

Anexo A: Análisis del gasto público en salud y ambiente

Convencionalmente, el análisis de gasto social agrupa la información de gasto en cada sector gubernamental, sumando las cifras del Gobierno Central con las del RSPNF; con este dato sectorial, se hacen comparaciones en relación al total de gasto público, al PIB, etc. Sin embargo, como la lógica de la asignación de recursos tiene aspectos particulares en el Gobierno Central y en el RSPNF, el análisis del documento separa la información de Gobierno Central de la del RSPNF.

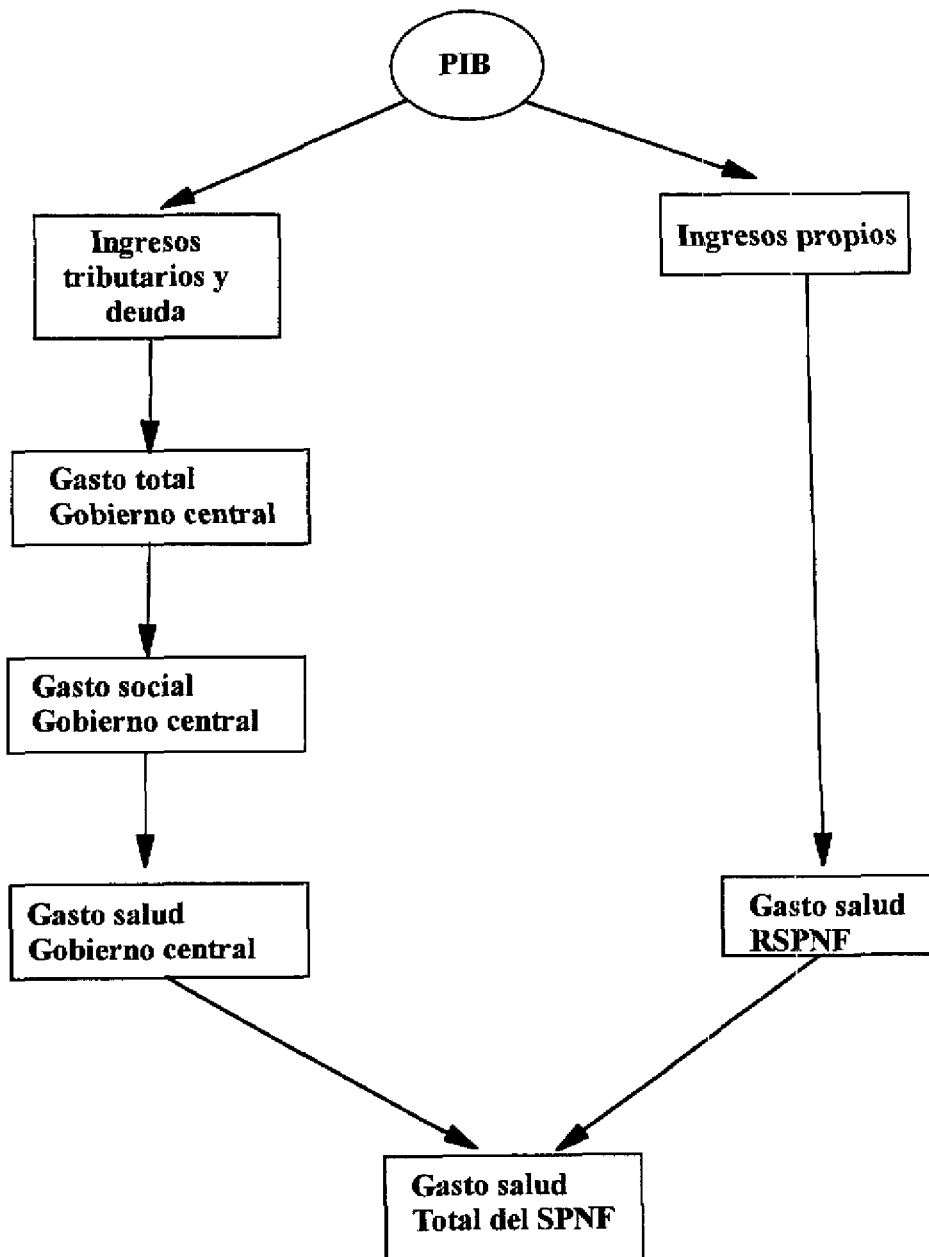
En el Gobierno Central, se puede hablar de asignación intersectorial de recursos en la medida que hay un fondo de caja única que se distribuye según criterios de prioridad entre los diferentes sectores de la acción pública y así, sucesivamente, en los otros niveles de decisión. De esta manera, tiene sentido hacer el estudio de las proporciones del gasto en salud del Gobierno Central en relación al gasto público total, al PIB, etc porque en este caso se trata de un proceso efectivo de distribución de recursos.

