



DECIMOSEXTO INFORME ESTADO DE LA NACIÓN EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

Informe Final

Salud en Costa Rica: Incorporar el enfoque de capacidades para evaluar la equidad

Investigador:

María José Gallardo



Nota: El contenido de esta ponencia es responsabilidad del autor. El texto y las cifras de las ponencias pueden diferir de lo publicado en el Decimocuarto Informe sobre el Estado de la Nación en el tema respectivo, debido a revisiones posteriores y consultas. En caso de encontrarse diferencia entre ambas fuentes, prevalecen las publicadas en el Informe.

Índice

Síntesis analítica.....	4
I. Salud en Costa Rica: Incorporar el enfoque de capacidades para evaluar la equidad.....	6
Aspectos generales del enfoque de capacidades.....	6
Capacidad en salud: definición y condiciones para operativizarla.....	9
¿Qué sabemos del aspecto individual?	11
Aspectos institucionales	16
Servicios de atención a la salud.....	18
Aseguramiento en Costa Rica.....	19
Distribución de recursos	20
Esquema de servicios de salud por regiones de salud, CCSS, Costa Rica	21
Utilización de los servicios	25
Desinformación	35
Conclusiones generales:	43
I. Aproximaciones a casos específicos:.....	44
Índice de Cantones saludables.....	44
Personas con discapacidad en Costa Rica.....	47
Situación de la discapacidad en Costa Rica	48
Situación de las personas con discapacidad en la región Brunca.....	53
Proyecto KALOIE: “Todos somos frutos de la misma tierra”	55
Bibliografía.....	57

Índice de cuadros

Cuadro 1. Factores que influyen en el nivel de salud autopercebida (2009)	13
Cuadro 2. Salud autopercebida por nivel de educación y sexo (2006).....	13
Cuadro 3. Nivel de educación según salud autopercebida y relación de parentesco (2006)	14
Cuadro 4. Autoreporte de medicamentos según sexo en Costa Rica (2008).....	15
Cuadro 5. Distribución de auto reporte del consumo de medicamentos, según ingreso de la población Costa Rica 2006.	15
Cuadro 6. Cobertura del seguro de salud CCSS 2003-2007, Costa Rica.....	20
Cuadro 7. Promedio de horas médico contratadas por región de salud 2005-2008	24

Cuadro 8. Promedio de habitantes por EBAIS en las regiones de salud de Costa Rica en el período 2005-2008.	24
Cuadro 9. Utilización de servicios de salud en la CCSS 2003-2007, Costa Rica.....	26
Cuadro 10. Requerimiento de servicios de salud según sexo y edad, 2007	36
Cuadro 11. Prácticas saludables en salud reproductiva en mujeres jóvenes, Costa Rica, 2007	37
Cuadro 12. Prácticas relativas a alimentación según sexo en población joven, Costa Rica, 2007.....	38
Cuadro 13. Práctica deportiva según sexo en población joven, Costa Rica, 2007.	38
Cuadro 14. Razones para no tener control prenatal durante el embarazo en población joven, Costa Rica, 2007.....	39
Cuadro 15. Dificultades para acceder a servicios de salud según escolaridad en la población joven en Costa Rica, 2007	40
Cuadro 16. Uso de servicios preventivos de salud de personas adultas mayores según sexo y área de residencia, Costa Rica, 2006.....	41
Cuadro 17. Distribución porcentual de la última consulta de la persona adulta mayor, Costa Rica, 2005	41
Cuadro 18. Conocimiento de programas en salud de instituciones públicas, 2008	42
Cuadro 19. Distribución porcentual de pacientes atendidos en la clínica de espasticidad del CENARE por provincia en el año 2008.	49
Cuadro 20. Distribución porcentual de pacientes atendidos en la clínica de espasticidad del CENARE por área rural o urbana en el año 2008.	50
Cuadro 21. Distribución de la población con discapacidad en la región Brunca, 2006... ..	53
Cuadro 22. Resumen de las principales áreas exploradas en el estudio sobre situación de discapacidad en la región Brunca, 2006.	53

Índice de tablas.

Tabla 1. Cobertura de atención a niños menores de un año según área de salud 2005-2009.....	29
Tabla 2. Coberturas de atención al embarazo según región de salud 2005-2009.	31
Tabla 3. Cobertura de atención a personas con hipertensión arterial según región CCSS, 2005-2009.	33
Tabla 4. Cobertura de atención a personas con diabetes mellitus según región CCSS, 2005-2009.....	34

Síntesis analítica

Conocer la Salud de un país y sus pobladores representa un reto a las instituciones del país y un desafío a sus habitantes.

Esto por cuanto implica una red institucional de cobertura nacional, dotada de recursos humanos e insumos, capaz de articular con las instituciones relacionadas aspectos de las “áreas grises”, áreas comunes a distintos ámbitos, donde la salud es requisito o motor del desarrollo. Para sus habitantes es requerido que conciban qué es salud, aterrizando “el mejor estado posible de bienestar físico, mental y social posible” en la vida cotidiana. Es posibilidad real y elección voluntaria de planes de vida distintos, congeniados con los de sus familias y enmarcados en un sistema de creencias y prácticas culturales e históricas. Este es el marco de capacidades en salud, una propuesta que pretende desarrollar, a partir del concepto de los funcionamientos (tener salud) y la libertad (agencia) de las personas, formas de investigar y evaluar la situación de Salud de un país o de un grupo específico de personas al interior de un país.

Para conocer cómo es la Salud en Costa Rica, desde el enfoque de capacidades, sería necesario:

1. Conocer el estado de salud de las personas que viven en Costa Rica: Incluir los marcadores biomédicos de mortalidad, nutrición o cobertura vacunas, pero también encuestas sobre calidad de vida, prevalencia de prácticas saludables y no saludables en la población, percepción de las personas sobre su propia salud y cómo modificarla, cuáles son los mecanismos de motivación o las limitaciones para obtener un determinado logro en cuanto salud.
2. Incorporar los determinantes sociales de la salud al estudio del panorama nacional: Habría que prestar atención a los indicadores de atención directa a la salud pero también a los de ambiente, educación, vivienda, ingreso, trabajo, disponibilidad de agua potable, recolección de desechos y violencia. Es ambicioso pero necesario, para entender cuáles son los mecanismos que la mejoran o la empeoran, esta visión interdisciplinaria y el esfuerzo integrador para conjuntar información y analizar la situación de Salud.
3. Contar con un registro actualizado y confiable: que detalle las características de la población, que permita cruces entre bases de datos y que esté formulado primariamente para conocer a las personas, para evaluar sus logros, para visualizar el impacto que tengan los esfuerzos de las instituciones, para detectar diferencias entre zonas o entre grupos.

Para efectos de este primer estudio se revisaron y seleccionaron estudios y bases de datos que representaran las dos dimensiones de la capacidad en salud:

Aspecto Individual	Aspecto institucional
Percepción de salud	Aseguramiento
SF-36	Distribución de los servicios públicos de salud
Estudios derivados de la ENSA 2006	Utilización de los servicios públicos de salud por poblaciones prioritarias
	Desinformación

Al empezar a conocer el estado de salud de las personas en Costa Rica resalta la importancia brindada a la misma. Esta importancia se evidencia por un sistema de salud jerárquico, organizado, amplio y articulado para cubrir los distintos ámbitos que determinan la salud de las personas. Existen distintas instituciones a cargo de tareas específicas, bien delimitadas con respecto a actividades relacionadas y relativas a la salud. Instituciones tan diversas, pero no las únicas, como municipalidades, universidades públicas, INCIENSA o Acueductos y Alcantarillados; que cuentan con un espacio común, el Consejo Superior de Salud, del cual derivan planes nacionales, metas consensuadas y estrategias uniformes para apoyar los procesos sustantivos en salud de todas las personas. Escapa a este estudio el revisar a fondo si las estrategias operativas finales responden a las previamente establecidas y en qué medida logran ser cumplidas, siendo ésta una tarea pendiente.

También es una fortaleza la organización de la Caja Costarricense de Seguro Social, que permite la posibilidad de acceder a la red de servicios de atención públicos en salud tanto para asegurados directos, dependientes de asegurados y miembros de poblaciones vulnerables sin crear diferencias en cuanto atención. Además, asociado al proceso de Reforma del sector salud en la CCSS, el número de equipos básicos de atención en salud ha aumentado en los últimos años para lograr igualdad en distribución y disponibilidad de recursos en todo el país. Sin embargo, con los datos obtenidos no es posible señalar áreas claras de inequidad o desigualdad en cuanto distribución de servicios de atención a la salud, pero sí una necesidad imperiosa de cambiar la forma en que se registra la información en estos servicios. La actual no permite conocer las personas que consultan en el sistema de atención pública, no permite relacionar de manera confiable sus características con otros determinantes tales como nivel educativo o ingreso y no incluye un registro más detallado del uso de servicios de atención a la salud brindado en otros escenarios como medicina mixta, de empresa o privada. Estas deficiencias tratan de ser subsanadas por otras fuentes de información, pero la oportunidad de contar con un registro tan amplio como el del sistema de atención público a la salud podría representar una importante mejora en esta dirección. Asimismo, encuestas sobre calidad de vida, tanto la ENSA como otras de corte cualitativo- más pequeñas-, señalan que el uso de servicios de salud no determina la autopercepción de salud pero sí variables como nivel educativo, edad, presencia de enfermedad crónica o la posibilidad de recibir afecto, no estando representadas en las estadísticas generales, al menos las revisadas en la Seguridad Social. Sí se revisó una iniciativa valiosa, para el enfoque de capacidades, constituida por el trabajo en el Índice de Cantones Saludables donde es posible apreciar la interacción de indicadores distintos en ámbitos diferentes e

influyentes de la salud de las comunidades por lo que esta revisión es un elemento más para incorporarlo a la forma de evaluar y planificar intervenciones en salud.

Por tanto la falta de información adecuada, accesible sobre los aspectos señalados genera vacíos de información en cuanto capacidades. Al obtener coberturas aceptables en indicadores tradicionales relacionados a la salud tiende a aceptarse que las capacidades aumentan o se mantienen estables, pero ignoramos datos relativos a procesos individuales de metas o logros en salud y a características de la población que pudieran, en conjunto, señalar una tendencia diferente, fuera del ámbito de la atención en salud pero relacionada con ella y determinada por variables distintas, que no están siendo sistematizadas. Esta necesaria reforma requiere primero, aceptar el enfoque de capacidades como uno válido para evaluar la equidad y un esfuerzo de todas las instituciones relacionadas al Sector Salud para implementar los cambios en los distintos niveles y respetando los usos distintos que la información puede brindar. Las distintas encuestas con proyección nacional, entre las cuales destacan la ENSA, la de la población joven y las relacionadas con los adultos mayores (CRELES) son ejemplos en esta dirección y contienen elementos y perspectivas que podrían ser valiosas en otras encuestas si éstas buscan reflejar lo que las personas quieren ser / hacer o lo que logran.

En este primer acercamiento a conocer la situación de Salud de Costa Rica enfrentamos limitaciones de distinta índole. La más evidente, la propia de tratar de pasar del marco teórico al práctico. Operativizar una visión integradora de las personas y su ambiente y restringirla al plano específico de la salud, requiere de un proceso ensayo-error que podría continuar en el tiempo para lograr una aplicación práctica más acertada. Lo valioso de esta revisión es iniciar una discusión orientada a comprender mejor los determinantes de la salud de las personas en Costa Rica y a empezar a correlacionar unos con otros para realmente detectar las deficiencias, desigualdades e inequidades en el país. No se trata de descalificar o desechar lo hasta ahora realizado, que históricamente ha demostrado éxito en relación a integrar y buscar igualdad de oportunidad para la mayoría de los grupos poblacionales. Es recordar que los logros generales de un país empiezan por metas y planes individuales, familiares y comunales y que estos logros son facilitados por instituciones enfocadas a las personas, determinadas por sus necesidades y orientadas a aumentar el empoderamiento de las personas para que sean agentes en salud.

I. Salud en Costa Rica: Incorporar el enfoque de capacidades para evaluar la equidad.

Aspectos generales del enfoque de capacidades.

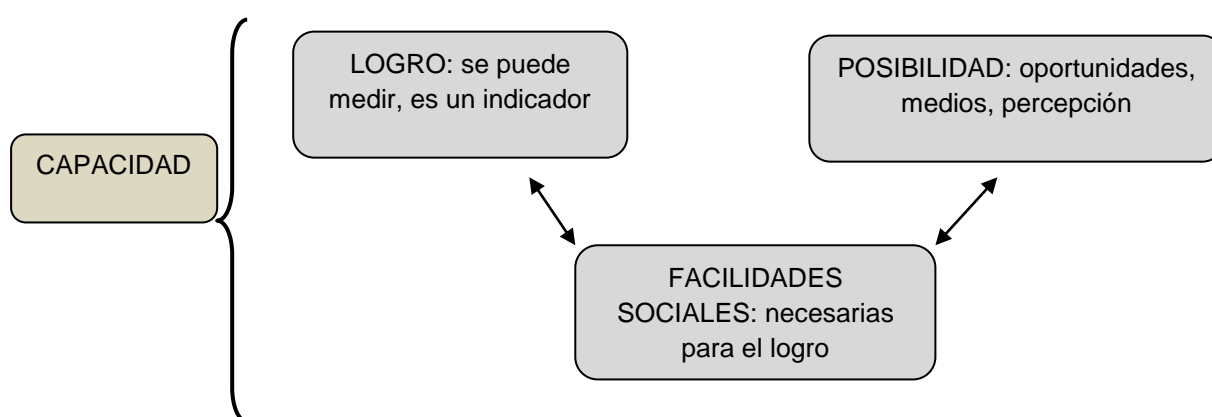
El sistema de atención a la salud de las personas y la red de protección a sus necesidades fundamentales (agua, educación, nutrición, vivienda) han sido elementos claves en el desarrollo de Costa Rica. El sistema de Seguridad Social obligatorio, universal y solidario ha permitido avances sorprendentes en la disminución de la mortalidad, la prevención de la enfermedad y la atención de la misma en niveles obtenidos por países con muchos más recursos disponibles. La

reforma del modelo de atención en salud iniciada con la implementación de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS) y el replanteamiento conceptual y operativo del Ministerio de Salud buscan continuar y fortalecer estos avances al mejorar el acceso a la atención oportuna con calidad y considerar las necesidades en salud desde la perspectiva más amplia de la producción social de la salud. Estos cambios generan la necesidad de incorporar formas distintas para evaluar los avances realizados hacia la meta de disminuir la desigualdad y mejorar la equidad en salud.

Una forma posible para evaluar la situación de salud sería a través del enfoque de capacidades propuesto por Amartya Sen. El enfoque de capacidades no es una teoría de justicia, pero su propósito es considerar en el panorama actual, la injusticia evidente y sugerir las medidas correctivas para la misma. Es una propuesta para evaluar de forma dinámica, permitiendo un espacio de análisis y decisión a las personas sobre los aspectos que éstas consideran valiosas para ser/hacer proyectos de vida.

Dicho por Sen: “La capacidad es un tipo de libertad: la libertad fundamental para conseguir diferentes combinaciones de funcionamientos” (Sen, 2000). Los funcionamientos pueden ser muy sencillos, como estar bien nutrido o poder desplazarse por la ciudad. Pero hay funcionamientos complejos, valorados como importantes para las personas en sus proyectos de vida, que incluyen el sentir pertenencia a un grupo social o comunidad o la posibilidad de participar de la vida democrática de su país.

No sólo debe prestarse atención a la capacidad, que es una posibilidad de elegir sino a qué logros reales, los funcionamientos, obtiene la persona que elige. Para Sen, sería grave, desde la perspectiva de la justicia, que las personas no pudieran tener la oportunidad de lograr un determinado funcionamiento por acuerdos sociales que limiten esa posibilidad directa o indirectamente (Sen, 2009). Es posible esquematizar los componentes de la capacidad así:



Por tanto, el enfoque de capacidades permite evaluar cómo las instituciones afectan la libertad de las personas, detectar desigualdades e inequidades entre grupos / regiones en un mismo país para diseñar planes e intervenciones desde lo institucional para remover o modificar las limitaciones que se puedan presentar a las

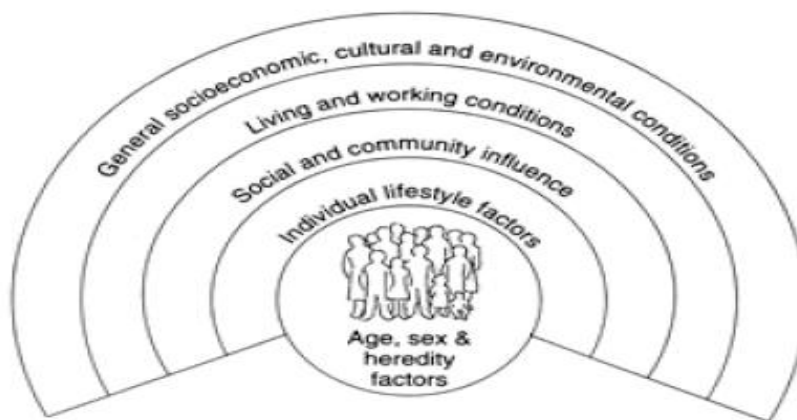
capacidades de las personas que viven en un área compartida en un período determinado.

Acerca de la salud y la equidad, Sen señala tres condiciones relevantes a considerar antes de evaluarlas en un país:

1- Las oportunidades de las personas de tener una vida sana, sin enfermedades prevenibles o mortalidad prematura, son determinantes imprescindibles en cualquier evaluación sobre justicia social o equidad. Los logros en salud de las personas son una guía de las posibilidades y de las facilidades institucionales brindadas para ello. La salud es una condición necesaria al tiempo que motor del desarrollo en una sociedad.

Pero los logros en salud no están determinados exclusivamente por la oferta o el acceso a la prestación de servicios de atención en salud¹. Existe una estrecha relación entre prevención de enfermedad, esperanza de vida y condiciones ambientales o culturales, por lo que el enfoque de capacidades destaca la necesidad de integrar indicadores ajenos a los tradicionalmente utilizados de atención sanitaria (Sen, 2002).

El esquema propuesto por Whitehead y Dahlgren en 1991, relaciona desde los hábitos individuales hasta las condiciones generales de vida de personas de distintas edades, sexo y características constitucionales en una comunidad y también sugiere que indicadores distintos son necesarios en la evaluación de los logros en salud.



Source: Dahlgren and Whitehead 1991⁸

2- Aunque los logros representan los funcionamientos, y por tanto permiten establecer una medida o patrón para comparación, no deben sobreestimarse como reflejo exacto de las capacidades u oportunidades. Es necesario incorporar elementos que evalúen también el proceso para llegar al logro. Por ejemplo, un funcionamiento no puede obtenerse por la coerción sino por la acción voluntaria, por lo que la capacidad en salud requiere de una aptitud y una actitud individual para, a partir de la información disponible sobre salud, transformar las creencias y prácticas

¹ Causas de consulta o egreso hospitalario, uso de servicios médicos u odontológicos, número de camas por hospital, consumo de medicamentos.

en logros en salud, que eviten la morbilidad prevenible y prevengan la mortalidad prematura. Un país puede efectivamente disminuir su tasa de natalidad a expensas de políticas coercitivas de esterilización masiva (Prah Ruger, 2010). Asimismo, Sen menciona que un prisionero tiene aseguradas su nutrición y vivienda pero esto es inútil en la medida en la que esta persona no ha tenido ninguna injerencia sobre el planeamiento e implementación de ninguno de estos aspectos (Sen, 2009).

3- Hay que diferenciar entre la desigualdad y la inequidad. El limitar el análisis a detectar o solucionar las desigualdades en salud entre regiones o grupos de personas en un país no necesariamente disminuye la inequidad. La desigualdad implica diferencias sistemáticas en las oportunidades y logros de las personas pero la situación de inequidad agrega un componente multidimensional a estas diferencias, al interactuar distintos factores (políticas económicas, compromisos políticos o reforma social) que pueden ser modificados por medio de los acuerdos sociales. Estas diferencias, en la atención, el acceso y la posibilidad de lograr un funcionamiento valioso, que son prevenibles son inequidades. Por supuesto que las desigualdades en salud atribuibles a factores sociales determinados son causa directa de inequidad, pero no son el único componente de ella y por ello es que la equidad en salud debe considerarse como un concepto multidimensional².

