de Servicio	8	2	0	0	2	2	2
Estadios	0	0	2	0	0	0	2
Fábricas	2	6	2	3	0	3	1
Gimnasios	0	3	1	5	1	0	1
Granjas Avícolas	0	7	2	3	7	9	5
Granjas Porcinas	0	0	6	4	0	0	1
Hoteles	4	8	2	0	0	4	5
Oficinas	3	6	3	4	6	43	2

Otros	86	2	31	6	27	3	98	3	8	7	720	1,
Planes de Confinamiento		0		0	1	1	2	3		3	6	4
Rellenos		0		0		6	6	1		0	2	2
Restaurantes	6	1	6	2		0		0		1	3	4
Sistemas de Tratamiento	4	5	4	7	3	9	4	7	3	1	08	3
Talleres		4		1		4		1		0	0	2
Templos		2		2		3		6		3	6	1
Urbanizaciones	67	1	6	8	2	7	3	9	7	1	35	4
TOTAL	,881	2	,895	2	,825	3	,694	4	65	2	4,560	1

ANEXO J –1

Misión y Visión de la Unidad de Protección Radiológica.

Misión

Garantizaremos que las aplicaciones pacíficas de las radiaciones en las áreas médica, industrial y de investigación no constituyan un deterioro de las condiciones de salud de la población ni del medio ambiente.

Visión

Somos una dependencia líder que ejerce la rectoría establecida en el marco legal y reglamentario vigente en el campo de las aplicaciones de las radiaciones mediante una Unidad de control, vigilancia, supervisión y registro de todas las aplicaciones pacíficas de esta forma de energía.

CAPITULO XI
“SALUD MENTAL”

XI. CAPÍTULO XI SALUD MENTAL

A. Resumen

El sistema de Salud de Costa Rica ha venido en un constante proceso de reestructuración de acuerdo a las necesidades que existen tanto a nivel nacional como mundial, pues no somos un ente aislado:

La reforma sectorial ha tenido dos grandes objetivos:

1- Asegurar los servicios integrales de salud con calidad suficiente, para ello se han readecuado los modelos de atención, formación y promoción de los equipos básicos de atención integral en salud; con el desarrollo de un sistema centralizado de recaudación así como la definición de otros mecanismos que permitan la asignación de recursos financieros a través de los compromisos de gestión.

2- Fortalecer el rol como Rector que debe mantener el Ministerio de Salud para lo que se han recaudado tanto sus funciones como su estructura orgánica, estableciendo a la vez mecanismos de conducción sectorial y sobre todo un énfasis en la capacitación del personal para lograr efectuar las nuevas tareas desconcentrando las acciones a los niveles subnacionales.

De acuerdo con la Encuesta Nacional realizada a los costarricenses, el año 2000, estos han señalado las adicciones, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual, entre otros, como los problemas prioritarios en salud mental. Estos datos aunados a las estadísticas nacionales sobre índices de violencia intrafamiliar, extrafamiliar, actos delictivos, aumento de accidentes de tránsito, son indicadores de secuelas físicas y mentales, de gran impacto emocional y alto costo económico, familiar, social y para el Estado.

La constante exposición de nuestros niños, adolescentes, adultos mayores y adultos en general a los aspectos descritos, así como aquellas situaciones que se derivan en forma directa e indirecta del consumo de droga (lícitas e ilícitas), y otras conductas adictivas y hizo plantearnos a este grupo de trabajo la prioridad que nuestro país tanto en el abordaje de los problemas como en la prevención y la promoción de la salud mental.

Dada la importancia de la prevención y su bajo costo, comparado con la atención de la enfermedad, se recomienda realizar diagnósticos situacionales certeros que permitan priorizar las necesidades tanto nacionales como por sectores, orientar los recursos, elaborar políticas y estrategias para brindar a cada ciudadano sin importar el sexo, edad, credo político, religioso o condición social, la calidad que cada ciudadano costarricense tiene derecho de disfrutar. Costa Rica somos todos.

B. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir al análisis de la situación de la salud mental en el país desde una perspectiva integral y formular recomendaciones para la elaboración de Políticas nacionales de salud mental y lineamientos para el desarrollo de un Plan Nacional de Salud Mental

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar las necesidades de atención en campo de salud mental con énfasis en el nivel primario de atención

Determinar el rol de la promoción y la prevención, de la salud mental en el país.

Describir el rol de la atención y la rehabilitación en el abordaje de las enfermedades mentales.

Identificar y priorizar los principales problemas en salud mental en el país.

Identificar las competencias (recursos humanos, financieros y otros) del sector salud para el abordaje de la salud mental.

Analizar las políticas, planes, programas y proyectos nacionales en ejecución sobre salud mental en el país.

Analizar la legislación vigente sobre derechos humanos de las personas con enfermedad mental en el país.

C. ASPECTOS CONCEPTUALES

SALUD MENTAL

Definir la salud mental no ha sido tarea fácil. Las diferentes culturas la han definido de formas diversas. En el pasado prevaleció el concepto de salud mental desde un modelo clínico-biologista, desde cuya perspectiva, mentalmente sano es no manifestar síntomas o signos que encuadren en un diagnóstico psicopatológico.

Hay consenso en admitir que “salud mental” es algo más que la ausencia de enfermedad o trastorno, y que está determinada por factores de orden biológico, psicológico, social y ambiental. De ahí que se requiera de un abordaje integral, con un enfoque intersectorial e interinstitucional y la participación comunitaria, lo cual facilitaría un proceso de cambios reales y participativos en la atención psicológica y social.

La evidencia científica es vasta acerca de las bases fisiológicas, químicas y neuroendocrinas relacionadas tanto con la enfermedad como con la salud mental, lo que no sucede con aquellos factores de carácter ambiental pero que si son generadores de actitudes y conductas que dañan la salud mental. Muchos de estos factores a lo largo de la vida, se asocian, potencian sus efectos y aumenta el riesgo de enfermar.

La salud mental es una condición básica de salud y se define como el proceso de desempeño satisfactorio de las funciones mentales, que da como resultado, actividades productivas, desarrollo de relaciones exitosas con otras personas, habilidad para adaptarse a los cambios y soportar la adversidad. Este proceso conlleva al bienestar personal y grupal, el bienestar de la familia y a contribuir positivamente en la comunidad y la sociedad.

DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

La salud mental está influida por factores biológicos, genéticos, sociales, culturales, económicos y ambientales. De la interacción de estos factores se espera el desarrollo equilibrado y armónico de la personalidad, lo que supone tres logros fundamentales:

Madurez emocional para asumir responsabilidades consigo mismo y con el medio, para el trabajo productivo y para establecer y mantener vínculos afectivos

Independencia y autonomía

Establecer relaciones sanas y productivas

Esto constituye por tanto un proceso dinámico de “construcción social” que ha de fortalecerse desde los primeros eventos de vida de cada ser humano (desde la gestación hasta la senectud) .

Factores genéticos

Las condiciones de los progenitores proporcionan el aval genético que dirige la formación y el funcionamiento del cerebro y sistema nervioso base de la actividad mental, cuya integridad determinará el grado de salud mental o su antítesis a enfermedad. Los trastornos mentales y del comportamiento se deben fundamentalmente a la interacción de múltiples genes de riesgo y factores ambientales.

Después del nacimiento y a lo largo de la vida, todas las experiencias que dan lugar a una comunicación directa entre neuronas, ponen en marcha procesos moleculares que remodelan las conexiones sinápticas existentes (plasticidad sináptica), crean otras nuevas, debilitan, desaparecen o fortalecen las existentes, originándose los procesos mentales.¹⁴

Algunos de los factores que afectan la integridad biológica y que son parte del diario vivir del ser humano son: el sufrimiento fetal, las Infecciones en el sistema nervioso central, radiaciones, intoxicaciones, la desnutrición, los traumatismos craneoencefálicos, los cuidados de la salud en general así como también las condiciones de vida en que el individuo se desenvuelve.

Factores psicológicos

El comportamiento humano se configura en parte por medio de interacciones con el entorno natural y social, mediados por la motivación, la recompensa, los castigos. El comportamiento es aprendido, y puede ser adaptativo o desadaptativo (TM)

Determinantes claves para la salud mental:

a- La formación de vínculos afectivos con figuras significativas para el niño, como producto de la interacción afectuosa y estable entre los padres (o cuidadores) principalmente en la infancia, favorece el desarrollo normal del lenguaje, el intelecto y el control emocional.

Obstáculos para la formación de estos vínculos pueden ser: la pobreza, las guerras, las migraciones los embarazos seguidos de la madre, las separaciones de los padres y la violencia intra familiar.

b- Interacción social: es decir, desarrollar relaciones sociales a través del juego, de la convivencia pacífica en todos los escenarios sociales (hogar, escuela, colegio, trabajo, comunidad)

c- Los Grupos de apoyo: tener un amigo (a).

d- Desarrollo personal: mayor autoestima, fomento de habilidades.

e- Acceso a oportunidades como la educación, la cultura, el deporte, la recreación, el ejercicio de sus derechos.

Factores sociales

¹⁴ Informe sobre Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas, OMS.

Podemos citar entre muchos, la cultura, la educación, la urbanización no planificada, fenómenos migratorios, la pobreza (marginalidad), los rápidos cambios tecnológicos, la violencia social, las condiciones de vida y desarrollo social, desastres, etc.

D. METODOLOGIA

El análisis sectorial en salud mental se definió como la revisión de estudios e informes internacionales y nacionales sobre la salud mental y sus determinantes en Costa Rica, identificando posibles tendencias y asuntos críticos, con el propósito de dar recomendaciones sectoriales e institucionales para el mejoramiento de la salud mental de la población y la reducción de trastornos mentales.

Etapas a seguir:

Identificación de actores claves (experiencia, conocimientos, poder de decisión, otros) relacionados con el tema para conformar un grupo de trabajo.

Convocatoria de los actores para la justificación y motivación. La primera reunión se efectuó el 12 de septiembre del 2002. Fueron convocados el director del departamento de Salud Mental de la CCSS, la Directora y Jefe de área técnica del IAFA, el Presidente de la Asociación Costarricense de Psiquiatría, un representante por el Hospital Nacional Psiquiátrico, un representante del Colegio de Enfermeras del área de salud mental, un representante del Patronato Nacional de la Infancia y dos funcionarias de la Unidad de promoción de la Salud del Ministerio de Salud. Posteriormente se sumaron una Trabajadora Social del área de salud de Paso Ancho y una Psicóloga de la Dirección de Centros Infantiles, ambas del Ministerio de Salud. El grupo consolidado, 6 a 8 personas, se ha reunido un día por semana y participó en un taller con un grupo ampliado de actores el 17 y 18 de octubre. La inclusión de actores del Instituto Nacional de Seguros (INS), del Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), de Municipalidades y Empresas privadas quedaron pendientes para otra etapa.

Definición de términos de referencia y unificación de conceptos y criterios. Por ejemplo, el modelo de atención actual y el propuesto por la CCSS hace referencia a la atención de la *enfermedad mental*'. Por consenso se determina que en lo sucesivo nos referiremos al modelo de atención de la salud mental.

Definición de áreas temáticas y objetivos del análisis: En el ámbito de la salud mental se visualizaron ocho posibles áreas de estudio y análisis con la finalidad de fortalecerlas. Tales fueron: - Políticas, planes, programas y proyectos existentes en salud mental (últimos 5 años), Servicios de atención, problemas prioritarios, recursos humanos, materiales y financieros de salud mental, atención primaria, el rol de la promoción de la salud en la prevención de los trastornos mentales, así como la calidad de la atención y la legislación vigente en salud mental

Elaboración de cuestionarios para orientar la búsqueda de información (ver anexo N° 2).

Asignación de tareas y compromisos.

Elaboración de un cronograma de trabajo.

Visitas a instituciones y entrevista a personas claves.

Programación de un taller con un grupo ampliado de actores claves.

Discusión y ampliación de los informes.

Redacción del documento preliminar y final.

E. LA SALUD MENTAL EN COSTA RICA

1. ANTECEDENTES

En Costa Rica al igual que en otros países la salud mental no ha sido la prioridad en los modelos de atención, sino que ha correspondido este lugar a la atención propiamente de la enfermedad. Esto deriva en un modelo de atención centrado en la psiquiatría, cuyo representante histórico ha sido el Hospital Psiquiátrico fundado en 1890 con el nombre de asilo Manuel Antonio Chapuí. Con los avances científicos y el aporte de las ciencias sociales el asilo evolucionó hacia un hospital mental hoy conocido como Hospital Nacional Psiquiátrico.

Las acciones de salud mental propiamente dichas no han tenido en el pasado prioridad ni han sido objeto de Políticas Públicas en el Ministerio de Salud. No obstante, se han impulsado desde distintos ámbitos gubernamentales y no gubernamentales acciones que directa o indirectamente inciden en la salud mental, especialmente en el área materno-infantil. Desde la década de los sesenta el Ministerio impulsó la investigación y la promoción de la salud mental a través de los programas nacionales de Preparación Psico-física para el Parto y el programa de Evaluación y Estimulación del Desarrollo Integral del Niño menor de seis años (1976 y 1977).

Con la Ley de traspaso de los hospitales a la Seguridad Social en 1973 la atención de los trastornos mentales queda oficialmente a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social.

El primer servicio de Psiquiatría en un hospital general, se inició en el año 1961 en el hospital Calderón Guardia, con una Jefatura propia desde 1972. En mayo del 2001 el servicio se independizó de la sección de Medicina Interna, con base en el reconocimiento de la Psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica. (Decreto Ejecutivo No 20665-S-octubre de 1991)

Desde 1965 existe la inquietud de atender al enfermo mental fuera del ámbito institucional, ya para 1969 había consulta externa en 4 clínicas metropolitanas y en 6 provincias

En la década de los ochenta (80-86) se impulsó la prevención y la detección de problemas de salud mental en el nivel primario de atención, mediante la capacitación a médicos generales, técnicos de atención primaria, líderes comunales y personal de apoyo de los servicios básicos de salud (Caja y Ministerio), especialmente en la provincia de Limón, región Chorotega y Pacífico Central. También se ensayaron proyectos de salud mental en la clínica Marcial Fallas, en Quepos y Parrita.

A principio de la década de los noventa, Costa Rica firma la Declaración de Caracas, movimiento que tiene como fin la reestructuración de la Atención Psiquiátrica, proponiendo un cambio del modelo centrado en el hospital psiquiátrico por un modelo comunitario, nuevo Paradigma de la atención. Con este fin se coordinó un grupo de trabajo y se elaboró un Plan denominado Plan Nacional para la Reestructuración de la Psiquiatría y la Salud Mental, publicándose además un Decreto Ejecutivo aún vigente: N° 20665-S para impulsar su implementación. El Plan con muchos esfuerzos se logró llevar e implementar en tres regiones del país, contándose con la asesoría de especialistas italianos y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Se dio gran impulso a la promoción de los derechos humanos y a la desinstitutionalización y rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales crónicos.

Dicho proceso quedó bajo la dirección del Departamento de Salud Mental de la CCSS creado en 1996, luego del traspaso de todos los programas de atención a las personas, incluida la salud mental, del Ministerio a la CCSS, como parte de un fuerte proceso de reforma institucional que fortalece la rectoría en el Ministerio de Salud.

La necesidad de fomentar y mantener un enfoque de salud mental, se ha venido gestando en la última década con los programas de “Escuelas para padres”, “Comités de Niño agredido”, “Programas de Promoción y Prevención sobre Alcoholismo y fármaco dependencias en adultos y en niños y adolescentes a través de programas escolares como “Trazando el Camino, Habilidades para la Vida” (elaborados por el IAFA ejecutados en coordinación con el MEP).

2. SITUACIÓN ACTUAL

Hasta la fecha, la intervención sobre los trastornos mentales, está centrada en el tercer nivel de atención (hospitales y clínicas), con ausencia de la promoción de la salud mental, acciones aisladas de prevención e insuficientes intervenciones en el área de la rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales. La atención de los problemas de alcoholismo y drogadicciones se ha venido dando en forma independiente por otros sectores como los no gubernamentales (ONG).

Otras entidades como INAMU, Fundación Ser y Crecer, PANIAMOR, realizan acciones de prevención de la violencia y abuso.

Problemas Prioritarios de Salud Mental

El grupo de trabajo definió 8 problemas prioritarios de salud mental de acuerdo con su trascendencia, magnitud, viabilidad e interés comunitario. En orden de importancia son: el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, el alcoholismo y drogadicción en primer lugar; la depresión y el suicidio en segundo lugar de prioridad, y en un tercer lugar, los trastornos de ansiedad, la violencia laboral y los trastornos psicósomáticos

ABUSO SEXUAL

El abuso sexual es todo acto en el que una persona en una relación de poder, involucra a otra persona a mantener contacto “sexualizado”, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Incluye, entre otros, exhibicionismo, acoso sexual, exposición o participación en pornografía, sexo oral, penetración genital o anal. Implica la acción de una persona hacia otra en contra de su voluntad. Puede darse por un miembro de la familia o por allegados a ésta¹⁵.

(Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar, 2002, Ministerio de Salud, CCSS)

Los efectos en la salud mental pueden ser devastadores si no se brinda atención psicológica oportuna a la víctima y a la familia. Las áreas dañadas por el abuso son: la sexualidad, el autocontrol, la autoestima, la confianza, la competencia; resultando una sexualidad traumática, la estigmatización, la traición y la impotencia (Dinámicas traumáticas en el abuso sexual infantil, David Finkelhor y Angela Bruwne) Los efectos son más severos cuando el agresor ha sido un familiar y cuando el abuso se produce en forma repetitiva, en cuyo caso la víctima se sienta más culpable por no evitarlo.

Blume (1990) describe un síndrome postraumático como secuelas del incesto (abuso sexual por un miembro de la familia): desórdenes en la alimentación (anorexia, bulimia), desórdenes en el sueño (pesadillas, insomnio), pobre imagen corporal, adicciones, automutilaciones, miedos, fobias, desórdenes afectivos, problemas con el establecimiento de la confianza y de los límites personales, culpa y vergüenza, amnesia psicógena, disociación, sentimientos de abandono e impotencia, estigmatización, revictimización, negación, entre otros.

El abuso tiene serias implicaciones en el desarrollo psicosocial de la niñez. Las niñas tienden a presentar más reacciones ansiosas-depresivas. En los niños tiende a objetivarse un fracaso escolar mayor y dificultades de socialización; uno de cada cinco niños abusados se convierte en agresor, abusa de otros menores, puede incluso utilizar la violencia física contra los niños que están bajo su cuidado o contra sus propios hijos (Save the Children Suecia, 1990)¹⁶.

¹⁵ Protocolo de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar, 2002, Ministerio de Salud, CCSS)

¹⁶ Save the Children Suecia, 1990

La depresión es la patología más claramente relacionada con los abusos sexuales. Los estudios al respecto muestran que quienes sufrieron abuso en la infancia, desarrollan más frecuentemente depresión durante la vida adulta.

El abuso sexual puede ser causa de trastorno mental en la infancia o en la vida adulta, trastornos del vínculo, inestabilidad emocional, bajo rendimiento escolar, conductas sexualizadas, trastornos de adaptación y conducta, trastornos de personalidad, ansiedad, aislamiento social, desconfianza, vergüenza, miedo, hostilidad, baja autoestima, trastornos alimenticios, del sueño, consumo de alcohol y en la esfera sexual. También puede ser causa de depresión, ideación, gestos e intentos suicidas, alteraciones psicósomáticas y explotación sexual infantil.

Etiología del abuso sexual

Se supone que existe una dinámica familiar disfuncional, con una madre separada o alejada del padre o compañero en el triángulo incestuoso. En este tipo de familias, el niño o la niña tiende a reemplazar a la madre como compañera sexual del padre.

Entre sus determinantes se identifican factores culturales, patriarcado, valores sociales, inexistente educación sexual, marginalidad, hacinamiento, presiones económicas (sociedad de consumo, globalización), el alcoholismo y la drogadicción, legislación insuficiente o que no se aplica, así como el crecer en ambientes de poca protección y carente de vinculación afectiva.

Investigaciones realizadas en varios países como Estados Unidos, Inglaterra, y Canadá, establecen que un 20% de mujeres y un 10% de hombres reconocen haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia. En España se estima que actualmente un 23% de las niñas y un 15% de los niños sufre abusos sexuales antes de los 17 años.

A pesar de la alta incidencia estimada, la dimensión real del problema en el país no se conoce por cuanto la información que se produce es por atenciones, estimándose un alto porcentaje de subregistro al no denunciarse por ser considerado aún un tema tabú entre las familias o por fuertes amenazas de los agresores. Las principales fuentes de información las producen aquellas instituciones que atienden esta problemática, que son el INAMU, la Fundación PAN Y AMOR, la fundación SER y CRECER, ILANUD, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social.

En el 2001 se atendieron en el Hospital Nacional de Niños, 313 niños agredidos, 185 mujeres y 128 varones; el 40.8 % fueron por abuso sexual, 27.4% por agresión física y el 9.9% fueron testigos de violencia en sus hogares y el 21 % ingresaron por negligencia, abandono y enfermedades ficticias. En este mismo centro, en el primer trimestre del presente año se atendieron 66 niños agredidos, de los cuales 39 (58.9%) fueron por abuso sexual.

De 9143 atenciones a menores de 18 años hechas por el Patronato Nacional de la Infancia de enero a agosto del 2002, el 45.27% fueron por abuso sexual, de los cuales el 37.8% es de origen intrafamiliar y el 7.5% extrafamiliar. La atención del abuso sexual debe ser una prioridad.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia intrafamiliar se define como “toda acción u omisión ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, que produzca como consecuencia daños a la integridad física, sexual psicológica o patrimonial, violando su derecho al pleno desarrollo y bienestar”¹⁷. (Acciones Rectoras del Ministerio de Salud en Violencia Intrafamiliar, Costa Rica, 2001).

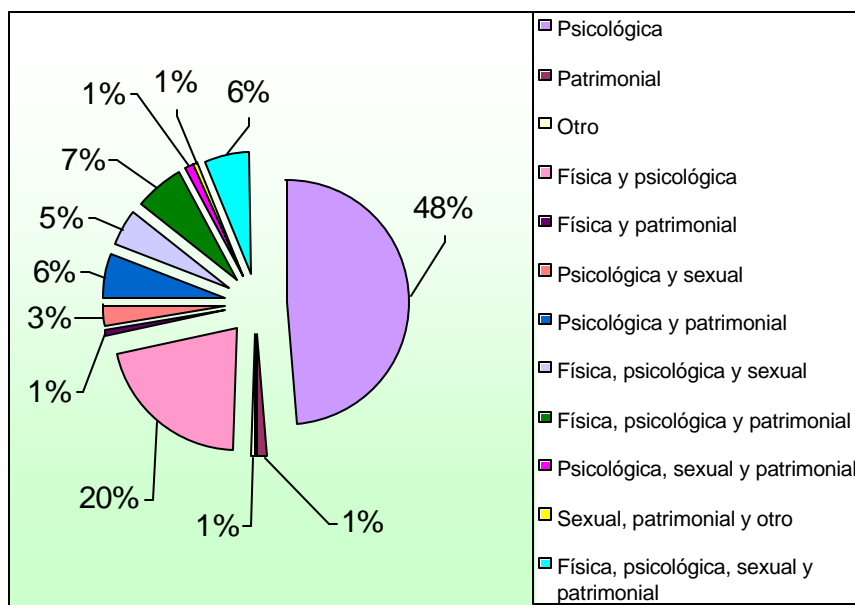
La violencia intrafamiliar y el abuso sexual representan un problema de salud pública y de seguridad ciudadana, por su elevado número de víctimas y por sus graves consecuencias. Es una de las más dramáticas expresiones sociales de la violencia de género que atañe principalmente a la mujer.