En el RSPNF, no se puede de una distribución de recursos intersectorial en sentido estricto, porque las instituciones de esta esfera estatal operan con fondos propios derivados de la venta de servicios, recaudación de cuotas obligatorias, etc. Por lo tanto, en este caso parece más apropiado analizar la relación de estos ingresos propios con el PIB, para determinar si han mantenido un ritmo de crecimiento apropiado con respecto a la evolución de la producción nacional, como resultado de una dinámica propia que no está subordinada a otras instituciones del RSPNF.

A nivel del Gobierno Central, el gasto de cada sector específico es resultado de una asignación intersectorial; a nivel del RSPNF, de una política de generación de ingresos por fuentes específicas. La información del gasto de salud y de ambiente se presenta en función de esta lógica de análisis; por ello, el comportamiento de los indicadores de gasto sectorial en relación al total del sector público y a la producción nacional se indica separadamente: no hay un cálculo agregado de estas relaciones macroeconómicas a nivel sectorial; por su parte, el cálculo del gasto por persona a nivel de todo el sector público, que es el indicador clave de la evolución del gasto en salud y en ambiente, se presenta en forma agregada. Los cálculos desagregados de las relaciones del Gobierno Central y del RSPNF, con el total pertinente del sector público y con el PIB, son los factores explicativos del comportamiento del gasto por persona en salud.

Esquemáticamente la lógica del análisis se puede presentar de la siguiente manera:

Lógica de análisis del gasto público en salud y ambiente



Anexo B: Metodología para recolectar la información sobre el gasto público en salud y ambiente

En el presente anexo, se analizan la disponibilidad de información uniforme y consistente para elaborar series de tiempo; las diferencias relativas a la calidad y procedimientos empleados para generar los datos, y los problemas que plantean los sistemas de contabilidad gubernamental en cuanto a doble contabilidad (especialmente transferencias y deuda), bases de registro contable y clasificaciones empleadas. Además, se aclaran los criterios contables y procedimientos empleados para obtener la información de gasto público en salud y ambiente.

En Costa Rica, las entidades responsables de recopilar y elaborar información sobre las finanzas públicas son la CGR y la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria (STAP) del Ministerio de Hacienda. Las mismas no aplican los mismos criterios, por lo que se presentan diferencias sustanciales en cuanto a cobertura, criterios de registro y consolidación.

Ante esta situación, se decidió trabajar con la información de gasto público que prepara la STAP, aplicando la metodología propuesta por el *Manual de estadísticas de las finanzas públicas*, del Fondo Monetario Internacional. Esta fuente ofrece la ventaja de la disponibilidad de una serie de datos que se inicia en 1983 y, además, la información es oportuna y confiable.

La base de registro contable que se utiliza en las estadísticas de la STAP es la de caja, para lo cual las cifras pasan por un proceso de depuración que consiste, básicamente, en tomar los datos del presupuesto de caja, cuando existen; en caso contrario, se toma el presupuesto devengado restándole los compromisos para el año siguiente y sumándole los compromisos del año anterior liquidados durante el período y eliminando las partidas contables como depreciación y uso de bodega.

La STAP realiza un seguimiento mensual de las finanzas de una muestra de 19 instituciones, incluyendo el Gobierno Central. Esa muestra representa aproximadamente 90% del gasto total del sector público no financiero y conforma lo que se conoce en el país como el Sector Público no Financiero Reducido. Además de disponer de dicha información mensual, la STAP prepara un consolidado anual según la clasificación económica. Se llama consolidación al proceso mediante el cual se compilan las estadísticas de un sector o subsector público, eliminando las transacciones entre todas las unidades que pertenecen al ámbito público en cuestión y, como resultado, se combina la suma de sus transacciones "externas" con respecto al resto de la economía en un conjunto común de categorías. Con base en estos datos, se obtiene una clasificación funcional del gasto del Sector Público no Financiero Reducido con el detalle que ofrece la clasificación económica.

Para pasar a esa clasificación funcional, es necesario hacer una transformación en las cifras de gasto del Gobierno Central, con el propósito de desagregarlo por funciones. Para ello, se recurre a la liquidación del Presupuesto Nacional (Gobierno Central), según la clasificación funcional; ese gasto funcional del Gobierno Central se ajusta de manera que refleje la base de caja y sea consistente con las cifras agregadas que se utilizan para la consolidación del Sector Público no Financiero Reducido.

Con respecto a las instituciones descentralizadas que conforman el resto del sector Público no Financiero Reducido, se procede a clasificar los datos de cada institución en la función correspondiente o, en aquellos casos en los que claramente existe una distribución de gastos en varias funciones, se aplica tal separación (Para los efectos del presente estudio, ese caso se presenta con la CCSS, el INS, la ESPH y con la OCIS). De esta forma, realizando las consolidaciones correspondientes en cada función, se obtiene el gasto consolidado por función; consolidando las funciones del sector servicios sociales y comunales (educación, salud, previsión y asistencia social, vivienda, alcantarillado y agua potable, saneamiento ambiental y otros servicios sociales y comunales), se obtiene el gasto social consolidado del Sector Público no Financiero Reducido.