Por tanto:

- a. El enfoque de capacidades sugiere un acercamiento a la detección de desigualdades e inequidad en las oportunidades y logros a partir de lo que las personas quieren ser /hacer en sus condiciones y características particulares.
- b. Ante la evidencia de factores diversos involucrados en los logros en salud de las personas, para incorporar este marco de análisis y evaluación a la salud es necesario considerar la salud como un aspecto valioso de lo que las personas quieren ser /hacer y también como un elemento primordial para el desarrollo.
- c. Lo anterior implica entender que existe una interacción de factores no evidenciados por los tradicionales, propios de la atención sanitaria, en la producción y obtención de logros en salud, por lo que el registro y análisis de los nuevos indicadores que se seleccionen para evaluar la salud va a requerir una coordinación de sectores diversos, necesariamente interdisciplinarios, para detectar las potenciales desigualdades e inequidades en salud del país.

Capacidad en salud: definición y condiciones para operativizarla.

A partir del enfoque de capacidades de Sen, Jennifer Prah Ruger ha conceptualizado la capacidad en salud como una forma de responder a los planificadores de sistemas de atención en salud cómo equilibrar las políticas orientadas a la producción (logros) o aquellas orientadas al proceso (igualdad de servicios o de oportunidades). La capacidad en salud brinda a los planificadores un

² "Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no sólo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Además, un buen compromiso con la equidad en salud también necesita que las consideraciones sobre la salud se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, prestando suficiente atención a la versatilidad de los recursos y a las diferencias de alcance e impacto de los diferentes acuerdos sociales". Sen, ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública, 11 (5/6): 2002, p. 302-309.

marco más flexible en el cual puedan desarrollar programas destinados a lograr que las personas se empoderen de su condición de salud y sean agentes de su propia salud (Prah Ruger, 2010).

La capacidad en salud engloba dos elementos:

- La agencia en salud: es la libertad (capacidad) de cada persona de, a partir de sus condiciones históricas, sociales y el entorno en que se desenvuelve, plantearse sus propias metas o logros en salud. Es la habilidad de ser sano.
- El funcionamiento en salud: es el producto obtenido, el logro en salud. Es posible cuantificarlo y ejemplos de ello en salud podrían ser: tener un peso y condición física adecuadas a edad, evitar enfermedades de transmisión sexual, mantener un nivel glicémico adecuado, planificar el número de hijos deseado.

Prah Ruger afirma que no es la igualdad de oportunidades en salud lo primordial, son los funcionamientos (logros) que las personas obtengan a partir de esas oportunidades, por lo que es necesario incorporar ambas variables en los sistemas de evaluación y planificación.

La importancia dada a la medición de la capacidad en salud en el nivel individual no significa que la capacidad en salud sea el producto exclusivo de una serie de habilidades individuales sino que incorpora una serie de situaciones o condiciones sociales que permiten una salud óptima, que permiten ser agentes de su propia salud, son capacidades socialmente dependientes. A diferencia de las variables utilizadas en los modelos basados en los determinantes sociales de la salud, las capacidades socialmente dependientes pueden incorporar directamente al nivel individual la influencia que los factores determinados por los grupos tienen, siendo que:

“En este paradigma, los factores del grupo pueden tener efectos individuales heterogéneos y requieren evaluación en términos de su efecto directo contextual en mejorar o empeorar las habilidades individuales de ser saludable.” (Prah Ruger, 2010).

Para el presente análisis de la situación de salud en Costa Rica, se considera la capacidad en salud como tener buena salud y la habilidad de tener buena salud, siendo posible evaluarla en dos ejes no excluyentes pero complementarios:

a- Aspecto individual: Es importante conocer las percepciones sobre la propia salud, reconocer cómo las características socioculturales de las personas o grupos poblacionales modifican su conocimiento y reacción ante la enfermedad y generar procesos de educación que reconozcan e impacten a las personas con respecto a sus propias expectativas en salud.

b- Aspecto institucional: Lo más relevante es determinar cómo la institución (Estado, sector salud, sistema de atención en salud) previene la lesión y atiende la enfermedad.

¿Qué sabemos del aspecto individual?

Prah Ruger (ibid, 2010) sugiere la siguiente lista de factores para empezar a configurar qué quieren ser /hacer las personas en términos de salud y poder ser agentes en salud.

FACTORES INTERNOS	
1- Estado de salud y funcionamiento:	SF-36. Marcadores biomédicos. Otro: adicciones, tabaco, alcohol.
2- Conocimiento en salud:	Conocimiento sobre temas relevantes en salud.
3- Habilidades pro-salud y eficiencia:	Creencias de las personas sobre su salud y las prácticas para mantenerla y aumentarla.
4- Auto control:	Habilidad para controlar presiones externas para lograr mis metas en salud.
5- Valores y metas en salud:	¿Cuáles son? ¿Cómo las logro? ¿Cómo relaciono mis hábitos con logro de mis metas?
6- Decisiones en salud efectivas:	Identificar problemas en salud, utilizar recursos y conocimiento para prevenir enfermedades u obtener logros en salud.
7- Motivación a lograr metas en salud:	Interna: responsabilidad individual. Externa: a través de las instituciones con premios o por presión social.
8- Expectativas sobre logro de metas en salud.	

Fuente: Prah Ruger, Jennifer. 2010. Capacidad en salud, concepto y operacionalización. American Journal of Public Health. 100 (1): 41-49.

En Costa Rica, la encuesta de salud, organizada por el proyecto de farmacoeconomía con el apoyo del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica y del Estado de la Nación, el Ministerio de Salud y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), es un avance en esta dirección.

A través de un marco muestral de viviendas del INEC, construido a partir del censo del 2000, se seleccionaron un total de 2004 hogares en 167 segmentos distribuidos en todo el país, tomando como unidad de análisis el hogar particular y todos los residentes habituales del mismo, a los cuales se les realizó una entrevista personal. Se entrevistaron 7522 personas del 01 de julio al 09 de agosto del 2006. El instrumento de recolección reunió información en varios ejes temáticos:

- Medicamentos.
- Salud.
- Servicios de salud.
- Percepción de salud.
- Nutrición.
- Condiciones crónicas.
- Felicidad.
- Estilos de vida.
- Seguridad alimentaria.

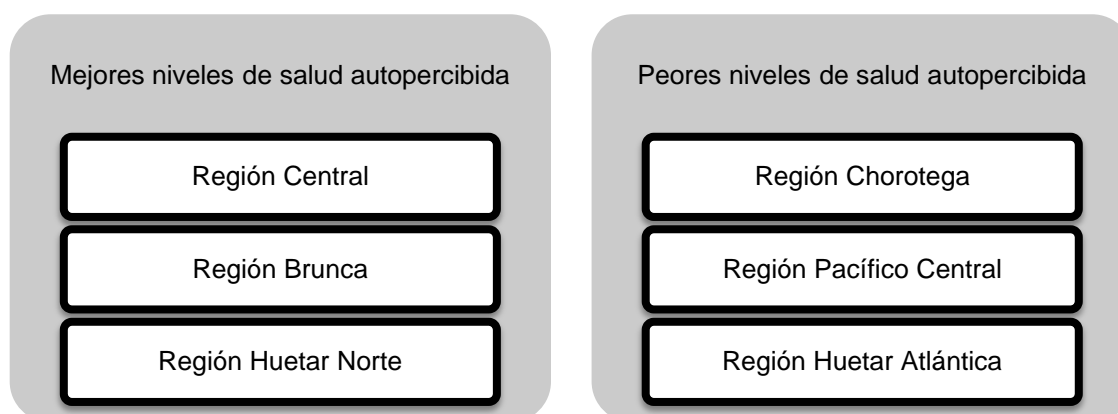
Por el tamaño de muestra y dado que la base de datos correspondiente contó con un factor de expansión incorporado, los resultados tuvieron una proyección hacia todo el ámbito nacional.

Asimismo, dentro de la encuesta se incluyó la aplicación del cuestionario SF-36 sobre calidad de vida. Esta es una escala genérica, compuesta por 36 preguntas abarcando estados positivos y negativos de la salud, que proporciona un perfil del estado de salud y es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general, pero también en subgrupos específicos. Sus propiedades psicométricas han sido evaluadas y presentadas en múltiples estudios internacionales, lo que la convierte en un instrumento estandarizado y representa los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia en los principales cuestionarios de salud que incluyen aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

En Costa Rica, la SF-36 se aplicó a un subgrupo de 1000 personas no institucionalizadas mayores de 18 años residentes en todo el territorio nacional.

Utilizando la base de información generada por la ENSA 2006, se realizó un estudio (Morera et al, 2009) dirigido a detectar las diferencias en los determinantes de la salud entre regiones del país a partir de la pregunta: ¿En los últimos 12 meses, cómo era el estado de su salud? Tratando de relacionarlo con las variables explicativas de características personales, demográficas y sociales del individuo, estilo de vida, nivel de salud y utilización de los servicios de salud.

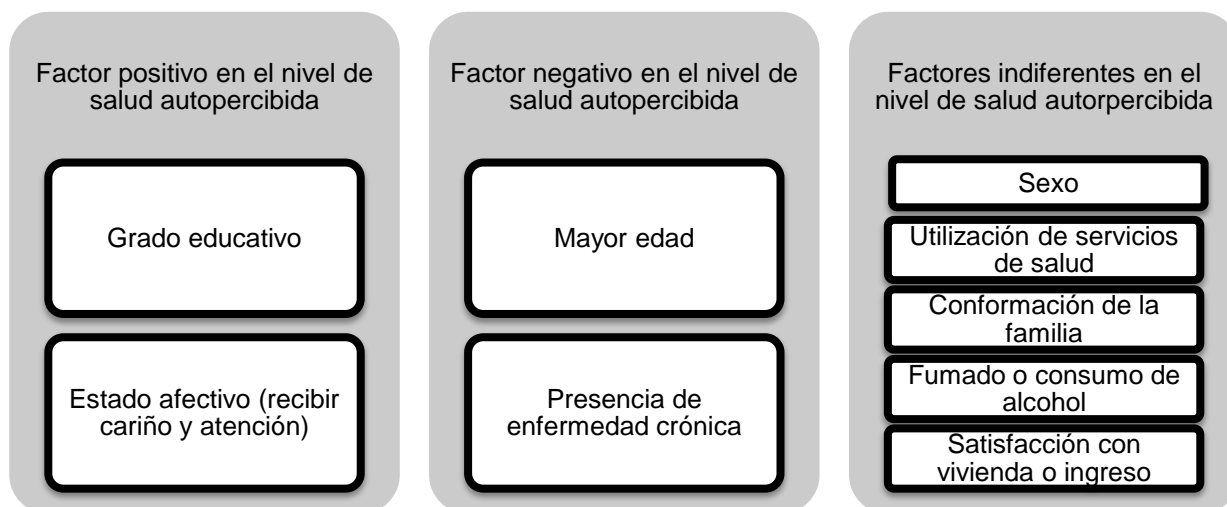
Aunque un 33% de la muestra válida total (5641 individuos) reporta buena o muy buena salud menos del 20% se declara satisfecho con su calidad de vivienda o su situación económica y se determinaron dos grupos en cuanto reporte de salud subjetiva por regiones:



Fuente: Morera et al. 2009. Determinantes y diferencias del estado de salud entre regiones de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica, Julio-Diciembre, pp. 1-12.

Pero no se pudo determinar cuáles variables geográficas pudieran determinar estas diferencias. Asimismo se compararon variables control para tratar de profundizar en las diferencias, obteniendo el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Factores que influyen en el nivel de salud autopercebida (2009)



Fuente: Morera et al. 2009. Determinantes y diferencias del estado de salud entre regiones de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica, Julio-Diciembre, pp. 1-12.

Los hallazgos con respecto al nivel educativo correlacionan con los obtenidos al seleccionar una submuestra de 5552 personas mayores de 12 años que conforman núcleos familiares (Xirinachs et al, 2006). Aunque en este estudio los porcentajes de personas que indicaron tener buena salud son mucho más elevados (60,7% en hombres y 54,8% en mujeres), se evidencia una clara relación en cuanto nivel educativo logrado y mejor percepción de salud, como mostrado en los siguientes cuadros:

Cuadro 2. Salud autopercebida por nivel de educación y sexo (2006)

		En los últimos 12 meses, cómo era el estado de su salud (HS)					
Sexo	Nivel de educación	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo	NS/NR
Hombre	Ninguna	7,8%	42,9%	40,3%	9,1%	0,0%	0,0%
	Primaria	11,8%	55,9%	25,8%	5,4%	1,1%	0,0%
	Secundaria académica	18,2%	64,3%	15,7%	1,4%	0,1%	0,3%
	Secundaria técnica	11,5%	70,8%	17,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	Parauniversitaria	22,8%	61,8%	12,1%	0,9%	0,0%	0,6%
	Universitaria	24,6%	68,4%	8,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Total Hombres		16,7%	60,7%	19,1%	2,8%	0,4%	0,2%
Chi (2) 25 gl		180,705	Likelihood Ratio		180,748		

Mujer	Ninguna	8,2%	45,9%	33,7%	5,1%	5,1%	2,0%
	Primaria	10,5%	47,9%	33,7%	6,3%	1,6%	0,0%
	Secundaria académica	16,6%	61,2%	19,4%	1,9%	0,9%	0,0%
	Secundaria técnica	27,8%	45,6%	22,8%	3,8%	0,0%	0,0%
	Parauniversitaria	16,0%	68,0%	14,0%	2,0%	0,0%	0,0%
	Universitaria	25,4%	56,6%	13,8%	2,8%	0,7%	0,7%
	Total Mujeres	16,3%	54,8%	23,7%	3,7%	1,2%	0,2%
Chi (2) 25 gl	234,256	Likelihood Ratio	220,368				

Fuente: Xirinachs Y., Vargas J., Herrera, X. 2006. Efectos de la educación sobre la salud en Costa Rica. Gestión, 14 (2): II semestre, 73-79. Chi (2) Tabulado con 25 grados de libertad= 46,93

Cuadro 3. Nivel de educación según salud autopercebida y relación de parentesco (2006)

En los últimos 12 meses, cómo era el estado de su salud (HS)							
Parentesco	Nivel de educación	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo	NS/NR
Jefe	Ninguna	3,4%	39,7%	51,7%	5,2%	0,0%	0,0%
	Primaria	10,4%	52,4%	30,0%	6,5%	0,8%	0,0%
	Secundaria académica	18,0%	57,7%	22,4%	1,7%	0,2%	0,0%
	Secundaria técnica	13,8%	55,2%	31,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Parauniversitaria	25,8%	58,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	Universitaria	33,3%	47,8%	16,3%	1,5%	0,0%	1,1%
	Total	16,8%	52,6%	26,0%	4,0%	0,4%	0,2%
Chi (2) 25 gl	14334,5%	Likelihood Ratio	13805,1%				
Esposo-a	Ninguna	4,0%	58,0%	34,0%	4,0%	0,0%	0,0%
	Primaria	11,6%	51,2%	32,4%	4,8%	0,0%	0,0%
	Secundaria académica	21,3%	56,4%	19,8%	2,0%	0,5%	0,0%
	Secundaria técnica	23,1%	61,5%	11,5%	0,0%	3,8%	0,0%
	Parauniversitaria	0,0%	22,8%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Universitaria	31,2%	43,4%	20,0%	3,4%	0,5%	1,5%
	Total	17,5%	52,2%	26,1%	3,6%	0,3%	0,2%
Chi (2) 25 gl	10831,2%	Likelihood Ratio	10142,6%				
Hijo-a	Ninguna	29,2%	62,5%	8,3%	0,0%	0,0%	
	Primaria	8,5%	55,9%	32,2%	2,5%	0,8%	
	Secundaria académica	12,4%	62,1%	33,0%	3,3%	0,2%	
	Secundaria técnica	13,6%	65,4%	19,8%	0,0%	1,2%	
	Parauniversitaria	10,0%	41,7%	43,3%	5,0%	0,0%	
	Universitaria	18,0%	58,3%	21,9%	1,5%	0,3%	
	Total	13,2%	59,8%	24,0%	2,7%	0,4%	
Chi (2) 20 gl	52,879	Likelihood Ratio	52,761				

Chi (2) Tabulado con 20 grados de libertad= 40

Chi (2) Tabulado con 25 grados de libertad= 46,93

Fuente: Datos ENSA 2006. Estimaciones obtenidas utilizando SPSS 15

Fuente: Xirinachs y colaboradores. 2006. Efectos de la educación sobre la salud en Costa Rica. Gestión, 14 (2): II semestre, 73-79.

Aunque la mayor parte de los encuestados reportan tener buena salud, este porcentaje es significativamente mayor en las personas con mayor nivel educativo alcanzado, independientemente del sexo, sugiriendo una relación entre nivel educativo y autopercepción de salud.

Por otra parte, la SF-36 sí encontró diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, teniendo éstos mejores puntajes en todos los componentes, con la mayor diferencia obtenida en la dimensión de dolor corporal (Hernández, 2007). También las mujeres reportaron un mayor consumo de medicamentos para enfermedades agudas, crónicas y otras en el estudio de uso de medicamentos a partir de datos de la ENSA 2006 (Jiménez, 2008).

Cuadro 4. Autoreporte de medicamentos según sexo en Costa Rica (2008)

Característica	Hombres	%	Mujeres	%
Consumo medicamentos agudos	641.588	44,3	807.253	55,7
Consumo medicamentos crónicos	354.200	40,8	514.186	59,2
Consumo otros medicamentos	170.785	35,7	307.334	64,3

Fuente: ENSA 2006.

Fuente: Jiménez L. 2008. Consumo de medicamentos alopáticos en Costa Rica, 2006. Revista Costarricense de Salud Pública, 17 (32): julio, pp. 35-44.

Un aspecto interesante en este estudio, puesto que refuerza el concepto de que a mayor nivel educativo y probablemente de ingreso es mejor la condición de salud, se evidencia en el autoreporte de medicamentos utilizados según nivel de ingreso. En éste se aprecian diferencias pequeñas, pero consistentes en señalar que a mayor ingreso hay menor consumo de medicamentos, independientemente de la fuente.

Cuadro 5. Distribución de auto reporte del consumo de medicamentos, según ingreso de la población Costa Rica 2006.

Distribución de la población según el Ingreso per cápita (colones) versus el auto-reporte de consumo de medicamentos. Costa Rica. 2006.

Ingreso per cápita	CM agudos	CM crónicos	CM otros
Menor a 46.666	399.543 (27,6%)	207.236 (23,9%)	119.166(24,9%)
De 46.666.01 a 89.250	348.973 (24,1%)	209.251 (24,1%)	116.918(24,5%)
De 89.250.01 a 111.000	365.763 (23,1%)	205.590 (23,7%)	99.072 (20,7%)
Mayor a 111.000.01	334.562 (23,1%)	246.309 (28,4%)	142.962(29,9%)

Fuente: ENSA 2006.

Distribución de la población según el Ingreso total (colones) por hogar versus el auto-reporte de consumo de medicamentos. Costa Rica. 2006.

Ingreso total por hogar	CM agudos	CM crónicos	CM otros
Menor a 186.000	423.962 (29,3%)	246.043 (28,3%)	135.575(28,4%)
De 186.000.01 a 366.000	347.573 (24,0%)	227.371 (26,2%)	138.344(28,9%)
De 366.000.01 a 455.000	366.917 (25,3%)	196.612 (22,6%)	98.736 (20,7%)
Mayor a 455.000.01	310.388 (21,4%)	198.360 (22,8%)	105.463(22,1%)

Fuente: ENSA 2006.

Fuente: Jiménez L. 2008. Consumo de medicamentos alopáticos en Costa Rica, 2006. Revista Costarricense de Salud Pública, 17 (32): julio, pp. 35-44.