Adquiere características alarmantes. Se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele acontecer en el hogar. Incluye las formas de violencia como el maltrato a niños, a

¹⁷ Acciones Rectoras del Ministerio de Salud en Violencia Intrafamiliar, Costa Rica, 2001)

discapacitados, a ancianos, y la violencia contra la pareja, el abuso físico, sexual, emocional y patrimonial. (ver gráfico N° 1, en Anexo 2)

GRÁFICO NO. 2
TIPOS DE VIOLENCIA



El abuso psicológico es toda acción u omisión destinada a degradar o controlar acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de la manipulación, intimidación, amenaza, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio a la salud psicológica, autodeterminación o el desarrollo personal.

La violencia física es toda acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona. Las denuncias al Poder Judicial por Violencia Intrafamiliar se han incrementado hasta en 5.000 por año desde la publicación de la Ley contra la Violencia Intrafamiliar en 1996. Solo el 20% de las solicitudes se resuelven a favor de la solicitante.

También las llamadas a la línea telefónica “Rompe el Silencio” (INAMU) aumentan considerablemente. En el año 2000 se recibieron 37.000 llamadas solicitando ayuda y orientación por ser víctimas de violencia doméstica. (12.304 llamadas en 1997)

Los daños en la salud física y mental son impredecibles, de alto costo económico, emocional y social que puede transformarse en una barrera para el desarrollo socioeconómico del país. La tercera parte de las mujeres violentadas sufren episodios de depresión y un mayor riesgo para el suicidio, el alcoholismo y el consumo de psicofármacos. Las mujeres pierden 9.5 años de vida saludable a causa de la Violencia doméstica y sexual, así como también reduce su ingreso económico entre un 3% y un 20% (BM,1993)¹⁸

La agresión física es la causa directa de muerte en el 50% de las muertes femeninas en el mundo (Foro Mundial de Mujeres, España, 2000). Los femicidios ocurridos en Costa Rica de 1990 a 1999 fueron: 184 mujeres, la mayoría entre los 25 y 35 años de edad. La edad promedio del agresor fue de 35 años (el 87% de estos no tenían antecedentes delictivos). (ver gráficos N° 3 y 4, en Anexo 2)

ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN

¹⁸ Banco Mundial, 1993

De acuerdo con los resultados de las encuestas nacionales realizadas por el IAFA y OPS desde 1990, el consumo de drogas y/o sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, representa uno de los principales problemas del país, concentrándose el mayor número de afectados en edades económicamente productivas, lo que incide directamente en el contexto social, familiar y económico.

El consumo de alcohol y otras drogas es un factor relacionado directamente con la generación de eventos traumáticos, las lesiones físicas personales y las ocurridas en el hogar constituyen los eventos que con más frecuencia se evidencian. Las sobredosis y los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres, asociados principalmente al consumo de tranquilizantes y sustancias ilícitas. Cerca de un 25% de los ingresos hospitalarios están relacionados con el consumo de alcohol, con un aumento sustancial durante los fines de semana. Además, se ha detectado el consumo de licor en las últimas 6 horas previas a los ingresos por trauma directo u accidente de tránsito.

El consumo excesivo de alcohol es un elemento común entre las víctimas de violencia, dato obtenido al indagar las historias detectadas de eventos traumáticos.

Ya desde los años 80 se ha venido detectando la influencia que representa el consumo de alcohol en estos tipos de sucesos (Madrigal 1984), siendo en esa fecha apenas de un 11%, mientras que para el año 2002 ha aumentado a un 25%, de acuerdo con el estudio realizado en 1998 en un centro de emergencias de un hospital general tipo A de San José (Salud y drogas vol.2 N° 1 2002). El comportamiento de estos consumos basados en la última encuesta nacional en año 2000 es detectado como un 30,65 de los principales problemas que enfrenta el país.

Respecto a la prevalencia de vida en consumo de alcohol y tabaco, hubo una disminución de 11,7% y 3%, respectivamente en los últimos diez años, describiéndose en 1995 un incremento del 2,2%, en tabaco; sobre este último, la prevalencia de vida de 33% en 1990, bajó a 30% en el 2000. La incidencia del consumo de tabaco en población general ha aumentado, pasando de 14 x 1000 en 1990 a 22 x 1000 en 1995, en la población de 12 a 70 años.

Para el consumo de alcohol se anota también disminución en los últimos 5 años de 62,3% a 54,3%, fenómeno que se viene detectando desde 1990 en donde era de 66%. Esta reducción estadísticamente significativa podría atribuirse a los programas de prevención y las medidas de control de precios para los productos en distintos momentos del período estudiado. Los niveles de ingestión anormal de alcohol son de un 17% de la población. En estudios realizados en muestras nacionales representativas de estudiantes de séptimo, octavo y décimo año, a partir del año 2000, sugieren una percepción de riesgo en las poblaciones, a pesar que ningún estudiante “desea llegar a depender del alcohol”. Tanto mujeres como hombres inician la ingesta de alcohol antes de los 12 años de edad.

El consumo de drogas ilícitas ha experimentado un aumento significativo en la última década, con la siguiente distribución: Prevalencia de vida de 5,5% para marihuana, 1,8% para cocaína y un 0,7% para el crack. El mayor incremento se presenta a partir del año 1995 (Ver gráficos 5 y 6, en Anexo 2)

La edad de inicio de consumo de tabaco, marihuana, cocaína y crack son de 16,30; 17,71; 19,93 y 22,77, respectivamente. La edad de inicio de consumo de alcohol ha tenido un leve aumento, siendo para año 2000 a los 17,24 años, en 1990 de 17,13 y para 1995 hubo un aumento a 18,01 años; el fenómeno de este último año puede ser atribuible a las diferentes campañas de prevención realizadas y a un mayor control en los precios del producto.

En cuanto a los ingresos económicos familiares de las personas con problemas de adicciones, son en un 46% de ingresos medio-bajos y un 41% bajos.

De acuerdo con estudios realizados por el IAFA en Egresos Hospitalarios por drogas en el 2001, se reportan en el expediente 39% por alcohol, 4% tabaco, 12% Marihuana y 12% crack.

DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente que puede aparecer en cualquier momento de la vida aunque la incidencia es mucho mayor en la madurez. Más frecuente en mujeres que en hombres con una prevalencia puntual de episodios unipolares de 3.2% en la mujer contra un 1.9% en hombres.

El 5.8% de los hombres y el 9.5% de las mujeres experimentará un episodio depresivo en cualquier momento de su vida.

La depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y disminución de la energía. Otros síntomas son una pérdida de la confianza y la autoestima, sentimientos injustificados de culpa, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. Otros efectos de la depresión son las disritmias, disfunción laborales, incapacidad, suicidios, agresividad, somatizaciones y problemas familiares.

La depresión puede ser aguda o crónica, leve, moderada o grave y es responsable del 4.4% del total de años de vida potencial perdidos, índice que se estima irá en ascenso en los próximos años. Expertos a nivel mundial estiman que en menos de 10 años la depresión se convertirá en la principal enfermedad mundial.

Entre sus causas se señalan componentes genéticos y biológicos relacionados con los neurotransmisores principalmente Serotonina, Norepinefrina y Dopamina. Entre los factores de riesgo se indican el abuso sexual, la violencia doméstica, la pobreza, soledad, presiones laborales, trastornos de personalidad, pérdidas: sociales, materiales y personales, desesperanza y pensamientos negativos

Aspectos culturales como una socialización basada en el control a través de la culpa, la no aceptación de las expresiones de enojo y frustración especialmente en niños; la sociedad promueve formas de aislamiento social para enfrentar el dolor o la soledad : consumo de fármacos o de sustancias innecesarias, sedentarismo, comida excesiva. La sociedad occidental induce formas inadecuadas para el manejo del duelo : no se nos educa para aceptar la muerte y otras pérdidas, las expectativas de las personas son siempre lo eterno. La estructura y rigidez de roles en la familia que son fuente de conflictos entre sus miembros, también las situaciones de abandono o de violencia intrafamiliar influyen en la depresión.

Como factores protectores se tiene un diagnóstico temprano y tratamientos adecuados, familias integradas y contenedoras, buena comunicación, percepción positiva de la vida, confianza básica, y un sentido de identidad y pertenencia.

Depresión infantil

Estudios a nivel mundial indican que prácticamente 2 de cada 10 niños menores de 12 años presentan cuadros depresivos importantes que ameritan atención. Algunos de sus síntomas son: la falta de interés en el juego y otras actividades, miedos inexplicables, ausentismo y bajo rendimiento escolar, tristeza, llanto e irritabilidad. La depresión infantil es el resultado principalmente de problemas dentro de la casa, separaciones de los padres, la muerte de un familiar, cambios de domicilio, catástrofes ambientales como huracanes y terremotos.

Un estudio en México reveló que el 95% de las dificultades académicas son causadas por factores emocionales (Instituto de Salud Mental, México,2002)¹⁹. La escuela es el principal lugar donde se detectan estos problemas depresivos.

En los adolescentes, debido a los fuertes cambios bio-psico-sociales, se produce cierto grado de depresión transitoria pero que pueden impactar las esferas cognitivas, afectivas y conductuales, por lo que debe tenerse en cuenta para prevenirla. La depresión es la principal causa del suicidio.

En los siguientes cuadros se observa que los trastornos afectivos y ansiosos son la principal causa de consulta en urgencias de la red de servicios de la CCSS, tanto para todos los grupos d edad como en la población adolescente.

CUADRO NO. 1

URGENCIAS ATENDIDAS POR TRASTORNOS MENTALES POR DIAGNOSTICO Y SEXO EN TODAS LAS EDADES, AÑO 1996

¹⁹ Instituto de Salud Mental, México,2002)

TIPO DE URGENCIA	TOTAL (%)	HOMBRES	MUJERES
TRASTORNOS MENTALES	1.88	1.81	1.93
Alcoholismo	0.34	0.64	0.12
Esquizofrenia	0.12	0.20	0.06
Otras Psicosis	0.13	0.12	0.13
Episodio depresivo	0.39	0.24	0.51
Otros trastornos afectivos	0.09	0.04	0.12
Ansiedad	0.42	0.24	0.56
Otros trastornos neuróticos	0.27	0.19	0.33
Otros trastornos mentales	0.12	0.14	0.10

Fuente : Departamento de Estadísticas, CCSS,2002

CUADRO NO. 2
URGENCIAS ATENDIDAS POR TRASTORNOS MENTALES EN
PERSONAS DE 15 A 19 AÑOS, SEGÚN SEXO, AÑO 996

TIPO DE URGENCIA	TOTAL (%)	HOMBRES	MUJERES
TRASTORNOS MENTALES	1.74	1.63	1.80
Alcoholismo	0.22	0.27	0.19
Esquizofrenia	0.02	-	0.04
Otras Psicosis	0.07	0.14	0.04
Episodio depresivo	0.22	0.34	0.15
Otros trastornos afectivos	0.05	-	0.08
Ansiedad	0.46	0.14	0.64
Otros trastornos neuróticos	0.60	0.61	0.60
Otros trastornos mentales	0.10	0.14	

Fuente : Departamento de Estadísticas, CCSS, 2002

SUICIDIOS (La extrema desesperanza)

El suicidio es el evento en el cual un individuo toma la decisión de acabar definitivamente con su vida, cumpliéndose el objetivo a cabalidad. El suicidio, las tentativas de suicidio y las ideas suicidas en general se consideran signos de trastorno psicológico.

Una de las principales causas de muerte en adultos jóvenes y predomina en la población de 15 a 34 años a nivel mundial, lo que representa para la sociedad una pérdida masiva de personas jóvenes en los años productivos de la vida, significando un serio problema de Salud Pública.

Costa Rica tenía en el año 1965 una tasa de suicidios de 2.4 x 100.000 h; en 1970 de 3.6 x 100.000 y el año 2000 6.5 x 100.000 (263 muertes, el más alto de la década).

Predomina en hombres (88.2%) más que en mujeres (11,8%). Proporción de 6:1

Para ese mismo año (2000), el grupo más afectado fue de 20 a 39 años. Más frecuente en solteros (40.3%) que en casados (41%). Los agricultores, desocupados, comerciantes, guardas y domésticas figuraron como los más afectados

Los factores de riesgo más importante son las Depresiones, los Trastornos de Personalidad y el abuso de Sustancias. La mayor incidencia se da en San José (38.4%), le siguen Alajuela, Limón, Cartago y Heredia. El método más utilizado fue el ahorcamiento (o suspensión) (32%), seguido por el envenenamiento (32.6%) y por el arma de fuego (26.1%).

Estudios recientes demuestran que jóvenes con problemas familiares, mujeres agredidas, privados de libertad y ancianos constituyen los grupos que más frecuentemente recurren al suicidio como una salida para sus problemas. (Starcevic, 1999)²⁰

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una sensación psíquica desagradable de intranquilidad que experimenta un individuo en ciertas ocasiones en donde percibe que puede ocurrir algo inesperado y malo que puede atentar contra su integridad física o mental. Puede ser normal cuando es proporcionada al estímulo que la ocasiona. Cuando persiste por un tiempo excesivamente prolongado o es muy intensa se dice que es patológica.

Entre sus causas se mencionan factores ambientales, genéticos y biológicos. No existe una causa única que pueda explicar todas las distintas facetas de los trastornos ansiosos. Pueden estar asociados a una enfermedad física, a situaciones de abuso de cualquier tipo, a presiones económicas, estrés laboral, inseguridad ciudadana, pérdidas, alcoholismo y farmacodependencia.

Las teorías psicológicas tratan de explicar los síntomas con base en conflictos intrapsíquicos que surgen entre impulsos inaceptables que emergen del inconsciente (Id) y que son rechazados por el super ego, generando tensión entre ambas esferas, lo que da como resultado los síntomas ansiosos. Para poder manejar estos síntomas el Ego entonces recurre a mecanismos de defensa automáticos como la negación, la sublimación, la formación reactiva, etc.

Morbimortalidad.

Los trastornos mentales son condiciones de salud que se caracterizan por alteraciones del pensamiento, el estado de ánimo y el comportamiento, o alguna combinación de éstas. Entre sus efectos están la incapacidad para el desempeño, discapacidad, dificultades en la interacción social, sufrimiento o muerte.

Son complejos y de causas biológicas, sociales y psicológicas. Pueden presentarse en cualquier sociedad y en el transcurso de toda la vida; afectan a personas sin distinción de raza, sexo, edad y grupos poblacionales. Así mismo, varían en severidad e impacto sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas.

²⁰ Stacervic, 1999

Otros problemas de naturaleza psico-social, estrechamente vinculados con la salud mental son la violencia social, la violencia intra-familiar, la violencia en el tránsito, el alcoholismo y la fármaco-dependencia.

La enfermedad mental más que la salud propiamente dicha, se atiende a través de la amplia red de hospitales y clínicas con que cuenta la Caja Costarricense del Seguro Social, mediante consulta externa o ambulatoria, hospitalizaciones, medicina de enlace y atención de emergencias.

Principales causas de consulta y egresos hospitalarios

La proporción de consulta por trastornos mentales respecto al total en la CCSS, casi no ha variado en los últimos 20 años. Fueron de 3.07% en 1983, de 4.27% en 1987, de 3.98% en 1992 y 3.7% en 1997. más frecuentes en hombres (4.05%) que en mujeres (3.95%), situación diferente a la de 1983 donde las dos terceras partes de las consultas eran mujeres y un tercio hombres.

La primera causa de consulta (65%) son los trastornos neuróticos y de la personalidad, seguidos de psicosis y otras alteraciones mentales, como se anota en el cuadro siguiente.

CUADRO NO. 3
CAUSAS DE CONSULTA (%) POR TRASTORNOS MENTALES
SEGÚN AÑO Y SEXO

AÑO \ CAUSA	1987				1992				1997									
	TAL	TO	M	HO	J	MU	TAL	TO	M	HO	J	MU						
Trastornos Mentales		4.27		3.99		4.43		3.98		4.02		3.96		3.70		4.14		3.47
Psicosis		0.65		0.76		0.59		0.47		0.58		0.42		0.45		0.56		0.39
Trast. Neurótico y Personalidad		2.78		2.07		3.19		2.47		2.06		2.70		1.90		1.67		2.01
Dependencia Alcohólica		0.11		0.24		0.03		0.05		0.13		0.01		0.10		0.23		0.03
Dependencia Abuso drogas		0.08		0.08		0.08		0.07		0.11		0.06		0.13		0.16		0.12
Otras alteraciones mentales		0.65		0.83		0.55		0.91		1.14		0.78		1.13		1.51		0.92

Los egresos hospitalarios representan el 3.5% del total de egresos en 1987, el 2.16% en 1992 y el 2.07% en 1997; mayor en hombres (4.03%) que en mujeres (1.66%), en los tres períodos de estudios.

La primera causa de egreso como se ve en el Cuadro No.5, son las psicosis y dentro de esta la esquizofrenia, lo que muestra una reducción paulatina conforme se avanza en el tiempo, lo que podría deberse a una mejoría en los programas de rehabilitación. Los trastornos mentales no psicóticos son la segunda causa de egreso, seguido por el alcoholismo y otras alteraciones mentales.

CUADRO NO. 4
EGRESOS HOSPITALARIOS POR TRASTORNOS MENTALES
SEGÚN SEXO Y AÑO

AÑO \ CAUSA	1987			1992			1997		
	OT.	OM	UJ	OT.	OM	UJ	OT.	OM	UJ
Trastornos Mentales	.05	.25	.96	.16	.63	.49	.07	.22	.53
Esquizofrenia	.13	.71	.85	.90	.35	.70	.82	.16	.65
Otras Psicosis	.46	.90	.24	.42	.8	.24	.28	.44	.20
Dependencia Alcohólica	.5	.25	.05	.19	.56	.03	.11	.31	.02
Trastornos mentales	.69	.85	.61	.46	.59	.41	.79	.13	.62
Otras alteraciones mentales	.32	.54	.21	.18	.33	.11	.08	.17	.04

FUENTE: Serie Estadísticas de la Salud, Número 83, 1999, CCSS

El siguiente cuadro muestra algunas características de la mortalidad por trastornos mentales:

CUADRO NO. 5
MORTALIDAD POR TRASTORNOS MENTALES
POR SEXO Y AÑO (%)

CAUSA AÑO	1992			1997		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Trastornos Mentales	.96	1.2	2.8	.13	1.8	3.2
Psicosis	.79	0.9	0.6	.73	0.9	0.7
Alcoholismo	.66	0.3	1.1	.04	0.9	1.8
Abuso de Drogas	.51	0.0	1.0	.38	0.0	0.6

FUENTE: Serie Estadísticas de la Salud, Número 83, 1999, CCSS

Consultas por Grupos de Edad

Hasta los 14 años de edad las consultas se clasifican solo en dos categorías: trastorno mental no psicótico y otras alteraciones mentales, y los egresos en trastorno mental no psicótico y retardo mental, agregándose otras como alcoholismo y psicosis después de los 15 años.

En el grupo de 5-9 años se incrementan las consultas de: 2.29% en 1987 a 4.18% en 1997; más frecuente en niñas. Los egresos no muestran diferencias por sexo

Para los grupos de 5-9 años y de 10-14 años en la información estadística disponible, no hay precisión referente a cuántos ni cuáles son psicóticos y no psicóticos. En ambos grupos se evidencia la mayor prevalencia en hombres que en mujeres y un aumento en el porcentaje de consulta (Cuadros 6 y 7).

Las niñas de 10 a 14 años se internaron más que los varones en los períodos 1987-1997. Las consultas por trastornos mentales en el grupo de 15-19 años mantienen un porcentaje estable, con leve descenso en el período estudiado. En cuanto a los egresos, se internaron más mujeres dos terceras partes que hombres (un tercio), cobran importancia los ingresos por alcoholismo y psicosis. Este grupo de edad, en 1996 utilizó los servicios de urgencia (1.74%), del total de las emergencias, siendo la primera causa de consulta los trastornos neuróticos y ansiedad; los trastornos afectivos (episodio depresivo y otros trastornos afectivos), seguidos por el alcoholismo.

Este análisis puede complementarse con información obtenida de los servicios infarto juveniles (3) existentes en la CCSS. En el Hospital Nacional de Niños, en el 2001 se produjeron 4250 consultas, de las cuales el 46% por Déficit atencional, seguido por mal manejo de límites en un 26%, niño agredido: 25% y el 12% trastornos de eliminación y un 12% por problemas de aprendizaje.

En el 56% de los casos había problemas de violencia intra-familiar y drogas en el entorno de estos niños y el 62% presentaron más de un problema psiquiátrico. Los niños con mal manejo de límites presentaron una mayor tendencia a ser víctimas, en el 60% de los casos con un coeficiente intelectual inferior al normal. Los niños y adolescentes con coeficiente intelectual normal o superior

mostraron más tendencia a la depresión y trastornos de ansiedad. Los casos de trastorno de aprendizaje, en el 60% traían coeficiente intelectual inferior al normal.

Las consultas y los egresos en el grupo de 20-24 y de 45 a 59 años tienen un comportamiento similar, aumentan en forma notoria, en proporción similares entre hombres y mujeres, aunque ligeramente mayor en estas.

En el grupo de 45 a 59 años, las consultas (%) se incrementan con proporciones parecidas entre hombres (6.52%) y mujeres (6.31%), a expensas de los trastornos mentales no psicóticos y psicóticos, como se observa en el cuadro siguiente.

CUADRO NO. 6
CONSULTAS (%) POR TRASTORNOS MENTALES
EN PERSONAS DE 45 a 59 AÑOS, SEGÚN SEXO Y AÑO

SA AÑO	CAJ	1987			1992			1997		
		OTAL	OM	UJ	OTAL	OM	UJ	OTAL	OM	UJ
Trast ornos Ment ales		.12	.88	.22	.31	.97	.47	.69	.73	.26
Psic osis		.13	.34	.05	.87	.10	.76	.87	.34	.68
Trast ornos mentales no psicótico		.93	.81	.41	.37	.58	.72	.29	.26	.30
Sínd rome dependencia alcoholica		.41	.95	.18	.26	.54	.13	.17	.53	.03
Otra s alteraciones mentales		.64	.78	.59	.81	.76	.84	.35	.60	.25

En el cuadro No. 7 se observa que los egresos hospitalarios pasan de 7.55% en 1987 a 4.51% en 1997, con predominio moderado en hombres (5.5%) que en mujeres (6.31%). La esquizofrenia es la primera causa de egreso, índice que se reduce significativamente de 45.17% en 1987 a 11.75% en 1997, ¿mejoras en los programas de rehabilitación?