Para los propósitos del estudio, fue necesario ampliar la cobertura más allá de la muestra de las 19 instituciones a la que se ha hecho referencia, especialmente para incorporar al sector municipal que participa en asuntos relacionados con acueductos y alcantarillados, así como en cuestiones ambientales, principalmente mediante la recolección y tratamiento de la basura. Pero, como la incorporación de este sector a la muestra del Sector Público no Financiero significaba un trabajo muy arduo y consumía mucho tiempo porque se requería procesar información de 85 municipalidades para un período de 10 años, se optó por trabajar con una muestra de seis municipalidades, utilizando como criterio de selección la cantidad de abonados al servicio de agua potable y la ubicación en el área metropolitana (donde la actividad de recolección de basura es más significativa). Esto permitió captar la mayor parte del gasto en ambiente de las municipalidades.

En el caso de las municipalidades, se trabajó con la liquidación anual del presupuesto utilizando cifras de gasto generadas con la misma base de registro empleada en las estadísticas del Sector Público No Financiero Reducido. Si embargo, como la actividad de estos entes es muy variada, fue necesario identificar los programas de gasto que pertenecen a las funciones que interesan para los fines de este trabajo.

Finalmente, se procedió a la conformación de las funciones correspondientes al sector salud y al subsector ambiente con base en los señalamientos anteriores; para ello, se utilizaron los criterios descriptivos de las actividades en salud y en ambiente. En cada función, se presenta la información de cada entidad sin duplicaciones, es decir, se establece un nivel de gasto depurado en condiciones de ser sumado para obtener un total funcional consolidado.

Esta metodología, que es un primer esfuerzo en Costa Rica, puede ser la base para el trabajo siguiente, en donde se logre la concurrencia del Mhacienda y MIDEPLAN en un proceso permanente de recolección y procesamiento de la información.

Anexo C: Estructura tarifaria de los servicios de agua potable y alcantarillado

La entidad reguladora de los servicios públicos es el SNE que, entre otros aspectos, tiene la facultad de autorizar las tarifas de acueductos y alcantarillados.

El SNE procura que en la fijación de la tarifa se considere únicamente el costo de la prestación del servicio. Observando los datos referentes a ingresos solicitados por las empresas reguladas versus los montos aprobados por el SNE entre 1981 y 1992, se puede comprobar que a lo largo de este período el monto autorizado por el SNE siempre ha estado por debajo del monto solicitado por la empresa que presta el servicio.

Para la prestación de los servicios del ICAA, esta institución diferencia la tarifa según se trate de área metropolitana, área urbana o área rural. La tarifa para el área urbana es 90% de la tarifa para el área metropolitana y la tarifa para el área rural es 70% de la tarifa para el área metropolitana.

Según el Reglamento de Prestación de Servicios a los Abonados del ICAA, los servicios prestados a los usuarios no pueden ser gratuitos, así se trate de entidades públicas, regionales o municipales; cada servicio que presta el Instituto deberá ser autofinanciado, incorporando todos los elementos de costo y de desarrollo contemplados en el Reglamento. Asimismo y según dicha norma, los abonados se clasifican en las cuatro clases (domiciliar, ordinaria, reproductiva y preferencial), de acuerdo a su condición y al uso específico que hacen del agua potable.

La clase domiciliar se refiere a casas y apartamentos destinados exclusivamente a habitación, sean ocupados por propietarios o inquilinos; el uso del agua potable es para satisfacer las necesidades domésticas de las familias. La clase ordinaria incluye los abonados que utilizan el agua en locales destinados a actividades comerciales o industriales, pero cuyo finalidad es, principalmente, el aseo. La clase reproductiva comprende a los abonados que usan el agua potable como materia prima en la elaboración de sus productos o como parte indispensable del proceso productivo o de la prestación de sus servicios. La clase preferencial comprende a las instituciones de beneficencia y culto y los establecimientos de los poderes del Gobierno Central, de las instituciones descentralizadas y municipios; la clase se constituye como una contribución de los abonados en general a las actividades mencionadas, por considerarse que son actividades beneficiosas a la sociedad. Cualquier otra instalación perteneciente a las mismas instituciones que sea dedicada a otros fines, debe ser clasificada según el uso que se hace de los servicios.

Asimismo, existe una tasa de desarrollo que se cobra para financiar la inversión a que obliga el crecimiento del número de abonados: en el caso de agua potable, en las obras de expansión de los subsistemas de producción; en el caso de alcantarillado sanitario, en las obras de evacuación y tratamiento. Se trata de una tasa independiente de las tarifas, que se cobra como un porcentaje fijo del monto de las mismas y se aplica a ambos servicios, según sea en cada caso, tomando en cuenta las necesidades de la población futura durante el período de diseño.