Balance parcial:

- a. La encuesta de salud 2006 representa un esfuerzo compatible con el enfoque de capacidades para recolectar información representativa de la situación de la Costa Rica actual en cuanto a percepción de salud y calidad de vida.
- b. La utilización de los servicios de salud no parecen determinar mayormente la percepción de salud de las personas, aunque sí existen relaciones entre edad, nivel educativo y presencia de enfermedad crónica que deben considerarse variables significativas.
- c. No es posible establecer diferencias entre hombres y mujeres o por regiones a partir de los datos revisados.

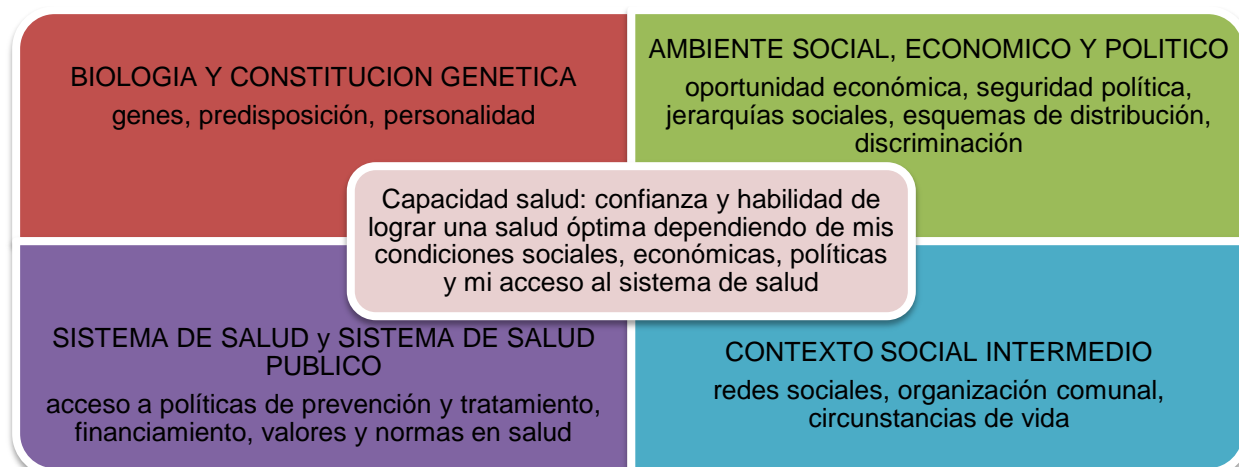
Aspectos institucionales

Para este apartado Prah Ruger menciona elementos propios de las instituciones y otras organizaciones que pueden determinar las posibilidades que las personas tienen de tener logros en salud.

FACTORES EXTERNOS	
1- Normas sociales	Cómo la sociedad percibe ciertas prácticas en salud (circuncisión, obesidad, uso de drogas, alcohol)
2- Capital social y redes sociales	Presencia de grupos que apoyen el logro de las metas o que las desestimulen.
3- Influencias de grupos	Afiliación a grupos de apoyo en comunidad:
4- Circunstancias materiales	Económicos: ingreso, empleo. Comunidad: seguridad ciudadana Agua: potable y desechos Vivienda: Seguridad alimentaria Ambiente: presencia de tóxicos agua, aire, tierra, vectores.
5- Seguridad económica, política y social:	Percepción del individuo de su entorno macro social
6- Acceso y uso de servicios en salud:	Se entiende como uso de los servicios de salud para atención de las personas, la percepción de necesitar atención y la posibilidad de recibirla, además de definir las barreras que tendrían para ello, siendo las más importantes la cobertura del seguro social, acceso geográfico y otras como lenguaje, desinformación o mal información.
7- Características del sistema de salud y del sistema salud público:	Cómo el sistema de salud interactúa con el individuo para lograr agencia, hasta dónde el sistema de salud protege la salud y la seguridad de las personas (alimentos contaminados, seguridad alimentaria, regulación medicamentos).

Fuente: Elaboración propia

El Sistema de Salud y, sobre todo para Costa Rica, el sistema de atención público es el responsable de que las personas puedan conseguir las metas en salud (los logros) que consideren importantes o valiosas. El siguiente esquema trata de ilustrar esta relación:



Fuente: Prah Ruger, Jennifer. 2010. Capacidad en salud, concepto y operacionalización. American Journal of Public Health. 100 (1): 41-49.

En Costa Rica, el sistema de salud está integrado por instituciones dirigidas a preservar la salud de las personas y la comunidad. El ente rector de las actividades públicas y privadas relativas a la salud es el Ministerio de Salud, que establece en su marco estratégico institucional (2007) los siguientes ámbitos de intervención:

AMBITOS	ELEMENTOS INCLUIDOS
1. Actuaciones humanas	Conocimiento sobre prácticas alimentarias, uso de sustancias adictivas, prácticas sexuales en la población del país.
2. Determinantes ambientales	Características del ambiente en general y del hábitat humano (vivienda).
3. Determinantes socioeconómicos	Ingreso, acceso a vivienda, empleo y existencia de grupos excluidos.
4. Productos de interés sanitario	Permisos sanitarios para alimentos, medicamentos y otros productos de consumo humano.
5. Servicios y actividades de interés sanitario	Regulación y habilitación en infraestructura de servicios de salud así como de acondicionamiento físico y estética
6. Edificaciones	Involucra edificaciones tanto de vivienda como en industria, recreación, reclusión o embarque.
7. Recursos humanos	Sobre las instituciones públicas y privadas que formen personal en atención directa a la salud.
8. Aseguramiento de la salud	Instituciones del Estado relacionadas con la universalidad en la prestación de servicios de atención a la salud (atención sanitaria) y a la provisión y mejoramiento del hábitat.
9. Financiamiento de la salud	Regulación de las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de aseguramiento.
10. Desarrollo científico y tecnológico	Actividades desarrolladas dentro y fuera del país para promover, restaurar o mantener el nivel de salud de la población.

Fuente: Ministerio de Salud. Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud: marco estratégico institucional. Costa Rica, Junio 2007.

El Ministerio se articula, en el Consejo Superior de Salud, con una serie de instituciones relacionadas a la prestación de servicios que permiten / regulan las actividades relacionadas con la salud de las personas, siendo fundamental la labor conjunta con:

1. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)
2. Instituto Nacional de Seguros (INS).
3. Acueductos y Alcantarillados (AYA).
4. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).
5. Instituto Costarricense de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
6. Universidades públicas.
7. Organismos de cooperación internacional.
8. Organismos no gubernamentales.

Es importante destacar que las competencias del Ministerio de Salud incluyen la habilitación y regulación de los servicios de atención a la salud brindados por prestadores públicos y privados, así como velar por la universalidad en la prestación de servicios de atención sanitaria.

Por tanto es posible afirmar que:

- a. Costa Rica incorpora en la estructura de su sistema de salud instituciones que, de forma directa o indirecta, influyen en la salud de las personas.
- b. Que el ente rector-regulador del Sistema de Salud costarricense es el Ministerio de Salud.
- c. Que este Ministerio sería el responsable de compilar la información generada por cada institución relacionada sobre comportamiento de la población, necesidades, servicios brindados y estrategias implementadas para poder generar procesos de retroalimentación con respecto a la situación de Salud en Costa Rica.

Servicios de atención a la salud

Para el presente análisis, uno de los elementos que se seleccionaron fueron los relativos al uso de servicios de atención a la salud, para indagar si la forma de registrar y evaluar la información en cuanto acceso y uso de los servicios en salud es compatible con el enfoque de capacidades para evaluar la equidad en Costa Rica.

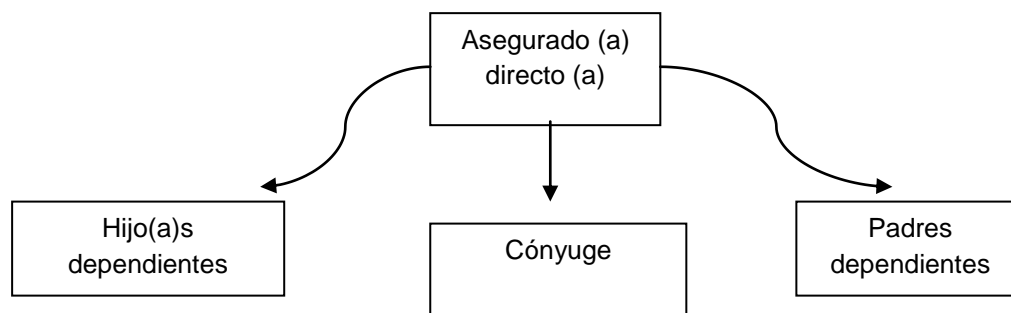
La existencia de políticas de prevención de la enfermedad y al tratamiento de la misma constituye una oportunidad para lograr ser/hacer en materia de la propia salud. Pero también el éxito de estas estrategias se traduce en capacidad para poder planear/plantear otros funcionamientos relevantes como tener un trabajo digno, participar de procesos educativos o integrarse a la vida en comunidad. Aunque la Salud de las personas requiere, en este enfoque, una necesaria integración de factores distintos a la tradicional prestación de servicios de atención, la inexistencia de estos servicios o las limitaciones en el acceso a los mismos

constituyen un obstáculo en esta dirección. Las limitaciones más frecuentemente mencionadas son:

1. Aseguramiento.
2. Distribución de recursos a lo interno del sistema de atención: accesibilidad geográfica y disponibilidad de servicios.
3. Desinformación o mal-información.

Aseguramiento en Costa Rica

Uno de los principales obstáculos para lograr el adecuado acceso al sistema de atención directa a la salud por parte de las personas es la falta de cobertura del seguro de salud. En Costa Rica, a partir de 1961, con la universalización de los seguros sociales, el aseguramiento permite a un porcentaje mayoritario de la población obtener servicios de salud. Esto es posible al derivar de un mismo seguro de salud beneficios a otros familiares, con los mismos beneficios que al asegurado directo.



En el siguiente cuadro se registra el porcentaje de población asegurada en el régimen del Seguro Social desde el 2003 y es notable cómo los asegurados activos representan un porcentaje mucho más bajo que los dependientes del mismo. De ahí la importancia que, en términos de posibilidad de salud, permite el sistema de salud costarricense. Asimismo el porcentaje de la categoría “No Asegurados” se mantiene estable, en disminución y por debajo del 15% desde el 2003. Esta disminución podría estar relacionada con el aumento en la cobertura de la “Población económicamente activa no asalariada” y que refleja una mayor captación de trabajadores que optan por un seguro de salud y pensiones para ellos y sus familias.

Cuadro 6. Cobertura del seguro de salud CCSS 2003-2007, Costa Rica

**COBERTURA
SEGURO DE SALUD**

INDICADOR	2003	2004	2005	2006	2007
POBLACIÓN TOTAL					
Cobertura de las prestaciones	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Cobertura contributiva	85,30	87,80	87,60	87,50	87,60
Población nacional según condición de aseguramiento	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Asegurados directos activos	23,11	23,83	24,72	26,17	28,20
Cuenta del Estado y sus familiares	12,30	12,80	12,20	11,50	11,50
Pensionados	6,38	6,32	6,27	6,25	6,22
Familiares	43,51	44,85	44,40	43,58	41,68
No Asegurados	14,70	12,20	12,40	12,50	12,40
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA (PEA)					
Cobertura de la PEA total (%)	52,21	53,39	54,96	57,80	61,91
Cobertura de la PEA asal. (%)	60,56	61,80	61,01	64,25	65,75
Cobertura PEA no asal. (%) (1)	37,76	39,14	45,27	48,13	57,36

NOTA: Cifras de cobertura a junio de cada año.

(1) No incluye la PEA no remunerada ni la que busca trabajo por primera vez.

Fuente: Caja Costarricense Seguro Social. 2008. Costa Rica: indicadores de seguridad social. San José, Costa Rica. Departamento de Estadística, Caja Costarricense Seguro Social.

Distribución de recursos

Con respecto a la atención directa de la salud (atención sanitaria), el sector público está representado por la Caja Costarricense de Seguro Social, que brinda servicios de atención en enfermedad, maternidad y pensiones a la población económicamente activa y, a través de seguros familiares, servicios de atención a dependientes del asegurado directo (padres, esposo-a e hijos dependientes). Asimismo, por sus principios de universalidad, solidaridad y subsidiariedad, la CCSS brinda servicios a poblaciones vulnerables no aseguradas tales como niños y adolescentes, embarazadas, adultos mayores de 65 años, entre otras.

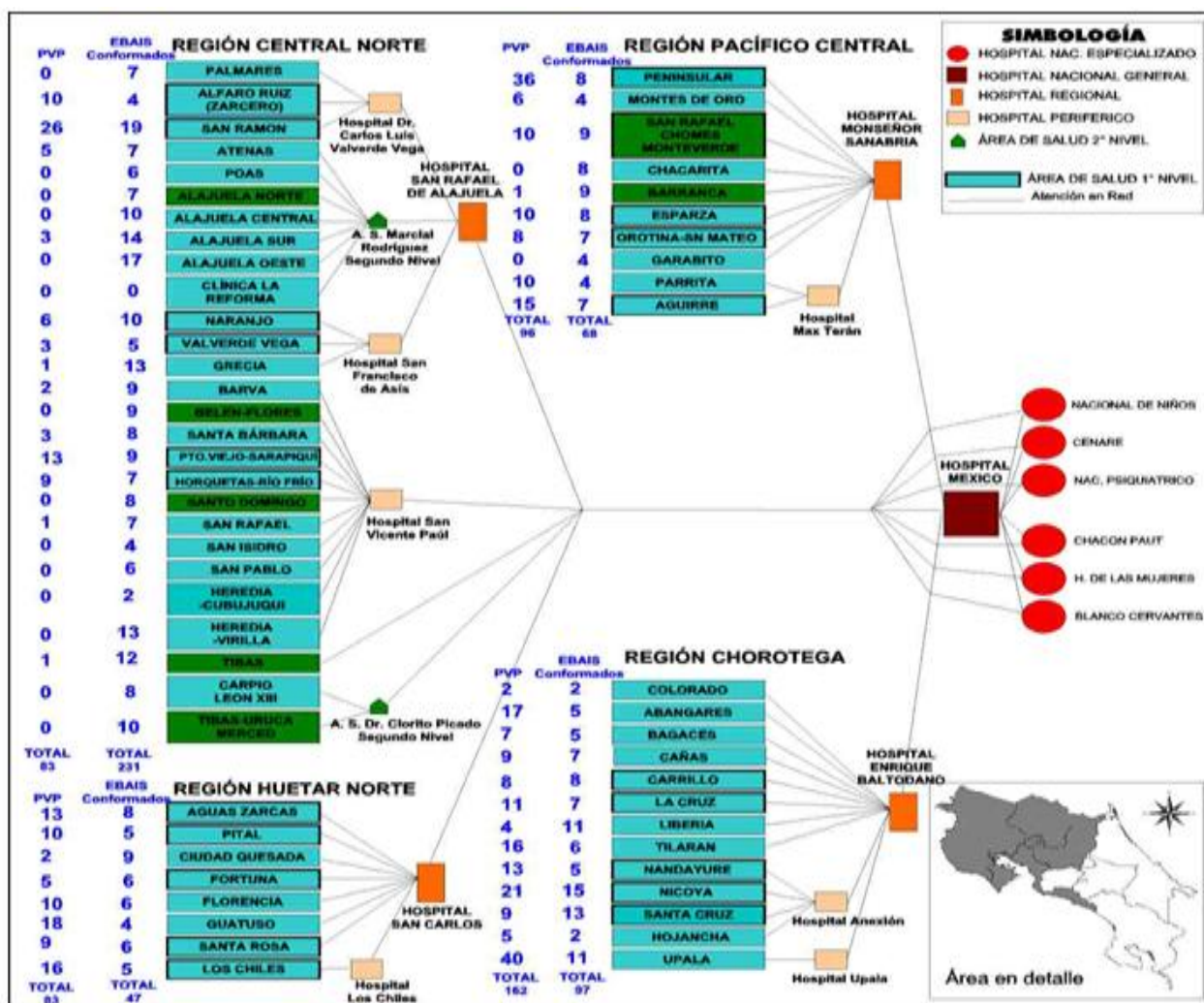
Como parte del proceso de Reforma y reestructuración del sistema de atención en salud, iniciado en 1995, actualmente la CCSS cuenta con 971 Equipos Básicos de Atención Integral distribuidos en 104 Áreas de Salud y está dividido en tres niveles de atención:

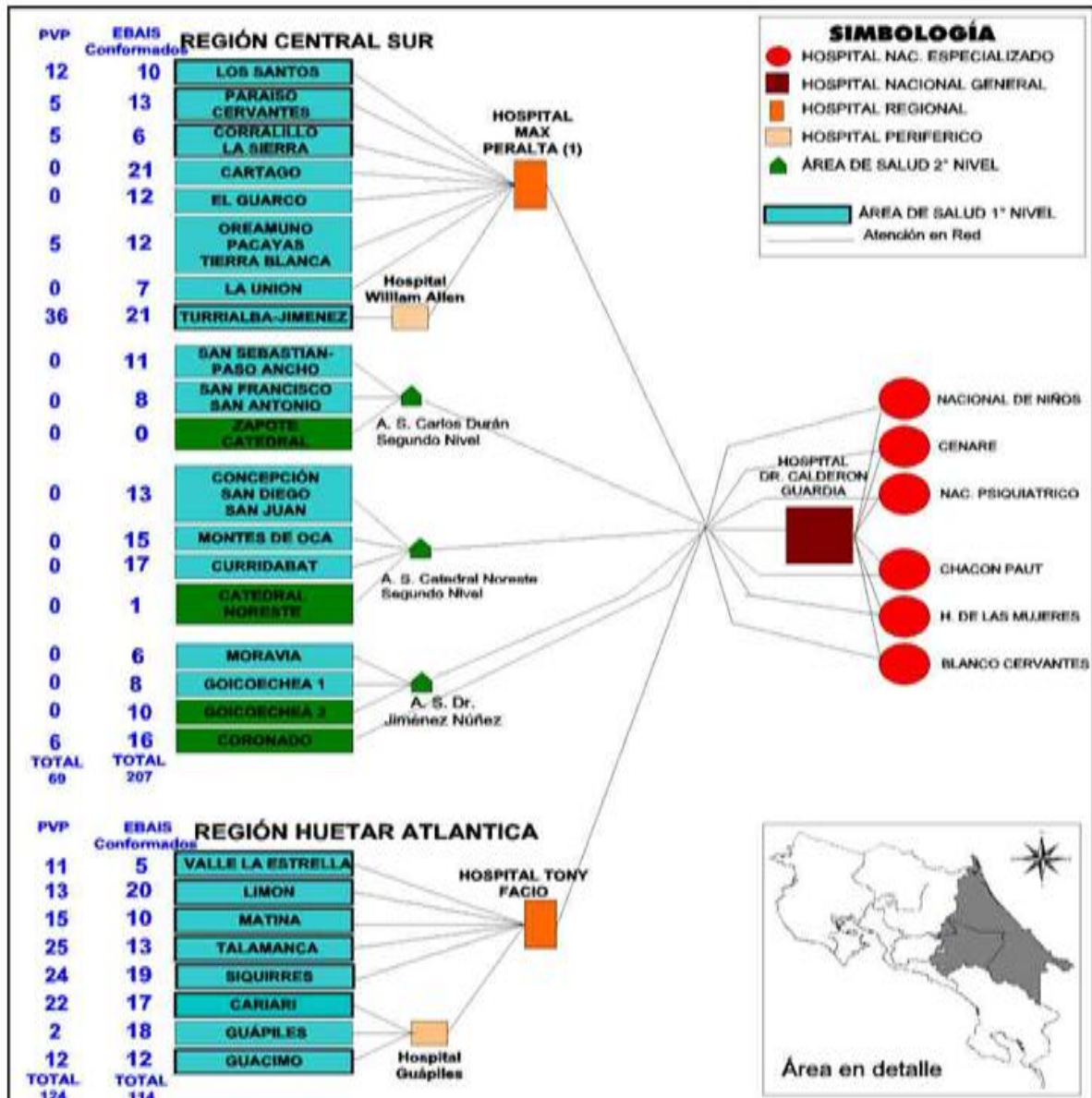
- Primer nivel: equipos básicos compuestos por médico, auxiliar de enfermería y asistente técnico de atención primaria con apoyo de personal de registros médicos.