CUADRO NO. 7
EGRESOS HOSPITALARIOS (%) POR TRASTORNOS MENTALES
EN PERSONAS DE 45 A 59 AÑOS, SEGÚN SEXO Y AÑO

A AÑO	CAUSAS	1987			1992			1997		
		OTAL	OM	UJ	OTAL	OM	UJ	OTAL	OM	UJ
	Trastornos Mentales	.55	.99	.72	.20	.49	.28	.51	.46	.86
	Esquizofrenia	.41	.30	.50	.72	.67	.76	.53	.24	.73
	Otras psicosis	.85	.37	.46	.75	.18	.45	.80	.11	.06
	Alcoholismo	.64	.56	.21	.75	.71	.07	.65	.46	.10
	TMI no Psicótico	.19	.13	.24	.71	.59	.80	.14	.55	.86
	Retardo Mental	.45	.63	.31	.26	.34	.20	.11	.10	.12

Las características de consulta y egresos en las personas de 60 años y más, atendidas en psiquiatría, muestran una ligera reducción en la proporción de consultas (4.85% bajan a 3.71%), con un franco predominio en mujeres (4.67%) que en hombres (4.08%). Los trastornos mentales no psicóticos ocupan la primera causa de consulta.

3. NECESIDADES SENTIDAS EN EL AREA DE SALUD MENTAL

Un estudio realizado en la Caja Costarricense de Seguro Social indica que el problema principal de salud percibido se refiere a la salud mental, el cual lo relacionan con:

- Cultura de violencia que genera agresión, delincuencia.
- Transformación de la estructura familiar
- Empleo /desempleo /empleo no calificado
- Educación
- Pobreza
- Falta de información
- Aspectos socioculturales generales
- Prácticas de exclusión como el abandono, la soledad, la discriminación y el rechazo.
- Limitaciones de los servicios de salud

Dentro de los grupos de población con necesidades específicas se encuentran: niños, niñas y adolescentes, mujeres, adultos mayores e inmigrantes (nicaragüenses y panameños), población en estado de pobreza, discapacitados, grupos indígenas.

En el estudio también se indica la percepción que se tiene de los servicios de salud:

Mala atención en general
Saturación de los servicios, falta de especialistas en áreas de la salud, citas a largo plazo, largas filas de espera para la atención
Poca información al paciente
Diagnóstico y tratamiento inadecuados
Falta de medicamentos
Restringida participación social
Discriminación (falta de equidad, preferencias)

Inadecuada infraestructura y equipamiento

Necesidades sentidas en el ámbito comunitario Una encuesta a madres de preescolares que asisten a los CENCINAI señaló las siguientes necesidades:

Conocimiento sobre Sexualidad infantil, juegos sexuales en menores.
Abuso: qué es y cómo prevenirlo.
Agresividad en los niños y niñas.
Conductas violentas. Juego y relaciones con otros niños.

Influencia de la TV .
Conflictos entre los miembros de la familia.
Relaciones familiares. Celos entre familiares.
Respeto a las diferencias. Poca tolerancia a las diferencias.
Expresión del afecto.

Un estudio en asambleas comunales (participación comunitaria, 1998)) con 17 comunidades reveló que sus prioridades en salud mental eran : Alcoholismo infante juvenil, drogadicción, falta de centros de recreación, Conflictos, familiares, abandono y maltrato, problemas mentales, violencia social y falta de educación a padres de familia

Otro estudio reciente realizado por las 81 áreas de salud del Ministerio de Salud en el primer trimestre de este año (Acos, MS, 2002¹) indicó que todas las regiones identificaron problemas relacionados con Salud mental como alcoholismo, drogadicción, VIF, inseguridad ciudadana; 7 regiones priorizaron (de 1o. A 3o. Lugar) las siguientes: Violencia Intrafamiliar (problema No.1). Farmacodependencia y embarazo en adolescentes.

4. SISTEMA DE ATENCIÓN: OFERTA DE SERVICIOS

FORTALEZAS

La enfermedad más que la salud mental propiamente dicha se atiende a través de una amplia red de hospitales y clínicas de la CCSS, mediante consultas ambulatorias, hospitalizaciones, medicina de enlace y atención de emergencias.

- El Ministerio de Salud dirige y conduce una propuesta para la formulación de políticas nacionales en salud mental, como parte de la Política Nacional de Salud 2002-2006.

- Se cuenta con dos hospitales nacionales especializados, el Hospital Nacional Psiquiátrico y el hospital Dr. Chacón Paut y servicios de Psiquiatría en 5 hospitales nacionales. En los 7 hospitales regionales y 13 hospitales periféricos se cuenta con un psiquiatra que atiende consulta externa,

¹ Ministerio de Salud, ACOS, 2002.

interconsultas, emergencias y hospitalizaciones, con gran recargo de funciones. También se dispone de consulta externa en 9 clínicas del área metropolitana.

- El Hospital Nacional Psiquiátrico es un centro de referencia y tiene además funciones de docencia e investigación. Desde la década de los 90, inicia acciones hacia su modernización, con énfasis a mejorar la calidad de vida de sus pacientes y la búsqueda de opciones para la desinstitucionalización y reinserción social, obteniéndose algunos logros como la reducción del número de camas de 1.140 en 1990 a 811 en la actualidad: 570 para larga estancia y 241 para agudos. En los últimos 5 años se logró la reubicación externa de 150 pacientes que puede considerarse un logro de la rehabilitación y mejor coordinación con el programa de Hospital Diurno y Hogares Transitorios. Tiene un presupuesto de 5, 857,497.272; 956 empleados, un censo promedio de 632 pacientes, un índice ocupacional de 78%, y 811 camas.

- Un servicio de psiquiatría en el Hospital Calderón Guardia, creado en 1961. En mayo del 2001 el servicio se independiza de la sección de Medicina Interna, reconociéndose la psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica (Decreto Ejecutivo 20665-S)

- La Caja cuenta actualmente con la propuesta de un modelo readecuado para la atención de la salud mental: Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental. Perfil de Proyecto. Caja Costarricense del Seguro Social. Marzo, 2002), en el cual se propone una transformación de la organización y el funcionamiento de la red de atención, con acciones en los tres niveles, de acuerdo a los cánones modernos de la atención en salud mental y las necesidades actuales de la población costarricense, con énfasis en la promoción de la salud mental. Propone la integración de equipos multidisciplinarios para la atención integral por niveles de las personas por niveles resolutivos. El modelo aún no ha sido aprobado por la Junta Directiva de la CCSS. La CCSS cuenta con recursos humanos altamente especializados: 73 psiquiatras y 81 psicólogos.

- Otros prestadores de servicios son en Instituto Nacional de Seguros que cuenta con 2 psiquiatras y 3 psicólogos. De enero a octubre del presente año se han producido 6.028 atenciones, de las cuales 1.328 son dadas por psiquiatras y 4.700 por psicólogos. Estas atenciones representan el 1% del total de consultas del INS en el mismo período. El INS cuenta en sus oficinas centrales con una clínica de reinserción laboral atendida por un equipo interdisciplinario.

- El sector privado en los últimos diez años ha incrementado de forma importante la atención en salud mental. En la clínica Bíblica funciona desde hace nueve años un programa de salud mental atendido por dos psiquiatras que ofrecen medicina de enlace, atención de emergencias, hospitalizaciones y consulta externa con un promedio de 120 consultas mensuales por médico psiquiatra. También el Hospital CIMA/San José cuenta con un amplio equipo de psicólogos y psiquiatras.

- Es importante anotar que, de 15 universidades que tienen la carrera de Psicología, 7 brindan servicios de salud mental a estudiantes y algún otro tipo de público a precios módicos o gratuitos. Estas son : UNIBE, Leonardo Da Vinci, Monterrey, UCACIS, Universidad Latina, UCR, y VINCULOS.

- Existencia de instituciones públicas y privadas que desarrollan acciones relacionadas con salud mental, con énfasis en la atención más que a la promoción (INAMU, IAFA, PANI, PANIAMOR, SER Y CRECER, CNFL, ETC.)

- El Instituto Nacional Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), creado por la Ley 7035 es el ente rector que atiende la problemática de alcoholismo y adicciones, a nivel nacional. Entre sus funciones se destaca la acreditación de todos los programas y organizaciones dirigidas al abordaje de la temática de adicciones; elaboración de programas de prevención, promoción, atención y

rehabilitación, y un servicio de consulta externa, para la atención directa de personas con problemas de alcoholismo u otra farmacodependencia a través del Servicio de Desintoxicación del Instituto en coordinación con otras instituciones no gubernamentales y algunas del Estado.

-En la Consulta Externa se atienden tanto los pacientes referidos por el Servicio de Desintoxicación del IAFA como por otras entidades. El servicio brindado es totalmente integral desde emergencias, con intervención de Trabajo Social, Enfermería, Educación Individual y Familiar.

- El 78% de la población atendida no son asegurados. Del año 1999 al año 2001 produjo 15757 atenciones: el 10% son niños entre 5-14 años, el 70% personas entre 15-45 años. El 10% requiere atención psiquiátrica y 40% son atenciones generales.

- El ordenamiento jurídico costarricense tiene un conjunto de disposiciones relativas a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental, promulgados a inicios de la década de los setenta y dispersos en diferentes cuerpos normativos entre los que se destacan la Ley General de Salud, la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad, la Convención Americana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y la Ley de Derechos de los Pacientes.

- La Ley General de Salud se refiere al internamiento, voluntario e involuntario, por causas mentales (Art. 22 y 30), obligando al director del establecimiento a comunicar los ingresos no voluntarios en forma inmediata a la Corte Suprema de Justicia la cual debe hacerse ante el juzgado de familia de la jurisdicción correspondiente, y deberá cumplir con las obligaciones y requisitos de la curatela.

- La Ley 7600 desarrolla un cúmulo de derechos de las personas con discapacidad, que incluye a los enfermos mentales, como el derecho a la educación, al trabajo, al transporte, a los servicios de salud, etc.

- Existencia de lineamientos rectores en promoción de la salud, que incluye el componente de salud mental, para ser desarrollados en los escenarios estratégicos.

DEBILIDADES

- Falta de prioridad a la salud mental en el pasado y ausencia de Políticas Nacionales de salud mental.

- Falta de Rectoría en salud mental que conduzca, dirija, coordine, vigile y evalúe las acciones intersectoriales de salud mental en el país.

- Inexistencia de Políticas y de un Plan de Salud Mental integrador de acciones o proyectos intersectoriales de salud mental nacionales.

- Enfoque de la atención de la enfermedad y no de la salud mental.

- Falta de Políticas de Salud Mental infantil.

- Falta de coordinación intersectorial e interinstitucional de entidades nacionales públicas y ONGs que realizan acciones en salud mental, lo que genera desarticulación y duplicación de acciones.

- Acciones desarticuladas para la promoción, prevención, atención integral y rehabilitación de la Farmacodependencia

- Limitada participación de la comunidad y otras instituciones en la promoción y sostenibilidad de las acciones dirigidas a fortalecer la salud mental.

- Carencia de investigaciones epidemiológicas para determinar la magnitud de la patología y necesidades prioritarias de salud mental. También se carece de investigaciones científicas para llenar vacíos de conocimiento.

- El modelo actual para el abordaje de los trastornos mentales está centrado en el tercer nivel de atención, con ausencia de la promoción de la salud mental, acciones aisladas de prevención e insuficientes intervenciones en el área de la rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales.

- Iniquidad y falta de acceso oportuno para la atención de los problemas de salud mental.

- Ausencia de la salud mental en el nivel primario de atención.

- Falta de capacitación y sensibilización del personal de salud para brindar una atención de calidad en salud mental, especialmente en el primer y segundo nivel.

- Concentración de los recursos materiales, humanos y financieros en el tercer nivel de atención. El 3.5% del presupuesto de salud de la CCSS está concentrado en los dos hospitales nacionales y el servicio de Psiquiatría del Hospital Calderón Guardia.

- Ausencia de presupuestos para la promoción de la salud mental

- Ausencia de programas educativos a la comunidad sobre salud mental

- Falta de decisión política para una desconcentración y descentralización de los servicios de atención de la salud mental.

- Ausencia del componente de salud mental en los planes de estudio de profesionales de la salud.

- Ausencia de programas educativos dirigidos a la población para reducir la estigmatización de la enfermedad mental

- Incumplimiento de los Decretos Ejecutivos N° 20665-S y N° 23984-S relacionados con la reestructuración de la atención psiquiátrica

- No hay programas de salud mental para grupos de riesgo o situaciones de riesgo como desastres naturales.

- Los instrumentos legales nacionales e internacionales relativos a los derechos humanos de los enfermos mentales son poco conocidos en el país y han tenido poca difusión

- No existe en el país un organismo oficial que vele y fiscalice el cumplimiento de estos derechos.

- Revisión de las normas sobre la capacidad de actuar y el proceso de insania contenidos en el Código Civil y en el Código procesal Civil

- Los procedimientos y normas del internamiento de personas por orden judicial merecen una atención y revisión especial. Es aquel internamiento producto de una orden emanada del juez, en el cual impone una medida de seguridad curativa que consiste en el internamiento en una institución

psiquiátrica de conformidad con el artículo 101 del Código penal y del artículo 388 y siguientes del Código Procesal Penal. El juez también puede ordenar el internamiento en el hospital psiquiátrico mediante la imposición de una medida cautelar (son impuestas sin los estudios médicos para determinar si esa es la mejor opción para la circunstancia que presenta esa persona).

Deficiencia en la aplicación de normas y procedimientos legales relativas a los derechos humanos señaladas por la oficina de Asesoría y Gestión Legal del Hospital Nacional Psiquiátrico de la Caja Costarricense del Seguro Social.

F. BIBLIOGRAFÍA

Bejarano, J. Alvarado, A. La investigación sobre la temática de las drogas en Costa Rica. Revisión de las últimas tres décadas, San José, C.R. IAFA, 1992

Bejarano, J.; Estudio Nacional sobre Consumo de drogas 200-2001, Instituto Alcoholismo y Farmacodependencia, 2002

Bejarano, J; San Lee L; Ugalde, F. Consumo de drogas y percepciones del riesgo derivado en estudiantes de universidades estatales de Costa Rica 1992-1996

Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Gerencia de Modernización y Desarrollo, Perfil de Proyecto, *Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental*, San José, Costa Rica, Marzo 2000

Costa Rica, Ley de Igualdad de Oportunidad para las Personas con Discapacidad (7600). Primera Edición, San José, Costa Rica 1997.

Costa Rica, Ley General de Salud. Ministerio de Salud, 1973.

Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Atención al Maltrato desde el Ámbito Sanitario en la Comunidad de Madrid, España, abril 1999.

Instituto Mario Negri, Salud Mental en el nivel primario de Atención: Estudio en una muestra de pacientes en seis países centroamericanos, Centro Colaborador de la OMS/OPS en investigación y Capacitación en Salud Mental.

Gask, L., Croft, J., Métodos para colaborar con los servicios de atención primaria, Avances en Psiquiatría, vol6, n| 6, may 2001, págs. 35-42

Jiménez, F. Y Bejarano, J. Estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas. San José, C.R.: Instituto de Alcoholismo y Fármaco-dependencia, 1991

Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, *Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar*, San José, Costa Rica, Año 2002

Ministerio de Salud, *Memoria Anual 2000*, San José, Costa Rica, Año 2000

Ministerio de Salud, Metodología para la Formulación de la Política Nacional de Salud 2002-2006, San José, Costa Rica, Setiembre 2002

Ministerio de Salud, *Plan Nacional de Desarrollo*, Julio 2002

OPS/OMS, CCSS, ILANUD, CNREE, Derechos Humanos de las Personas con Enfermedad Mental en el Sistema de Salud de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, Madrid, España, 1996

Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, *Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas*, Ginebra, Suiza, 2001.

Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal, Vol. 5 (2), Dic. 2000, Vol. 6 (1), Junio 2001, San José, Costa Rica, Año 2001.

Rodríguez J. y Colaboradores, Base Programáticas, Programa Atención Integral a la Adolescencia. CCSS, San José, 2002.

CAPITULO XII

“VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES”

XII. CAPITULO XII VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES

A. RESUMEN

Costa Rica es un país que por su ubicación y por condiciones físico geográficas y geológicas, se encuentra expuesto a fenómenos naturales como, sequías, deslizamientos, huracanes, actividad volcánica y terremotos y a los fenómenos antrópicos y tecnológicos que causan emergencias y desastres

El país cuenta con legislación general y específica que permite a las instituciones tomar las medidas necesarias para la gestión y atención de los desastres y se están haciendo esfuerzos para la organización conjunta y el desarrollo de planes en la gestión del riesgo y programas en la prevención y atención de los desastres.

El sector en materia de desastres ha tenido un avance que no es despreciable. Existe en mayor o menor grado en las instituciones iniciativas para mejorar la respuesta en desastres. En el seno de la Comisión Nacional de Emergencias ha habido un impulso importante en el cual las instituciones de salud se han adherido y poco a poco se ha mejorado la respuesta.

No obstante se identifican aun vacío en la organización para la atención de los desastres, en la reducción de la vulnerabilidad de la infraestructura sanitaria que ante una gran desastres no puede limitar la respuesta en forma importante.

Se identifican cuatro áreas prioritarias a desarrollar:

La organización de la respuesta en lo que respecta a planificación, formulación de planes, suministros, equipos de apoyo, capacitación y otros.

Reducción de la vulnerabilidad al no tenerse, en una buena parte, estudios de riesgo no estructural y funcional de la infraestructura sanitaria. En lo que concierne a la seguridad interna de los hospitales y centros de salud es necesario implementar medidas para la prevención de los desastres que pudieren existir.

Las comunicaciones aunque hoy día son buenas no tenemos sistemas alternos en caso de falla de la infraestructura del país y las instituciones de salud.

Es necesario dar un mayor impulso a las oficinas o programas que en las instituciones se encargan de impulsar la prevención, mitigación y atención de desastres tanto en lo que respecta al respaldo financiero y de otros recursos como en el apoyo logístico a fin de que los programas se desarrollen con mayor solvencia.

Es necesario fortalecer la coordinación interinstitucional en los sectores de salud para mancomunarse esfuerzos.

B. INTRODUCCIÓN

Costa Rica es un país que por su ubicación y por condiciones físico-geográficas y geológicas, se encuentra expuesto a fenómenos naturales como las inundaciones, sequías, deslizamientos, huracanes, actividad volcánica y terremotos.

Por la acción de los humanos, como la explotación no planificada de los bosques, ganadería intensiva, desarrollo industrial y tecnológico, se han presentado otro tipo de desastres como los grandes incendios, explosiones en industrias y derrames de sustancias tóxicas.

Estas situaciones hacen que sea necesario trabajar en la prevención, mitigación y atención de desastres, a través de la capacitación, el fortalecimiento de los niveles de atención en salud y con énfasis en el nivel local dado que es allí donde se da una primera respuesta”

Las instituciones han hecho esfuerzos para organizarse y desarrollar programas para la prevención y atención de los desastres en los diferentes niveles de atención; sin embargo se encuentra un desarrollo desigual en las diferentes regiones, por lo que será necesario establecer una nivelación en sus sistemas de preparación y respuesta

En el país existe legislación general y específica que permite a las instituciones tomar las medidas necesarias para la atención de los desastres. Es importante la participación de todos los niveles de la administración en el logro de una adecuada preparación frente a los desastres y la coordinada respuesta del sector

C. Aspectos jurídicos relevantes

1. Ley Nacional De Emergencias N° 7914.

El marco jurídico para el manejo de emergencias correspondió entre 1969 y 1999 a la normativa establecida por la Ley Nacional de Emergencias No. 4374 del 14 de agosto de 1969, la cual respondió a una serie de eventos, entre ellos, las erupciones de los volcanes Irazú (1963) y Arenal (1969). Dicha ley fundamentaba el accionar institucional en la atención de emergencias.

El desarrollo del país, la dinámica social y el aumento en la vulnerabilidad de la población plantearon la necesidad de intervenir sobre el origen del riesgo además de hacerlo solo sobre los efectos, lo cual implica la incorporación de la prevención en el desarrollo nacional. Por ello, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley Nacional de Emergencia (No. 7914 del 13 de octubre de 1999 en la Gaceta N° 199, Alcance 78).

Por medio de esta ley se crea la “Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias” (C.N.E.), antes Comisión Nacional de Emergencia; como órgano de desconcentración máxima adscrito a la Presidencia de la República, con personalidad jurídica instrumental, patrimonio y presupuesto propio.

La CNE es la institución responsable de coordinar las labores preventivas en situaciones de riesgo inminente de emergencia, mitigación y respuesta a situaciones de emergencia, regula la actividad extraordinaria que el Estado debe efectuar frente a las emergencias, así como las acciones ordinarias para la prevención del riesgo, garantizando el manejo oportuno, coordinado y eficiente de los recursos humanos, técnicos, administrativos y económicos, con el propósito de resguardar la vida, la integridad física, el patrimonio de los habitantes y la conservación del orden jurídico y social.

En el ámbito del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Emergencias establece

La responsabilidad de la CNE como entidad coordinadora.

La participación institucional obligatoria.

La colaboración de particulares y entidades privadas.

El aprovisionamiento presupuestal para prevenir situaciones de riesgo y atención de emergencias.

El punto de partida para la coordinación del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Emergencias lo constituye la misma integración de la Junta Directiva, en la cual participan los jefes de:

Ministerio de Salud.

Ministerio de Obras Públicas y Transportes.

Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos.

Instituto Mixto de Ayuda Social.
 Ministerio de Ambiente y Energía.
 Ministerio de Seguridad Pública.
 Cruz Roja Costarricense.

Esta legislación incluye, entre otros aspectos, la potestad de imponer restricciones temporales, expropiación sin previa indemnización cuando medie declaración de emergencia, posibilidad de imposición de servidumbres para evacuación y tránsito, limitación de uso o derribo de edificaciones bajo condiciones de riesgo en zonas declaradas en emergencia y el establecimiento de resoluciones vinculantes para la prevención del riesgo y atención de emergencias.