Por su parte, las tarifas de alcantarillado sanitario del ICAA se fijan como un porcentaje de las tarifas de agua potable por ser los volúmenes proporcionales.

Los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario son facturados por el ICAA tomando como base el consumo según clase. En el caso del agua potable y cuando la conexión es con medidor, se carga un consumo mínimo que en todos los casos se debe pagar, más los excesos de acuerdo a la lectura; cuando no se dispone de medidor, se factura con base en un valor fijo por conexión. Para las conexiones medidas, el consumo mínimo de agua por unidad de consumo se fija de acuerdo a la clase del abonado.

En el caso de servicios prestados por municipalidades, éstas cuentan con lo que el SNE ha denominado coeficientes de consumo, que definen que la tarifa ordinaria es dos veces la tarifa domiciliaria, la reproductiva triplica la domiciliaria y la preferencial es la misma que la domiciliaria. En el caso de entidades públicas la tarifa a cobrar es 1,5 la tarifa domiciliaria.

Por su parte, la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH) no opera este principio: la tarifa ordinaria domiciliaria es 3,19, la reproductiva es 3,64 veces la domiciliaria y la preferencial es menor que la domiciliaria (0,57). En el caso de entidades gubernamentales la tarifa es 1,55 la tarifa domiciliaria. La ESPH adoptó la estructura tarifaria del ICAA porque en 1984 el SNE no aprobó las tarifas solicitadas.

En el caso de acueductos rurales, existen algunos que pertenecen a ICAA pero que son administrados por la comunidad. En este caso, no existe por parte del SNE una regulación tarifaria: la comunidad y el ICAA no han consultado al SNE sobre su estructura tarifaria.

Anexo D: Objetivos nacionales del sector salud

- Atender directamente, por intermedio de las instituciones del sector o indirectamente, por gestión ante otros sectores, todos los asuntos relacionados con el fomento y la promoción de las condiciones sociales y económicas, que permitan el pleno desarrollo de las capacidades humanas, físicas, mentales, intelectuales, afectivas y sociales en general, de acuerdo con las posibilidades históricas del desarrollo económico y tecnológico de la sociedad;
- Garantizar la existencia de servicios de promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, de adecuada calidad técnica y de la más amplia cobertura legal, geográfica, cultural y económica;
- Velar para que en el país se realice la más adecuada utilización de los recursos de la sociedad destinados a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, definiendo la asignación de roles a instituciones y organizaciones; definiendo prioridades a las funciones y actividades de salud; promoviendo la coordinación ágil y eficiente entre instituciones del sector salud; vigilando y controlando el uso de los recursos públicos y privados; estimulando la participación comunitaria en salud, canalizando los aportes relevantes y sugerencias de organizaciones populares y privadas, en aspectos relevantes para la salud de la población; y dirigiendo los procedimientos administrativos de manera que presten un apoyo eficiente y eficaz a las funciones técnicas;
- Garantizar la existencia de una legislación nacional congruente, completa y actualizada, que promueva el crecimiento y desarrollo armónico de los individuos y las familias, y que tienda a disminuir los riesgos de deterioro físico, mental, intelectual, afectivo y social de los miembros de la sociedad;
- Capacitar a la población y suministrarle la información necesaria para participar activamente en las gestiones de salud.

1. Fomento y promoción de la salud

En esta área, corresponde estudiar y recomendar las normas técnicas de los distintos campos que la integran, orientar y revisar los programas referentes a las prestaciones de salud que se otorgan y evaluar su ejecución mediante acciones de supervisión y el logro de los objetivos propuestos.

Las acciones de fomento y promoción de la salud se realizan a través de regiones, cuyo propósito general es obtener una adecuada producción de actividades que satisfagan las necesidades de los usuarios de los centros de salud, unidades móviles médicas y odontológicas, puestos de salud, CEN, CINAI y CAI.

2. Nutrición

En esta área, se desarrollan acciones para mejorar la nutrición de los sectores sociales prioritarios; además, se realizan acciones de atención integral.

3. Prevención de enfermedades

Se realizan acciones relativas a la epidemiología y atención primaria. En relación a epidemiología, se recomiendan normas técnicas, se establecen y mantienen sistemas para realizar diagnósticos, pronósticos y prevención epidemiológica de los problemas de salud del país.

También, el Ministerio mantiene un componente para enfermedades infectocontagiosas y de alto riesgo (subprogramas de neumología, transmisión sexual, oncología y dermatología).

En atención primaria, se realizan acciones en torno a la erradicación de la malaria, fiebre amarilla y dengue; saneamiento básico rural; letrización nacional; planificación de la salud; y bombas manuales de agua.

3. Control del ambiente

Se busca controlar los factores que afectan al ambiente humano y que tienen un efecto negativo sobre la salud y el bienestar humano: se desarrollan actividades tendientes al control de los factores físicos, químicos, biológicos y sociales que afectan el medio ambiente humano del país.