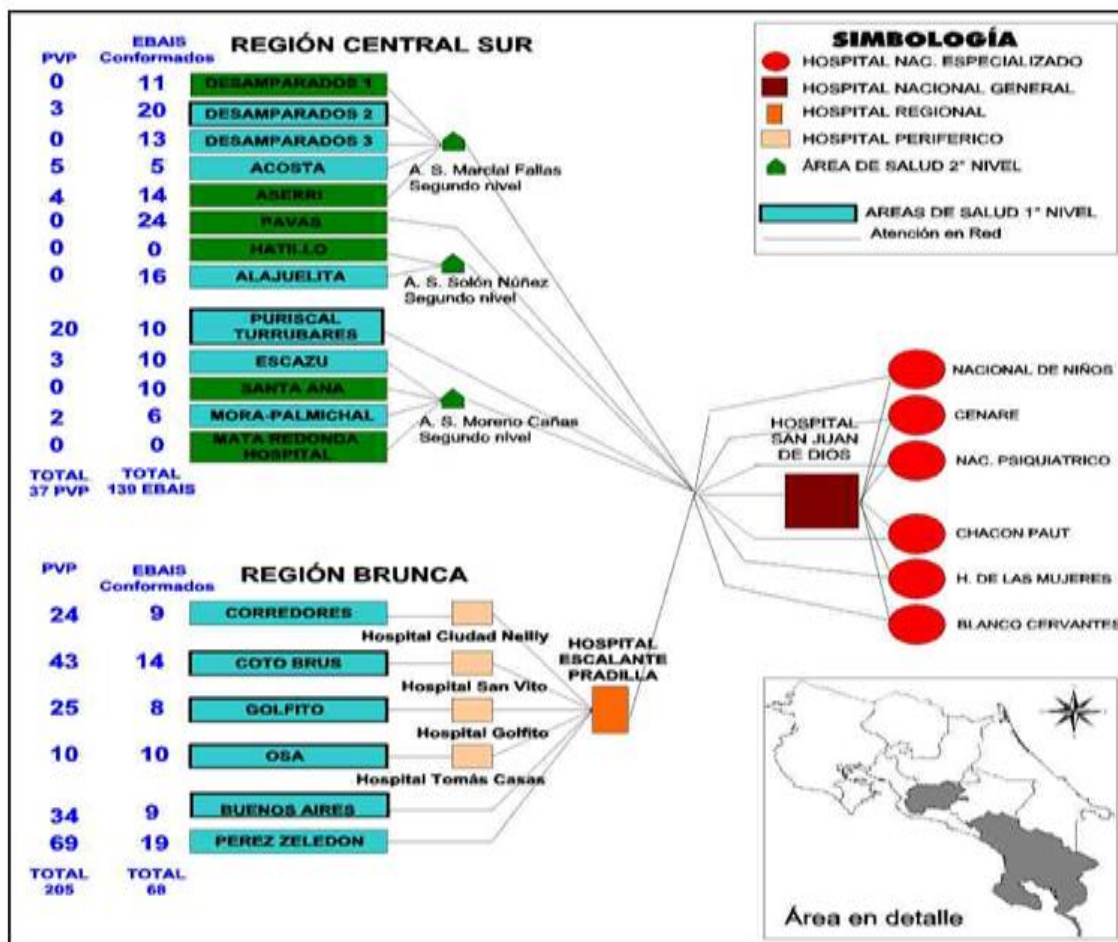
- Segundo nivel: brinda apoyo al primer nivel en laboratorio y gabinete, médicos especialistas u otros profesionales afines (nutrición, psicología, trabajo social, enfermería) a través de clínicas de segundo nivel y hospitales periféricos y regionales.
- Tercer nivel: compuesto por los hospitales nacionales generales y especializados.

A continuación se desglosa la red de servicios que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social, a diciembre 2009 de forma gráfica.

Esquema de servicios de salud por regiones de salud, CCSS, Costa Rica







Fuente: CSS Gerencia Médica Dirección de Proyección Servicios de Salud; Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud

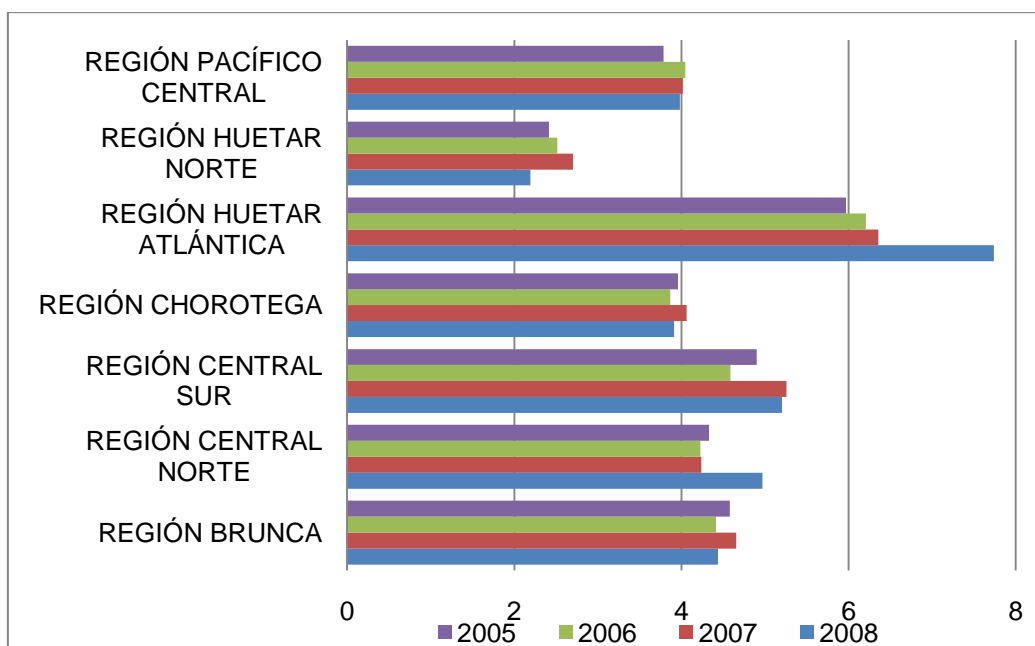
Esta distribución geográfica ha permitido instalar establecimientos de salud en todo el territorio nacional para ofrecer a la población servicios de atención preventiva y curativa a través de los EBAIS, en el primer nivel de atención. Estudios indican que los esfuerzos realizados por el proceso de la reforma, iniciados en los sectores más alejados de la Gran Área Metropolitana, por ser los que históricamente presentan mayor desigualdad en el acceso a los servicios, podrían haber incidido en disminuciones en mortalidad infantil y mortalidad por enfermedades transmisibles en estas áreas (Rosero, 2004).

Otro parámetro en cuanto distribución de recursos en atención a la salud es el número de habitantes por EBAIS, el cual se observa bastante homogéneo y constante a lo largo del período estudiado entre distintas regiones del país, pero en algunas por encima de lo planeado para cada EBAIS, en particular en las regiones Centrales Norte y Sur, donde supera los 5000 habitantes / EBAIS, cifra que ha venido en disminución durante el periodo 2005-2008, debido al aumento en el número de EBAIS instalados, que pasaron de 255 (2005) a 282 (2008) para la región Central Norte y de 265 (2005) a 309 (2008) para la Central Sur.

Asimismo se calculó, con los datos suministrados la cantidad de horas médico contratadas por Región entre el número de habitantes en cada región en el período

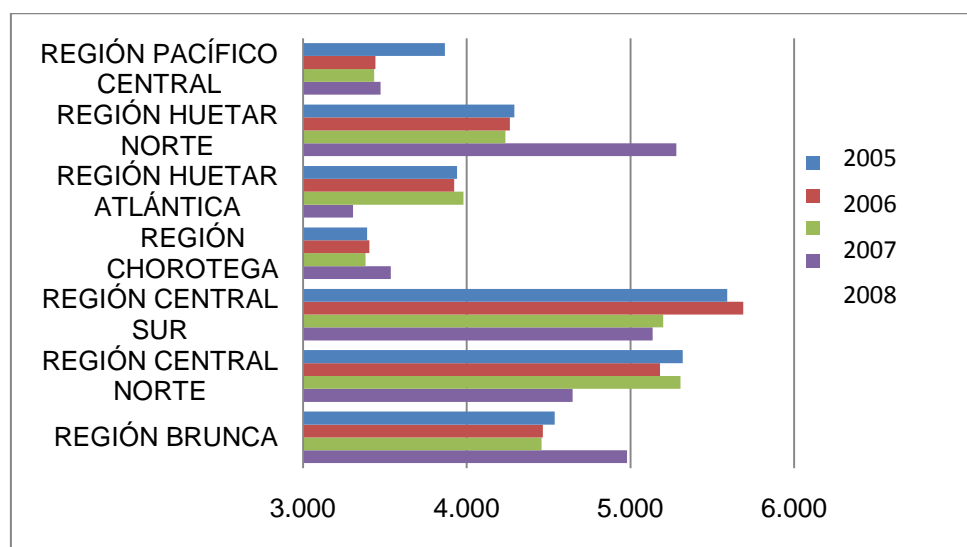
2005-2008. Las regiones se comportan de forma muy homogénea a lo largo del período pero con diferencias significativas entre ellas, con menos horas absolutas por habitante en la región Huetar Norte y un aumento sostenido y significativo en la región Huetar Atlántica. Estos hallazgos sin embargo no permiten señalar inequidades en la distribución del recurso humano pues podría haber médicos contratados en cargos administrativos o a cargo de aspectos administrativos y no en atención directa al usuario.

Cuadro 7. Promedio de horas médico contratadas por región de salud 2005-2008



Fuente: Elaboración propia con datos del SICA 2005-2008.

Cuadro 8. Promedio de habitantes por EBAIS en las regiones de salud de Costa Rica en el período 2005-2008.



Fuente: Elaboración propia con datos del SICA 2005-2008.

Balance parcial:

- a. Hay un importante porcentaje de la población en Costa Rica con posibilidad de acceder los servicios de atención en salud, potencializado por la posibilidad para los dependientes del asegurado activo de contar con los mismos servicios.
- b. En la actualidad la distribución de recursos tales como Equipos de atención básicos (pacientes por EBAIS e infraestructura) así como las horas contratadas de médicos sigue un patrón bastante homogéneo en las regiones del país, lo que permite aumentar las posibilidades de ser sanos en el enfoque de capacidades.
- c. Sería importante evaluar qué otros recursos del propio sistema de salud podrían señalar desigualdades que no sean evidenciadas con las aquí presentadas. Se sugiere considerar diferencias en presupuesto por Areas de salud u Hospitales, tipo de consulta (general de morbilidad, preventiva, especializada y urgencias) según tipo de aseguramiento por Región y relacionar la población asegurada y no asegurada de acuerdo a ingreso, nivel educativo y residencia habitual.

Utilización de los servicios

Si la distribución, al menos con los parámetros seleccionados, no señala diferencias sistemáticas en el acceso a las personas a los servicios de atención en salud en Costa Rica, es importante evaluar si esta oportunidad de tener buena salud es aprovechada por las personas. Para esto se revisaron los datos relativos a utilización de servicios de salud públicos en dos grupos: el de atenciones generales y el de atención a grupos prioritarios.

Una primera limitación para acercarse a conocer los hábitos de consulta en el sistema público en Costa Rica es que los registros se hacen por consulta, no por persona. Una persona que viva en cualquier región de salud puede consultar en el EBAIS, la clínica u hospital de segundo nivel y también en el hospital general o especializado. El resultado son cuatro consultas de la misma persona, independientemente de si consulta por el mismo diagnóstico o diferentes razones en cada centro. Dadas las condiciones del sistema, la posibilidad de poder ser atendido en distintas facilidades es una ventaja pero el registro de la atención no lo es, por lo menos para aspectos relativos al uso de los servicios por parte de las personas.

Hecha esta observación, el cuadro 9 resume el período 2003- 2007 de consultas generales en el sistema de atención público en Costa Rica. El número total, obtenido por el dato de consultas por habitante por año se mantiene estable. Los porcentajes de utilización de medicina general, odontológica y especialidades también se mantienen, observándose una discreta disminución en el porcentaje relativo a las especialidades médicas y un aumento en el porcentaje correspondiente al servicio de urgencias. Este porcentaje de urgencias también se refleja en el aumento en el número de consultas por habitante; de 0.90 a 1.08 en el período

revisado (cuadro 9.) sin que se haya profundizado en las causas de esta proporción ni en su aumento.

Una segunda limitante a señalar es que los datos reportados por la CCSS difieren de los reportados generalmente en los pasados Informes sin que medie una explicación satisfactoria de cómo se obtienen estos datos y por qué difieren en proporción significativa. Se adjunta para su comparación el reporte realizado por el Estado de la Nación del período 2005-2007 (2003-2004 no disponibles para comparar). Estas inconsistencias en la información se presentan, probablemente, porque los sistemas de recolección y registro de la información se planean para realizar cálculos financieros y administrativos propios de los servicios de salud y no para ser utilizados como insumos en la evaluación del uso de los servicios por parte de las personas. Este enfoque es lejano al necesario para entender cómo las personas acceden y utilizan los servicios de salud y cuáles son las razones subyacentes a las tendencias observadas.

Años	2005	2006	2007	2008	Fuente
Consultas en urgencias por habitante	0.46	0.53	0.56	0.56	Informe Estado de la Nación
Consultas en urgencias por habitante	3.75	3.76	3.74	ND	Departamento de Estadística CCSS

Cuadro 9. Utilización de servicios de salud en la CCSS 2003-2007, Costa Rica

**CUADRO No. 4
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SEGURO DE SALUD**

INDICADOR	2003	2004	2005	2006	2007
Consultas según tipo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Externas	74,88	74,39	73,19	71,87	71,08
Médicas	60,02	59,56	58,51	56,88	56,00
Medicina General	42,57	42,34	42,00	41,12	41,57
Especialidades	17,46	17,23	16,50	15,76	14,43
Odontológicas	12,34	12,37	11,91	12,12	12,15
Otros profesionales	2,51	2,46	2,78	2,87	2,92
Urgencias	25,12	25,61	26,81	28,13	28,92
Consultas por habitante	3,60	3,70	3,75	3,76	3,74
Externas	2,70	2,75	2,74	2,70	2,66
Médicas	2,16	2,20	2,19	2,14	2,10
Medicina General	1,53	1,56	1,57	1,54	1,56
Especialidades	0,63	0,64	0,62	0,59	0,54
Odontológicas	0,44	0,46	0,45	0,46	0,45
Otros profesionales	0,09	0,09	0,10	0,11	0,11
Urgencias	0,90	0,95	1,01	1,06	1,08
Consultas Externas por hora contratada	3,20	3,23	3,19	3,17	3,13
Médicas	3,25	3,30	3,34	3,33	3,31
Odontológicas	3,63	3,52	3,44	3,42	3,41
Otros profesionales	1,66	1,68	1,42	1,39	1,33
Promedio de Consulta Externa por consultante (1)	2,61	2,40	2,39	2,38	2,40
Médicas	2,81	2,48	2,49	2,48	2,55
Odontológicas	2,03	2,14	2,10	2,09	2,01
Otros profesionales	2,02	1,97	1,92	1,90	1,87

(1) Se define como el cociente consultas totales / consultas de primera vez.

Continuación Cuadro No. 4

	2003	2004	2005	2006	2007
Egresos hospitalarios por cien habitantes	8,21	8,04	7,85	7,47	7,41
Egresos hospitalarios según servicio	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Medicina	15,31	15,03	16,09	15,09	16,07
Ginecobstetricia	35,28	35,09	34,51	35,39	35,03
Pediatria (1)	16,41	14,59	14,25	13,97	14,01
Cirugía	30,54	32,82	33,41	33,86	33,38
Pensión (Pago directo) (2)	0,60	0,51	-	-	-
Crónicos (3)	1,86	1,96	1,74	1,69	1,52
Estancia hospitalaria promedio según servicio (días)	5,73	5,29	5,33	5,97	5,60
Medicina	9,57	9,51	9,23	10,40	9,80
Ginecobstetricia	2,35	2,40	2,42	2,39	2,44
Pediatria (1)	4,37	4,63	4,91	5,09	5,15
Cirugía	4,59	4,30	4,12	4,24	4,34
Pensión (Pago directo) (2)	1,87	2,09	-	-	-
Crónicos (3)	69,96	47,13	53,97	83,23	66,08
Giro de camas hospitalarias según servicio	57,65	58,08	59,28	58,03	58,36
Medicina	35,63	34,87	37,29	33,50	32,03
Ginecobstetricia	115,95	117,80	118,33	122,94	122,67
Pediatria (1)	71,95	65,90	65,71	62,26	82,44
Cirugía	67,24	72,55	76,14	75,17	73,67
Pensión (Pago directo) (2)	53,34	47,67	-	-	-
Crónicos (3)	6,07	6,35	5,65	5,46	4,99
Índice de ocupación de camas hospitalarias según servicio (%)	81,65	80,91	83,14	82,15	83,84
Medicina	91,93	90,11	92,49	88,68	89,83
Ginecobstetricia	72,78	76,95	78,03	77,23	77,00
Pediatria (1)	77,05	74,19	77,23	78,80	84,02
Cirugía	82,16	80,43	84,42	80,95	84,01
Pensión (Pago directo) (2)	35,00	35,65	-	-	-
Crónicos (3)	80,46	78,94	77,20	81,41	79,99

(1) Incluye Cirugía de Niños.

(2) A partir del año 2005 el servicio de pensión dejó de funcionar.

(3) Comprende Psiquiatría, Geriatria y Rehabilitación.

Fuente: Caja Costarricense Seguro Social. 2008. Costa Rica: indicadores de seguridad social. San José, Costa Rica. Departamento de Estadística, Caja Costarricense Seguro Social.

Con respecto a las coberturas de salud para poblaciones con condiciones de salud prioritarias, la información está orientada a evaluar y respaldar las estrategias de atención propuestas por la institución, lo que concuerda con el propósito de “prevenir la enfermedad y atender la lesión”. Estas poblaciones corresponden a los grupos poblacionales más vulnerables (niños y mujer embarazada) y a aquellos más afectados por los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico en Costa Rica (diabéticos e hipertensos).

Se seleccionaron:

1. Menores de un año: la atención de calidad así como el seguimiento y la educación en salud en esta etapa del desarrollo es crucial para la salud futura de los niños³.
2. Mujeres con control prenatal: las patologías relacionadas con el embarazo y el parto son una de las causas de egreso del sistema hospitalario nacional más frecuente⁴ y el control tanto de la madre como del feto adquieren particular relevancia para el primer nivel de atención.
3. Diabéticos: la morbilidad que se asocia al pobre o inadecuado control de la diabetes que incluye:
 - Amputación de extremidades, úlceras en miembros inferiores incluyendo mal perforante plantar, neuropatía periférica dolorosa, neuropatía autonómica, retinopatía diabética, nefropatía y enfermedad renal terminal, parálisis de nervios periféricos
 - Su asociación a otras causas de morbimortalidad tales como enfermedad cardiovascular, aumento en complicaciones por enfermedad respiratoria, aumento en complicaciones posquirúrgicas así como en la cicatrización en general.
 - Los datos de la encuesta multinacional del 2004⁵ que estimaron la prevalencia de diabetes en la población mayor de 20 años en un 8%.
 - Datos de la encuesta para estimar prevalencia de diabetes mellitus en adultos mayores calculada en un 25% (Rosero Bixby, 2007).
 - El alarmante aumento en el porcentaje de adultos con sobrepeso y obesidad reportado por la encuesta de nutrición 2008-2009⁶ y ya señalado por la comisión intersectorial de guías alimentarias⁷ desde el 2007, siendo éste uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar intolerancia a carbohidratos y diabetes mellitus.
4. Hipertensos: La incidencia calculada desde el 2004 es del 25% de la población mayor de 20 años y su control incide directamente en la disminución de:
 - Muerte por enfermedad cardiovascular, incluyendo tanto enfermedad coronaria como evento cerebrovascular.
 - Años de vida perdidos prematuramente, puesto que el infarto agudo de miocardio ocupa la octava posición del grupo de enfermedades no

³ OMS. 2008. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, Organización mundial de la salud.