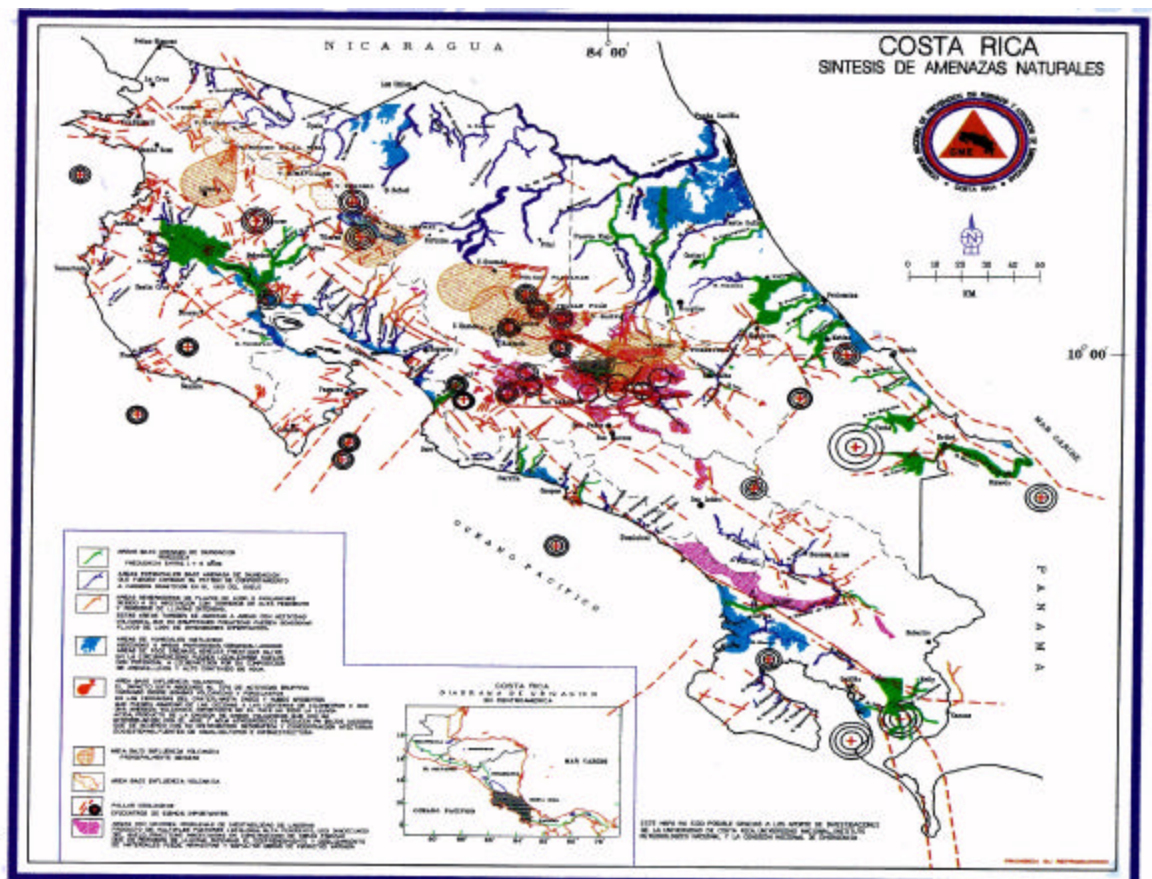
Además regula el manejo y control de los recursos económicos tanto en actividad ordinaria como en la activación del Fondo Nacional de Emergencia y donaciones o aportes extraordinarios.

2. Normativa Complementaria

Además de la Ley 7914 y el reglamento de Prevención de Riesgos y Atención de emergencias, la CNE fundamenta su accionar en otra normativa nacional según el campo de acción. (Anexo N°1)

D. Caracterización General de las Amenazas en el País

Costa Rica por su ubicación latitudinal, ístmica y por sus condiciones físico-geográficas y geológicas, se encuentra expuesta a fenómenos naturales que con frecuencia causan desastres. Estos pueden magnificarse o generar nuevas amenazas por las acciones de la sociedad sobre el medio.



1. Amenazas por Eventos Naturales

Dentro de la diversidad de *fenómenos naturales* que periódicamente afectan al país se encuentran los siguientes:

Amenazas hidrometeorológicas

Caracterizadas por eventos de alta precipitación, sequías y disturbios atmosféricos como vaguadas, depresiones tropicales o la influencia de los vientos alisios, así como la influencia indirecta de huracanes, tormentas tropicales sobre todo cuando circulan por el mar caribe.

Inundaciones

Representa el tipo de amenaza más frecuente en el país y sobre todo está determinada por dos factores principales: lluvias estacionales y la influencia de disturbios atmosféricos. Las lluvias estacionales típicas se dan en la Vertiente Pacífica y Valle Central. Estas presentan un periodo lluvioso entre los meses de mayo y noviembre. La Vertiente Atlántica presenta un patrón de lluvias de prácticamente todo el año, con menor predominio de lluvias en los meses de marzo, abril y octubre. El periodo lluvioso típico comprende los meses de mayo a setiembre y de noviembre a enero, siendo diciembre y ocasionalmente enero, con algunos episodios esporádicos en febrero; los meses más lluviosos.

Las inundaciones se producen comúnmente en áreas aledañas a cauces fluviales y depósitos de agua, naturales y artificiales, asociado a los siguientes factores climáticos y geográficos: morfología del terreno, intensidad de lluvia, tiempo de concentración, infiltración – saturación, uso de suelo y cobertura vegetal.

Históricamente las zonas de mayor impacto por inundación se ubican en: la Vertiente Caribeña en donde las cuencas hidrográficas que presentan mayor problema son las de los ríos Matina, Estrella, Sixaola y Chirripó y la Vertiente del Pacífico siendo las cuencas de los ríos Grande de Térraba, Corredores, Parrita, Grande de Tárcoles y el Tempisque las que presentan mayor problema.

Tormentas Tropicales y Huracanes.

Los huracanes y las tormentas tropicales son los fenómenos atmosféricos que más daño causan a Costa Rica, sobre todo por efecto de inundaciones y deslizamientos.

En los últimos años los huracanes Joan en 1988, César en 1996, Mitch en 1998 y Floyd 1999, han ocasionado severos daños en Costa Rica, especialmente el huracán César, el cual causó pérdidas de vidas humanas y grandes daños a la infraestructura nacional. A pesar de que los huracanes se forman en el mar Caribe afectan el litoral del Pacífico costarricense, debido a la circulación de los vientos y del movimiento de la Zona de Convergencia Intertropical hacia el país.

La distribución geográfica del impacto de los principales huracanes y tormentas tropicales que han afectado indirectamente al país, muestra que las precipitaciones normalmente han generado tres focos importantes de impacto, y cuya manifestación fue el anegamiento de grandes áreas ubicadas en las llanuras del región Brunca, principalmente las del Río Térraba, Coto-Colorado, Sierpe y Osa, las Llanuras del Río Parrita y Tárcoles y las Llanuras del Río Tempisque.

Así mismo en la mayoría de estos eventos se observan impactos focales por desbordamientos en puntos recurrentes de la vertiente Pacífica, o por derrumbes producto de la constitución litológica, básicamente por suelos de alta susceptibilidad a la remoción en masa (movimientos gravitacionales) o de poca cohesión esencialmente en condiciones de alta humedad y saturación, en áreas de alta pendiente o con procesos de erosión fuertes o avanzados. Destacan en este sentido los siguientes cantones : Acosta, Desamparados, Tarrazú, Puriscal, Grecia, Aguirre, Coto Brus, Osa, Pérez Zeledón, Montes de Oro Puntarenas (Distritos de Cóbano, Lepanto y Paquera).

Sequía

Entendida como la reducción temporal de disponibilidad de agua por debajo de los límites promedio establecidos, se presenta principalmente en la región de Guanacaste, específicamente en la cuenca del río Tempisque y en las áreas aledañas al Golfo de Nicoya, acentuada por la actividad agropecuaria, la deforestación y el Fenómeno del Niño, que también se presenta en el resto del país. Según la información publicada por el Instituto Meteorológico Nacional (IMN).

El fenómeno el niño es un ciclo oceánico-atmosférico que se desarrolla en las aguas ecuatoriales del Océano Pacífico Tropical. Consta de dos fases (un ciclo): la fase cálida, conocida popularmente como El Niño y la fase fría, conocida popularmente como La Niña. Las fases están referidas a las temperaturas superficiales y sub-superficiales del Océano Pacífico ecuatorial.

Los efectos identificados en Costa Rica para este fenómeno son variados por lo que actualmente el Instituto Meteorológico Nacional lleva a cabo varios trabajos de investigación para determinar como este fenómeno afecta las precipitaciones y otras variables meteorológicas del país.

Sin embargo, existen efectos bien definidos cuando la intensidad de la fase cálida del ENOS (El Niño Oscilación Sur) es fuerte, tal y como sucedió en 1982 y 1997: los valores acumulados de lluvia en la vertiente del Pacífico tienden a ser mucho menor que lo normal, adicionalmente cuando El Niño es de fuerte intensidad, la probabilidad de formación de tormentas tropicales o huracanes es muy baja en el mar Caribe, por consiguiente la probabilidad de un temporal en la vertiente del Pacífico costarricense es mucho menor. La ausencia o disminución de temporales, así como el aumento en la cantidad de días secos, hacen que al finalizar un año la cantidad de lluvia acumulada sea menor que la cantidad promedio.

Amenazas de Origen Geológico:

Deslizamientos:

Los deslizamientos son un fenómeno relacionado con aspectos geológicos, geomorfológicos, climáticos y antrópicos estos últimos determinados por uso inadecuado del suelo, deforestación, malas prácticas constructivas. Generalmente se manifiestan en la superficie de la corteza terrestre. Su mayor efecto es sobre los cultivos, la población y la infraestructura arquitectónica creada por el hombre.

Los más importantes se producen en: San Blas de Cartago, San Vicente de Tres Ríos, Tapezco en Santa Ana, Puriscal, Carretera Interamericana Sur, del kilómetro 109 al 125, Carretera San José – Guápiles, Alto Loaiza y Quebrada los Tanques en Orosí, Paraíso de Cartago, Peñas Blancas de Esparza, Lagunas de Arancibia Miramar entre otros. Adicionalmente existen zonas de alta recurrencia de deslizamientos menores pero que ocasionan gran afectación a las personas sobre todo por ocurrir en zonas marginales con desarrollo habitacional en condición de tugurio o bien áreas densamente pobladas, entre los puntos de mayor recurrencia se identifican: Varios lugares en Alajuelita, Los Guido de Desamparados, Linda Vista en Curridabat, Río Azul, Rositer Carballo en la Uruca, Barrio Corazón de Jesús LA Uruca, San Gabriel Aserri, Los Cipreses en Barrio México, Turrialba en comunidades como Tres Equis, Izarco, Campabadal y otros más.

Sismicidad

La actividad sísmica se debe al choque de placas (subplacas Coco-Caribe-Nazca) y a la presencia de fallas locales que se dan a lo largo del eje longitudinal de sierras y cordilleras con dirección sureste - noroeste.

Las regiones de mayor actividad sísmica se localizan principalmente en tres áreas: Área Central que se caracteriza por un sistema de fallas locales, focos superficiales y magnitudes menores a 7. En el litoral Pacífico se presentan choque de placas y eventos mayores a magnitud 7 en la escala de Richter² con intensidades XIII y X en la escala de Mercalli modificada³ y por ultimo en el Caribe del país prevalece la baja sismicidad, sin embargo se han presentado eventos de gran magnitud

² Escala de Richter. Escala utilizada para medir la cantidad de energía liberada en la fuente sísmica, es una escala logarítmica y requiere el uso de sismógrafos.

Nuestro país ha experimentado algunos eventos sísmicos importantes durante la segunda mitad del siglo XX, en que después de un periodo de inactividad desde el terremoto de Bajos del Toro en Grecia en 1955, se presenta otro evento en 1973, el terremoto de Tilarán con una magnitud de 6.5 en la escala de richter; en 1983 se presentan dos eventos importantes el terremoto de Osa Golfito y el de Pérez Zeledón, con magnitudes de 7.3 y 6.1 respectivamente; el periodo comprendido entre 1990 y 1993, es sin duda el de mayor actividad del siglo, se presentaron eventos importantes en Cóbano 1990, Puriscal 1990, Piedras Negras 1990, Limón – Telire 1991, Los Santos 1991, Naranjo 1992

y el terremoto de Pejiballe en 1993, con magnitudes en la escala de Richter de 7.0, 5.0, 5.8, 7.7, 4.8, 6.0 y 5.2 respectivamente.

Esta característica de alta sismicidad ha hecho que el país tome una serie de medidas de reducción de la vulnerabilidad dentro de las que destaca la vigencia de un código sísmico nacional, así como el reforzamiento de la mayor parte de la infraestructura hospitalaria nacional.

Vulcanismo

La cadena volcánica cuaternaria se extiende desde el centro del país (Cordillera Volcánica Central) hacia el Noroeste (Cordillera Volcánica del Guanacaste), siendo los volcanes Irazú, Poás, Arenal y Rincón de La Vieja, los que han presentado una manifiesta actividad eruptiva durante el presente siglo, causando severos daños a la infraestructura.

Los principales volcanes activos en nuestro país son:

Rincón de la Vieja: ubicado a 24 kilómetros al NE de la Ciudad de Liberia, existen referencias históricas de actividad eruptiva desde 1765, su última actividad se presentó en 1998, con más de 15 erupciones en 10 horas y dos más en las 13 horas subsiguientes, se observaron grandes columnas de vapor y ceniza que se elevaron varios cientos de metros, así como una serie de lahares⁴ en los ríos Penjamo y Quebradas azufrada y Azul. Asimismo la erupción de 1995 se observaron flujos piroclásticos a más de 1 Km de distancia y se reportó la caída de ceniza en la península de Santa Elena a más de 75 km de distancia en el océano pacífico. Este volcán se ha caracterizado por la erupción periódica de materiales piroclásticos, emanación de gases, actividad sísmica y lahares sobre todo en la vertiente norte del volcán afectando a la población de Dos Ríos de Upala.

Volcán Arenal: se ubica a 7 kilómetros de la fortuna de San Carlos, posee una historia geológica de más de 3 mil años, en la actualidad se le considera el más explosivo del país, ha presentado históricamente actividad de nubes ardientes y avalanchas incandescentes, flujos piroclásticos, coladas de lava y microsismos. Desde 1969 periodo de gran actividad a la fecha ha emanado en forma continua más de 100 coladas de lava, con algunos episodios de emisión de flujos piroclásticos y nubes incandescentes. Durante la actividad de 1968, generó nubes incandescentes que llegaron a dos pueblos ubicados en las faldas, lo que originó la muerte de unas 78 personas. La zona presenta un alto desarrollo turístico caracterizado por hoteles, balnearios y flujo importante de visitantes tanto nacionales como extranjeros, gran parte del área de influencia está dentro de la zona de protección del parque nacional, no obstante en caso de erupción los especialistas en vulcanología han determinado un radio de afectación en el orden de los 4.5 km a 7 km a la redonda.

Volcán Poás: se ubica en la provincia de Alajuela, a unos 30 km al Noroeste de San José, presenta una historia eruptiva desde 1828, habiendo tenido un periodo eruptivo importante entre 1994 y 1996, en el que se dan una serie de episodios desde aparición de fumarolas, evaporación de las aguas del lago, emisiones sulfurosas y ácidas, con la consecuente afectación de las comunidades ubicadas al NO del macizo volcánico, hasta la ocurrencia de miles de sismos. El peligro volcánico de acuerdo a

³ Es una escala para medir los efectos del evento, es subjetiva a partir de la percepción o de los efectos visibles del sismo, consta de doce puntos de evaluación y comparación.

⁴ Avalanchas de material de origen volcánico.

Prosser (1983) y Paniagua & Soto (1988), publicado en Paniagua 2002, serían: Corto Plazo. Lluvia ácida con pérdida de vegetación y presencia de temblores por los próximos 10 años. A mediano plazo, entre los próximos 10 a 100 años, lahares, caída fuerte de cenizas, oleadas piroclásticas y en el largo plazo erupciones explosivas, flujos piroclásticos, fuerte caída de cenizas, temblores y lahares.

Volcán Irazú: ubicado en la provincia de Cartago a 24 Km Noreste de San José, presenta mayor actividad desde 1962, en 1963 hizo una erupción que destruyó infraestructura y laderas en los alrededores, se tiene reporte de lanzamiento de bloques hasta 1 Km de distancia y la cobertura por nubes de ceniza de todo el Valle Central del País. En ese mismo año se presentaron lahares en el Río Reventado que nace en el flanco SO del volcán y afecta el Oeste de la Ciudad de Cartago, en ese evento se perdió la vida de por lo menos 20 personas, más de 300 viviendas destruidas, se estima según (Paniagua 2002) que la extensión de la caída de ceniza en los dos años posteriores a la erupción de 8.000 km². El Irazú ha presentado actividad importante desde 1994 hasta 1998, periodo en el cual se han presentado miles de sismos, deslizamientos de bloques, columnas de ceniza y gases.

El riesgo volcánico se establece, según Paniagua (2002)⁵; en corto plazo con probabilidad de lahares y depósitos piroclásticos de caída y de flujo, en el orden de decenas a cientos de años. En este caso en particular debe tenerse presente que la población vulnerable es mucho mayor dado el desarrollo productivo, industrial y turístico de la Provincia de Cartago, toda vez que en caso de presentarse lahares en el río reventado existe toda una población que se ha asentado en los Diques de protección colocados en las márgenes del Río Reventado.

Volcan Turrialba: se ubica a 34 KM de San José, presenta una historia eruptiva de por lo menos tres eventos en los últimos 3500 años (Paniagua 2002), más recientemente se presentaron eventos con actividad débil de fumarolas (1995) y un aumento de la microsismicidad asociada a la actividad del volcán en el periodo 1996.

Los peligros asociados son: flujos piroclásticos, explosiones dirigidas, avalanchas volcánicas, coladas de lava, dispersión de gases y cenizas. No obstante se deduce que los especialistas establecen como periodo de ocurrencia de estos eventos el comprendido entre los próximos dos siglos.

2. Amenazas Antropogénicas y Tecnológicas.

En la medida que la humanidad ha ido transformando la naturaleza para crear nuevos recursos, el hábitat ecológico del planeta es constantemente vulnerado por los desastres que produce el desarrollo tecnológico. Así, la expansión de las ciudades, el vertiginoso crecimiento industrial, la nueva tecnología agraria y la explotación y el uso indiscriminado de suelos y mares, como también la utilización de materiales inflamables y explosivos -nucleares- han llevado la contaminación ambiental a niveles extremadamente peligrosos, muchos accidentes tecnológicos han generado en el mundo verdaderos desastres entre ellos el escape de metilisocianato en Bhopal India 1984 o el accidente nuclear de Chernobil Ucrania 1986, nuestro país ha experimentado una serie de eventos de este tipo entre los que destacan: Incendio del poliducto (Santo Domingo de Heredia 1994), Vuelco del cisterna con gas licuado de petróleo km 103 de la carretera interamericana 1 fallecido y 5 personas con quemaduras severas (Pérez Zeledón 1995), incendio en Laboratorio (Zapote 1993), intoxicación de 30 niños en una escuela en Guadalupe de Cartago por exposición a productos de la combustión incompleta de Terbufos -plaguicida organofosforado- (Cartago 1995), incendio en bodega de plaguicidas con 19 bomberos afectados, más de 1 km de afectación por contaminación y más de 5 toneladas de desecho (Alajuela 1999), el vertido de reactivos en desuso en el Parque Nacional Braulio Carrillo (Heredia 2000), Incendio y Explosión en Planta de Alcohol en Punta Morales (2002) y el escape de cloro gas en la planta de burbujeo de cloro en Concepción de Tres Ríos, con más de 1200 afectados y por lo menos

⁵ Paniagua Pérez Sergio, “Síntesis de algunos volcanes activos y peligrosos de América Central: Prevención, Preparación y Mitigación”, Panamá, CEPREDENAC, 2002.

5 km a la redonda de afectación, asimismo merece especial mención el hallazgo de productos enterrados entre ellos cloro y residuos de plaguicidas⁶ en algunos puntos de la Zona Sur del País (2002).

Otros eventos generadores de desastre también deben ser incluidos en esta categoría y son los denominados por algunos autores *como emergencias complejas*, que incluyen eventos derivados del comportamiento humano como conflictos sociales, guerras, conmoción interna y terrorismo. Nuestro país no está exento de esto tipo de eventos, si bien es cierto el clima político nacional garantiza poca probabilidad de efectos directos por guerras, también es cierto que la globalización económica genera una mayor vulnerabilidad a efectos indirectos por esta circunstancia.

Por otro lado, sí debemos tener presente que efectos indirectos del terrorismo ya se han hecho sentir en nuestro medio, después de los eventos del 11 de setiembre del 2001 en los Estados Unidos, se presentaron una serie de reportes por sospechas de ANTRAX que no solo sobrepasaron, en un primer momento nuestra capacidad de respuesta, si no que también evidenciaron la vulnerabilidad del sector salud en este sentido (*más de 400 análisis, 1 caso sospechoso que resultó negativo, pero que se detectó al momento de llegar el paquete al destinatario final, no obstante es ese momento ya muchas personas habían recibido su paquete el cual viajó en el mismo bulto*). Debe resaltarse en este sentido la gran capacidad del INCIENSA para enfrentar la situación y los esfuerzos del Ministerio de Salud con el resto de instituciones del Sistema de Atención de Emergencias, para adaptarse a la nueva condición.

Otro aspecto importante de resaltar es que en los pasados disturbios realizados por agricultores en la zona de Puerto Caldera, estos últimos amenazaron con esparcir MALATHION por medio de sistemas de pulverización, si las autoridades hacían uso de gas lacrimógeno, esto motivó la realización de un operativo especial para el control del disturbio y la activación del sistema hospitalario y el Centro Nacional de Intoxicaciones.

E. Reducción del Riesgo por Sistemas de Vigilancia y Alerta

Se dispone de sistemas de monitoreo, vigilancia y alerta en caso de eventos naturales en los que participan organizaciones como: *OVSICORI, ICE-UCR, LANAME-UCR, LAOCOS-UNA, Escuela de Ciencias Geográficas- UNA, IMN. SENARA, AyA*, entre otros que coordinan o administran las diferentes redes o sistemas:

- Redes de sismógrafos
- Redes de acelerógrafos
- Redes de monitoreo volcánica
- Redes pluviométricas
- Redes telemétricas (caudales y precipitación)
- Redes mareográficas
- Estado y condición del clima y el tiempo
- Sistema de Alerta para Deslizamientos

A partir de la información proveniente de los sistemas de vigilancia, se ha fortalecido el trabajo organizativo y de preparación en comunidades vulnerables en diferentes áreas del territorio nacional; también se realizan actividades de sensibilización a comunicadores que contribuyen con la divulgación de información sobre emergencias y desastres en medios de cobertura local, regional y nacional.

⁶ Al momento de la redacción del presente informe se está trabajando en la remediación por derrame de residuos en la Palmar Sur, los daños no han sido cuantificados y por más de cuatro semanas 1100 personas reciben agua por medio de cisternas y reservorios fijos con fuentes públicas, dada la probabilidad de afectación del acueducto.

1. Población en Riesgo

Población Total

Un análisis demográfico más detallado sobre la distribución de la población en el país se presenta en el capítulo 2 del área temática “Análisis Demográfico y Epidemiológico de Costa Rica”.

La población total del país, en el año 2000, ascendía de acuerdo a la Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, a 3.938.545 habitantes, de los cuales se distribuyen según su género en, 1.984.238 de hombres y 1.954.307 de mujeres, distribución muy pareja sobre el 50%. En cuanto a la división urbana y rural, la población se distribuye en 58,5%¹ en comunidades urbanas y peri-urbanas, y 41,5% en comunidades rurales concentradas y dispersas.

Se hace un análisis de la población en riesgo, en función del saneamiento (suministro de agua potable y manejo de aguas residuales y excretas).