Dichas acciones se orientan hacia cuatro grandes campos:

- Asentamientos humanos y edificaciones;
- Control ambiental;
- Salud ocupacional;
- Protección de alimentos.

Los campos mencionados son atendidos por medio de seis subprogramas:

- 1) Control de Alimentos,
- 2) Ingeniería Sanitaria,
- 3) Control Ambiental,
- 4) Seguridad e Higiene Industrial,
- 5) Registro de Control, Sustancias Tóxicas y Medicina del Trabajo,
- 6) Protección del Medio.

Anexo F: Patrón y cobertura del sector salud

1. Evolución del sector salud

Desde la segunda mitad de la década de 1970 hasta finales de la década de 1980, la evolución del sector salud ha seguido la evolución del ciclo económico.

Desde 1975 a 1979, los servicios de salud experimentan un amplio desarrollo, sobre todo en el logro de mejores indicadores de cobertura en el Seguro de Enfermedad y Maternidad. La dura crisis económica del inicio de la década de 1980 postergó la puesta en marcha de algunos programas de la CCSS; asimismo, se produjo una caída en los indicadores de cobertura del Régimen de Enfermedad y Maternidad y del Programa de Salud Rural y de Salud Comunitaria que se prolonga hasta 1983.

Durante 1985 y 1986, se inicia la recuperación de los indicadores que se obtuvieron en los años 70 debido, sobre todo, a la ayuda internacional. La CCSS extiende los servicios al territorio nacional, se consolida la política de universalización del servicio de salud y se fortalece la integración de los servicios médicos de la CCSS y del Msalud, encargando a la Caja los servicios de curación y al Ministerio los de prevención.

A partir de 1987, se obtienen indicadores de salud altamente satisfactorios y, paralelamente, los altos costos de atención generados especialmente por la atención de enfermos con padecimientos crónicos, provoca un deterioro de los servicios expresado en la insatisfacción por parte de los usuarios. Dicha insatisfacción obliga a las autoridades de salud a experimentar nuevas modalidades de atención, cuyas características fundamentales han sido la descentralización de los servicios y la puesta en práctica proyectos piloto en diversas zonas del país.

El Msalud, ha extendido los servicios a la mayor parte de la población, especialmente en atención primaria (programas de vacunación, desparasitación, control prenatal, control nutritivo, etc.), otorgando mayor importancia a la vigilancia epidemiológica.

2. Cobertura

Durante el período 1975-1979, se generó una fuerte ampliación de la cobertura del Régimen de Enfermedad y Maternidad, para desmejorar en el período 1980-1981 como resultado directo del efecto de la crisis en los niveles de empleo. No fue sino hasta seis años después, en 1987, que se recuperan los niveles de cobertura previos a la crisis, aunque desde 1982-1983 se experimenta una tendencia al incremento en dichos niveles.

En lo que corresponde al Ministerio de Salud (especialmente en sus programas de atención primaria y vigilancia epidemiológica), a partir de la crisis de principios del decenio de 1980, se reducen los niveles de cobertura que habían sido producto de un gran esfuerzo durante

la segunda mitad de la década de 1970, para iniciar lentamente su ritmo de crecimiento y situarse, en 1988, con una cobertura superior a la mitad de la población rural y urbana.

3. Algunos indicadores de salud

	1976	1980	1985	1988
Cobertura: Porcentaje de población				
Protegida por régimen enfermedad maternidad	62,5	81,50	80,50	83,20
Protegida por Salud Rural	42,7	60,20	65,80	64,20
Protegida por Salud Comunitaria	9,7	52,40	45,10	51,80
Recursos materiales				
Número de hospitales	...	28,00	30,00	29,00
Número de clínicas consulta externa	...	96,00	121,00	133,00
Número de puestos de salud	...	37,10	45,50	50,90
Recursos humanos				
Número médicos/1000 habitantes	0,51	0,67	0,78	1,56
Número enfermeras/1000 habitantes	...	4,70	4,60	...
Servicios hospitalarios				
Consulta externa/asegurado	3,36	2,91	2,81	3,38
Egreso de hospital/1000 habitantes	...	10,70	11,40	...
Indicadores de resultado				
Esperanza de vida al nacer	70,8	73,50	74,60	74,60
Tasa de mortalidad general	4,6	4,00	3,90	3,80
Tasa de mortalidad infantil	33,2	19,10	17,70	14,70
% nacimientos con asistencia médica	99,7	91,50	94,70	96,30
% nacimientos con bajo peso al nacer	6,9	2,90	6,60	...

Fuente: MIDEPLAN. *Evolución socioeconómica de Costa Rica. 1975-1989.*

4. Recursos materiales

Para poner en práctica la política de universalización de los servicios de salud en 1977, los principales hospitales del país fueron trasladados para su administración de la Junta de Protección Social a la CCSS; sumado a ello, con las adiciones de centros de atención que se producen en 1978, se registra un total de 29 hospitales y 133 clínicas de consulta externa al final de la década de 1980, con un efecto positivo en los niveles de cobertura en el nivel rural como consecuencia de la política de descongestionamiento y descentralización.