⁴ Fuente departamento estadístico de la CCSS.

⁵ Ministerio Salud. 2004. Encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo asociados en Area metropolitana. Costa Rica, Ministerio de Salud.

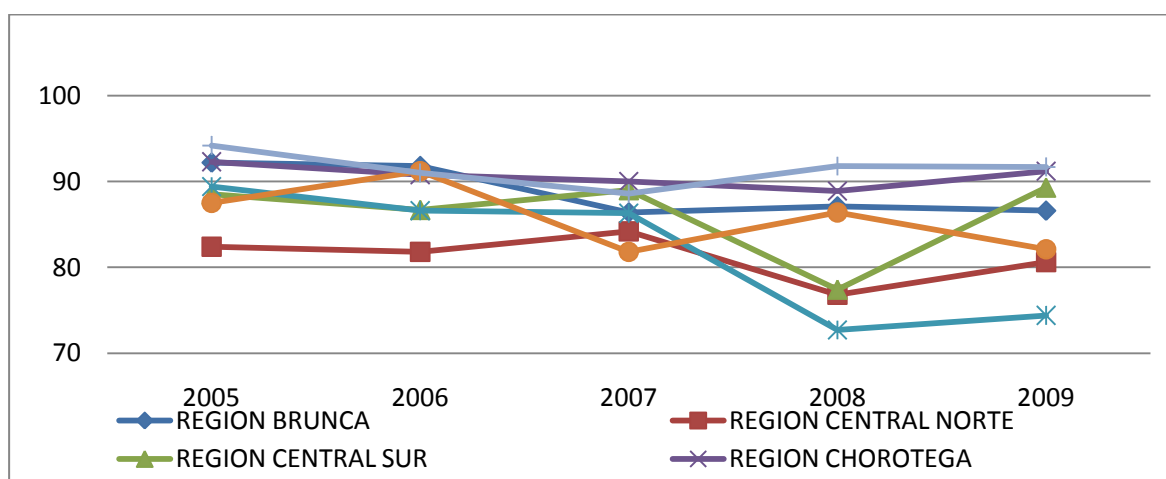
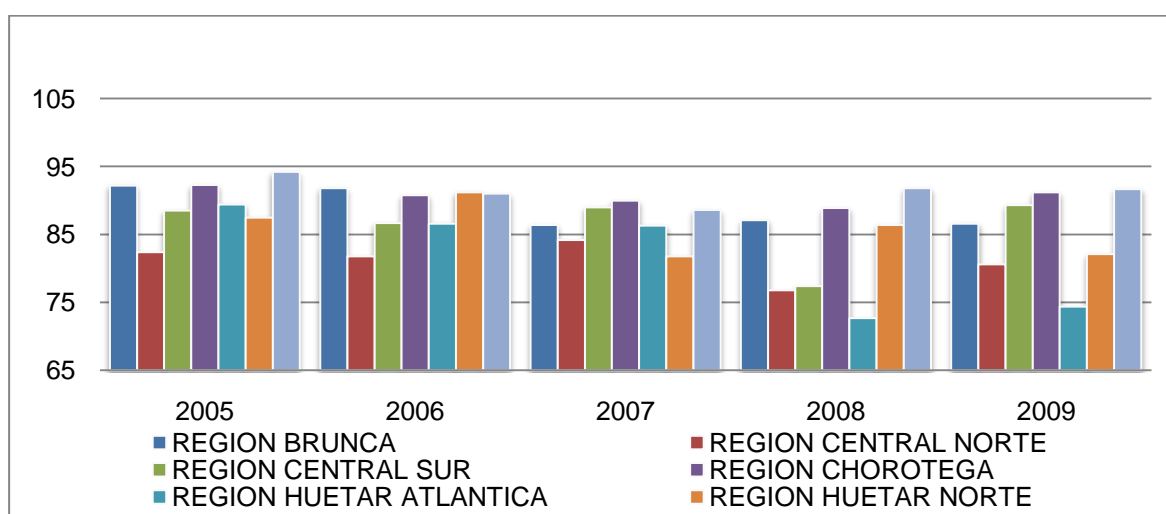
⁶ Ministerio de Salud. 2009. Encuesta nacional de nutrición Costa Rica, 2008-2009. Costa Rica, Ministerio de Salud.

⁷ C.I.G.A. 2007. Actualización de lineamientos técnicos para la elaboración de las guías alimentarias de la población costarricense. Comisión Interinstitucional para guías alimentarias, Costa Rica. (p. 13-14)

transmisibles, las más importantes a la hora de establecer la carga de la enfermedad⁸.

Las siguientes tablas muestran el porcentaje de cobertura en el primer nivel de atención para los grupos mencionados distribuido por regiones del país de acuerdo a la división de la Caja Costarricense de Seguro Social para el período 2005-2009. En estos reportes sí se identifican personas y no sólo consultas, por el tipo de registro y cálculo realizado. En los gráficos adjuntos, el primero muestra las diferencias en el porcentaje entre regiones, mientras que el segundo espera evidenciar alguna tendencia en cuanto cobertura de esas poblaciones a través de los años en la misma región.

Tabla 1. Cobertura de atención a niños menores de un año según área de salud 2005-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Compra de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

⁸ Saénz, L. 2008. Estudio de estimación parcial de carga de la enfermedad en Costa Rica para el año 2005. En XIV Informe Estado de la Nación.

Ministerio de salud. 2007. Estudio de estimación parcial de carga de enfermedad en Costa Rica para el año 2005. En XIV Informe Estado de la Nación.

Lo primero es destacar el alto porcentaje de niños menores de un año que son valorados en el primer nivel de atención, pues en todas las áreas se mantiene por encima del 75%, excepto el año 2009 para la región Huetar Atlántica.

Aunque hay una adecuada homogeneidad entre regiones, se nota una discreta variabilidad en los porcentajes de cobertura entre regiones a partir del 2008 y en la misma región sí se presentan diferencias en cuanto cobertura a través de los años, como resumido a continuación:

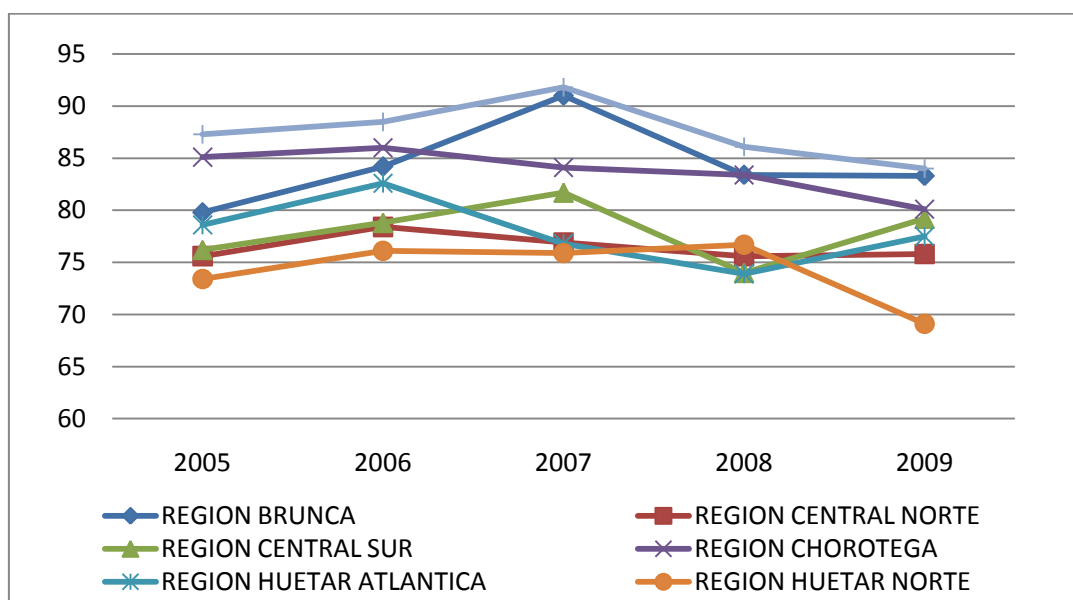
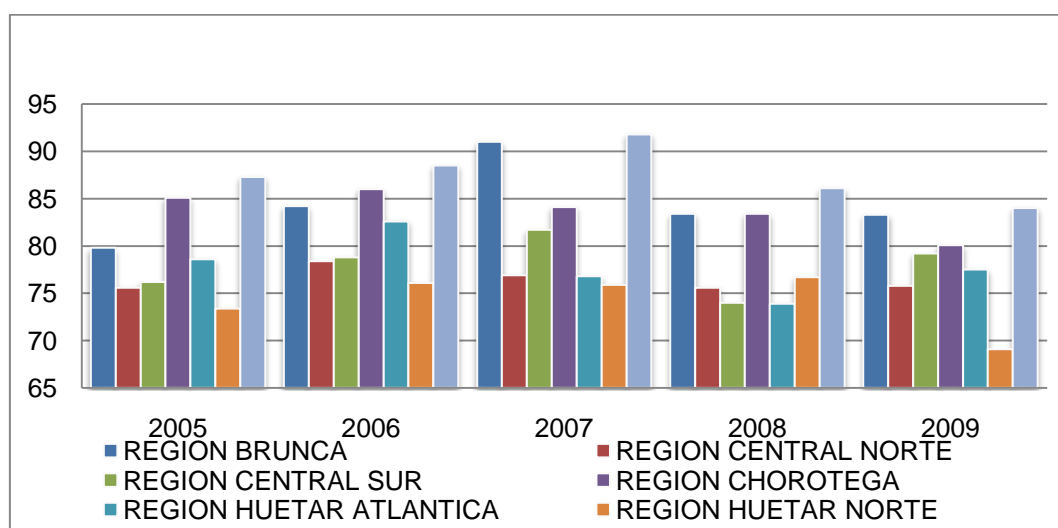
SE MANTIENE	EMPEORA
Región Pacífico Central	Región Huetar Atlántica
Región Chorotega	Región Huetar Norte
Región Central Norte	Región Brunca
Región Central Sur	

Los factores que pueden afectar los niveles de cobertura son múltiples, pero no se registran de forma sistemática para su análisis. Podrían especularse como explicaciones posibles tanto problemas de la institución tales como cierre de EBAIS, reorganización de procesos, ausencia del personal de salud, problemas en los registros así como problemas en la población adscrita a esa región: población migrante, fenómenos naturales, aumento de la población en control privado, aumento de población no asegurada, desinformación del tipo de servicio y de quiénes lo pueden acceder, entre otros.

En atención prenatal, al igual que en la atención a menores de un año, los porcentajes de cobertura son muy altos en todas las regiones en el período estudiado, por encima del 70% excepto en la región Huetar Norte en el 2009. Con respecto a la variabilidad por regiones a través de los años, las regiones Centrales norte y sur mantienen estable su porcentaje de cobertura y la región Huetar Norte, que presentaba una clara mejoría en sus porcentajes, disminuye su cobertura abruptamente en el 2009. Asimismo, se nota un descenso constante en cobertura en la región Pacífico Central, sin embargo sus porcentajes de cobertura son los más altos alcanzados por servicios de salud tanto en cobertura de niños menores de un año y de la mujer embarazada.

SE MANTIENE	EMPEORA
Región Huetar Atlántica	Región Pacífico Central
Región Brunca	Región Chorotega
Región Central Sur	Región Huetar Norte
Región Central Norte	

Tabla 2. Coberturas de atención al embarazo según región de salud 2005-2009.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Compra de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Por otra parte, aunque los porcentajes de cobertura son altos, se pueden comentar aspectos relacionados con población no cubierta, especialmente en las regiones con mayor concentración de población que son las Centrales Norte y Sur. En ellas se encuentran elementos comunes:

- Sus porcentajes de no cobertura en atención prenatal (superiores al 20%) y de menores de un año (superiores al 10% y mayor al 20% en el año 2008) son más altos que en el resto de regiones, exceptuando la región Huetar Norte.
- Sus porcentajes de no cobertura se mantienen constantes durante el período revisado.

- Ambas regiones concentran una proporción significativa de cantones con mayores ingresos promedio, mayores niveles educativos, mayor acceso a servicios de medicina de empresa y al sistema de atención privada y mixta.

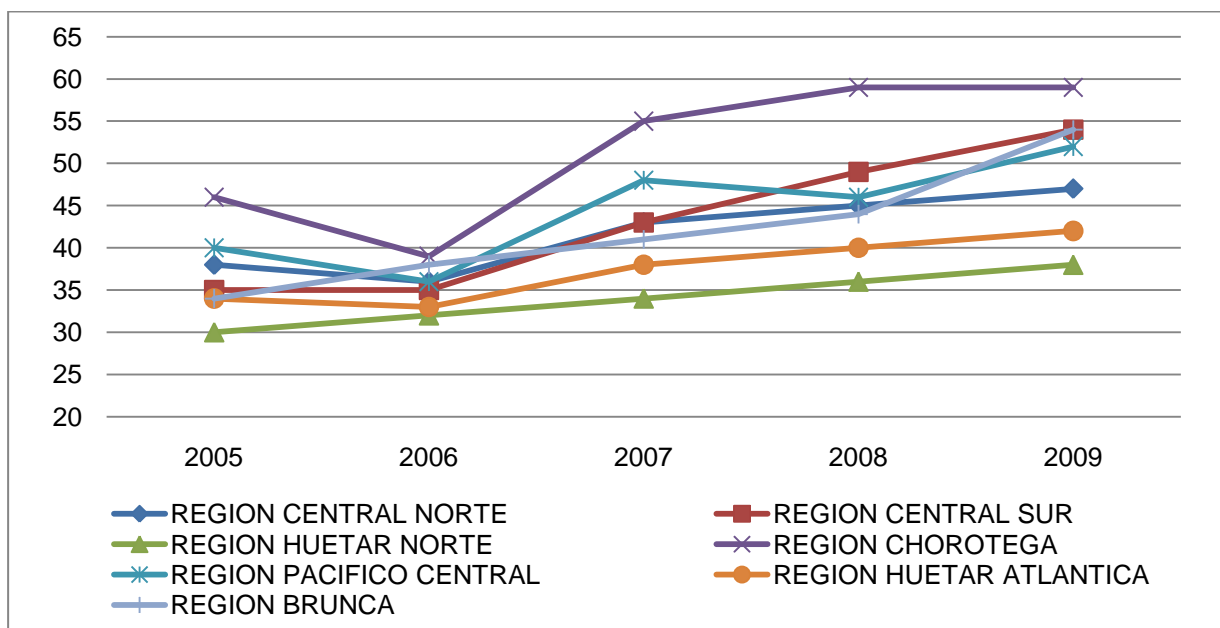
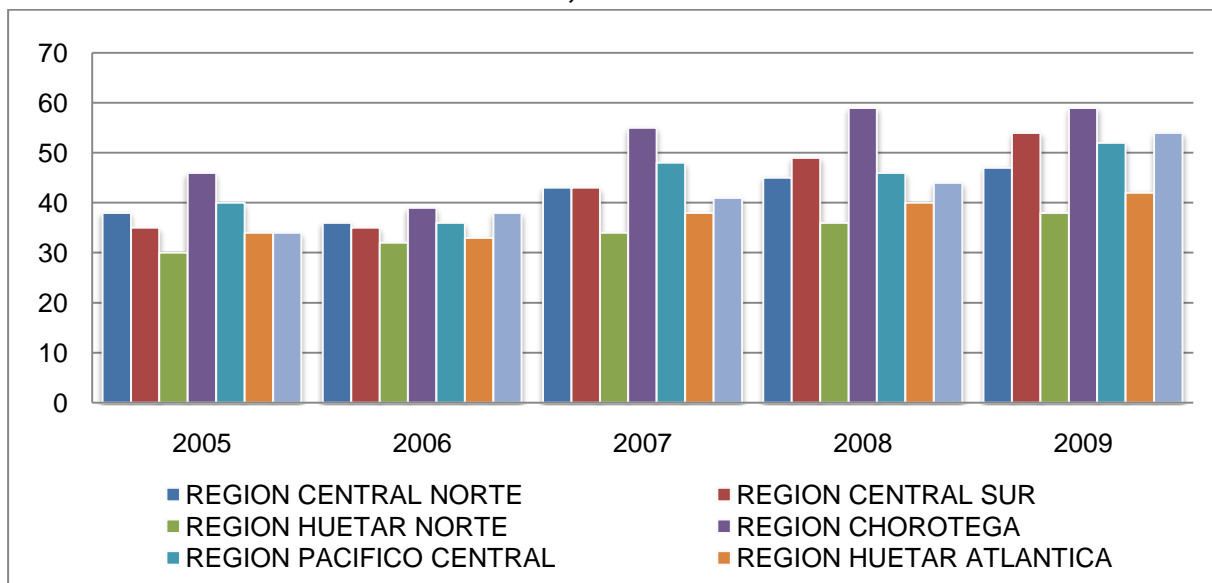
Sería recomendable complementar la información disponible en la CCSS con información sobre captación y calidad de la atención en otros servicios de salud, para adjuntarla a los datos suministrados por la CCSS. Esto permitiría detectar si hay vacíos de captación o atención en estas dos poblaciones, a la vez que caracterizar la población que consulta en otros sistemas de atención.

Los servicios de salud brindados en modalidades como medicina mixta, medicina de empresa y de forma privada han venido aumentando consistentemente en los últimos años, de acuerdo a Informes del Estado de la Nación (Rodríguez y Castillo, 2008), pero no existe un registro de cuántas atenciones se brindan en estas modalidades. El Ministerio de Salud, a través de la habilitación de centros de salud cuantifica el tipo y número de consultorios existentes, pero no de los servicios y menos de los criterios con que se lleva a cabo. Esto representa una fuga de información sobre la población que consulta y que podría aumentar en los próximos años, requiriendo reflexionar sobre los mecanismos idóneos para asegurar a la población servicios de atención en salud uniformes en cantidad y calidad en las distintas regiones y al interior de las mismas.

Finalmente se adjuntan los cuadros correspondientes a hipertensión arterial y diabetes mellitus. Es pertinente aclarar que la prevalencia de ambas patologías ha cambiado en los últimos años pero no hay aún estudios que permitan establecerla con seguridad. A partir de los datos de la encuesta multinacional y similares se ha establecido en un 25% de prevalencia para la hipertensión arterial y de un 8% para diabetes mellitus⁹. Este cambio incide en los porcentajes de cobertura obtenidos por las distintas Areas de salud en el marco de evaluación de Compromisos de Gestión. Anteriormente la meta de cobertura para hipertensión arterial y diabetes mellitus se calculaba a partir de una prevalencia de 15 % y 6% respectivamente. Esto obligó a recalcular las coberturas, con un denominador mucho mayor, por lo que se obtienen porcentajes de cobertura mucho más bajos que los reportados a las consultas de control prenatal y menores de un año. Nuevamente, estos datos son importantes en la medida en que se utilizan como referentes de la efectividad del sistema para tratar la enfermedad, pero su utilidad es dudosa para conocer la situación real de utilización de los servicios por parte de las personas. En los gráficos es notable cómo en todas las regiones, a través del período estudiado, hay un aumento continuo en el porcentaje de cobertura de población hipertensa y diabética. Esto podría evidenciar el esfuerzo del sistema de atención en mejorar la cobertura a estas poblaciones.