Saneamiento Básico

La ausencia de políticas claras refleja la problemática del deterioro de la infraestructura sanitaria en agua y saneamiento en el país, por ausencia de inversiones y gestión adecuada de los servicios, contaminación de las aguas y manejo de desechos sólidos, que se evidencian en un continuo riesgo ambiental y afectación a la salud de las personas.

Se mantiene preocupación respecto a la contaminación de cuerpos de agua superficial producida por descargas directas de aguas negras y desechos sólidos, así como de aguas residuales y desechos industriales y agropecuarias. La cobertura nacional de alcantarillados sanitarios es del 21% de la población total del país y tan solo 4% de las aguas residuales reciben algún tipo de tratamiento antes de su descarga en los cuerpos de agua. Dos de las principales cuencas del país, las de los ríos Tárcoles y Reventazón, donde se asienta casi el 70% de la población nacional, reciben las aguas residuales sin tratar de San José, Heredia, Alajuela y Cartago. En la cuenca del Tárcoles, que se constituye en el principal desaguadero del Valle Central, se estimó en 1998, que los desechos líquidos domésticos representaban el 40% de la contaminación total, seguida por los desechos líquidos industriales con un 23%, siendo el resto producto de los desechos animales y sólidos, que finalmente causan los mayores problemas de contaminación de las aguas del Golfo de Nicoya⁷.

El Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, ha identificado un total de 2.033 acueductos operados por AyA, municipalidades, ESPH y CAAR/ASADAS a nivel nacional; sin embargo, existen algunas pequeñas comunidades que operan acueductos pero no tienen constituido el respectivo comité o asociación que lo administre. Los resultados señalan que existen 1.043 acueductos servidos con agua potable (51,3%) y 990 no potables (48,7%). La falta de cloración se concentra principalmente en los acueductos administrados por las ASADAS/CAAR (83%) y municipalidades (11%).

En función de la población atendida del país, el 24,4% de esta no recibe agua de calidad potable (ver figura 12.1). Este problema, sumado a la alta vulnerabilidad en las captaciones y contaminación de las fuentes de aguas superficiales y el deterioro de los sistemas de distribución, refleja una población en riesgo importante susceptibles a que eventos de contaminación del agua potable, como el sucedido el 17 de julio del 2001⁸ en la captación de Puente Mulas y de la planta de tratamiento de Guadalupe, administradas por el AyA, puedan generar una epidemia considerable en la población servida por estos sistemas.

En el mapa 1, se presentan fajas de población en mayor riesgo de afectación de la salud por no tener acceso a agua segura, considerando que las mismas reciben agua suministrada a través de un acueducto público. Los cantones más afectados son: Grecia, Pérez Zeledón, Santa Bárbara, San Carlos, Paraíso, Alajuela, Turrialba.

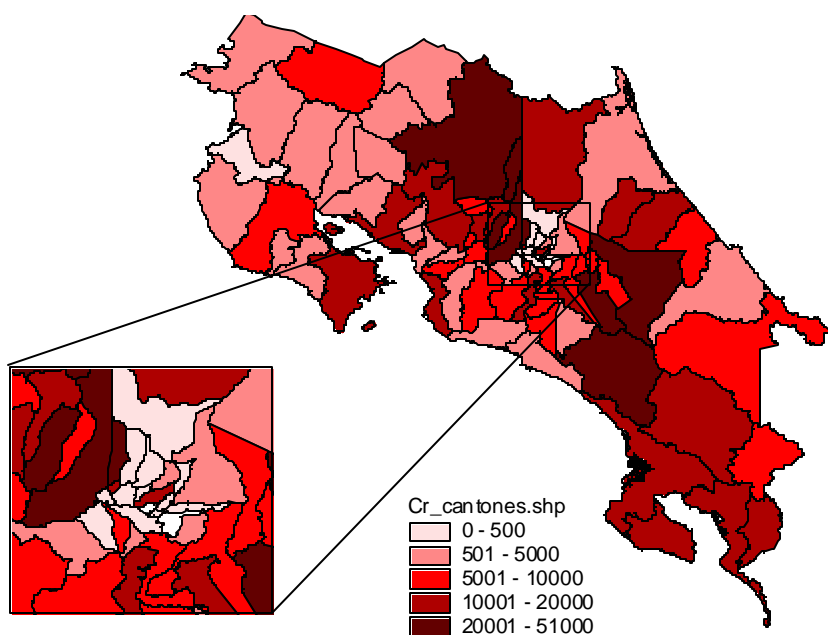
⁷ Informe del Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica, Julio del 2002.

⁸ Ver informe de la Comisión Nacional del Agua convocada por el Gobierno Central como órgano asesor del Ministro de Salud en materia de aguas para evaluar el episodio de contaminación de aguas suscitado en julio del año 2001, en el Área Metropolitana de San José. (Decreto Ejecutivo N° 29826-S del 14 de Setiembre de 2001; Gaceta N° 192 del 5 de octubre de 2001).

Las tablas 1 y 2 presentan un análisis comparativo entre los cantones de mayor Índice de Desarrollo que son atendidos con acueductos que suministran agua de calidad “no potable” y aquellos de menor Índice de Desarrollo en la misma situación.

El Índice de Desarrollo Social (IDS), es un indicador elaborado por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. En su última versión del año 1999, este índice surge de una combinación de 7 indicadores relacionados a: infraestructura educativa, programas de educación especial, mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla, consumo de electricidad residencial y nacimientos en madres solteras.

Mapa 1
Distribución cantonal de la población servida
por acueductos rurales con calidad de agua no agua potable⁹



⁹ Informe del Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, acueductos analizados del 01/01/00 al 17/05/02 que suministran agua “no potable”.

Tabla 1
Grupo 1 de Cantones según Índice de Desarrollo Social y
Acueductos con Agua Potable y no Potable

Grupo 1				
Cantón	Población(*)	DS	Acueductos con agua potable	Acueductos sin agua potable
Flores	13847	00	3	1
San Isidro	3536	8.5	1	3
Alvarado	5664	6.8	11	16
San Pablo	0	4.3	2	0
Palmares	7564	3.4	10	6
Escazú	6545	3.3	6	12
V. De Coronado	2253	1.0	4	1
Valverde	14191	0.3	1	11
Vega Santo Domingo	11894	0.2	4	3
Santa Bárbara	23240	9.4	7	14
Atenas	8371	8.8	9	14
Totales	97105		66	81

Nota: (*) Población atendida con acueducto público con agua de calidad “no potable”¹⁰

¹⁰ Informe del Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, acueductos analizados del 01/01/00 al 17/05/02 que suministran agua “no potable”.

Tabla 2
Grupo 1 de Cantones según Índice de Desarrollo Social y
Acueductos con Agua Potable y no Potable

GRUPO 5						
	Cantón	Población (*)	DS		Acueductos con agua potable	Acueductos sin agua potable
s	Bagace	2822	3.9	4	23	7
	Pococí	4635	3.8	4	19	12
ú	Tarraz	5128	3.3	4	10	15
	Abang	1642	3.1	4	18	8
ares	Osa	11687	1.3	4	4	19
	Guatus	2789	0.5	4	7	6
o	León	9273	8.0	4	7	21
	Siquirr	17561	6.4	4	6	20
es	Corred	12971	5.4	4	9	12
	Coto	8334	0.9	4	4	19
Brus	Sarapi	17027	8.5	4	6	9
	Matina	5625	2.6	4	9	7
Aires	Buenos	13189	2.2	4	9	32
	Upala	8232	7.4	4	21	17
Cruz	La	1265	6.4	4	3	1
	Los	508	.9	8	14	2
Chiles	Talama	9577	.0	6	8	25
	Totales	13226			177	232

Nota: (*) Población atendida con acueducto público con agua de calidad “no potable”¹¹

¹¹ Informe del Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, acueductos analizados del 01/01/00 al 17/05/02 que suministran agua “no potable”.

Al relacionar los dos grupos de cantones, los de mayor desarrollo, con los de menor desarrollo y población servida por acueductos públicos pero con agua de calidad no potable, encontramos que:

La mayoría de los cantones del grupo 1º, de mayor desarrollo, se encuentran ubicados en la zona central del país en los alrededores de San José, y de 147 acueductos funcionando 81 distribuyen agua de calidad “no potable” afectando a un porcentaje importante de la población de esos cantones.

Por el contrario, una buena parte de los 17 cantones del grupo 5º se encuentran ubicados en las zonas de fronteras. Hacen excepción a esto, los cantones León Cortés y Tarrazú, en la zona centro y Abangares en el golfo de Nicoya, de 409 acueductos funcionando 232 distribuyen agua de calidad “no potable” afectando a un porcentaje importante de la población de esos cantones.

Se nota que la mayor cantidad de población en riesgo que no recibe agua de calidad potable, se concentra en los cantones con menor índice de desarrollo y de pobreza del país, así como la mayor cantidad de acueductos que no suministran agua de calidad potable.

De esto último, se puede concluir que es necesario promover con mayor intensidad el desarrollo, aplicación y evaluación de indicadores de salud y ambiente, para la identificación de los principales grupos de población en riesgo.

La baja cobertura de redes de alcantarillado sanitario, unida al uso de agroquímicos en las áreas de recarga y producción de aguas subterráneas, es un factor de riesgo ambiental

considerable. Esta situación es crítica en la parte norte y este de la cuenca del Río Virilla, donde se asientan los acuíferos Barba y Colima, de los cuales depende el abastecimiento de aproximadamente un 20% de la población nacional, y que se han definido como la fuente de agua potable de Heredia y el Área Metropolitana de San José para los próximos 15 años.

El ritmo actual de aumento de las concentraciones de nitratos en las aguas de los acuíferos Colima indica que esta fuente se podría perder en un lapso no mayor de 15 años. Este es quizás el problema más grave en el tema del agua potable/saneamiento y gestión ambiental, porque involucra el suministro actual y futuro de un millón de personas aproximadamente.

2. *Alerta Temprana*

Los sistemas de alerta temprana, son reconocidos como instrumentos útiles para reducir la pérdida de vidas principalmente ante eventos hidrometeorológicos.

En la actualidad se dispone de una red de alerta, conformada por 93 bases de comunicación y 75 puestos de vigilancia en todo el país, que de forma complementaria dan un panorama de las condiciones meteorológicas sinópticas en las principales cuencas y algunos deslizamientos importantes.

Sistema de la Subcuenca del Río Reventado en Cartago.

Su objetivo es salvaguardar la vida de los habitantes en Los Diques en Taras-Cartago y próximas al Río Reventado. Componentes claves del proyecto fueron el establecimiento de una red de vigilancia del río mediante radiocomunicación, sistema de aviso anticipado, sirenas para alarma pública, capacitación del líderes comunitarios orientados a generar información en preparativos y atención local de emergencias, incluyendo la elaboración participativa de mapas sobre amenazas.

Los sistemas comunitarios de alerta temprana tienen como objetivo alertar a la población en caso de un fenómeno natural de proporciones tales que puede causar daños a la población.

Sistema para monitorear deslizamiento del cerro Tapezco en Santa Ana.

La evolución de la amenaza por deslizamiento de parte del Cerro Tapezco en Salitral de Santa Ana, según referencias históricas es un proceso de 50 años o más, en el que se ha dado un manejo inadecuado del suelo y un aumento en la vulnerabilidad en la subcuenca del río Uruca. El deslizamiento completo implica un posible movimiento de masa de unos 13 millones de metros cúbicos de material, que según las circunstancias podrían formar un represamiento en el río Uruca con una posterior avalancha que afectaría a la comunidad de salitral y Santa Ana, se estima que unas 10000 personas podrían ser afectadas en forma directa. Este deslizamiento en los últimos 5 años se ha caracterizado por una activación importante, con episodios en 1988 producto del huracán Mitch y en 1999, con el desprendimiento de un nuevo bloque en la parte superior del deslizamiento.

Por lo anterior se ha establecido una red telemétrica para medir lluvias intensas y caudal del río Uruca, un sistema de aviso anticipado para la población de Matinilla, Salitral y Santa Ana, así como con los comités comunales y las instituciones locales para la evacuación preventiva ante la posibilidad de influencia directa de inundación y flujos de lodo, conformación de un equipo local de búsqueda y rescate.

Sistema de alerta local en cuencas pequeñas y medianas.

Para desarrollar este sistema se planteó el proyecto de reducción de la vulnerabilidad de las inundaciones para lo que se consideró la alta vulnerabilidad en estas cuencas sobre todo por las inundaciones recurrentes en la zona, que aumentaron no solo por la afectación en la cuenca alta no solo por la acción humana sino también por los efectos del sismo de 1991.

Se estableció un modelo para la reducción de la vulnerabilidad a las inundaciones en las cuencas de los ríos Banano y Bananito, mediante el fortalecimiento del sistema de preparativos y vigilancia de cuencas, instalado desde 1991 y el conocimiento sobre la condición de vulnerabilidad de la región. Abarcó una población aproximada a las 177 familias y organizaciones locales del distrito de Matama, Limón, que incluyó uso de los sistemas de comunicación, uso de equipos e interpretación de datos pluviométricos, así como técnicas de rescate

3. Vigilancia de Amenazas de Origen Natural

En coordinación con instituciones del Estado así como organismos técnico-científicos integrados en los CAT respectivos, se efectuaron valoraciones técnicas de diagnóstico y vigilancia sobre condiciones de riesgo en comunidades, con la finalidad de desarrollar acciones en prevención y mitigación, establecer regulaciones por parte de las instituciones del Estado o posibles ayudas a las familias afectadas.

En coordinación con los Comités de Prevención y Atención de Emergencias y los sectores público y privado, se ha logrado mantener vigilancia permanente sobre algunos sitios propensos a deslizamientos, como: Cerro Tapezco (Santa Ana, San José), Cerro El Silencio (Lagunas de Arancibia, Puntarenas), Cerro Banderilla (Cartago), Río Claro (Golfito, Puntarenas), Peñas Blancas (Esparza, Puntarenas), Paraíso (Buenos Aires, Puntarenas), San Vicente de Tres Ríos (Cartago); El Guarco (Cartago), Cerro Pasquí (Oreamuno, Cartago), Zapotal (Pérez Zeledón); ríos que presentan amenaza de inundación, entre ellos, Río Las Palmas, Tempisque (Guanacaste), Sixaola, Banano, Bananito, Chirripó, Reventazón (Limón), Terraba, Balsar, Corredores (Región Brunca), Río Parrita, Río Damas, Río Guarial, (Pacífico Central), Río Niño, Río Zapote (Upala).

4. Vigilancia de Amenazas Tecnológicas

Además de la exposición a condiciones de amenaza por eventos de origen natural, el desarrollo de la industria nacional y la red de comercio y servicios propicia el aumento en la demanda y

utilización de productos químicos y procesos que pueden resultar peligrosos para la salud y el ambiente, ha provocado un aumento en la incidencia y gravedad de los accidentes tecnológicos tales como escapes de gas, derrames de productos, explosiones o incendios. Así mismo, se debe tener presente que las consecuencias de algunos eventos de origen natural se pueden agravar cuando, como efecto secundario, ocurre un accidente con materiales peligrosos.

De acuerdo con las características de la industria química, sus procesos y el patrón de riesgo, se identificaron las siguientes categorías: refinería de petróleo e instalaciones relacionadas, fabricación de detergentes, desinfectantes y ceras, almacenamiento transporte derivados de petróleo, depósitos de solventes y otras sustancias químicas, instalaciones que utilizan cloro, formulación de agroquímicos, fabricación y almacenamiento de explosivos, industria de pintura, pegamento, almacenamiento de oxígeno y otros gases, uso de fuentes radiactivas en la industria y los hospitales.

La CNE en coordinación con la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA) y el Ministerio de Salud, establecen restricciones y condiciones para el desarrollo de proyectos relacionados con el uso de materiales y procesos peligrosos, cuando estos presentan algún riesgo en caso de eventos naturales o generados por el ser humano. Por ejemplo, se asesora sobre proyectos de construcción de estaciones de servicio (expendio de combustibles), formuladoras de plaguicidas, plantas de tratamiento y otras relacionadas.

F. Organización nacional para la gestión del riesgo

El sistema nacional está regido por una serie de instrumentos jurídicos y de procedimientos administrativos que dan cuerpo a la estructura institucional vigente, siendo los instrumentos esenciales la Ley Nacional de Emergencia, Reglamento de Emergencias Nacionales, Plan Nacional de Emergencia y los decretos de emergencia vigentes y eventuales.

Para el desarrollo de las directrices sobre la gestión de emergencias y desastres se establece una *Área técnico operativa*. En esta área se complementan varios procesos como los administrativos, financieros y los procesos sustantivos involucrados directamente con la gestión del riesgo en prevención, mitigación, preparación, respuesta, rehabilitación, reconstrucción.

En lo que compete al Sector Salud, la coordinación en y con la CNE, se establece en el Centro de Operaciones de Emergencia (C.O.E) que es la instancia de coordinación operativa de la CNE y donde están representados el Ministerio de Salud (MS), la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AYA).

Se establecen aquí no solo acciones de atención durante las emergencias y desastres sino también acciones de prevención y mitigación (ver anexo).

Durante la atención de los desastres, en el COE se recopila la información generada en relación con las áreas afectadas y se establecen las acciones según lo establecido en su plan de acción; las acciones se realizan a través de las Instituciones, de sus organizaciones y de los Comités Técnicos adscritos a la CNE.

Las comunidades tienen los Comités Locales de Emergencias, los Comités Cantónales en aquellas áreas de emergencias frecuentes o que concentran grandes poblaciones y los Comités Regionales, que responden a la CNE y están integrados por diversos sectores dentro de ellos y con participación muy representativa el sector salud.

Las Instituciones de salud (MS:CCSS y AYA) tienen una organización propia regionalizada y local, a través de la cual se actúa en la prevención, mitigación y atención de los desastres. Existen comités propios de cada institución en los niveles regional y local (asentados en las instalaciones distribuidas en el territorio nacional. No obstante la existencia y la funcionalidad no es homogénea en todo el territorio y está mayormente influenciado por la ocurrencia frecuente de emergencias y desastres y la participación en ellos)

Los programas de prevención, preparación y atención dirigidos hacia estos organismos responden también a la organización territorial con base en la clasificación de comunidades de alto riesgo, el último inventario correspondiente a 1997 establecía en el país 250 comunidades, número que se ha venido en incremento y así demostrado por el huracán Mitch en 1998.

La atención por institución se organiza individualmente y se coordina Inter-institucionalmente en el Centro de Operaciones de Emergencia (COE).

Existen además Instituciones de atención pre-hospitalaria representada en su mayor parte por la Cruz Roja costarricense que interviene en la atención en escena y en menor grado El cuerpo de Bomberos.

El Centro de Operaciones de Emergencia constituye la instancia de coordinación operativa con que cuenta el Sistema Nacional de Prevención y Atención de Emergencias del país para el cumplimiento de las funciones relacionadas con en el manejo de las situaciones de emergencia y desastres.

Este Centro contempla la participación de las instituciones que tienen competencia en situaciones de emergencia y desastres que para efectos operativos se divide en tres niveles según las necesidades y características de intervención Los tres niveles son:

COE Básico
COE Pleno
COE Ampliado Anexo 1

G. ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN DESASTRE.

De acuerdo con la organización nacional descrita anteriormente, las instituciones del sector salud descritas en este análisis son las siguientes:

Ministerio de Salud
Caja Costarricense del Seguro Social
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

1. Análisis y Organización del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud como ente rector de la salud de este país tiene la responsabilidad de dirigir y conducir las acciones nacionales en salud. Además debe de velar por la salud de la población y del ambiente humano; estas atribuciones y deberes se las confiere la Ley General de Salud desde 1973.

Para la gestión del riesgo en situaciones de desastres, se han establecido dos políticas nacionales de salud en los ámbitos de fortalecimiento institucional y protección al ambiente humano.

En la Política Nacional de Salud 1998-2002 en la Área de Reforma y Fortalecimiento Institucional se establece en la “Política 6 el “Fortalecimiento de las instituciones y organizaciones de salud para que atiendan de manera integrada y oportuna, las necesidades de la población en situaciones de desastre”. Además en el área de Protección y Mejoramiento al Ambiente Humano en la política 2 se menciona la “Prevención, Mitigación y respuesta a las necesidades de la población en situaciones de desastres”.

Además en el Plan Nacional de Salud 1999-2004, se establece el fortalecimiento de las instituciones y organizaciones de salud para que atiendan de manera integrada y oportuna, las necesidades de la población en situaciones de desastre, mediante el cumplimiento de los siguientes objetivos:

Planificar acciones de prevención, atención y mitigación en situaciones de desastre por parte de las organizaciones e instituciones a nivel central, regional y local.

Atender en forma planificada las situaciones de desastre, en el sector salud, que permita el uso racional de los recursos.

El Sistema Nacional de Emergencias, establece como una necesidad que las instituciones cuenten con planes, procesos y procedimientos que les permita el cumplimiento de su papel dentro del desarrollo del sistema para ser insertados en los procesos de un Centro de Operaciones de Emergencia y este a su vez en un Plan Nacional.

El análisis de contexto o diagnóstico realizado en el Ministerio de Salud en 2001¹², demostró que se deben fortalecer las propuestas de organización para la gestión del riesgo y reducción de desastres. Además, se debe considerar la necesidad de que los tres niveles de gestión de la institución identifiquen, de acuerdo a sus necesidades y experiencia, el proceso más adecuado para la gestión del riesgo.

Dentro de los hallazgos principales del análisis de la gestión del riesgo en desastres en el nivel central y regional se encontró:

Poca difusión de la información relevante al manejo institucional de las emergencias y desastres para el personal del Ministerio de Salud.

Poca priorización y empoderamiento de las políticas en este tema por parte de los funcionarios.

No se ha identificado en la estructura organizativa del Ministerio de Salud, una unidad responsable de la gestión de riesgos. Sin embargo, sí existen personas que han estado trabajando en este tema.

No se cuenta con un Plan Institucional de prevención de riesgos y atención de emergencias.

En general, poca capacitación en los temas de gestión del riesgo y prevención de desastres.

Todas las regiones del Ministerio de Salud cuentan con planes de emergencia. Sin embargo algunos de ellos se encuentran desactualizados y desconectados de una guía uniforme del nivel central. En su mayoría, no consideran el componente de riesgo por amenaza tecnológica.

Basándose en este análisis, se construye una propuesta institucional para dar cumplimiento a lo establecido en las políticas nacionales de salud.

La propuesta sugiere la creación de una oficina para la gestión del riesgo adscrita a la Dirección General de Salud y en dependencia del Despacho de la Ministra. Anexos Organigrama 1.

Esta oficina estará dentro de una estructura organizativa basada en tres niveles:

Nivel de decisión política que corresponde al Ministro y Viceministro de Salud.

Nivel ejecutivo y directivo que es la Dirección General de Salud.

Nivel Operativo correspondiente a los diferentes niveles de atención.

La propuesta se incluye la conformación de un Comité Institucional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias o Dirección de Gestión en Desastres, según se establece en la ley Nacional de emergencias N° 7914 Cap. V Art. 29, el mismo fue conformado a partir de setiembre del 2002.

Actualmente, el comité está desarrollando un Plan Estratégico con el fin de establecer claramente objetivos y acciones a desarrollar, incluyendo dentro de las principales acciones la elaboración del Plan Institucional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias.