Con el incremento en el número de hospitales, la dotación de camas hospitalarias entre 1975 y 1980 pasa de 1,3 a 3,3 por mil habitantes, crecimiento que se detiene en años subsiguientes e inicia un descenso hasta llegar a 2,5 camas por mil habitantes en 1988.

5. Recursos humanos

A nivel nacional en 1989, se contaba con 9,8 médicos por 10.000 habitantes (82,2% para la CCSS, 4,8% para el Ministerio de Salud y 5,9% para otras instituciones del sector público). Asimismo, las universidades nacionales han aumentado su oferta de graduados en medicina.

La tasa de enfermeras por cada 10.000 habitantes con que contaba la CCSS en el período 1980-1988 se mantuvo igual (4,6 por cada 10.000 habitantes) aunque, igual que en el caso anterior, se reporta un incremento de 3 puntos para el número de graduadas en el mismo período.

La tasa por 10.000 habitantes de auxiliares de enfermería durante la década de 1970 aumentó en 10,4% pero pasó a 23,7% en 1980 y a 20% en 1987, siendo de apenas 13,3% en 1970. Sin embargo, en los últimos años la matrícula para estas carreras ha decaído, con lo cual es previsible una reducción en la tasa de enfermeras por médico.

En la reducción de los recursos humanos capacitados en enfermería y auxiliares de enfermería que se produjo en la década de 1980, influyeron los bajos salarios, el recargo de funciones y la planificación de los horarios, entre otros aspectos. Sin embargo, la oferta de médicos va en ascenso, aunque paralelamente ha disminuido la captación de éstos por parte del sector público; como resultado de esto, cada vez se incrementa más el número de estos profesionales que no ingresan a la función pública y muchos de los que sí ingresan y permanecen en éste, manteniendo consulta privada.

6. Indicadores de resultado

Con la crisis de inicios de la década de 1980, se produce un estancamiento en el ritmo de crecimiento de los indicadores de salud y se detiene la ampliación de los programas de la CCSS y del Msalud, iniciando un lento proceso de recuperación a partir de la segunda mitad de la década de 1980 aunque, paralelamente, se produce una reducción de la dotación de camas por habitante y un decrecimiento del promedio de estancias por egreso.

Adicionalmente, pese al proceso de recuperación, se evidencian problemas en la dotación de servicios en cuanto a recursos materiales y humanos: la proporción de consultas externas por asegurado pasó de 3,45 en 1975 a 3,38 en 1988, aunque el número de clínicas aumentó; asimismo, es importante reconocer el aporte que se le ha dado a la medicina preventiva a cargo del Msalud.

La esperanza de vida entre 1975 y 1980 mejora en 2,73 años, pasando de 70,8 años a 74,66 años entre 1975 y 1988. Por su parte, la mortalidad general ha venido cayendo desde 1975, registrando en 1988 un descenso de 1,07 puntos en su tasa.

Mortalidad infantil. Durante el período 1975-1989, se evidencia una caída en la tasa de mortalidad infantil, pasando de 37,9 por mil a 13,8 por mil, gracias a los logros alcanzados en la reducción de la muerte post-natal (producto de las mejoras en los servicios de salud y la puesta en práctica de programas materno-infantiles).

Adicionalmente, han aumentado los nacimientos con asistencia médica, los cuales representaron 96% del total, aunque también va en aumento el porcentaje de nacimientos de niños con bajo peso al nacer, específicamente entre 1980 y 1987; asimismo, entre 1975 y 1988 se incrementó el número de nacimientos mediante cesárea, pasando de 8,5 a 19,4 por cada 100 partos.

Sin embargo, paralelamente al descenso en la mortalidad infantil experimentada en los últimos años, la tasa de mortalidad fetal ha aumentado: de 8,8 defunciones fetales por 100 nacimientos en 1979 pasó a 10,7 en 1987, lo cual se asocia al aumento de embarazos en adolescentes.

En 1991, la tasa de mortalidad infantil registrada fue de 13,8 por mil, con una estimación para 1992 de 13,2 por mil. Estas cifras muestran un descenso importante que ha caracterizado este indicador en los últimos diez años

Morbilidad. Históricamente, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio se ubican en el primer lugar de morbilidad; asimismo, el comportamiento general de la estructura de los egresos hospitalarios denota que el comportamiento de la morbilidad se ha mantenido a través de los años.

Las enfermedades del aparato respiratorio tienen posiciones igualmente importantes en las consultas y egresos, seguidas por las del aparato digestivo y circulatorio.

Además, la población femenina resulta ser la principal usuaria de los servicios hospitalarios de la CCSS.

Durante 1980-1985, la población menor de 14 años constituyó 21% de los egresos hospitalarios y 30% de las consultas de la CCSS durante 1983-1985.