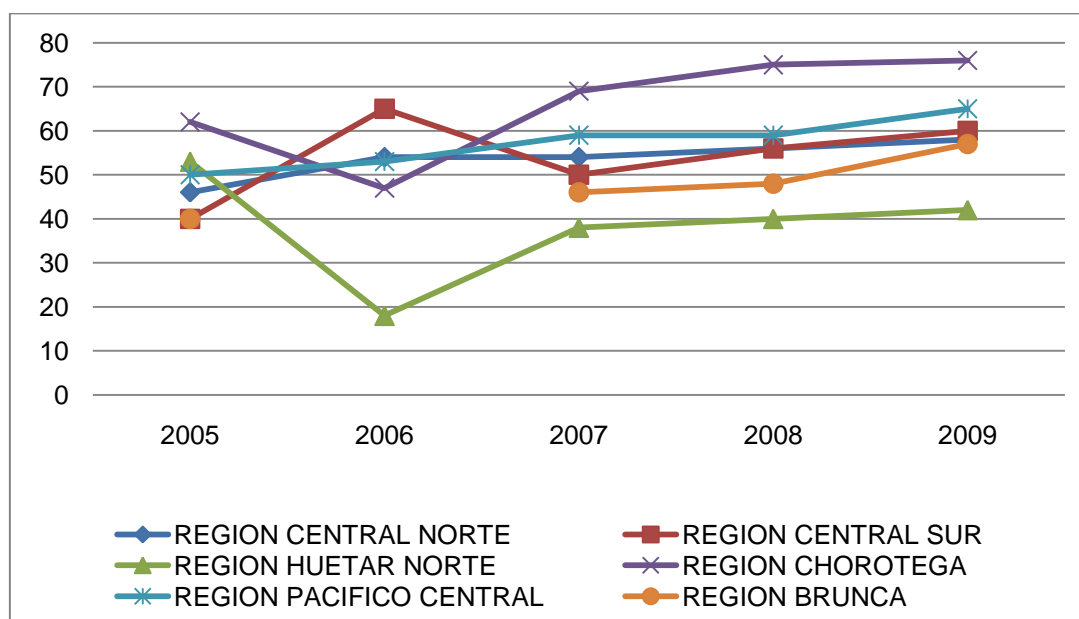
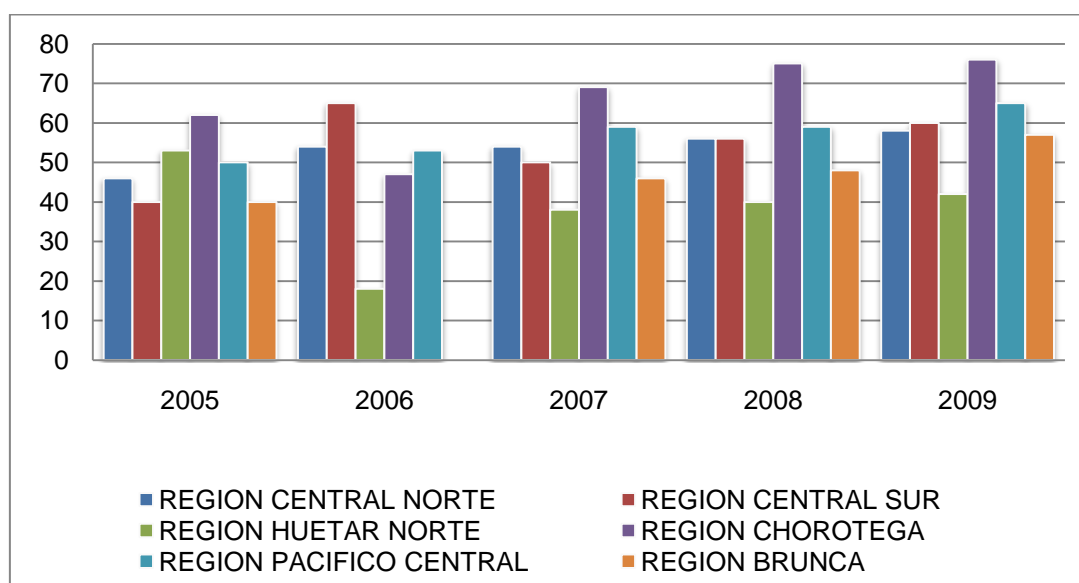
⁹ Ministerio Salud. 2004. Encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo asociados en Area metropolitana. Costa Rica, Ministerio de Salud.

Tabla 3. Cobertura de atención a personas con hipertensión arterial según región CCSS, 2005-2009.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Compra de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Tabla 4. Cobertura de atención a personas con diabetes mellitus según región CCSS, 2005-2009.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Compra de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Balance parcial:

- a. Hay una limitación importante, desde el enfoque de capacidades en salud, para obtener información confiable de los sistemas de atención de salud públicos y privados en Costa Rica. Estos registros, cuando disponibles, fueron formulados para calcular aspectos ajenos a los relativos al tipo de usuario, tipo de acceso y tipo de intervención realizada.

- b. Los datos de la Caja Costarricense de Seguro Social muestran una utilización y cobertura significativas de un porcentaje importante de la población especialmente en poblaciones prioritarias de atención.
- c. Sin embargo, estos datos sólo reflejan logros en cuanto atención por lo que deben complementarse con otros marcadores de la salud de estas poblaciones en la medida en que se quiera evaluar el funcionamiento real en salud de la población.

Desinformación

Un aspecto de vital importancia en el enfoque de capacidades es el de poder utilizar la información disponible para, de acuerdo a las propias condiciones socioculturales y ambientales, establecer y alcanzar logros en salud. Distintos estudios realizados en Costa Rica señalan áreas en las que la información es importante para generar cambios en relación a prácticas saludables. Estos relacionan la utilización de servicios de salud preventivos y la práctica de hábitos saludables con las posibles necesidades percibidas de cuidado en esas áreas como un indicador del grado y calidad de la información que reciban las personas o directamente sobre el conocimiento que tienen las personas sobre diferentes programas relativos a la salud.

La primera encuesta nacional de la juventud (FPNU, 2009), de diseño aleatorio estratificado se realizó entre abril y mayo del 2007 y abarcó una muestra de 2500 hombres y mujeres de todo el país, entre los 15 y los 35 años. La distribución de la muestra la hace extrapolable a la población joven del país con un margen de error de dos puntos porcentuales. A ellos se les entrevistó en temas correspondientes a los siguientes ejes temáticos:

- Familia.
- Educación.
- Empleo.
- Salud.
- Visión de mundo.
- Relación con las instituciones.
- Tiempo libre.
- Salud sexual y reproductiva.

En prácticas de salud, se obtiene que casi la mitad de la población joven utiliza los servicios de salud, especialmente por dolencias agudas relacionadas al sistema respiratorio, digestivo y genitourinario, siendo las mujeres las principales consultantes (40,5% vs 56,8%). En cuanto edad se observa una relación directa de mayor utilización a mayor edad (41% entre 15y 17 años vs 54% de 30 a 35 años).

Cuadro 10. Requerimiento de servicios de salud según sexo y edad, 2007

COSTA RICA: REQUERIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE LAS PERSONAS DE 15 A 35 AÑOS, SEGÚN SEXO 2007

Requerimiento de Servicios de Salud	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	N	%	N	%	N	%
Sí	330027	40,5%	454318	56,8%	784345	48,6%
No	483194	59,3%	342632	42,9%	825826	51,2%
Ns/Nr	1130	0,1%	2645	0,3%	3775	0,2%
Total	814351	100,0%	799596	100,0%	1613947	100,0%

Fuente: I Encuesta Nacional de Juventud, 2007. OPI

COSTA RICA: REQUERIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE LAS PERSONAS DE 15 A 35 AÑOS, SEGÚN GRUPO DE EDAD 2007

Requerimiento de Servicios de Salud	Grupo de edad								Total	
	15 a 17 años		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	113080	41,2%	274249	47,2%	167399	49,5%	229617	54,7%	784345	48,6%
No	160358	58,4%	306088	52,7%	169717	50,2%	189664	45,2%	825826	51,2%
Ns/Nr	1305	0,5%	798	0,1%	1135	0,3%	537	0,1%	3775	0,2%
Total	274743	100,0%	581135	100,0%	338251	100,0%	419818	100,0%	1613947	100,0%

Fuente: I Encuesta Nacional de Juventud, 2007. OPI

Fuente: FNUP. 2009. Primera encuesta nacional de juventud: Costa Rica 2008: Informe integrado. San José, Fondo de población de las Naciones Unidas.

Con respecto a prácticas de salud preventivas, la encuesta señala el período entre 14 y 17 años como el más frecuente para inicio de relaciones sexuales, en mujeres más cercano a los 18 años; pero en este grupo etario (18 a 24 años) sólo el 41% de las mujeres han visitado el ginecólogo y un 46% se ha realizado un examen de tamizaje para cáncer de cuello uterino. En cuanto al autoexamen de mama, la tercera parte de las mujeres en ese rango etario lo han realizado y en promedio sólo el 38%. Las prácticas de autocuidado de la salud estuvieron determinadas por:

- Estado civil: las personas casadas, independientemente del sexo reportan mayores actividades de autocuidado.
- Nivel educativo: el cual también influyó en edad para iniciar relaciones sexuales.
- Acceso al servicio de salud.

En cuanto estilo de vida como alimentación saludable o práctica de ejercicio regular, la evidencia tampoco favorece a las mujeres, con pobres hábitos de ejercicio (77,8% en hombres vs. 40,5% en mujeres) y dietas sin supervisión ni educación por parte de funcionarios de salud (10,5% en hombres vs 21,5% en mujeres). No se incluyó en

este estudio apartados sobre consumo de drogas, tabaco o alcohol en la población joven.

Cuadro 11. Prácticas saludables en salud reproductiva en mujeres jóvenes, Costa Rica, 2007

COSTA RICA: PRÁCTICAS PARA EL CUIDADO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES DE 15 A 35 AÑOS, SEGÚN GRUPO DE EDAD 2007

Prácticas		Grupo de edad								Total	
		15 a 17 años		18 a 24 años		25 a 29 años		30 a 35 años			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Papanicolaou	Sí	7848	6,3%	130112	45,7%	129808	71,5%	163809	78,1%	431578	54,0%
	No	111662	90,3%	148470	52,1%	46445	25,6%	40677	19,4%	347254	43,4%
	Ns/Nr	4115	3,3%	6122	2,2%	5400	3,0%	5127	2,4%	20764	2,6%
Autoexamen de mama	Sí	11547	9,3%	95288	33,5%	85995	47,3%	112185	53,5%	305015	38,1%
	No	107238	86,7%	187560	65,9%	91723	50,5%	91469	43,6%	477990	59,8%
	Ns/Nr	4840	3,9%	1856	0,7%	3936	2,2%	5959	2,8%	16590	2,1%
Visita al ginecólogo	Sí	17618	14,3%	116968	41,1%	120840	66,5%	143801	68,6%	399227	49,9%
	No	100987	81,7%	162431	57,1%	55175	30,4%	58901	28,1%	377494	47,2%
	Ns/Nr	5020	4,1%	5304	1,9%	5639	3,1%	6912	3,3%	22875	2,9%

Fuente: I Encuesta Nacional de Juventud, 2007. OPJ

Cuadro 12. Prácticas relativas a alimentación según sexo en población joven, Costa Rica, 2007

COSTA RICA: PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS DE 15 A 35 AÑOS, SEGÚN SEXO 2007

Práctica		Sexo				Total	
		Hombres		Mujeres		N	%
		N	%	N	%		
Hacer dietas consultando a un médico o nutricionista	Sí	55703	6,8%	67850	8,5%	123553	7,7%
	No	757231	93,0%	730459	91,4%	1487690	92,2%
	Ns/Nr	1416	0,2%	1287	0,2%	2704	0,2%
Hacer dietas sin consultar a un médico o nutricionista	Sí	85223	10,5%	171571	21,5%	256795	15,9%
	No	728330	89,4%	626738	78,4%	1355067	84,0%
	Ns/Nr	798	0,1%	1287	0,2%	2085	0,1%
Comer compulsivamente	Sí	187215	23,0%	125709	15,7%	312925	19,4%
	No	625801	76,8%	672599	84,1%	1298400	80,4%
	Ns/Nr	1335	0,2%	1287	0,2%	2622	0,2%
Total	Total	814351	100,0%	799596	100,0%	1613947	100,0%

Fuente: I Encuesta Nacional de Juventud, 2007. OPJ

Cuadro 13. Práctica deportiva según sexo en población joven, Costa Rica, 2007.

COSTA RICA: ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS PERSONAS JÓVENES EN SU TIEMPO LIBRE, SEGÚN SEXO 2007

Actividad	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Leer	573509	70,4%	608003	76,0%
Ir al cine o alquilar películas	534276	65,6%	484744	60,6%
Practicar algún deporte	633564	77,8%	323837	40,5%
Estudiar	478963	58,8%	403446	50,5%
Ir a bailar	375281	46,1%	346701	43,4%
Realizar alguna actividad artística	220169	27,0%	201670	25,2%
Ir a jugar billar	326135	40,0%	92135	11,5%
Realizar algún tipo de manualidad	116248	14,3%	270435	33,8%
Visitar a mi novia(o)	242273	29,8%	128351	16,1%
Ir al estadio	212526	26,1%	104996	13,1%
Participar en juegos de apuestas	101541	12,5%	42334	5,3%
Actividades extremas	88225	10,8%	35457	4,4%

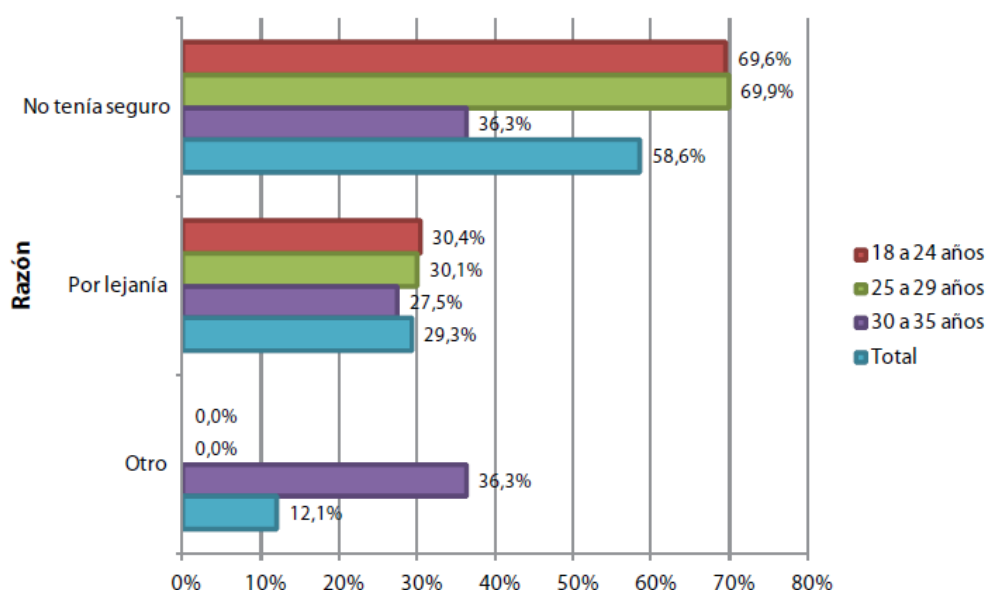
Fuente: I Encuesta Nacional de Juventud, 2007. OPJ

Con respecto al acceso al servicio de salud, éste se exploró tanto en consulta general como en atención al embarazo. En este último se anota como muy positivo el alto porcentaje de mujeres que tuvieron control prenatal (98,6%), aunque no se documentó en qué trimestre del embarazo lo iniciaron. Del grupo que no tuvo control el porcentaje mayoritario reportó falta de aseguramiento, seguido de lejanía geográfica.

Es importante señalar que los servicios de salud públicos brindan atención del embarazo y el parto a todas las mujeres independientemente de su aseguramiento. Este hallazgo refuerza la importancia que tiene la información sobre el acceso a la salud, en particular para estos grupos prioritarios de atención y cuidado.

Cuadro 14. Razones para no tener control prenatal durante el embarazo en población joven, Costa Rica, 2007

COSTA RICA: RAZONES POR LAS QUE LAS MUJERES DE 15 A 35 AÑOS NO ACUDIERON A UN SERVICIO DE SALUD DURANTE SU ÚLTIMO EMBARAZO, SEGÚN GRUPO DE EDAD. 2007



Fuente: I Encuesta Nacional de Juventud 2007. Consejo de la Persona Joven. OPJ

Con respecto a la consulta general, la población joven señala como las tres primeras razones para no acudir al centro de salud:

- No aseguramiento.
- Horarios de trabajo limitados.
- El centro no ofrece los servicios: el estudio no ahondó en cuáles podrían ser los requeridos por este tipo de usuarios.

Nuevamente, el nivel educativo, también parece estar asociado con la falta de uso a los servicios parece estar relacionada con la no utilización de los servicios, siendo mucho más frecuente registrar dificultades reportadas por personas jóvenes sin estudios que en aquellos con formación universitaria.

Cuadro 15. Dificultades para acceder a servicios de salud según escolaridad en la población joven en Costa Rica, 2007

COSTA RICA: DIFICULTADES DE LAS PERSONAS DE 15 A 35 AÑOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO, SEGÚN ESCOLARIDAD. 2007

Dificultad	Escolaridad							
	Primaria		Secundaria		Universidad		Sin estudios	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Horarios de trabajo	65603	14,0	136144	15,4	51625	20,7	1442	17,9
Situación económica	84298	17,9	77398	8,7	11189	4,5	4231	52,6
Carece de seguro social	107031	22,8	140875	15,9	32859	13,1	3024	37,6
El centro de salud está muy lejos	61766	13,1	68087	7,7	15019	6,0	2771	34,5
El centro de salud no ofrece los servicios que se requieren	111045	23,6	177887	20,1	46121	18,5	2628	32,7

Fuente: I Encuesta Nacional de Juventud 2007. Consejo de la Persona Joven. OPJ

En el otro extremo etario, la población adulta mayor representa el mayor porcentaje de población que utiliza los servicios de salud tanto públicos como privados. Un reporte que reúne la evidencia de diferentes estudios realizados en población adulta mayor también reporta una baja realización de ciertas prácticas preventivas (UCR-CONAPAM, 2008).

Las prácticas preventivas más realizadas fueron:

- toma de presión arterial, realizado en un 95%.
- control de la glicemia, realizado en un 78%.
- control de colesterol, realizado en un 82%.

En detrimento de:

- densitometría, realizado en un 6%.
- antígeno prostático, realizado en un 60%.
- mamografía, realizado en un 48%.
- exámenes de audición, realizado en un 17%.

En estos estudios son las mujeres las que más utilizan los servicios de salud y encontraron mayor posibilidad de realizar exámenes preventivos según residencia habitual y nivel de ingreso de la persona adulta mayor.

Cuadro 16. Uso de servicios preventivos de salud de personas adultas mayores según sexo y área de residencia, Costa Rica, 2006.

Cuadro 7.5: Porcentaje de personas adultas mayores que usan servicios preventivos de salud según sexo, edad y área de residencia (2006)

Prueba	Total	Sexo		Edad (en años)			Área de residencia	
		Hombres	Mujeres	60 a 69	70 a 79	80 y más	GAM	Resto del país
Diagnóstico enfermedades crónicas								
Medición presión arterial < 1 año	93,1	89,5	96,4	91	95,8	94,3	93,6	92,5
Medición colesterol < 1 año	78,7	71,6	85,1	74,8	83,2	83,3	80,9	76,1
Prueba diagnóstico diabetes < 1 año	74,7	67,1	82,2	70,7	78,2	81,4	77,2	71,9
Medición densidad ósea < 5 años	6,8	2,1	11,1	7,6	6,5	4,4	9,2	4,2
Diagnóstico audición y vista								
Examen de audición < 1 año	14,5	13,4	15,6	12,5	17,1	16,7	17,8	10,9
Examen de la vista < 1 año	33,5	28	38,5	32,8	37,4	27,9	38	28,5
Vacunas enfermedades infecciosas								
Vacuna gripe/influenza < 1 año	49,2	46,8	51,4	34,8	66	66,6	48,6	49,9
Vacuna contra tétano < 5 años	46,7	47,2	46,2	43,7	50,9	48,9	47,1	46,2

Fuente: Chaves, et al., 2008 a partir de datos de CRELES.

Fuente:UCR-CONAPAM. 2008. I Informe estado de situación de la persona adulto mayor en Costa Rica: Uso y acceso a los servicios de salud. Costa Rica, UCR-CONAPAM.