Una de las actividades pendientes aún, es la definición de funciones de las direcciones de nivel central y de los niveles regionales y locales. Lo anterior, para las diferentes fases de una emergencia o desastre.

Paralelo a lo anterior y en forma permanente se esta realizando la coordinación requerida para capacitar a funcionarios del Ministerio de Salud en los temas de:

¹² Meneses Obando Grettel, Gestión del Riesgo para la Reducción de Desastres en el Ministerio de Salud. Estudio de Investigación y Diagnóstico Institucional. 2001

Prevención de Riesgos y Atención de emergencias.
Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades.
Accidentes Químicos

Funciones Ministerio Salud

Además de las funciones que realiza cada una de las direcciones de la institución, y que se definirán mediante la participación de actores de los tres niveles, la unidad para la gestión del riesgo desarrollará acciones específicas para la reducción de la vulnerabilidad en desastres e integrará esfuerzos conducidos a implementar canales de comunicación dentro y fuera de la institución. Ésta será la encargada de:

Dar a conocer los lineamientos generales y políticos del quehacer del Ministerio como institución y como rector del Sector Salud en la atención de desastres.

Participar activamente en el COE y activar la respuesta del Ministerio de Salud de acuerdo a lo establecido.

Fortalecer la participación del Ministerio de Salud en las Comisiones Locales y Regionales de Emergencias a cargo de la CNE.

Propiciar la existencia y sostenibilidad del Comité de Emergencias Institucional.

Realizar junto con el Comité de Emergencias Institucional el inventario de los recursos humanos y materiales del Ministerio de Salud.

Coordinar con las diferentes Direcciones del Nivel Central y Regional la realización de los Planes de Emergencia propios de cada Dirección y Área.

Fortalecer y apoyar los procesos de capacitación y educación en prevención, mitigación y preparación de los diferentes niveles para casos de desastres.

Coordinar con los diferentes niveles el planeamiento de las tareas antes, durante y después de la emergencia o desastre.

Activar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y control de enfermedades después del desastre y mantener en actividad los programas de control. De especial importancia son los albergues temporales.

Dar seguimiento a las acciones realizadas en los diferentes niveles de atención en lo que respecta al control alimentario y del ambiente y vectores.

La mayor demanda de atención médica se presenta en las primeras 72 horas posteriores al evento. El grupo de vigilancia debe conocer constantemente cual es el estado de salud del área donde ocurrió o esta ocurriendo el evento. Sabemos que los grupos de edad más vulnerables en un escenario de desastre natural son los menores de cinco años y los mayores de 65 años. El 100% de las áreas rectoras cuenta con esos datos demográficos, pero no cuentan con un plan de vigilancia que contenga alternativas de solución para el manejo de esos grupos en cualquier tipo de desastre.

La vigilancia sanitaria de los suministros de agua, aguas residuales, disposición de excretas y basuras, así como la vigilancia de la calidad e inocuidad de alimentos, son otras actividades de importancia. Las áreas rectoras por medio de las unidades de protección al ambiente humano realizan estas funciones.

2. Análisis y Organización de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La CCSS es la institución que tiene como función primordial la atención integral en salud de los ciudadanos. Su organización está fundamentada en 7 regiones y un nivel central, más los hospitales nacionales de III nivel. La respuesta a los desastres sigue la misma estructura organizativa. Ver anexo

En materia de desastres la CCSS ha hecho esfuerzos importantes en organización y en mitigación. Tiene un Programa Institucional de Emergencias adscrito a la Gerencia Administrativa con estructura funcional y reconocido a nivel de Junta Administrativa desde hace 3 años, con un presupuesto propio y unidad programática asignada para ejecución de presupuesto.

Se dado capacitación a las áreas en desastres , existe una organización base no bien desarrollada y la respuesta se da en base al esquema regionalizado vigente.

Por parte del Programa Institucional de Emergencias se estableció un plan estratégico que abarca las áreas de debilidad de mayor prioridad y que exponen en los siguientes reglones.

Pese al esfuerzo existen debilidades importantes para la atención de un desastre en los siguientes aspectos:

Organización.

No existe un plan de respuesta en el nivel central tanto en la funcionalidad como en los sistemas de apoyo a las áreas afectadas, por ejemplo brigadas de asistencia o equipos de apoyo.

Las regiones aunque han respondido a lo largo de todas las emergencias que han ocurrido, no tienen aun, un sistema bien estructurado para desastres mayores.

Existen planes en hospitales y clínicas sin embargo no se divulgan a los actores y en la gran mayoría de veces no han sido probados con simulacros.

Prevención.

No se tiene certeza de cuál es el estado de los hospitales de la institución en cuanto a riesgo no estructural y por lo tanto esto puede producir que los hospitales queden inhabilitados en un evento de gran magnitud. Al respecto en el plan estratégico desarrolló una consultoría para elaborar los términos de referencia para contratar el análisis de riesgo no estructural.

Los hospitales no tienen planes para desastres internos con algunas pocas excepciones

Se han realizado actividades de capacitación en diferentes áreas y se tiene en elaboración programa para capacitación horizontal.

Atención de desastes.

Carece de equipos técnicos de apoyo (médicos, ingeniería, etc.), en caso de eventos de magnitud tal que socave la capacidad de respuesta local.

En materia de suministros se tiene la establecida una lista básica de medicamentos y suministros que los hospitales tendrán en existencia mayor al consumo normal para fortalecer la respuesta local, salvo casos de agotamiento en el país, la C.C.S.S. no tendría problemas mayores en cuanto a suministros médicos. Sin embargo depende de la accesibilidad de las áreas afectadas.

Posee sistemas propios de transporte pesado para trasladar suministros siempre y cuando las vías sean accesibles.

En el rubro de comunicaciones se tiene una cobertura casi del 100% del área nacional y la vulnerabilidad está dada por la misma vulnerabilidad de los sistemas de comunicación nacionales, de la cual no existe análisis

Se pretende implementar Centros de Coordinación de Emergencias Regionales para el manejo de las emergencias para lo cual se realiza un estudio de factibilidad en la Región Pacífico Central como plan piloto.

Conclusiones

Es necesario establecer políticas en el ámbito institucional emanadas de altas jerarquías para apoyar el Plan Estratégico propuesto.

Es necesaria una participación más decidida y constante de los niveles regionales y locales en el desarrollo de los planes propuestos.

Se debe aprovechar las oportunidades que brindan las organizaciones internacionales en el apoyo al desarrollo de los países en materia de desastres.

La C.C.S.S. debe planear para futuros años proveer de recursos financieros a las unidades para mejorar sus deficiencias estructurales y no estructurales.

Es necesario fortalecer la interacción interinstitucional en la atención de desastres, sobre todo donde se interactúa en una forma más estrecha, específicamente donde están involucrados los actores del sector salud.

Dr., Daniel Quesada R Plan Estratégico para el desarrollo de la organización de CCSS en Desastres. CCSS. Gerencia Administrativa 1999.

3. Organización del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), es la institución rectora en agua potable, alcantarillado sanitario y pluvial, la cual a su vez cuenta con la administración de los sistemas de abastecimiento de mayor importancia y atiende cerca del 50 % de la población urbana del país. Adicionalmente tiene la responsabilidad de brindar asesoría a los cerca de 1650 acueductos rurales que son administrados por Comités y Juntas Administradoras Comunales.

Es una institución autónoma que está dividida en seis regiones y cuenta con una estructura descentralizada, de forma tal que la administración, operación y mantenimiento de los sistemas administrados por AyA, y en buena medida el desarrollo de los mismos, se realiza en cada una de esas regiones. Sin embargo mantiene una estructura en San José (sede) que responde a las diversas necesidades en el ámbito nacional, la cual dicta las políticas y directrices, planifica y controla el funcionamiento de las regiones.

Como parte de las responsabilidades inherentes al quehacer institucional está la apropiada respuesta a las emergencias y desastres, así como los proyectos de desarrollo que permitan un continuo accionar en prevención y mitigación, que reduzca las vulnerabilidades de los sistemas.

Ante un eventual impacto de un evento adverso, el AyA dispone de una organización en la sede central, la cual se ha denominado *Comité Institucional de Emergencias de AyA* (CIE-AyA), que está conformado por:

Presidencia Ejecutiva
Gerencia General
Área de Operaciones
Área Financiera
Área Comercial
Planificación
Estudios y Proyectos

Obras Urbanas
Obras Rurales
Suministros
Prensa

En cada una de las regiones existe una organización similar, la cual responde como Centro de Coordinación de Operaciones de Emergencias, que atiende las emergencias y desastres que se producen en el área de su responsabilidad.

Adicionalmente, el Instituto cuenta en el ámbito nacional con representación en el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) y en algunos Comités Asesores específicos de la CNE. En cada una de las regiones, los Directores de Región forman parte de los Comités Regionales de Emergencia y de igual manera se tiene representación en varios Comités Locales de Emergencia cantonal.

Por otra parte, AyA tiene un comité Técnico de Prevención y Mitigación de Desastres conocido como CT-MIDES, que está conformado por representantes de las direcciones de Operación de Sistemas, Estudios y Proyectos, Financiera, Suministros, tres regiones (una de ellas Región Metropolitana), el representante del COE y del sector hidrometeorológico ante la CNE.

Este comité tiene una mayor presencia en las acciones en prevención y mitigación, sobre todo en lo que respecta a la promoción, realización, evaluación, seguimiento y control de capacitaciones y el desarrollo de estudios de vulnerabilidad. De estas acciones se desarrollan actividades concretas que son de acatamiento obligatorio. Además de esto el Comité debe darle continuidad a las directrices y medidas que dicten las autoridades institucionales en esta materia.

En el sector de agua potable y alcantarillado es usual hablar de tres niveles de estudios de vulnerabilidad:

Estudios de primer nivel, los cuales corresponden a aquellos que pueden realizar los técnicos y profesionales que laboran en AyA, básicamente por la experiencia y conocimiento de los sistemas y del comportamiento histórico de la zona ante las amenazas, conjugado con algunos criterios propios del tema de emergencias y desastres.

Estudios de segundo nivel o especializados, que corresponden a aquellos que requieren de la intervención externa al sistema analizado, debido a que no pueden ser desarrollados por funcionarios del acueducto o alcantarillado en estudio, requiriendo la participación de personal especializado de la Institución o fuera de ella, sean estos nacionales o internacionales.

Estudios de tercer nivel o evaluación ante el impacto: Estos estudios corresponden a las evaluaciones de los estudios de niveles uno y dos ante un impacto o materialización de la amenaza estudiada.

En el AyA se dispone de estudios de vulnerabilidad física sobre todo en su principal sistema de abastecimiento y otros sistemas de los que administra en todo el país y es importante mencionar que a estos estudios de vulnerabilidad física, se adiciona el análisis de las vulnerabilidades operativas y administrativas.

En el AyA existen en forma parcial y de diverso nivel, estudios de vulnerabilidad de la infraestructura:

Para el acueducto de Orosi, que brinda cerca del 45 % del agua a la Región Metropolitana (cerca de 600.000 habitantes), se han realizado análisis de primer y segundo nivel y para algunas de las obras se ha tenido el tercer nivel. Los estudios de vulnerabilidad realizados son: sísmicos, geofísicos, hidrológicos, hidráulicos y estructurales.

En otros sistemas de abastecimiento del país administrados por AyA, se tienen estudios de vulnerabilidad de primer nivel.

No se cuenta con información sobre sistemas de abastecimiento municipal ni rural.

Los análisis de vulnerabilidad permiten actuar en dos vertientes. La primera es realizar, con los recursos existentes, los planes de emergencia y la segunda corresponde a la realización de los proyectos de mitigación, a través de inversiones específicas.

En este sentido, el AyA ha cumplido con el 95 % de las obras priorizadas en los diversos estudios de vulnerabilidad de la Región Metropolitana, específicamente lo que corresponde al acueducto Orosi mencionado anteriormente, pero en el resto de los sistemas administrados por AyA, se puede estimar que los proyectos de mitigación identificados no superan el 50%.

Además de los desastres causados por la naturaleza, existen desastres causados por el hombre, siendo uno de estos la explotación inadecuada del agua. Esto sumado a la carencia de recursos para la vigilancia y protección de las fuentes, ha permitido el aumento desmesurado de los riesgos en el recurso agua, tanto superficial como subterránea.

Además de los estudios de vulnerabilidad es muy importante contar con la estimación de la población en riesgo, para lo cual se tienen datos de la cobertura de abastecimiento de agua para consumo humano y la cobertura de disposición de excretas.

Un aspecto que debe considerarse es que el AyA, al igual que otras instituciones, es dependiente de las vías de comunicación en caso del impacto de un evento adverso, por lo que el conocimiento y relación con otros sectores es de vital importancia.

H. Gestión Post Desastre

En este sentido se coordinan las acciones de reconstrucción mayormente a cargo del Estado, contempladas en Planes Reguladores o de Solución a la Emergencia, y estos a su vez transformados en Planes de Inversión debidamente aprobados por el Poder Ejecutivo de aquellas obras físicas que deben reponerse.

Procuran mediante mecanismos administrativos de contratación de obras u otros, en una reposición de las pérdidas materiales en sectores estratégicos para la economía nacional, regional o local tales como el transporte (puentes, carreteras y caminos), la energía eléctrica, el trasiego o almacenamiento de combustible, puertos, etc, o de aspectos sociales como lo son la vivienda, el agua y la salud.

Las acciones que se desarrollan están amparadas en un Decreto de Emergencia, que facultan al estado tomar acciones preventivas que permitan romper el círculo vicioso de la reconstrucción de la vulnerabilidad y por ende invertir en desarrollo con enfoque de prevención.

Con el fin de identificar las principales debilidades y fortalezas del Sector Salud en las situaciones de desastre, se realizó un FODA. Anexos 4:

I. ANEXOS

Anexos de Saneamiento básico

Cuadro N° 1

AGUA PARA CONSUMO HUMANO: COBERTURA Y VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA Y ENTIDADES ADMINISTRADORAS POR POBLACIONA FINALES DEL PERIODO 2000

Administración	Cobertura de Población Total		Vigilancia de Calidad		Cobertura con Agua Potable	
			POBLACION		POBLACION	
AyA	1.795.794	6.9	1.795.794	00	1.734.737	6.6
Municipalidades	653.713	7.0	653.713	00	419.684	4.2
E.S.P.H.	180.000	.7	180.000	00	180.000	00
CAAR's	1.098.496	8.7	1.098.496	00	560.233	1
Sin información	96.590	.7	0	0	-----	---
TOTAL	3.824.593*	00	3.728.003	7.4	2.894.654	5.7

NOTAS:

- La población es calculada multiplicando el número de conexiones por el factor 4.1
- Es importante destacar que solamente el AyA, la E.S.P.H. y las municipalidades de Cartago, La Unión y Belén llevan a cabo un estricto control de calidad del agua que suministran a la población.
- Dato oficial de población total obtenido del CENSO 2000.
- *Esta información es producto de los datos obtenidos entre diciembre de 1995 y abril del 2000.

Cuadro N° 2

COBERTURA DE DISPOSICION DE EXCRETAS 1998

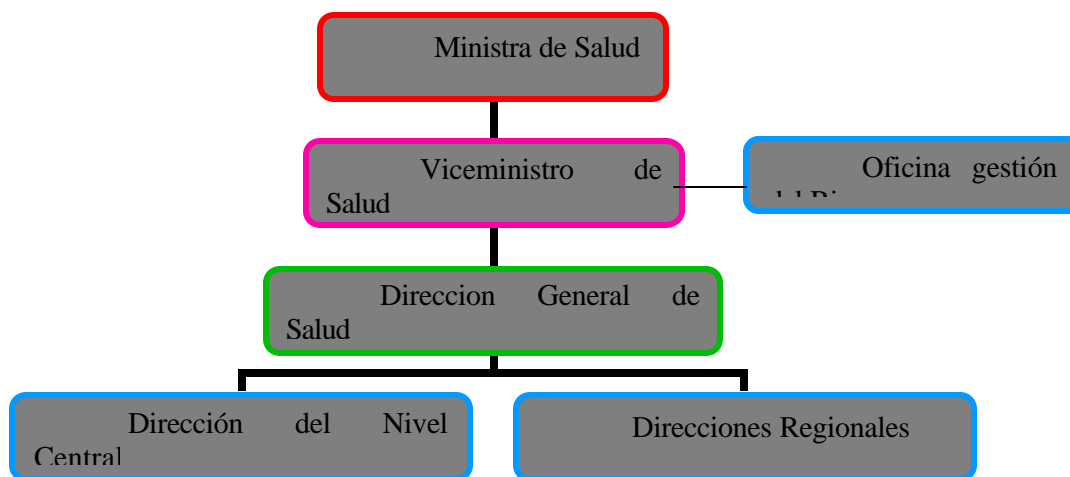
	Total	Cone	%	In	%	Tot	%
Cobertura	3.34	702.	21,	2.4	72,	3.1	93,52
	0.909	011	01	22.512	51	24.523	

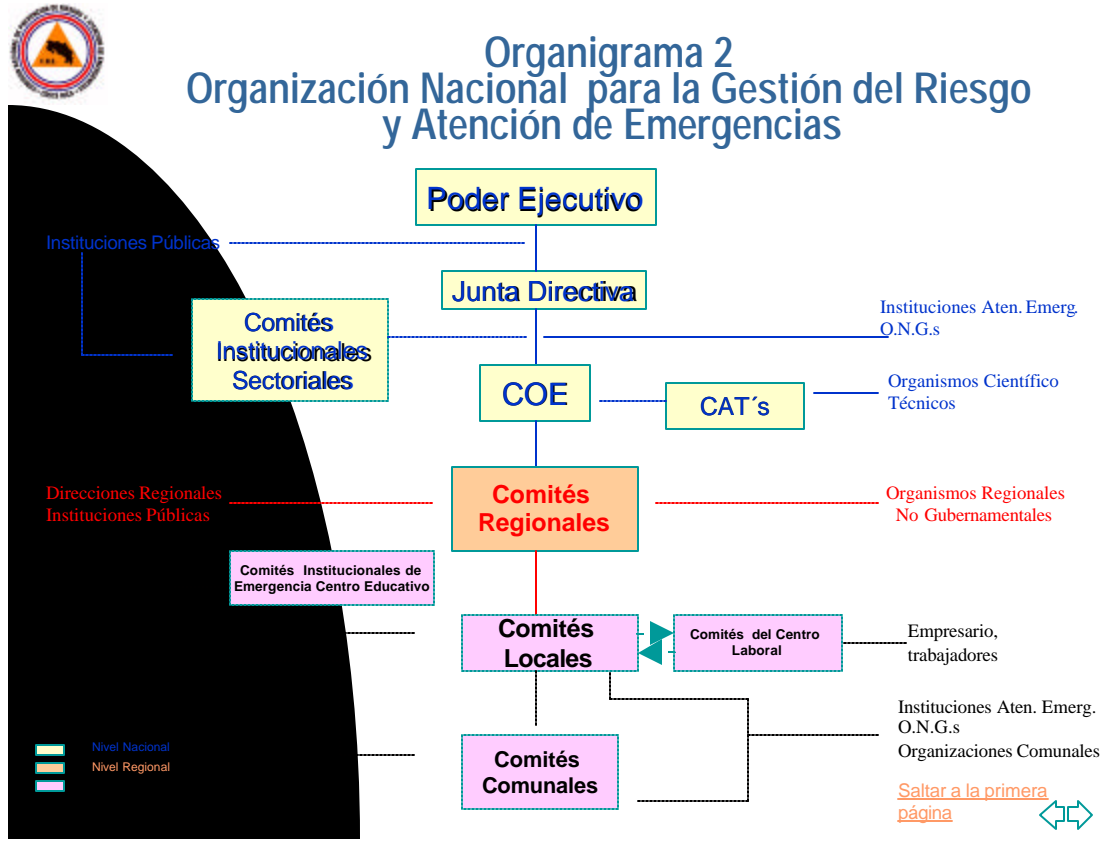
Nota:

- Se estima que el 4% de los efluentes del alcantarillado tienen algún grado de tratamiento de las aguas.

Organigramas institucionales

Organigrama 1
Estructura funcional Oficina para la gestión del Riesgo
Ministerio de Salud





COE Básico:

Constituido por las instituciones de primera respuesta, responsables de salvaguardar la vida humana, realizar labores de seguridad, atención urgente a la población y el restablecimiento inmediato de los servicios básicos interrumpidos en las áreas afectadas por la emergencia o desastre:

- | | |
|--|---------|
| Benemérita Cruz Roja Costarricense | (CRC) |
| Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica | (CBCR) |
| Ministerio de Seguridad Pública. | (MSP) |
| Ministerio de Obras Públicas y Transportes | (MOPT) |
| Ministerio de Salud | (MS) |
| Caja Costarricense de Seguro Social | (CCSS) |
| Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados | (A y A) |
| Policía de Tránsito | (PT) |
| 9.1.1. Sistema de Emergencias. | (9.1.1) |
| Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) | |

COE Pleno

Constituido por las instituciones de primera respuesta e intervención mediata, responsables de las labores de atención encaminadas a la recuperación y al aseguramiento definitivo del área (s) afectada (s):

Instituciones de Primera Respuesta	(COE Básico)
Sector Agropecuario:	(S.A)
Sector Vivienda INVU – MIVHA - BANVHI	(S.V)
Instituto Costarricense de Electricidad	(ICE)
Refinadora Costarricense de Petróleo	(RECOPE)
Organismo de Investigación Judicial	(OIJ)
Instituto Mixto de Ayuda Social	(IMAS)
Sistema de Coordinación para Desastres de las ONG.	(SICODE)

COE Ampliado

Constituido por representantes de instituciones de primera respuesta, intervención mediata e instancias que según su grado de especialidad o función pueden integrar Comités que asesoran en el nivel científico técnico a tomadores de decisiones involucrados en el manejo de una emergencia o desastre. Igual para los representantes de Sectores de Planificación Nacional que cumplen un papel importante en el manejo general de la emergencia o desastre según la magnitud e impacto de estos.