Dentro de las principales causas de atención hospitalaria en menores, se encuentran las enfermedades congénitas y los trastornos y envenenamientos, siguiendo en importancia enfermedades como el asma, las diarreas y las infecciones respiratorias agudas.

Por su parte, se tienen enfermedades que si bien no son las más frecuentes han venido cobrando importancia a través de los años, tales como las cardiovasculares, tumores y los diferentes tipos de cáncer. Sin embargo, gracias a las campañas educativas y preventivas, la mortalidad en ciertos tipos de cáncer, especialmente de mama y del aparato reproductivo femenino, se han reducido a casi la mitad.

Durante el período 1990-1992, las estadísticas muestran un comportamiento muy heterogéneo: algunas enfermedades presentan una fuerte reducción en su incidencia, mientras otras se incrementan. En este período, las enfermedades de declaración obligatoria que mostraron las más acentuadas disminuciones fueron la conjuntivitis hemorrágica, el sarampión, la hepatitis y la varicela, con tasas de variación que oscilaron entre 66,6% y 20,9%. Por otra parte, la malaria, la tosferina, el SIDA y las diarreas infecciosas son las que presentaron las tasas de variación más elevadas, especialmente la malaria que presenta tasas de variación superiores a 10% en los últimos años.

Con el surgimiento de los primeros casos de cólera en lo que va de la década de 1990, se reforzaron las medidas para dotar de infraestructura adecuada a los hospitales y se ha dado gran énfasis a las actividades preventivas; también, se ha planteado la necesidad de reforzar las acciones de saneamiento ambiental a nivel de las comunidades.

Nutrición. Según la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1975, la dieta del costarricense presentaba algunas deficiencias nutricionales debido a la carencia de yodo, vitamina A, hierro y proteínas; sin embargo, algunas de estas deficiencias habían desaparecido, según datos de 1988 .

La atención primaria, en lo que se refiere a nutrición para pre-escolares, señala que en 1987 la desnutrición moderada y severa tienen un porcentaje bastante bajo: 1,91 y 0,20, respectivamente; ello refleja una mejora con respecto a los datos de 1982 en que la desnutrición moderada ocupó 5% y la severa 0,30%.

Para el año 1992, de acuerdo con datos del Departamento de Estadística sobre la condición nutricional detectada en menores de seis años atendidos en los establecimientos del Ministerio de Salud, uno de cada cinco niños tiene problemas de desnutrición, predominando la de nivel leve, en tanto que las de tipo moderada y severa constituyen 4,7% de los casos.

Sin embargo, en los últimos años el problema nutricional ha estado dimensionado en su mayor parte por el alto consumo de grasas en la dieta del costarricense, lo cual ha definido una política correctiva a través de campañas educativas ejecutadas por la CCSS y por el Msalud.

Anexo G: Patrón y cobertura del subsector ambiente

En el campo de agua potable, se ha logrado superar importantes metas: en 1989, la población abastecida en el área urbana del país con conexión domiciliar era de 98%, el restante 2% tenía fácil acceso, alcanzando un promedio nacional de 93,6%.

Sin embargo, el servicio de abastecimiento de agua en muchas localidades es intermitente y no reúne los requisitos mínimos de calidad para el consumo humano, principalmente en aquellos acueductos que están en manos del Régimen Municipal. Además, en la mayoría de los acueductos del área rural no se practica el control de calidad de suministro y tratamiento en forma permanente.

En 1988 la cobertura de alcantarillado en áreas urbanas fue de 30% y 70% por tanque séptico y letrinas. En el caso de la población rural, 93% se encontraba cubierta por tanques sépticos y letrinas, lo que denotó un porcentaje nacional de 97,2%, aunque existen tanques sépticos y letrinas sanitarias en condiciones inadecuadas de operación y mantenimiento, tanto en el área urbana como rural, y sólo ocho ciudades en el país poseen tratamiento parcial de aguas servidas que, en la mayoría de las cuales, se realiza en forma inadecuada.

Por otra parte, se estima que el país genera 2,0 millones de kilogramos de desechos sólidos diariamente (60% de origen urbano y 40% de origen rural). Se recolecta con regularidad únicamente 46% del total y los servicios de recolección, transporte y barrido de calles son inadecuados en la mayoría de barrios del país. Además, se calcula que sobre 46% recolectado sólo 30% es dispuesto adecuadamente, ya que sólo el área metropolitana de San José dispone de un botadero en condiciones aceptables. De manera experimental, apenas se desarrollan unos pocos rellenos sanitarios en comunidades de bajo nivel de población.

A pesar de los avances significativos del país, la inversión en estos campos sigue siendo insuficiente.

El subsector de ambiente genera los siguientes productos:

- Agua en los sectores urbanos y rurales;
- Sistemas para el mantenimiento de los recursos hídricos;
- Captación de excretas humanas, mediante alcantarillados, letrinas y tanques sépticos;
- Sistemas de tratamiento de aguas servidas;
- Sistemas de recolección y tratamiento de desechos sólidos.