Cuadro 17. Distribución porcentual de la última consulta de la persona adulta mayor, Costa Rica, 2005

Lugar última consulta	Porcentaje
N	1994
EBAIS	33
Hospital (CCSS)	25,4
Clínica (CCSS)	22,4
Consultorio privado	9,6
Clínica privada	2,9
Hospital privado	0,4
En casa del entrevistado	5,2
Otro	0,8
No sabe	0,3
Total	100

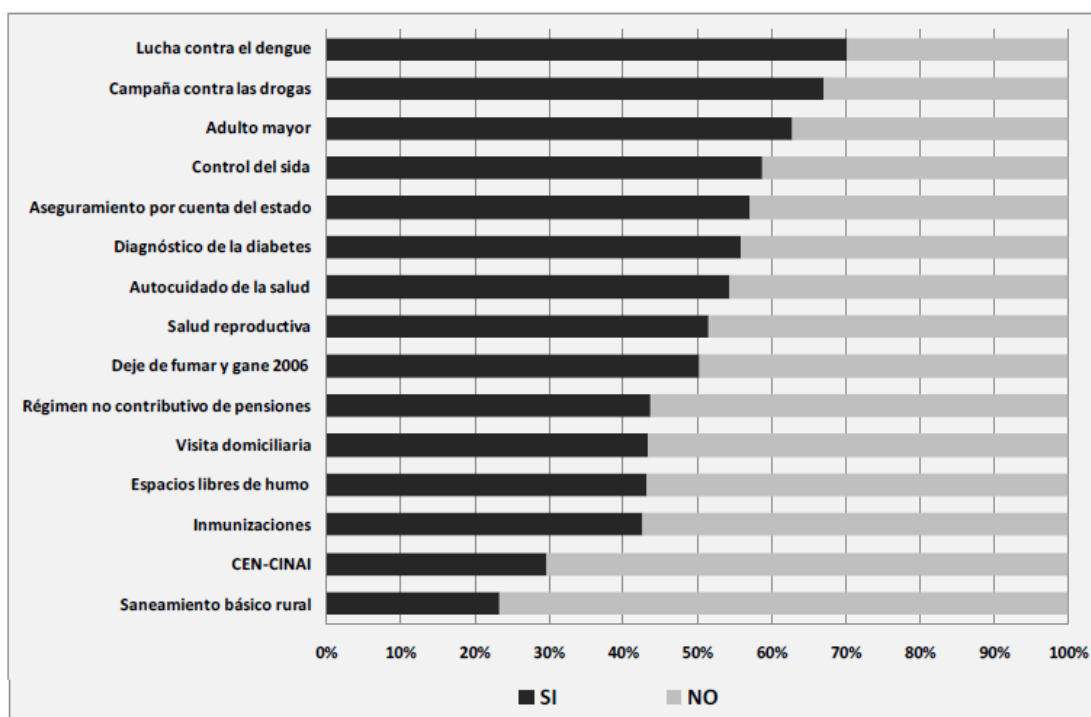
Fuente: Base de datos de Costa Rica. Estudio sobre longevidad y envejecimiento saludable. Centro Centroamericano de Población-UCR.

Debe considerarse que la toma de presión arterial, glicemia y pruebas para colesterol forman parte de servicios ofertados y disponibles en el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, mientras que la oferta para la realización de densitometría, mamografía, audiometrías y antígeno prostático en este nivel es limitada o nula. Siendo que en este informe un 80% de la población adulta mayor consulta en los servicios de la CCSS, un 12,9% en servicios privados y 6, 2% en otras facilidades (cuadro 16), podría proponerse que la no realización de estos estudios esté mayormente relacionada con la disponibilidad de los mismos y no por desinformación de los usuarios. Otro factor que tampoco está documentado es con respecto a la prescripción de estos exámenes, elemento que también influiría en la realización de los mismos.

Estas observaciones serían apoyadas parcialmente por el resultado de la encuesta de salud ENSA 2006 que abordó el conocimiento de los entrevistados acerca de los programas de salud brindados por los servicios públicos de atención a la salud. Aunque la encuesta no especifica si los incluidos fueron los programas mencionados por los entrevistados o si estaban predeterminados, se mencionó en más del 50% de los entrevistados el conocer el programa de aseguramiento por el Estado (que brinda acceso a todo el sistema público de atención a la salud a población en situación de riesgo sin medios económicos para pagar un seguro voluntario) y el de autocuidado de la salud.

Cuadro 18. Conocimiento de programas en salud de instituciones públicas, 2008

Conocimiento de los encuestados respecto a los programas de salud vigentes durante el año 2006.



Fuente: Hernández K. y Sáenz I. 2007. Primera encuesta nacional de salud (ENSA 2006): informe técnico y primeros resultados. IV Jornadas de economía de la salud "Dra. Anna Gabriela Ross".

Esto vendría a reforzar la necesidad de redefinir cuáles parámetros se seleccionaran como reflejo de los logros en salud de las personas y a partir de ello determinar las facilidades que el sistema de atención público debe brindar para facilitar esos logros.

Balance parcial:

- a. Hay poca información sistematizada y disponible sobre el grado de información que tienen en Costa Rica las personas acerca de prácticas saludables.
- b. En los grupos que se estudiaron, población joven y adulto mayor, se evidencian prácticas preventivas para algunas condiciones tales como el embarazo, tamizaje de presión arterial, diabetes o dislipidemia, en general determinadas por el acceso a los servicios disponibles en el primer nivel de atención de la CCSS.
- c. La adopción de prácticas saludables parece estar relacionada, al menos en estas poblaciones, con el ingreso, el nivel educativo y en menor medida, con el sitio de residencia.

Conclusiones generales:

1. El enfoque de capacidades propuesto por Amartya Sen es un marco flexible que podría ser utilizado para evaluar aspectos relativos a la equidad en salud en Costa Rica, pues permite combinar aspectos individuales en obligada relación con las condiciones socioambientales en que viven las personas. Para implementarlo es necesario definir cuáles aspectos consideran las personas como valiosas en relación a su salud y cuáles aspectos serán evaluados a este fin. Asimismo, es necesario, por el carácter multidimensional de la salud, que la evaluación no se limite a aspectos relativos a la prestación de servicios de atención a la salud, necesarios pero no determinantes exclusivos de la situación de salud, sino que incorpore elementos afines a los determinantes sociales de la salud.
2. Este enfoque requiere de la articulación de distintos sectores relativos a la producción social de la salud, regidos en Costa Rica por el Ministerio de Salud, para poder unificar criterios en cuanto registro y análisis de la información. Hay que enfatizar la necesidad de que la información a registrar sea en función del objeto a evaluar, en este caso la capacidad de las personas de ser saludables y de poder ser saludables (la capacidad en salud). Este énfasis en las personas no es incompatible con el registro y la evaluación de aspectos relativos al gasto, la eficiencia de las intervenciones o el control sobre las actividades relativas a la salud. Sólo requiere que los datos recolectados permitan realizar observaciones a las posibilidades reales de las personas de ser saludables.
3. Con respecto a los servicios de atención a la salud en Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social continúa siendo el referente más importante

en cuanto a la prestación de servicios. Igualmente permite, por el tipo de aseguramiento que ofrece, oportunidades reales de acceso al sistema de salud para todas las personas. Además, y probablemente en relación al proceso de Reforma, ha mejorado la disponibilidad de centros de atención en todo el país, aunque arrastrando un déficit en cuanto recurso humano calculado necesario para la población atendida, en especial en las áreas más pobladas. Aún así, el registro de cobertura de poblaciones prioritarias desde el punto de vista epidemiológico, muestra altos porcentajes de atención en casi todas las regiones del país y mejoras sostenidas a la población atendida a través del tiempo revisado.

4. Pero, sus sistemas de recolección de información no permiten establecer qué tipo de personas utilizan sus servicios, quiénes son los usuarios ni cómo responden a las intervenciones realizadas. Tampoco permite relacionar con las variables señaladas como importantes en los estudios revisados, nivel de ingreso y nivel educativo, para analizar estado de salud, utilización de servicios de atención, implementación de estilos de vida saludables, Asimismo, las tendencias por región en cuanto consulta o cobertura no pueden explicarse al existir vacíos de información sistematizada accesible que relacionen población total, población consultante, recursos disponibles, situaciones extraordinarias del sistema de atención en salud entre otros. Por estas características, en lo que respecta obtener información relevante en cuanto a la capacidad en salud, la CCSS se encuentra aislada dentro del sistema de salud, siendo que su participación en la producción social de la salud es fundamental.
5. Por otra parte, los servicios de atención a la salud distintos de la tradicional prestación brindada por la CCSS vienen en aumento y podrían explicar los vacíos de cobertura especialmente en las Regiones Centrales, más pobladas y con mayores ingresos promedio. No hay sin embargo información confiable, sistematizada, relativa al número, tipo o modalidad de prestación de los servicios privados, medicina mixta o medicina de empresa. Esta responsabilidad corresponde al ente rector de la salud en Costa Rica, previa coordinación con la CCSS lo que podría mejorar la recolección y disponibilidad de datos para mantener y mejorar la capacidad en salud de las personas.

I. Aproximaciones a casos específicos:

Índice de Cantones saludables.

Como analizado, en términos generales, los sistemas de registro en atención en salud no permiten, actualmente, conocer cuántas, cuáles y cómo las personas consultan ni accesan los servicios de atención en salud. Asimismo, es difícil poder establecer relaciones de estos datos con otras características de las personas como trabajo, vivienda, ingreso, nivel educativo, necesidades percibidas, prácticas culturales, acceso a saneamiento básico y agua potable, por mencionar algunas que podrían ayudar a determinar la capacidad en salud y a establecer comparaciones entre distintas poblaciones en Costa Rica.

No existe en este momento un único indicador o combinación de indicadores que permitan agrupar estas variables diversas, muchas con unidades de medición diferentes, para obtener un único dato o grupo de valores para comparar. Por esa razón, el trabajo a cargo del departamento de estadística de la Dirección actuarial y planificación económica de la CCSS es un esfuerzo valioso para operacionalizar el enfoque de capacidades. A partir de las variables reportadas por el Sistema de Información Cantonal del departamento de estadística de la Caja Costarricense del Seguro Social, se elaboró un indicador definido como “cantones saludables” para el año 2004 (Barrientos, 2005).

Este trabajo pionero, se realizó por medio de una técnica de análisis multivariado utilizando el método de componentes principales. Esto con el fin de describir por medio de un número pequeño de variables la situación de salud de un cantón específico en un momento del tiempo.

Las dimensiones seleccionadas contienen indicadores que influyen en la salud de la población, pero son distintos a los tradicionalmente utilizados por los servicios de atención a la salud. Se seleccionaron las siguientes dimensiones:

1. Sociodemográfica.
2. Biológica.
3. Servicios de Salud públicos.

Socio demográfica	
Social	Demográfico
Porcentaje de trabajadores con seguro de salud	Tasa de mortalidad infantil
Matrícula secundaria	Tasa de mortalidad general
Total de kínder	Tasa de natalidad
Homicidios por cada 100 habitantes	Porcentaje de población entre 15-64 años
Muertes por accidentes de tránsito	Población económicamente activa
Casos de violencia	
Total de viviendas	

Biológico
Defunciones por tumores malignos por cada 100 habitantes
Incidencia de diarrea por cada 100 habitantes
Defunciones de causa cardiovascular
Defunciones por cáncer de mama
Defunciones por cáncer de próstata

Servicios de Salud públicos	
Disponibilidad	Efectividad
Dosis de SRP	Cobertura de vacunación DPT
Consultas en servicio de urgencias	Cobertura de vacunación SRP
Consultas en servicio de medicina externa	
Cantidad de EBAIS	
Egresos hospitalarios	

El índice oscila entre 0 y 1 para cada dimensión, siendo 0 un valor negativo, indicando privaciones importantes en esa dimensión y 1 el mejor. De esta forma, a

través de un método de análisis de conglomerados, se pudieron dividir los cantones en cuatro categorías:

- Muy buenas condiciones: 8 cantones.
- Buenas condiciones: 31 cantones.
- Malas condiciones: 19 cantones.
- Muy malas condiciones: 23 cantones.

El estudio encontró que los cantones con muy buenas condiciones se caracterizan por tener un valor alto en el Índice Sociodemográfico (0.42-0.48) en comparación a los con muy malas condiciones y no logró demostrar asociación entre la dimensión de servicios de salud públicos y la condición de salud en estos cantones. Sugieren que esto confirma que los servicios de salud no son los determinantes más importantes de la salud de la población, sino que hay mayor influencia de las posibilidades de trabajo y educación en los logros en salud que puede obtener una población específica.

Asimismo concluyen que los cantones con índices sociodemográficos muy bajos debieran de enfocarse más en cobertura educativa, mientras que aquellos con índices bajos en dimensión biológica pueden analizar la potabilidad del agua de consumo humano. A pesar de que mencionan que hay que revisar la disponibilidad de servicios en los cantones con bajos índices en dimensión de servicios de salud públicos, pues podría ser deficiente, es importante recordar que no se está incluyendo información concerniente al uso y acceso a otros sistemas de atención a la salud y que ello podría afectar el cálculo del índice en esta dimensión.

Este trabajo es un ejemplo de cómo se puede iniciar un proceso que integre variables distintas en dimensiones que representen las posibilidades reales de las personas de ser sanas y de elegir ser sanas, como propuesto por Sen. Sería necesario incorporar variables locales que reflejen el carácter individual (SF- 36), así como marcadores biomédicos (obesidad) y variables relativas a las condiciones del trabajo o al ingreso cuando esto sea posible. La información así obtenida estaría más relacionada con cómo viven las personas, qué servicios requieren o utilizan y podría ser utilizada por distintas instituciones para el planteamiento de metas y programas locales, siendo actualizada regularmente.

En el nivel político, esta propuesta se ve respaldada por la iniciativa de Cantones Saludables, que se inició en 1993 y se materializó en 1996 con la Fundación de la Red Nacional de Cantones Saludables y la promulgación del Acta de Guadalupe, misma que suscribieron 27 municipalidades, a saber:

San Carlos	Upala	Moravia
Goicoechea	Tibas	Hojancha
Grecia	Santo Domingo	Turrialba
Montes de Oca	Puriscal	Poas
Valverde Vega	Naranjo	Coronado
San Ramón	Alvarado	Abangares
Palmares	Heredia	Aserrí
Paraíso	Santa Bárbara	Cartago

La unión

El Guarco

Alfaro Ruiz

Actualmente la iniciativa cuenta con 30 cantones más para un total de 57 municipalidades. En este proyecto un cantón saludable se define como:

“División territorial, político administrativa, donde las autoridades municipales, organizaciones públicas y privadas, empresarios, trabajadores, comunidad organizada, individuos y familias dedican esfuerzos conjuntos y permanentes para mejorar las condiciones y calidad de vida de la población”.

La iniciativa se propone generar equipos interdisciplinarios para evaluar y trabajar a partir de diagnósticos realizados con las siguientes variables, determinantes de la salud de su cantón:

1. Ingreso y posición social
2. Empleo y condiciones de trabajo
3. Educación
4. Equidad de género
5. Redes de apoyo social
6. Entorno ambiental y social
7. Hábitos personales y aptitudes de adaptación
8. Características biológicas y dotación genética
9. Nutrición
10. Desarrollo del niño(a) sano (a)
11. Servicios de salud en cantidad y calidad.

Es importante, para la oportuna y necesaria evaluación de la equidad desde la perspectiva de las capacidades y del desarrollo humano que estas iniciativas y su operacionalización puedan ser implementadas y no permanezcan sólo como una declaración de voluntades o un esfuerzo esporádico sin resonancia dentro de la institución o del sector salud.

Personas con discapacidad en Costa Rica

Las personas con discapacidad representan la minoría más numerosa con mayor desventaja en el mundo, son los “más pobres de los pobres” (Naciones Unidas, 2007).

Los datos estimados al 2007 cuantifican 650 millones de personas con discapacidad. Sin embargo la discapacidad no puede ser entendida como una característica individual, sino que se entiende como una condición que afecta también la vida y posibilidades de desarrollo de quienes rodean a la persona con discapacidad. Si se adicionan sus familias, la cifra estimada puede ser tan alta como 2 billones de personas en una situación de especial vulnerabilidad.

La discapacidad se ha asociado con mayores tasas de analfabetismo, malnutrición, falta de oportunidades laborales, problemas de vivienda, pero sobre todo con discriminación, exclusión y negligencia por parte de los Estados, las organizaciones y las comunidades donde viven. Aquellos Estados que han reconocido los derechos

de estos ciudadanos y han identificado y combatido las barreras culturales y físicas logran que las personas con discapacidad y sus familias desarrollen proyectos de vida que consideran valiosos.

Situación de la discapacidad en Costa Rica

Costa Rica cuenta con un amplio marco legal que reconoce el derecho de las personas con discapacidad de vivir la vida al máximo de sus posibilidades. Además con la aprobación y promoción de la ley 7600 y la reciente ratificación de la Convención Internacional de Derechos para las Personas con Discapacidad, Costa Rica establece el interés existente en trabajar para eliminar la discriminación y exclusión de este grupo.

A nivel estatal, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) es el ente rector en políticas sobre rehabilitación y educación especial y es el encargado de coordinar las intervenciones a realizar con otros actores del sector social como Ministerio Salud, Vivienda, Trabajo y Educación.

Según el último censo (INEC, 2000), 203.731 personas presentan algún tipo de discapacidad, representando el 5.35% de la población. Sin embargo, ya se han anotado las limitaciones enfrentadas por los encuestadores para preguntar, clasificar y reportar de forma correcta los distintos tipos de discapacidad (JICA-CNREE, 2006). Por otra parte la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples, que encuesta una muestra representativa del país anualmente, omite en el cuestionario un apartado específico para personas con discapacidad lo que dificulta cuantificar cuál es la proporción real en la población, cambios o condiciones propias de este grupo.

Es necesario conocer la situación, en particular por el cambio en el perfil demográfico y epidemiológico que se ha venido presentando en Costa Rica en los últimos 5 años. Un progresivo envejecimiento de la población aunado a un aumento en la sobrevivencia de prematuros y a avances tecnológicos que favorecen la supervivencia de enfermos graves, genera una población que requiere procesos rehabilitatorios intensos y prolongados en el tiempo y, con frecuencia indeterminada, secuelas permanentes físicas o mentales. También se presenta una escalada en la violencia tanto en el ámbito doméstico como comunitario, con agresión, abandono, traumas y accidentes de tránsito, que aumentan las víctimas físicas, emocionales y sociales, mismas que frecuentemente no se clasifican como personas con discapacidad.

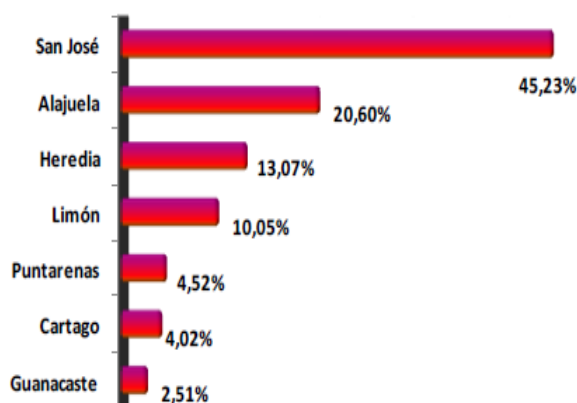
En el campo de la salud, la atención a las personas con discapacidad enfrenta toda una serie de limitaciones en disponibilidad, acceso y cobertura de las necesidades de esta población. Existe una carencia de entrenamiento específico a profesionales en salud que atienden personas con discapacidad evidenciado en la ausencia de cursos generales o específicos sobre rehabilitación en las carreras impartidas a profesionales de salud médicos y afines, ausencia de actividades de rehabilitación en el primer nivel de atención en el sistema de atención público en Costa Rica, escasez de equipos especializados y confusión respecto de las actividades a realizar en el segundo nivel. La oferta de servicios se encuentra centralizada al tercer nivel,

en hospitales generales y en los hospitales especializados, como el Hospital Blanco Cervantes y el Centro Nacional de Rehabilitación (JICA- CNREE, 2006).