El COE Básico o el COE Pleno cuentan para la realización de su trabajo con los siguientes comités e instituciones:

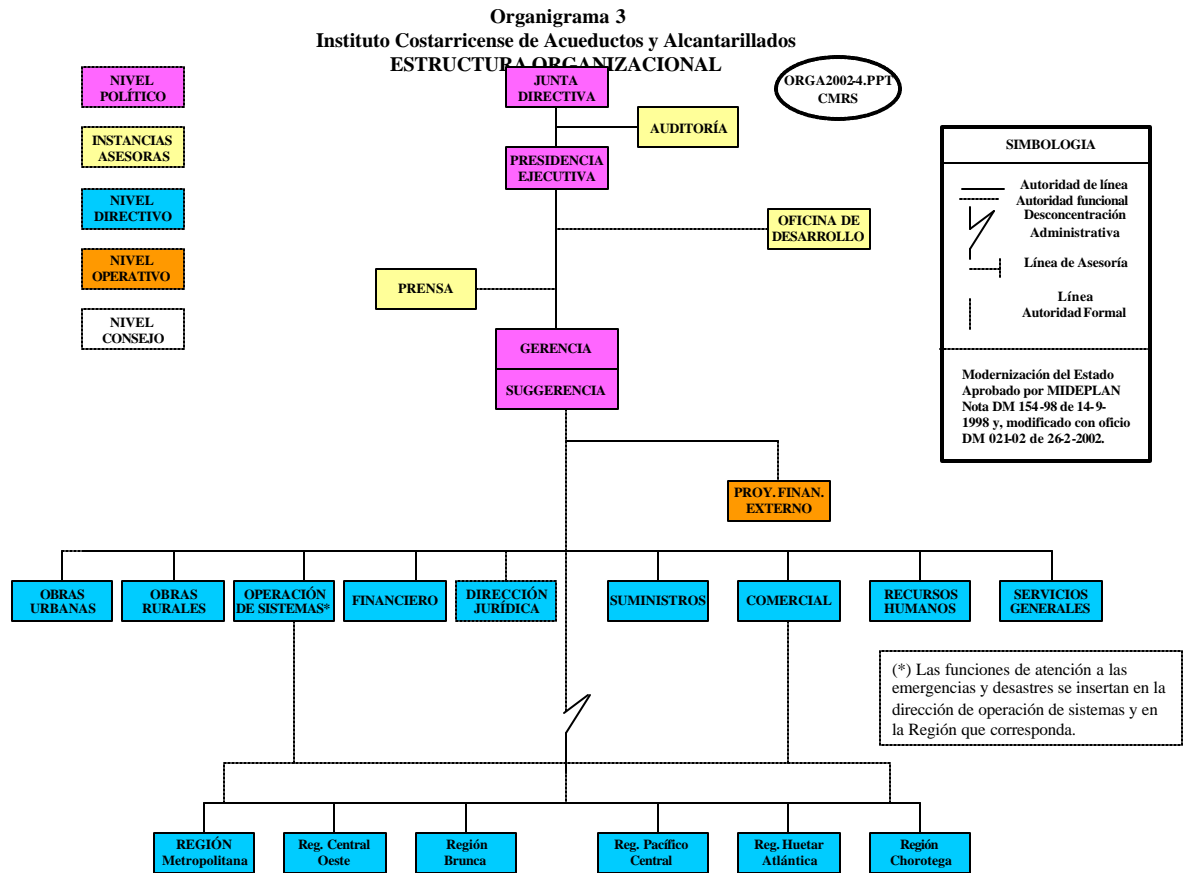
Comités Asesores Técnicos
Comités Sectoriales
Otros organismos técnico – científicos.
Instituciones del Sector Agropecuario (SEPSA – MAG – CNP – SENARA – IDA - INCOPECA – PIMA.
Instituciones del Sector Vivienda (INVU – MIVHA – BANVHI).

Comités Asesores Técnicos:

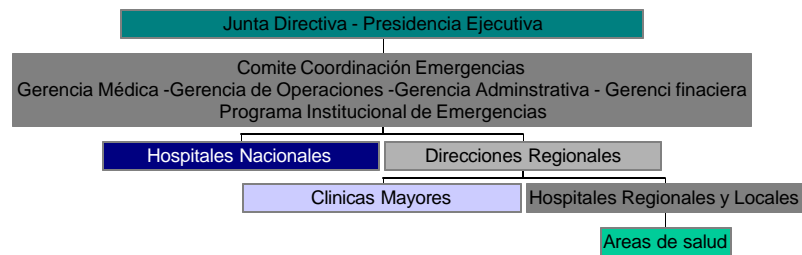
Su propósito es brindar el conocimiento técnico científico para la toma de decisiones relacionadas con la prevención mitigación y preparación ante situaciones de emergencia y desastre. Están integrados por personal técnico profesional de las instituciones representadas en el COE y especialistas en materias afines. En la actualidad los CAT están en proceso de reconfiguración y nombramiento, por lo que se incluye un listado de los principales equipos técnicos definidos por la CNE en el contexto del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Emergencias.

Comité Asesor Técnico del Sector Salud.
Comité Asesor Técnico del Sector Agropecuario
Comité Asesor Técnico de Emergencias Aéreas
Comité Asesor Técnico de Concentraciones Masivas
Comité Asesor Técnico de Emergencias Tecnológicas
Comité Asesor Técnico de Sismología
Comité Asesor Técnico de Vulcanología
Comité Asesor Técnico de Geotécnica
Comité Asesor Técnico Hidrometeorológico
Comité Asesor Técnico de Información Pública para Emergencias.

Comité Asesor Técnico del Sector Energía
 Comité Asesor Técnico Documentación e Información
 Comité Asesor Técnico de Comunicaciones



Organigrama CCSS en Desastres



ANEXO 4:

FODA INTERSECTORIAL

Fortalezas:

Infraestructura de cobertura nacional.
Organización regionalizada.
Recurso humano con capacitación en materia de desastres.
Interés de las instituciones en la atención de desastres.
Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
Existencia de estudios de vulnerabilidad.
Representación de las instituciones en el COE.
Infraestructura de cobertura nacional
Organización regionalizada
Autonomía de respuesta en casi todas sus funciones
Recurso humano con conocimiento en materia de desastres
Interés institucional en la atención de emergencias.
Sistema de Vigilancia Epidemiológica
Existen planes de contingencia
Coordinación Inter-Institucional con instituciones que participan en la atención de desastres.
Existe un programa Institucional de Mitigación y Atención a Desastres con Presupuesto, Unidad Programática, Plan Operativo Anual avalado por la Junta Directiva de la CCSS.
Existen estudios de vulnerabilidad en cuatro hospitales
Existe coordinación con la Comisión de Vigilancia Epidemiológica

Debilidades:

Falta integración y participación en los Comités Locales y Regionales
Planes Institucionales de Emergencia no consolidados.
Carencia de Planes de Emergencia Locales y Regionales en el ámbito institucional del sector salud.
Desconocimiento de los funcionarios de la organización para la atención de desastres.
Vulnerabilidad en riesgo estructural.
Alta vulnerabilidad en riesgo no estructural.
Carencia de brigadas de emergencias en los diferentes niveles de las instituciones. (AyA tiene algunos desarrollos a nivel de cantones principales pero falta su consolidación)
Inadecuada coordinación interinstitucional.
Descoordinación entre niveles de gestión
Poca disponibilidad por parte de algunos funcionarios de las instituciones, especialmente en las que la jornada laboral limita la participación
Falta de una capacitación horizontal en mitigación administración y atención de desastres.
Carencia de un Plan Institucional. (CCSS, MS)
Alta vulnerabilidad en riesgo no estructural
Carencia de planificación para el manejo de desastres tecnológicos.
Carencia de análisis y organización en riesgo no estructural, estructural y funcional.
Alta vulnerabilidad en seguridad interna.
Carencia de planes de atención de desastres internos
Falta de señalización de urgencia
Carencia de brigada de emergencias en algunos de los hospitales
No hay estudios sobre vulnerabilidad en comunicaciones.
No existe un proyecto para la identificación de grupos de riesgo.
Falta de continuidad en los programas ya avalados, debido al cambios de gobierno cada 4 años.

Oportunidades:

Posibilidad de establecer nexos cooperativos con el programa de Desastres de la Organización Panamericana de la Salud.

Interés de coordinación interinstitucional para la atención de los desastres.

Posibilidad para establecer un programa continuo de Capacitación del personal en la prevención y mitigación de los desastres.

Apoyo de las altas autoridades institucionales para el desarrollo de programas en atención de desastres.

Que por medio de este análisis sectorial situacional del Sector Salud, se pueden detectar y evaluar diagnosticar la situación actual de las instituciones para Establecer programas conjuntos con la Comisión Nacional de Emergencia y el Ministerio de Salud.

Amenazas

País con alta vulnerabilidad ante las amenazas los desastres naturales y antrópicas. y tecnológicos

Amenaza de sismos, inundaciones y erupciones volcánicas en el territorio nacional. Demandas de los Grupos de presión (comunidades, políticos, académicos, etc.) en la atención de una emergencia o desastre o en la etapa de rehabilitación.

Intervención externa sin coordinación con el sector, en el caso de emergencia o desastre.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO IX

“VIH-SIDA”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE VIH/SIDA.

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Los grupos mas afectados son de los 25 a los 45 años y el número de casos se ha reducido a partir de 1998 con la introducción de los antirretrovirales (ARV).	Continuar con las medidas de atención integral del problema fortaleciendo las medidas de promoción y prevención y garantizar el suministro de la terapia antirretroviral.
La información es deficiente, debido a fallas en la notificación, cuya obligatoriedad esta en revisión.	Desarrollar un Sistema de Información Sistematizado y aprobar el decreto ejecutivo que hace obligatoria la notificación.
No se cuenta con un protocolo para la prevención del VIH/SIDA y otras ITS	Elaborar, publicar y difundir en el corto plazo, protocolos de atención para estos padecimientos.
Existe una Ley General del VIH/SIDA de 1998 pero su difusión es deficiente, se conoce poco y hay incumplimiento.	Promover su difusión, el cumplimiento y la aplicación de sanciones.
Existe un Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA pero sin personería jurídica ni recursos, lo cual dificulta que cumpla su papel de recomendar políticas y programas de acción para todo el sector público.	Fortalecer la organización y funcionamiento del CONASIDA, modificando el Reglamento respectivo y dotándolo de recursos financieros propios.
En materia de prevención el Gobierno carece de una política definida sobre el mercadeo social del condón y tampoco se ha implementado en los servicios el tamizaje de las embarazadas.	Desarrollar políticas claras para la promoción del uso del condón y el tamizaje de las embarazadas, por parte de los servicios públicos de salud.
No existen programas preventivos específicos dirigidos a grupos de alto riesgo como los reclusos en cárceles, los que comercian con sexo, y los homosexuales, lo cual representa un riesgo alto para la población general.	Formular y desarrollar programas preventivos y de atención dirigidos a grupos de alto riesgo.
El tratamiento de los pacientes está centralizado en tres hospitales nacionales y uno regional.	Promover la desconcentración del tratamiento, garantizando la calidad y la referencia entre niveles de atención.
El gasto público en VIH/SIDA representa el 1% del gasto público total en salud y el gasto en ARV el 50% del total de VIH/SIDA (representa el 8.2% del total del gasto en medicamentos de la CCSS).	Es necesario un sistema de información que consolide la información financiera (cuenta satélite de VIH/SIDA) y analizar mecanismos para buscar la sostenibilidad financiera.
Existe una iniciativa de red de ONGs desde 1995 consolidada en el 2000, cuyo rol es muy importante para la preservar los derechos humanos de las personas viviendo con VIH/SIDA	El sector público y en particular el CONASIDA, debe promover el fortalecimiento de la red de ONGs,

CAPITULO X

“SALUD AMBIENTAL”

Conclusiones

Agua Potable y Saneamiento

Sin lugar a dudas la falta de infraestructura de los servicios de agua potable, alcantarillado y saneamiento o su deterioro, ha propiciado en ciertos sectores del país la presencia de enfermedades transmisibles tales como la fiebre tifoidea, salmonelosis, shigelosis, amebiasis, giardiasis, otras infecciones intestinales, hepatitis viral, etc.

Uno de los problemas sanitarios de mayor incidencia relacionados con la falta de servicios o sus deficiencias en la transmisión de enfermedades, son las diarreas. En 1998 se registraron 104 muertes por diarrea para una tasa de 2.82 por 100.000 habitantes, de los cuales el grupo de edad que ocupa el primer lugar es de menores de un año, con un 40.84%, le sigue el de 55 y más con una tasa de 14.89, en tercer lugar con una tasa de 2.48 los niños entre 1 a 4 años.

Las autoridades de salud mantienen preocupación respecto a la contaminación de cuerpos de agua superficial producida por descargas directas de aguas negras y desechos sólidos, así como de aguas residuales y desechos industriales y agropecuarios. Dos de las principales cuencas del país, las de los ríos Tárcoles y Reventazón, donde se asienta casi el 70% de la población nacional, reciben las aguas residuales sin tratar de San José, Heredia, Alajuela y Cartago. En la cuenca del Tárcoles, que se constituye en el principal desaguadero del Valle Central, se estimó en 1998, que los desechos líquidos domésticos representaban el 40% de la contaminación total, seguida por los desechos líquidos industriales con un 23%, siendo el resto producto de los desechos animales y sólidos, que finalmente causan los mayores problemas de contaminación de las aguas del Golfo de Nicoya^{13/}.

Otro aspecto de este tema es 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.

El Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, ha identificado un total de 2.033 acueductos operados por AyA, municipalidades, ESPH y CAAR/ASADAS en el territorio nacional; sin embargo, existen algunas pequeñas comunidades que operan acueductos pero no tienen constituido el respectivo comité o asociación que lo administre. Los resultados señalan que existen 1.043 acueductos servidos con agua potable (51,3%) y 990 no potables (48,7%). La falta de cloración se concentra principalmente en los acueductos administrados por las ASADAS/CAAR (83%) y municipalidades (11%). En función de la población atendida del país, el 24,4% de esta no recibe agua de calidad potable.

La baja cobertura de redes de alcantarillado sanitario, unida al uso de agroquímicos en las áreas de recarga y producción de aguas subterráneas, es un factor de riesgo ambiental considerable. Esta situación es crítica en la parte norte y este de la cuenca del Río Virilla, donde se asientan los acuíferos Barba y Colima, de los cuales depende el abastecimiento de aproximadamente un 20% de la población nacional, y que se han definido como la fuente de agua potable de Heredia y el Área Metropolitana de San José para los próximos 15 años.

El ritmo actual de aumento de las concentraciones de nitratos en las aguas de los acuíferos Colima indica que esta fuente se podría perder en un lapso no mayor de 15 años. Este es quizás el problema más grave en el tema del agua potable/ saneamiento y gestión ambiental, porque involucra el suministro actual y futuro de un millón de personas aproximadamente.

¹³ Informe del Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica, Julio del 2002.

Contaminación de Cuerpos de Agua

- a. Incapacidad del MINSA para exigir y corroborar la veracidad de los Reportes Operacionales que deben presentar los entes generadores de aguas residuales de acuerdo con lo que establece la legislación vigente por la escasez de personal y de recursos materiales
- b. Inexistencia de personal profesional y de laboratorios a los que pueda recurrir el MINSA para la toma de muestras y análisis para verificar los análisis de laboratorio enviados por los entes generadores en los reportes operacionales.
- c. Falta de apoyo económico (e.g. facilidades para préstamos) al que pueda tener acceso el sector privado para la construcción de obras de conducción, tratamiento y disposición final de aguas residuales. Inexistencia de estímulos de tipo económico (e.g. excepción del pago de impuestos) por parte del estado para el sector privado que les ayude en la construcción y operación de este tipo de obras.
- d. Falta de reglamentación y necesidad de modificación de parte de la normativa existente.
- e. Contaminación de cuerpos receptores por la descarga de aguas negras sin tratamiento debido a la ausencia de obras de tratamiento en los principales sistemas de alcantarillado sanitario del país.
- f. Tarifas inadecuadas para los servicios de alcantarillado sanitario que permitan cubrir el costo del servicio incluyendo el tratamiento de las aguas negras y un porcentaje para el crecimiento futuro.
- g. Resistencia de la población beneficiaria del país al incremento en las tarifas de alcantarillado sanitario.

Desechos Domésticos

- a. Escasez de recursos humanos y materiales por parte de las municipalidades para presentar proyectos de Rellenos Sanitarios que cumpla con la normativa vigente tanto a nivel de diseño de los proyectos como posteriormente durante la operación de los rellenos.
- b. Inadecuadas tarifas para los servicios prestados por las municipalidades que permitan cubrir los costos totales de los servicios, incluyendo la disposición final de los desechos y un porcentaje para el crecimiento futuro.
- c. El manejo de los desechos sólidos en Costa Rica se volverá más crítico cada día, no solamente debido al aumento natural de la población, sino también al incremento de la producción per cápita de basura en los últimos años. El Anexo B-2 explica lo anterior.
- d. Existe una amplia resistencia de las comunidades de todo el país para la ubicación de rellenos sanitarios en las cercanías (Efecto NIMBY).
- e. Escasez de equipos (livianos y pesados) e inadecuado mantenimiento de los existentes tanto en las etapas de la recolección como de la disposición final de los desechos sólidos.
- f. En algunos cantones se ha iniciado la clasificación y selección de los desechos. No obstante los porcentajes de recolección y reciclaje continúan siendo bajos y existen en algunos casos condiciones deficientes de los sitios de almacenamiento (centros de acopio).
- g. Debido a los problemas de recolección gran cantidad de desechos sólidos son arrojados en los cauces de los cuerpos receptores y en terrenos baldíos aumentando los problemas de contaminación de aguas, de suelos, de fauna nociva y estéticos.

Desechos no domésticos

Desechos Hospitalarios

En el manejo de los desechos hospitalarios se requiere la vigilancia y control permanente por sus características, de allí la importancia de utilizar los insumos adecuados en el almacenamiento, recolección, transporte y disposición final de los desechos, para minimizar los peligros de contagio y

propagación de riesgos para el personal, usuarios y sociedad civil, que por alguna razón pudieran entrar en contacto.

Desechos Industriales

La falta de un diagnóstico del tipo de empresas que generan más accidentes con sustancias químicas peligrosas, así como la falta de control de las normas de seguridad que se aplican representan puntos críticos.

Falta de capacitación de los funcionarios de nivel local en el manejo de procesos de productos químicos peligrosos.

Contaminación Atmosférica

Contaminación Físico-Química (fuentes fijas y móviles)

La falta de recurso económico para la compra, operación, mantenimiento y manejo de datos de la red de monitoreo de la calidad del aire en el país.

Escasas campañas de sensibilización a la población sobre la problemática de la contaminación del aire.

Ausencia de laboratorios acreditados y con métodos estandarizados para la realización de análisis de la calidad del aire y mediciones en chimenea.

Falta de una Política Nacional de la Calidad del Aire que sirva de marco legal e institucional para ejercer adecuadamente la vigilancia de la calidad del aire.

No se cuenta con recurso humano en el MINSA dedicado a tiempo completo a labores de control y monitoreo de la calidad del aire.

Contaminación Sónica

La falta de un programa de mantenimiento de los sonómetros con los que cuenta el MINSA.

La distribuidora de los sonómetros a nivel nacional no tiene la potestad para certificar la calidad de los equipos (deben ser enviados a la casa matriz).

Falta la aprobación del Reglamento de Contaminación Sónica, que se encuentra impugnado.

Faltan recursos financieros, materiales, viáticos y vehículos para poder llevar inspecciones en altas horas de la noche y los fines de semana.

Ausencia de un reglamento sobre ruido que se adapte a la realidad nacional y que sirva de base legal para las mediciones.

Problemas de coordinación de criterios entre el Ministerio y las Municipalidades que se encargan de otorgar las patentes en los locales y definición de funciones a realizar por cada institución.

Salud Ocupacional

Las regulaciones aplicadas a los diferentes sectores productivos no han tenido el impacto esperado por cuanto los índices de accidentabilidad mantienen niveles importantes, lo anterior se relaciona directamente con una deficiente reglamentación que requiere ser modernizada y a la deficiente capacidad de recursos de las instituciones responsables. Por otro lado, las acciones de promoción y prevención tampoco han contribuido a reducir esos índices de manera considerable.

Las diferentes labores requeridas para tutelar la salud ocupacional por parte del Estado se dificultan por cuanto no ha sido posible establecer una adecuada coordinación e integración de las instituciones involucradas. También ha sido escasa la participación de otros actores sociales como son los gremios de empresarios y de trabajadores.

Sustancias Peligrosas (incluye agroquímicos)

- a. Falta de recursos económicos y humanos.
- b. Falta de un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones agudas y crónicas ocasionadas por estos productos.
- c. Falta de campañas de divulgación y prevención.
- d. Poca anuencia, en el ámbito local, a asumir las responsabilidades del control y otorgamiento de permisos de funcionamiento (no es el caso en la DPAH).
- e. Falta de seguimiento luego del otorgamiento del permiso de funcionamiento.
- f. Debilidad en la aplicación de los controles normativos (restricciones y prohibiciones) de los productos en razón de su daño a la salud humana y el ambiente.
- g. Falta de apoyo de autoridades de algunas instituciones para fortalecer la sostenibilidad de los logros del proyecto PLAGSALUD.

Inocuidad de Alimentos

- a. Personal sin entrenamiento en el manejo de alimentos.
- b. Falta de control de alimentos que asegure la inocuidad en todas las fases del proceso.
- c. No existe un registro completo de los establecimientos que procesan, manipulan y expenden alimentos.
- d. Sistema de información poco moderno y ágil.
- e. Los consumidores tienen poca o ninguna información con respecto a la calidad del producto que adquiere.

Aspectos Físico Sanitarios en Edificaciones

- a. Falta de supervisión y control en la etapa constructiva.
- b. Necesidad de actualizar y modificar los Reglamentos y Leyes referentes al tema.
- c. Mejorar la condición de los archivos de documentos (Planos constructivos).
- d. Falta una base de datos georeferenciada de los proyectos.
- e. Mejorar la capacitación de los funcionarios, especialmente del nivel local en la revisión de proyectos.
- f. Fomentar la aplicación de nuevas tecnologías constructivas.
- g. Incluir en las Universidades cursos referentes a las legislaciones vigentes.

Radiaciones

- a. Situación presupuestaria muy débil ya que no se cuenta con los insumos básicos para laborar eficientemente, en aspectos tan simples como adquisición de baterías para los equipos de medición, tinta para las impresoras, papel para fax, etc.
- b. La Unidad actual no se encuentra dentro del organigrama del Ministerio, únicamente existe por un oficio del Ministro de Salud de administración anterior, situación sumamente crítica.
- c. Las sanciones que establece el marco legal vigente, favorece el incumplimiento por parte de los usuarios de radiaciones ionizantes.

RECOMENDACIONES

Agua Potable y Saneamiento

El sector no será capaz de resolver sus problemas, sin cambios importantes en su estructura y concepción actual. El AyA debe segregarse en sus dos funciones incompatibles: la rectoría del Estado en agua potable y saneamiento y la operación de los sistemas. La primera, como función obligada del Estado, deberá permanecer en un Instituto Rector del Sector de Agua Potable y Saneamiento:

organismo planificador, financiador, asesor del Estado y de los Operadores, ejecutor de los programas en el área rural, y en el cual reside el sistema de información del SAPS. La segunda, una sociedad anónima de operación de sistemas, que lo haga en el Área Metropolitana de San José y en donde lo convenga con los titulares del servicio, en franca competencia con operadores privados locales que deberán formarse y promocionarse.

La otra opción es no efectuar reformas, sin embargo, la situación se tornará insostenible y el peso de no hacer nada será muy fuerte. Podrían sobrevenir reformas radicales que, probablemente, desembocarán en la concesión inmediata de los servicios al sector privado.