Anexo H: Sistema de información gerencial (SIG)

El concepto del SIG parte de la identificación concreta de los productos que genera la entidad de salud, así como de los servicios que la misma brinda, tanto los sustantivos como los complementarios. El SPRRC identifica como producto esencial de la gestión hospitalaria y de los servicios sustantivos el egreso hospitalario y, por cada servicio complementario, se identifican los productos correspondientes, por ejemplo: el producto "examen" en el caso del servicio complementario de laboratorio.

Mediante sistemas de registro preestablecidos, con respaldo en sistemas de cómputo que cubren todas las áreas del quehacer de una institución que suministra servicios de salud, especialmente a nivel de los servicios sustantivos y complementarios, se logra obtener cuatro matrices conteniendo información que permite responder a las preguntas antes formuladas.

Matriz 1: Producción, rendimiento y costos

Ofrece una visión global del perfil de gestión de la institución o programa, identificando los servicios que presta el establecimiento (sustantivos y complementarios), la unidad de producción de cada uno de ellos, el nivel de producción, el costo total del funcionamiento de cada servicio y el costo unitario de cada unidad de producción.

Matriz 2: Índices de rendimiento de los servicios complementarios

Esta matriz complementa la anterior, agregando índices de rendimiento de los servicios complementarios y la producción que cada servicio complementario genera para la producción de un servicio sustantivo. También, aparece un índice que representa el número de unidades de producción complementaria por cada unidad de producción final.

Matriz 3A: Productividad y Composición del Recurso Humano

Calcula, para cada servicio sustantivo de la entidad, información acerca de dotación de horas para cada categoría de personal, composición del recurso humano, distribución del recurso humano y tiempo médico por día/paciente, entre otros.

Matriz 3B

Es similar a la anterior, pero referida a los servicios complementarios.

Matriz 4

Corresponde a los costos de operación del establecimiento, tales como: costo directo, indirecto y total por servicio, gasto total de la institución por rubro o categoría, porcentaje de cada rubro en el gasto total del establecimiento, etc.

En síntesis, del Subsistema de PRRC se pueden obtener índices de producción de servicios, cobertura (egresos por habitante), gastos por servicios, por producto, per cápita, índices de capacidad ociosa, grado de productividad o aprovechamiento de los recursos, productividad del recurso humano, y distribución por servicio y producto, para citar tan sólo algunos casos.

Toda esta información permite no sólo detectar virtudes y problemas de la gestión hospitalaria, sino también detectar exactamente cuál es su origen y, por lo tanto, tomar decisiones de gerencia inmediatas. Sin embargo, quizás lo más importante del SIG es que permite una planificación más adecuada de la gestión hospitalaria, pues la incorporación del Subsistema PRRC hace posible trazar un camino más efectivo en la prestación de servicios de salud a partir de los indicadores conocidos y de acuerdo a las limitaciones de recursos y a los costos de la gestión hospitalaria.

El Subsistema PRRC funciona plenamente en 85% de los hospitales de Costa Rica. Por lo expuesto, el SIG ha sido un instrumento muy útil para operacionalizar el concepto de gerencia pública, que es fundamental para la reorganización del proceso presupuestario costarricense.

Anexo I: Ley de riesgos del trabajo

La Ley N° 6727 de Riesgos del Trabajo, del 9 de marzo de 1982, establece que constituyen riesgos del trabajo los accidentes y las enfermedades que sufran los trabajadores con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de esos accidentes y enfermedades.

Según el artículo 218 de dicha Ley, el trabajador que sufra un accidente o enfermedad producidos por un riesgo del trabajo, tiene derecho a las siguientes prestaciones:

- Asistencia médico-quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación;
- Prótesis y aparatos médicos requeridos para corregir deficiencias funcionales;
- Prestaciones en dinero que, como indemnización por incapacidad temporal, permanente o por muerte, se fijan en el Código de Trabajo;
- Gastos de traslado, en los términos y condiciones que establezca el reglamento del Código de Trabajo;
- Gastos de hospedaje y alimentación, cuando el trabajador deba trasladarse a un lugar distinto de la residencia habitual o lugar de trabajo con motivo del suministro de las prestaciones médico-sanitarias o de rehabilitación;
- Readaptación, reubicación y rehabilitación laboral factibles de otorgar, por medio de las instituciones públicas nacionales especializadas en esta materia, o por medio de instituciones extranjeras, cuando así lo determine el ente asegurador o, en su caso, lo ordene una sentencia de los tribunales.

Para cumplir con estas responsabilidades el Instituto Nacional de Seguros realiza acciones en los siguientes campos:

- a) Salud ocupacional (área preventiva);
- b) Prestaciones sanitarias (área médico-asistencial);
- c) Albergue temporal Casa de Salud (área médico-rehabilitación).