Incluso en el tercer nivel especializado se notan dificultades al interior de esta población para acceder a intervenciones específicas en rehabilitación. Un ejemplo es el tratamiento con toxina botulínica, un medicamento para disminuir la espasticidad focal que se aplica en la Seguridad Social en dos centros hospitalarios de tercer nivel: Centro Nacional de Rehabilitación y Hospital Rafael Angel Calderón Guardia. El CENARE, con un programa de valoración y aplicación de toxina botulínica desde hace más de cuatro años, señaló problemas con respecto al acceso de las poblaciones fuera de la Gran Area Metropolitana. Encontraron una distribución desigual en la atención de esta población en detrimento de la población rural, al provenir los pacientes atendidos mayoritariamente del Gran Area Metropolitana y de la provincia de San José, como se nota en los cuadros adjuntos a pesar de que, a nivel nacional, se estima que la proporción de personas con discapacidad en población urbana es 43.2% y la rural 56.8% (JICA-CNREE, 2006).

Cuadro 19. Distribución porcentual de pacientes atendidos en la clínica de espasticidad del CENARE por provincia en el año 2008.

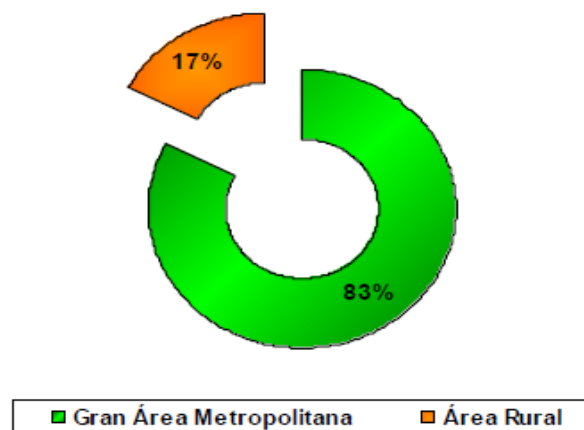
Costa Rica, Clínica de Espasticidad, CENARE.
Pacientes Atendidos según Provincia. 2008



Fuente: Gamboa S. y Chaverri S. 2009. Utilización de la toxina botulínica tipo A, para el manejo de la espasticidad focal, en el Centro Nacional de Rehabilitación en el año 2008. Costa Rica, Departamento de Fisiatría, Centro Nacional de Rehabilitación (no publicado).

Cuadro 20. Distribución porcentual de pacientes atendidos en la clínica de espasticidad del CENARE por área rural o urbana en el año 2008.

**Costa Rica, Clínica de Espasticidad, CENARE.
Casos Atendidos según Área Metropolitana y Rural. 2008**



Fuente: Gamboa S. y Chaverri S. 2009. Utilización de la toxina botulínica tipo A, para el manejo de la espasticidad focal, en el Centro Nacional de Rehabilitación en el año 2008. Costa Rica, Departamento de Fisiatría, Centro Nacional de Rehabilitación (no publicado).

Otro estudio sobre necesidades de la población con discapacidad realizado por el CNREE, la agencia de cooperación del Japón (JICA) y el Observatorio para el Desarrollo de la Universidad de Costa Rica, en el 2006 indagó múltiples fuentes cruzadas de información, previo establecimiento de indicadores que reflejaran la situación real de las personas con discapacidad. Este concluyó que existen limitaciones importantes en el área correspondiente a salud por la falta de registro de:

- Instituciones: organismos públicos y privados que prestan servicios de rehabilitación.
- Estudio satisfacción de los usuarios con discapacidad sobre los servicios de rehabilitación que realiza la CCSS e INS.
- Participación de personas con discapacidad en la definición de disposiciones de salud.
- Tiempos de espera de los usuarios según tipo de servicio en cada región.
- Tipos y número de servicios de apoyo en cada nivel en el INS y CCSS.
- Número de ayudas técnicas¹⁰ recibidas por los usuarios.
- Tiempos de espera para recibir las ayudas técnicas.

Este mismo estudio se complementó con una encuesta de necesidades de las personas con discapacidad (ENPCD-05) a 805 personas con discapacidad o sus familiares, abarcando diferentes tipos de discapacidad y distintas zonas del país. Se reportaron las principales áreas como deficitarias:

¹⁰ Ayuda técnica es todo dispositivo que permita alcanzar o mejorar una función. Se incluyen sillas de ruedas, audífonos, prótesis de miembro superior o inferior, lentes intraoculares, entre otros.

Áreas deficitarias señaladas	Porcentaje
No recibieron una ayuda técnica requerida	67%
No consiguen trabajo hace un año o más	67%
No recibieron terapia física	40%
No recibieron atención clínica requerida	37%*
Falta de transporte accesible	25%
Barreras físicas (clínicas, escuelas, edificios públicos)	22%
Limitaciones para recibir educación formal	11%
Ingreso insuficiente como causa de falta de educación formal	45%

Nota: *promedio de reportes en distintos servicios de atención sanitaria.

Elaboración propia a partir de Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Agencia de cooperación internacional del Japón y Observatorio del desarrollo de la Universidad de Costa Rica. 2006. Estudio básico sobre las necesidades y las oportunidades de las personas con discapacidad en Costa Rica. San José, Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Agencia de cooperación internacional del Japón y Observatorio del desarrollo de la Universidad de Costa Rica.

Otro aporte de este trabajo fue el de talleres comunitarios para explorar las necesidades de esta población y las razones para el incumplimiento de las mismas. Las necesidades se resumen de acuerdo a la prioridad dada:

- 1- Generar fuentes de empleo: para las PCD es claro que la falta de trabajo genera bajos o nulos ingresos y baja autoestima.
- 2- Acceso a la salud: existe una necesidad de servicios especializados en mejorar la función de las personas, entrenar en oficios adaptados para insertarse en el mercado productivo y disponer de acceso prioritario o diferenciado para ciertos servicios en virtud de sus dificultades en el traslado.
- 3- Personal docente calificado y entrenado en las particularidades de los niños y adolescentes con discapacidad. Asimismo, se denuncia discriminación para la integración en escuelas regulares de niños con discapacidad.
- 4- Falta organizar y coordinar a nivel local grupos de personas con discapacidad para empoderarlas sobre sus derechos. Se señala al Estado como responsable de fomentar y difundir esta modalidad de integración comunitaria.
- 5- Existe pobre formación e información sobre cómo realizar trámites en oficinas gubernamentales. Esto impide a las personas con discapacidad gestionar ante las oficinas pertinentes sus necesidades específicas e interponer las denuncias correspondientes desmotivándolos a realizarlos.
- 6- Hay muchas barreras actitudinales en áreas sensibles como transporte, trato a adultos mayores y acceso físico que reflejan falta de sensibilización hacia

las personas con discapacidad. Se concluye que para las personas con discapacidad son fundamentales tres derechos:

- Educación
- Salud
- Trabajo.

Para el respeto de estos tres derechos, que son derechos humanos fundamentales, es necesario un trabajo de sensibilización y de modificaciones en el sistema que lo hagan “amigable” para las personas con discapacidad.

Esta habilidad para entender y acceder los distintos sectores gubernamentales y no gubernamentales también se puso de manifiesto en un trabajo realizado por el CNREE durante el 2005 con personas con discapacidad líderes en sus comunidades, lo cuales conformaron el Movimiento Social de Personas con Discapacidad. Este trabajo (Cordero, 2006) presentado como “Nuestros pasos en la participación ciudadana”, resume el proceso de aprendizaje y empoderamiento como uno de:

- Sentir que se es parte de la comunidad.
- Tener parte en los procesos de la misma así como en el derecho de participar.
- Tomar parte para solicitar, defender o apoyar un proceso de la comunidad.
- Incidir en la vida social de la comunidad.

Sin embargo, hay muchas dificultades para lograr la inclusión, entendida como oportunidades reales de trabajo, salud y educación por un proceso de sensibilización a las necesidades de este grupo poblacional y realizando cambios sustanciales en las instituciones para que sean realmente inclusivas. La mayor parte de las dificultades fueron señaladas en el Informe del Estado Costarricense con respecto a la Resolución 10/7 del Consejo de Derechos Humanos (CDH) “Derechos Humanos de las personas con discapacidad: marcos nacionales para la promoción y la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad” (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2009) que concluye:

- Falta de voluntad política para cumplir leyes y convenios.
- Recursos humanos y financieros escasos en el sector discapacidad.
- Débil proceso de rectoría política y fiscalización del CNREE.
- Falta de sensibilización e información a la sociedad sobre derechos y necesidades de PCD.
- Falta de coordinación interinstitucional para la detección, registro, atención y seguimiento de población con discapacidad.
- Ignorancia de la exclusión de que son objeto las personas con discapacidad.
- Falta de control ciudadano de la función pública, debido a ignorancia del colectivo de personas con discapacidad de sus derechos.

Situación de las personas con discapacidad en la región Brunca

La región Brunca es la segunda del país con mayor cantidad de personas en condición de pobreza y también es la segunda región con más cantidad de personas con discapacidad. La mayoría de la población con discapacidad de la región se concentra en Pérez Zeledón, cerca de 36%. Le sigue Coto Brus con casi 15%, en Corredores un poco más de 14, Buenos Aires con 13 y Golfito con 11% y Osa con más o menos 11% (a partir de datos del censo del 2000).

Cuadro 21. Distribución de la población con discapacidad en la región Brunca, 2006

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN LA REGIÓN BRUNCA

CANTÓN	NÚMERO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
Pérez Zeledón	6383
Buenos Aires	2329
Osa	1953
Golfito	2018
Coto Brus	2574
Corredores	2551
TOTAL	17808

Fuente: INEC, Centro Centroamericano de Población, www.ccp.ucr.ac.cr, consultado 20 de octubre 2006

Fuente: Agencia de cooperación internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. 2006. Situación de la discapacidad en la región Brunca. San José, Agencia de cooperación internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

A continuación, tomando como base los tres derechos que las personas con discapacidad identifican como básicos para desarrollar sus proyectos de vida, se resumen los hallazgos de la región Brunca.

Cuadro 22. Resumen de las principales áreas exploradas en el estudio sobre situación de discapacidad en la región Brunca, 2006.

Área de desarrollo	Disponibilidad	Limitaciones señaladas
Salud	I y II nivel de atención: 68 EBAIS, 1 Hospital Regional 3 Hospitales Periféricos	<ul style="list-style-type: none"> - Alta demanda del único servicio de rehabilitación del Hospital Regional. - Servicio de rehabilitación con espacio físico muy limitado y poco personal. - Citas con fisiatra a un año plazo. - Hospitales Periféricos no registran secuelas de discapacidad y refieren muy poco a Hospital Regional o tercer

Área de desarrollo	Disponibilidad	Limitaciones señaladas
		nivel. - No hay estadísticas confiables sobre número y tipo de personas con discapacidad atendidas en Áreas de salud ni en el Instituto Nacional de Seguros. - Ministerio de Salud no cuenta con datos ni programas específicos a esta población.
Trabajo	No se consignaron en este trabajo, se orientó a atenciones del IMAS y del régimen de pensiones de la CCSS	- Las ayudas del IMAS y pensiones se establecen a partir de solicitudes del usuario. - Existe un porcentaje de personas en espera de que se asigne su pensión.
Educación	Ministerio Educación Pública: 2 Direcciones Regionales, 85 códigos para profesionales especializados en niños con discapacidad 1 escuela enseñanza especial 1 CAIPAD (centro de atención integral a población adulta con discapacidad) 10 colegios prevocacionales	- Servicio de terapia física no es supervisado por médicos fisiatras. - Tienen su propio sistema de clasificación para discapacidad.
	Instituto Nacional de Aprendizaje: 2 centros de atención 43 personas con discapacidad Matriculados en período 2005-2006.	- 86% graduados no labora. - A pesar de buena oferta académica, acceso limitado por falta de requisitos o necesidades adecuadas.
	Universidades: 1 pública 3 privadas (carreras en educación especializada, terapia física y de lenguaje)	- Sólo 1 ofrece un curso básico de LESCO.

Fuente: Elaboración propia a partir de Agencia de cooperación internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. 2006. Situación de la discapacidad en la región Brunca. San José, Agencia de cooperación internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

Con respecto a la organización para atender las necesidades de las personas con discapacidad, se documentaron 9 organizaciones en la región que trabajan para mejorar la situación de las personas con discapacidad, aunque sin participación directa de éstas, sino a través de profesionales o familiares, lo que significa que a menudo las necesidades de este grupo sean invisibilizadas.

Proyecto KALOIE: “Todos somos frutos de la misma tierra”.

KALOIE es un proyecto de cooperación Costa Rica- Japón a través del Consejo Nacional de Rehabilitación y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón que pretende, a partir de las necesidades detectadas, brindar los servicios necesarios para integrar a las personas con discapacidad en sus comunidades.

Esto se realizará a partir de un modelo social de participación comunal que permitirá conformar comités locales, regionales y nacionales, con participación activa de personas con discapacidad, instituciones gubernamentales y representantes de otras organizaciones.



Fuente: Entrevista con Msc. Paula Arias, gerente general proyecto KALOIE, 19 mayo 2010.

Las metas fundamentales del proyecto incluyen:

1. Generar un único instrumento de recolección de información sobre discapacidad (Núcleo Básico) que permita establecer la participación de las PCD en sus comunidades (¡lo que las personas hacen!) y lograr que este instrumento sea utilizado por todas las instituciones relacionadas con las PCD.
2. Lograr que las instituciones coordinen acciones dirigidas a mejorar la participación de las PCD en el nivel local y regional, para evitar duplicidad de funciones y maximizar los recursos disponibles.

3. Fortalecer la atención directa de las PCD en servicios de rehabilitación, mejorando la capacidad instalada y utilizando la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad.

Hasta ahora el proyecto ha logrado:

- a. Empoderar a las PCD de sus derechos y de los mecanismos para accederlos.
- b. Que se desarrolle un sentido de pertenencia de las PCD y los representantes de las organizaciones trabajando en el nivel local.
- c. Que mejore el proceso de capacitación y formación de personal especializado en la atención en rehabilitación, aunque falten recursos para asignar el personal específico.
- d. Que la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad se fortalezca y reciba atención de parte de los planificadores en instituciones gubernamentales centrales.

Es prematuro evaluar si el proyecto logrará el impacto que se propone, pero, por ahora, han demostrado que existe una situación de desigualdad hacia las personas con discapacidad en Costa Rica y, en particular, en la región Brunca. Proponer sistemas de información estandarizados (Núcleo Básico de Información) podría ayudar a conformar una red de instituciones que articulen oportunidades para que las personas con discapacidad puedan desarrollarse. El esfuerzo por visibilizar el grupo más pobre de los pobres en una zona tan deprimida siendo que la región Brunca concentra al 50% de los 10 cantones más rezagados según IDS 2007 (Coto Brus, Golfito, Corredores, Osa, Buenos Aires) representa un ejemplo de cómo se espera intervenir desde los sistemas de atención en salud en coordinación con otras instituciones a cargo del sector social y con la participación directa de los involucrados para disminuir la desigualdad existente.

Bibliografía

Agencia de cooperación internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. 2006. Situación de la discapacidad en la región Brunca. San José, Agencia de cooperación internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

Agencia de cooperación internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. 2006. Rehabilitación en Costa Rica: situación y perspectivas. San José, Agencia de cooperación internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

Barrientos R. 2005. Cantones saludables 2004. Departamento de estadística, Dirección actuarial y de planificación económica, Caja Costarricense Seguro Social.

Caja Costarricense Seguro Social. 2008. Costa Rica: indicadores de seguridad social. San José, Costa Rica. Departamento de Estadística, Caja Costarricense Seguro Social.

Caja Costarricense Seguro Social. 2008. Informe de evaluación de los compromisos de gestión 2007. San José, Costa Rica. Dirección de Compra de servicios, Gerencia de dirección administrativa, Caja Costarricense Seguro Social.

Caja Costarricense Seguro Social. 2005-2008. Sistema de información cantonal, S.I.C.A. Dirección actuarial y de planificación económica, Caja Costarricense Seguro Social.

C.I.G.A. 2007. Actualización de lineamientos técnicos para la elaboración de las guías alimentarias de la población costarricense. Comisión Interinstitucional para guías alimentarias, Costa Rica. (p. 13-14).

Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Agencia de cooperación internacional del Japón y Observatorio del desarrollo de la Universidad de Costa Rica. 2006. Estudio básico sobre las necesidades y las oportunidades de las personas con discapacidad en Costa Rica. San José, Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Agencia de cooperación internacional del Japón y Observatorio del desarrollo de la Universidad de Costa Rica.

Cordero M. (compiladora). 2006. Nuestros pasos en la participación ciudadana: experiencia 2005-2006. San José, Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

Fondo de población de Naciones Unidas. 2009. Primera encuesta nacional de juventud: Costa Rica 2008: Informe integrado. San José, Fondo de población de las Naciones Unidas.

Gamboa S. y Chaverri S. 2009. Utilización de la toxina botulínica tipo A, para el manejo de la espasticidad focal, en el Centro Nacional de Rehabilitación en el año 2008. Costa Rica, Departamento de Fisiatría, Centro Nacional de Rehabilitación (no publicado).

Hernández K. y Sáenz I. 2007. Primera encuesta nacional de salud (ENSA 2006): informe técnico y primeros resultados. IV Jornadas de economía de la salud “Dra. Anna Gabriela Ross”.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2001. IX Censo nacional de población y V de vivienda del 2000: Resultados generales. San José, Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Jiménez L. 2008. Consumo de medicamentos alopáticos en Costa Rica, 2006. Revista Costarricense de Salud Pública, 17 (32): julio, pp. 35-44.

Ministerio de Relaciones Exteriores y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. 2009. Derechos Humanos de las personas con discapacidad: marcos nacionales para la promoción y la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Informe del Estado Costarricense, San José, Ministerio de Relaciones Exteriores y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

Ministerio Salud. 2004. Encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo asociados en Area metropolitana. Costa Rica, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. 2007. Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud: Marco estratégico institucional Costa Rica, Dirección general de Salud, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. 2009. Encuesta nacional de nutrición Costa Rica, 2008-2009. Costa Rica, Ministerio de Salud.

Ministerio de salud. 2007. Estudio de estimación parcial de carga de enfermedad en Costa Rica para el año 2005. En XIV Informe Estado de la Nación.

Morera, M., Aparicio, A., Barber, P. Xirinachs, Y., Hernández, K., Vargas, J. 2009. Determinantes y diferencias del estado de salud entre regiones de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica, Julio-Diciembre, pp. 1-12.

Naciones Unidas. 2007. De la exclusión a la equidad: entendiendo los derechos de las personas con discapacidad. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Suiza, Naciones Unidas.

OMS. 2008. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, Organización mundial de la salud.

OPS. 2007. Salud en las Américas, Volumen II: Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud.

Prah Ruger, Jennifer. 2010. Health capability: conceptualization and operationalization. American Journal of Public Health. 100 (1): enero, 41-49.

Prah Ruger, Jennifer. 2010. Health and social justice. Estados Unidos: Oxford University Press, 1 ed.

Rodríguez, A. y Castillo, J. 2008. ¿Indicios de segmentación en el sistema de salud costarricense? En XIV Informe del Estado de la Nación.

Rosero L. y Guell D. 1998. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica. INISA-OPS. Investigaciones en Salud Pública. Documentos Técnicos No. 13. Washington D.C., OPS.

Rosero L. 2004. Evaluación del impacto de la reforma de salud en Costa Rica. Revista Panamericana de Salud Pública. 15(2): 94-103.

Saézn, L. 2008. Estudio de estimación parcial de carga de la enfermedad en Costa Rica para el año 2005. En XIV Informe Estado de la Nación.

Sen, Amartya. 2000. Desarrollo y libertad. México: Editorial Planeta.

Sen, Amartya. 2002. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública. 11 (5-6), 302-309.

Sen, Amartya. 2009. The idea of justice. Estados Unidos: Cambridge University Press, 1 ed

UCR-CONAPAM. 2008. I Informe estado de situación de la persona adulto mayor en Costa Rica: Uso y acceso a los servicios de salud. Costa Rica, UCR-CONAPAM.

Xirinachs Y., Vargas J., Herrera, X. 2006. Efectos de la educación sobre la salud en Costa Rica. Gestión, 14 (2): II semestre, 73-79.

Arias, Paula. Gerente local proyecto KALOIE. 19 de mayo 2010.

Barrantes, Alexander. Dirección de Compra Servicios de salud, CCSS. 18 de mayo 2010.

Ayala, Norma. Dirección de Compra Servicios de salud, CCSS. 15 de junio 2010.