Contaminación de Cuerpos de Agua

a. Aumentar la participación del sector privado en la administración de los servicios de alcantarillado sanitario incluyendo el tratamiento de aguas negras, especialmente para el Área Metropolitana de San José, que permitan también ampliar la cobertura de las redes de alcantarillado sanitario dotadas de tratamiento final.

b. Implementar un Programa de Monitoreo de la Calidad del Agua de los Cuerpos Receptores Superficiales y Subterráneos del país. El MINSA cuenta ya con una propuesta elaborada con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud en 1994.

c. Fortalecer el proceso de desconcentración y descentralización del MINSA a fin de promover una mayor participación del personal de los niveles regionales y locales en la atención de quejas, revisión de Reportes Operacionales y otras actividades que debe realizar el Ministerio

d. Actualizar y aplicar la reglamentación vigente sobre el control de la contaminación de cuerpos de agua. Establecer normativa sobre el establecimiento de Cánones de Vertido por descargas de Aguas Residuales y normativa para la Clasificación de Cuerpos Receptores.

e. Revisar y mejorar los programas educativos existentes que se ofrecen en todos los niveles educativos del país con énfasis en los niveles de educación primaria del país relacionados con el control de la contaminación de cuerpos de agua.

f. Aumentar la asignación de recursos al MINSA destinados al control de la contaminación de cuerpos receptores que permitan la contratación de laboratorios privados que realicen muestreos y análisis cuando el Ministerio lo estime necesario a fin de verificar los resultados de los Reportes Operacionales recibidos.

Desechos Domésticos

a. Promover la separación y el reciclaje de los desechos partiendo de la implementación de campañas de concientización para todos los usuarios iniciando en las cabeceras de todos los cantones del país.

b. Aumentar la participación del sector privado especialmente en los servicios de recolección y disposición final de los desechos sólidos.

c. Promover e implementar rellenos sanitarios regionales con el fin de eliminar los botaderos a cielo abierto en todo el país.

d. Estandarizar el uso de los equipos de recolección y disposición final en todos los municipios del país con el fin de lograr reducciones en los costos de adquisición y de mantenimiento de los equipos (repuestos existentes y en la cantidad necesaria).

e. Actualizar y aplicar la reglamentación y normas en el manejo de los desechos sólidos domésticos.

f. Diseñar nuevos programas de educación, capacitación y divulgación en el manejo de desechos sólidos y revisar los programas existentes que se ofrecen en todos los niveles de educación del país con énfasis en los niveles de educación primaria del país.

g. Ampliar los proyectos regionales de limpieza y ornato de las ciudades y cuerpos de agua bajo el concepto de ciudades limpias.

Desechos no Domésticos

Desechos Hospitalarios

Algunos centros de atención médica de la CCSS y privados, acatando las reglamentaciones del Ministerio han mejorado el manejo interno de los desechos, otros están adquiriendo tecnología apropiada para la desinfección y disminución de los desechos generados. Esta política de modernización que deben adoptar los establecimientos de salud se ve favorecida por la disposición del Ministerio de exigir contar con la Habilitación, donde deben cumplir con normas de calidad en forma integral.

Recursos Tecnológicos: Existen en el mercado los recursos tecnológicos apropiados para que en los centros de atención de salud se adopten las medidas apropiadas para un buen manejo de los desechos hospitalarios. Falta aún que los rellenos sanitarios autorizados por el MINSA establezcan sitios exclusivos para la disposición de estos desechos.

Recursos Humanos: La Dirección del Protección al Ambiente Humano (DPAH) tiene personal suficiente para ejercer la rectoría que le corresponde en esta materia. Se necesitan recursos materiales para ampliar la supervisión.

Cooperación Externa: Existe en la DPAH, la Red Panamericana de Manejo Ambiental de Residuos para Costa Rica, (REPAMAR). Posee amplia información de organizaciones nacionales e internacionales que son entes cooperadores en materia de gestión ambiental de residuos. Mantiene relaciones de coordinación con la CCSS.

Inversiones: La DPAH ha invertido recursos económicos en becas y seminarios en el extranjero, en algunos profesionales que no han aportado al resto del personal los conocimientos adquiridos.

Financiamiento y Gastos: Está el Plan Anual Operativo 2003 (PAO 2003), donde se indican los recursos humanos, financieros y materiales que se requieren para la ejecución del Programa de Vigilancia Continua y Permanente en Hospitales por parte de la DPAH.

Rectoría: El Programa de Vigilancia Continua y Permanente es el instrumento con el cual se aplicará la rectoría en el sector hospitalario público y privado del país.

Demanda, Cobertura y Servicio: Deben aplicarse la rectoría en todos los hospitales públicos y privados del país, además brindar el servicio de coordinación con la Dirección de Servicios de Salud, para otorgar la Habilitación.

Desechos Industriales

Confeccionar un reglamento de aplicación de normas de seguridad y puntos críticos de control de riesgo y capacitación del personal de nivel local en las técnicas de manejo de riesgo y control.

Recursos Humanos y Tecnológicos: Se cuenta con recurso humano especializado 2 químicos industriales, 2 ingenieros químicos y profesionales en salud ocupacional. No se cuenta con laboratorios de análisis para corroborar cumplimiento de ciertos parámetros requeridos para proteger la salud de las personas.

Cooperación Externa: No se tiene Cooperación Externa.

Financiación y Gasto: Programación para determinar la redistribución de gastos debido a las nuevas funciones que deben asumir los niveles Regional Local y Central.

Demanda y Cobertura debe determinarse de acuerdo al Diagnóstico y los planes a desarrollarse.

Contaminación Atmosférica

Contaminación Físico-Química (fuentes fijas y móviles)

a. Continuar con la coordinación del sub-objetivo 3 del Proyecto Aire Limpio San José a nivel interinstitucional.

- b. Crear y aprobar una política Nacional de Calidad del Aire y su estrategia de implementación que sirva de marco legal e institucional para ejercer adecuadamente la vigilancia de la calidad del aire.
- c. Dotar de financiamiento adecuado mediante un presupuesto a la red de monitoreo de la calidad del aire.
- d. Generar datos de la calidad del aire a través del monitoreo con las estaciones existentes mediante el plan de monitoreo conjunto de MINSA – Universidad de Costa Rica – Universidad Nacional.
- e. Desarrollar una estrategia de educación y sensibilización en materia de la calidad del aire dirigida a organizaciones de la sociedad civil, centros educativos y gobierno local en coordinación con el sub-objetivo 4 (Comunicación Social) del Proyecto Aire Limpio.
- f. Continuar con el control de emisiones a nivel industrial.
- g. Establecer campañas de conocimiento de las estaciones de monitoreo para la población.
- h. Evaluar los resultados obtenidos y fomentar la gestión de recursos económicos necesarios para ejercer el monitoreo y la vigilancia de la calidad del aire.
- i. Realizar vigilancia epidemiológica en las áreas de alto riesgo de exposición a fuentes de contaminación.
- j. Establecer mecanismos adecuados de coordinación entre el MOPT – MINAE-RECOPE en aspectos relacionados con el cambio de rutas vehiculares, cambio de paradas de los servicios de transporte público, distribución vial y mejoramiento en la calidad de los combustibles, entre otras.
- k. Establecer una coordinación con la Dirección de Vigilancia Epidemiológica del MINSA y de la CCSS para correlacionar los datos de concentraciones de contaminantes atmosféricos con enfermedades crónicas de origen respiratorio/cardiovascular y visitas a los centros de salud.

Contaminación Sónica

- a. Realizar estudios actualizados sobre el nivel de contaminación sónica en la Gran Área Metropolitana y en el resto del país, esto por medio del Programa de Control de Ruido.
- b. Coordinar con el MOPT campañas de sensibilización sobre el control de la flota vehicular y respecto de las áreas restringidas de emisión de ruidos como escuelas, clínicas y hospitales.
- c. Dotar de equipo y capacitación en las Áreas de Salud para que se realicen mediciones preventivas en las empresas en las inspecciones que se efectúan para el otorgamiento del Permiso Sanitario de Funcionamiento.
- d. Que el MOPT realice un control más estricto sobre ruido producido por fuentes móviles (automotores).

Salud Ocupacional

El país requiere fortalecer las estrategias para hacer efectivas las regulaciones existentes en diferentes sectores productivos, identificar vacíos en la reglamentación, planificar el sector en este campo, fortalecer la promoción y prevención bajo una óptica de calidad e integralidad de las acciones, un fuerte componente de concertación y participación más amplia de los actores sociales directamente relacionados, fortalecer las comisiones y departamentos de salud ocupacional en los lugares de trabajo, fortalecer el financiamiento del MINSA, de las acciones de promoción y prevención, así como en la infraestructura y capacidad de atención de la rehabilitación y reinserción de la población trabajadora.

Sustancias Peligrosas (incluye agroquímicos)

- a. Realizar proceso de sensibilización a nivel local, regional y nacional.

- b. Fortalecer las Áreas de Salud con recurso humano capacitado, material, mecanismos e instrumentos para el control de la calidad, oportunidad y uso de la información para una vigilancia efectiva.
- c. Fortalecer los programas de seguimiento a industrias de alto riesgo.
- d. Revisar, modificar o elaborar la legislación necesaria para el adecuado control de productos peligrosos.
- e. Modificar la reglamentación existente, para que la importación de productos químicos peligrosos sea autorizada por el Ministerio de Salud.
- f. Aprobar y ejecutar normativas para la restricción, prohibición y sustitución de sustancias o productos altamente peligrosos.
- g. Diseñar y establecer mecanismos de comunicación social sobre normativas, riesgos y manipulación de productos químicos peligrosos, para la prevención de los riesgos a la salud de las personas.
- h. Establecer el cobro de los registros de productos peligrosos para fortalecer en control.
- i. Fortalecer la sostenibilidad de los logros del proyecto PLAGSALUD a través de su institucionalización.

Fauna Nociva

- a. Implementar programas de investigación que brinden los lineamientos para las medidas de intervención.
- b. Involucrar a los demás actores sociales: protectoras de animales, Colegio de Médicos Veterinarios, etc.
- c. Activar el convenio de cooperación con el Colegio de Médicos Veterinarios.
- d. Desagregar la problemática en sus distintos componentes: Insectos (vectores y no vectores), Animales de Compañía, Roedores, Aves, Moluscos Terrestres.

Aspectos Físico Sanitarios en Edificaciones

- a. Acreditación de empresas privadas que realicen las labores de revisión de proyectos constructivos, de manera que la institución pueda dedicar sus recursos al control y seguimiento y a la rectoría.
- b. Aplicación de un modelo similar al implantado para los permisos de funcionamiento.
- c. Terminar con la desconcentración de la tramitación de planos constructivos del nivel central al regional y conformar grupos interdisciplinarios en dichas zonas.

Radiaciones Ionizantes

Recursos Tecnológicos: La Unidad cuenta con el equipamiento necesario para las acciones de vigilancia, control y auditoría. La información es actualizada periódicamente, la envía el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA). Se cuenta con una base de datos donada por OIEA, para las acciones de registro y en hojas electrónicas se tienen registros de operadores, instalaciones con Permiso Sanitario de Funcionamiento e ingreso de material radiactivo al país.

Recursos Humanos: La Unidad cuenta con 6 profesionales capacitados, un profesional en odontología y dos asistentes administrativos. Este personal es totalmente insuficiente por lo que se debería reforzar con al menos 3 profesionales más.

CAPITULO XI

“SALUD MENTAL”

CONCLUSIONES

1. Problemas que por su efecto y magnitud se priorizaron: Abuso Sexual, Violencia Intrafamiliar, Alcoholismo y Drogadicción, Depresión, Suicidio, Trastornos de Ansiedad y Psicósomáticos y Violencia laboral. Estos problemas tienen tendencia a incrementarse, lo cual tiene hondos repercusiones futuras en los servicios de salud así como en la productividad y por ende en el desarrollo económico y social del país.

Existe fundamentación teórica para algunos de estos problemas proveniente de investigaciones de otros países (datos de prevalencia y algunos de incidencia, descripciones clínicas y aproximaciones respecto a factores de riesgo, generalmente destructivos más que protectores). Los datos evidencian un incremento en la demanda. Salvo para el Alcoholismo y la farmacodependencia, que a través de IAFA en su departamento de Investigación, no se dispone de investigaciones nacionales que apoyen la formulación de estrategias de prevención y promoción.

2. La información estadística se encuentra dispersa, desarticulada, sistematizada una mejor que otra, en informes estadísticos (Anuarios, Boletines) que provienen de atenciones brindadas que se codifican en grupos diagnósticos. La información estadística disponible en la CCSS se nutre del reporte de atenciones provenientes de 27 hospitales y 9 clínicas que se tabulan según sexo, edad y lugar de atención en pocas categorías diagnósticas que no se han modificado desde hace más de 20 años; no permiten un conocimiento más cualitativo y diferenciado de las patologías, síndromes o cuadros englobados en dichos diagnósticos, como sí las hay en otras especialidades médicas.

3. Los servicios de salud mental son utilizados por todos los grupos de edad; se incrementa la demanda conforme se avanza en edad especialmente después de los 45 años. Excepto en el grupo de 45-59 años, en todos los grupos es mayor la demanda de consultas y hospitalizaciones en hombres que en mujeres. Después de los 45 años las diferencias por sexo en la demanda, son mínimas. Las niñas requirieron más hospitalización que los hombres en el grupo de 10 a 14. Después de los 10 años las principales causas de consulta son los trastornos depresivos- ansiosos y neuróticos.

4. La proporción de consultas por trastornos mentales y del comportamiento respecto al total, casi no ha variado en los últimos 20 años, con índices de: 3.07% en 1983, 4.27% en 1987, 3.98% en 1992 y 3.7% en 1997.

5. Con la información existente no puede determinarse qué nivel de la demanda cubren los servicios de salud mental, ni cuál es la demanda real que estos servicios deben cubrir, por lo cual una investigación epidemiológica es importante.

6. Oferta de servicios: Debe reestructurarse una amplia red de servicios con mayor proyección a la comunidad; incluir la salud mental en todos los niveles de atención y un recurso humano más sensibilizado para efectuar los cambios que el país requiere para atender las necesidades de la población.

Asuntos Críticos

- No existe red comunal de apoyo (enfermedad, acciones promoción, prevención)
- Redes de apoyo de CCSS insuficiente (TX)
- Ausencia de estudios epidemiológicos sobre Salud Mental en el país
- Ausencia normas y protocolos para el abordaje en el 1º y 2º nivel.

- Ausencia de equipos de atención integral ADECUADOS suficientes y reales
- Ausencia de infraestructura adecuada para atención de problemas de alcoholismo y farmacodependencia en población infantil y adolescente.
- Ausencia de estudios sobre costo beneficio de medicamentos en enfermedad mental
- Incumplimiento de Ley 7600
- Incumplimiento de asignación del financiamiento decretado por la Ley 7962, para programas prevención de farmacodependencia y alcoholismo
- Excepto en un hospital, los servicios de psiquiatría están ausentes.

RECOMENDACIONES

Realizar un estudio epidemiológico para hacer un diagnóstico de la salud mental de la población general del país

Definir una política para reorientar los servicios existentes y sus recursos hacia un modelo comunitario, con un enfoque de promoción de la salud mental y participación social, que puede apoyarse en el nuevo modelo de atención en salud mental propuesto por la CCSS, el cual debe revisarse a luz de este análisis

Designar una comisión interinstitucional e intersectorial rectora con poder de decisión que conduzca, coordine, negocie, facilite, supervise y evalúe las acciones de salud mental

Asignar recursos para la promoción de la salud mental en el sector. La OMS recomienda un mínimo del 10% del presupuesto en salud para la promoción en salud mental

Elaborar normas y protocolos de atención para los tres niveles de atención, para el abordaje de los trastornos mentales y del comportamiento

Hacer estudio de la necesidad de recursos humanos en las diferentes áreas geográficas, para la atención de la problemática en salud mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras especializadas en salud mental, técnicos en atención primaria

Revisar contenidos curriculares de grado y postgrado de los profesionales vinculadas a la salud mental, para incluir los temas del nuevo paradigma de atención

Capacitación del personal de salud en los temas del nuevo paradigma de atención en salud mental (EBAIS), clínicas y hospitales generales.

Crear el primer nivel de atención, para la detección precoz especialmente de la depresión y el suicidio, la orientación y el manejo de casos menos complejos, como es el seguimiento de pacientes crónicos en la comunidad.

Fortalecer las redes de apoyo en la atención de la problemática en salud mental, y crearlas donde no existan, incluyendo actores sociales y comunitarios no tradicionales (iglesias, escuelas, policía local, bomberos, Cruz Rojas, grupos de autoayuda, OING, etc.)

Promover el abordaje de los problemas en salud mental en base a equipos interdisciplinarios e interinstitucionales

Implementar el “Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental”.CCSS

Cumplir con el Decreto Ejecutivo No. 2005-S de 1991, que decreta el reconocimiento de la Psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica, congruente con el reconocimiento que de ella hizo el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Regular con mayor precisión el internamiento involuntario, el consentimiento informado, el acceso a la información, las medidas de seguridad, las medidas de aislamiento y sujeción de los enfermos mentales.

Creación de un centro alternativo de atención psiquiátrica para pacientes con medida de seguridad curativa, adscrita a un centro penitenciario mediante un convenio tripartito : Ministerio de Salud, CCSS y Ministerio de Justicia.

Fortalecer redes de apoyo y habilitación de equipos de atención integral.

Reforzar y/ o crear alianzas estratégicas con empresas privadas para la prevención y promoción de salud mental.

Disponibilidad de medicamentos adecuados

Realizar Estudios costo- beneficio tratamientos

Crear redes de apoyo social para enfermos mentales

Dada la importancia de la infancia para promover la salud mental y estilos de vida saludable y dada la problemática que la niñez enfrenta, se hace urgente desarrollar un programa nacional de salud mental infantil, que incluya la niñez en riesgo psicosocial. En América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita su atención. La frecuencia de estos trastornos es de un 12-29%.

Es imperativo que el Sector Salud lleve a cabo acciones inmediatas para la prevención del suicidio, con acciones concretas para combatir la depresión y sus consecuencias.

Otorgamiento real de presupuesto para la atención de la farmacodependencia según Ley 7972.

Dar seguimiento a las acciones destinadas a salvaguardar los derechos humanos de las personas con enfermedad mental.

Crear un sistema de vigilancia epidemiológica de la salud mental, con indicadores positivos que superen el sistema de información existente.

Incluir la salud mental como un objetivo sanitario del Ministerio de Salud.

Formular una política y un plan nacional de salud mental integrador de las acciones intersectoriales.

Recomendación final

Debe visualizarse la problemática de salud mental de una manera integral con la participación de otras instituciones y sectores, compartir aspectos teóricos y articular acciones para investigar los determinantes protectores y destructivos, planificar acciones conjuntas encaminadas a modificar esas determinantes, con objetivos y metas claras a corto, mediano y largo plazo.

CAPITULO XII

“VULNERABILIDAD Y PREPARATIVOS PARA DESASTRES”

Conclusiones y Recomendaciones

Del análisis de conjunto de las tres instituciones se desprende que a pesar de identificarse esfuerzos muy importantes en reducción de vulnerabilidad y atención de desastres, hay cuatro grandes nodos críticos que es necesario intervenir aprovechando las fortalezas y las oportunidades descritas en el análisis FODA.

- La organización de la respuesta ante los desastres.
- La vulnerabilidad de las instalaciones a las amenazas.
- Las comunicaciones.
- La seguridad interna de sus instalaciones.

Al respecto se proponen las estrategias generales que mejorarán el desempeño y la respuesta del sector ante los desastres en los puntos más prioritarios al momento, y que se enmarcan dentro de las dos directrices fundamentales de Plan Nacional de salud 1999-2004:

Organización de la atención.

En las tres instituciones hay siete sub-temas fundamentales en la organización de la respuesta, en las que se hace necesario mejorar las condiciones actuales.

Es necesario implementar o reforzar (para aquellas que ya la tienen) las oficinas, unidades, programas o direcciones que se dediquen de pleno al desarrollo institucional en materia de desastres, en un nivel idealmente alto de la organización para que tenga mayor aceptación las directrices que se emanen.

Tal como lo establece la Ley de Emergencias las instituciones deben de disponer de un presupuesto para la atención de emergencias

A pesar de existir planes de atención, hay regiones y centros de salud que no los tienen o no ha sido divulgado, no están integrados regionalmente ni centralmente, lo que crea desconocimiento de las organizaciones de lo que se debe de hacer, cómo hacerlo y cuándo hacerlo, tanto en los niveles jerárquicos altos como en los niveles más operativos.

Implementar los planes institucionales, regionales y locales, que estén además integrados en un sistema de respuesta institucional los cuales deben, entre otras cosas:

- Definir claramente las funciones y niveles de toma de decisiones
- Establecer los niveles de activación y coordinación.

Establecer los sistemas de apoyo logístico en lo referente a suministros, recursos y comunicaciones al área afectada.

Identificar recursos disponibles para casos de emergencia o desastre

Garantizar la permanencia de los sistemas de vigilancia sanitaria en sistemas de aprovisionamiento, disposición de residuos, manejo de albergues etc.

Es necesario que las instituciones implementen equipos de apoyo técnico de diferentes disciplinas en el sector, bien estructurados, organizados y autosuficientes que en caso de que falle la respuesta local o regional puedan brindar un apoyo inmediato

Debe establecerse sistemas de registro y procesamiento de información generada durante los desastres para efectos del manejo mismo de los desastres como para el análisis posterior.

Integrar las instituciones al COE en forma oficial de manera que el representante goce de reconocimiento funcional de las altas jerarquías.

Incorporar en la gestión institucional la fase pos desastre de la rehabilitación y reconstrucción de la infraestructura y servicios interrumpidos según corresponda a cada institución.

Prevención y mitigación.

Es necesario avanzar en el análisis de vulnerabilidad de la infraestructura sanitaria en lo referente al riesgo estructural o físico, no estructural y funcional. Hasta el momento existen análisis de riesgo estructural en 5 hospitales (H.México, H.Monseñor V.Sanabria, H. Dr.Escalante Pradilla, H .Nacional de Niños, H. Dr.Enrique Baltodano) y en sistemas de acueductos más importantes como Acueducto de Orosi y otros. No existen datos de los acueductos no administrados por AY A lo cual es una debilidad a corregir con la comunidad.

El análisis se orientará en principios de vulnerabilidad e impacto y la prioridad de intervención, a fin de garantizar al máximo posible la permanencia y funcionalidad de los servicios que brindan las instituciones.

Como punto específico, se deben realizar análisis de vulnerabilidad de las comunicaciones y establecer acciones de prevención y mitigación mediante su mejoramiento y así garantizar las comunicaciones entre los diferentes niveles. Además deben considerarse otras líneas vitales que inciden directamente en la atención y que afectarían la buena marcha tales como transporte u otros.

La seguridad interna de las instalaciones debe ser analizada e implementar acciones de mitigación y prevención para eventuales desastres internos en especial los centros de salud. Deben existir mapas de riesgo de dichas instalaciones y planes de acción.

Es necesario fortalecer y apoyar los planes de capacitación horizontalmente para mejorar el desempeño de las unidades tanto en la prevención, administración como en la atención de los desastres.

Los hallazgos del sistema de vigilancia deben ser recogidos, analizados y difundidos periódicamente a quienes toman decisiones a fin de mantener una información actualizada de la condición sanitaria de las zonas y que sirva de apoyo en la gestión del riesgo y la atención de desastres.