

RINDIENDO CUENTAS

Año 2, Número 16

Agosto 2001

NUESTRA MISIÓN

"Rindiendo Cuentas" es un boletín producido por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica en conjunto con las Instituciones Públicas relacionadas con el tema desarrollado. Su objetivo es informar a la ciudadanía sobre la gestión del Gobierno de la República en sus distintas áreas de desempeño.

Periódicamente, "Rindiendo Cuentas" publica los avances de las acciones planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo Humano, el cual puede ser encontrado en el sitio <http://www.mideplan.go.cr> o en las principales bibliotecas del país.

El boletín se distribuye sin costo alguno por correo electrónico o postal. Para suscribirse envíe un mensaje a pndh@mideplan.go.cr o solicítelo a:

Boletín "Rindiendo Cuentas" Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Edificio Langer. Contiguo a Casa Presidencial, Zapote, San José, Costa Rica

SALUD

Por los esfuerzos realizados en el pasado Costa Rica fue capaz de alcanzar indicadores que nos ubican como país de alto desarrollo en salud a nivel latinoamericano y mundial. Sin embargo, en los últimos años el modelo de atención se venía agotando y mostró características que repercutieron negativamente en los servicios *de salud* a la población y en la eficiencia en el uso de los recursos destinados a este sector.

En el nivel de la atención primaria, a pesar de que se habían formado Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS)¹, éstos requerían un adecuado equipamiento y dotación de recursos humanos para su debido funcionamiento.

Por otra parte, en el área de consulta externa y hospitalización los tiempos para optar por cita con especialistas y para cirugías se agudizaron, toda vez que la oferta de servicios es insuficiente para la actual demanda que se ha visto incrementada, tanto en cantidad como en calidad.

Ante esta problemática fue necesario una política de fortalecimiento de las instituciones del sector, que comprende: dotación de recursos en los diferentes niveles, nuevos sistemas de atención a las personas, descentralización de los centros de salud, tanto a nivel preventivo como asistencial, dotando a los que califican de autonomía administrativa, de responsabilidades y deberes que quedan plasmados en los Compromisos de Gestión.

EN ESTE NÚMERO: SALUD

1	Atención Integral mediante EBAIS	7	Promoción de la Salud
2	Cobertura de Inmunizaciones	8	Hospitalización, emergencias y cirugías
3	Vigilancia epidemiológica	9	Reasignación de recursos mediante compromisos de gestión
4	Nutrición y desarrollo infantil	10	Acreditación
5	Medicamentos, alimentos y productos químicos	11	Mortalidad materna e infantil
6	Cáncer cérvico uterino	12	Protección y mejoramiento del ambiente humano

¹ El EBAIS está conformado por un médico, un auxiliar de enfermería y un Asistente Técnico de Atención Primaria, los cuales atienden un área geográfica delimitada y alrededor de 3.000 a 5.000 habitantes en el área rural y un poco más en las áreas urbanas.

Continúa en la página 2

En este contexto, el presente boletín describe los logros del sector de acuerdo a las estrategias definidas en el Plan Nacional de Desarrollo; entre los que destaca la inversión para el fortalecimiento de la salud pública: el equipamiento de los centros médicos de la caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la construcción de más EBAIS y clínicas.

Entre los años 1998 y 2000 se evidencia un crecimiento

Inversión Pública en Salud, 1998-2000

-en millones de colones-

Instituciones	1998	2000
Total	11.287,8	17.451,3
Caja Costarricense del Seguro Social	2.966,9	12.693,4
Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados	8.184,9	4.701,3
Ministerio de Salud	136,0	56,6

FUENTE: MIDEPLAN, con información de las instituciones.

A nivel de la evolución del gasto per cápita en salud, para el período 1998-1999, se registra un 26% más y para el período 1999-2000 un aumento del 23,1%.

ATENCIÓN INTEGRAL MEDIANTE EBAIS

En mayo de 1998 ya estaba en marcha el Programa de Implementación del Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, mediante el funcionamiento de los EBAIS, con una cobertura de un 50% de la población, principalmente del área rural. Sin embargo, aún era necesaria la dotación de equipamiento básico, recursos humanos, suministros, materiales e infraestructura. Con el reto de un mayor fortalecimiento de los servicios de atención primaria de tipo preventivo, y en el entendido que es en este nivel que se atiende, cerca del 70% de las consul-

tas de la población, (consulta de niño sano, consulta prenatal, planificación familiar, promoción de la salud y atención de problemas no complejos de salud, tales como infecciones respiratorias altas, diarreas, trastornos digestivos, control de hipertensión arterial, diabetes y otros padecimientos crónicos), la administración Rodríguez ha hecho esfuerzos por su fortalecimiento y por hacerlo extensivo a todo el país. El accionar muestra los siguientes logros:

A marzo del 2001, los EBAIS cubren aproximadamente un 80% (cifra preliminar) de la población costarricense y a más del 95% de los habitantes de las zonas rurales, mediante un total de 693 de estos equipos. La meta al finalizar el 2001 es tener en funcionamiento adecuado 745 EBAIS.

Se dio una importante consolidación de los EBAIS existentes, dotándolos de recursos humanos, materiales e infraestructura mínima necesaria para su operación.

?? Durante los últimos tres años se ha equipado y fortalecido 247 EBAIS, y se dio la asignación de más de ₡20.000 millones en recursos adicionales para este año, incluyendo compra de nuevo equipo y la pronta atención de las epidemias.

?? Se formalizó un Plan de Adquisición de Equipo mediante el cual se entregaron, 154 vehículos pick up DC, 510 motocicletas, 50 Ambulancias y 2 cuadracillos en el período 1998-2000. El Proyecto de Modernización financiado por el Banco Mundial ha licitado aproximadamente un total de US\$ 1.6 millones que incluye equipo de refrigeración para apoyar la cadena de frío, mobiliario de oficina y médico, equipo médico denominado de primer impacto o básico y de laboratorio clínico, así como odontológico y con el Proyecto España se han adquirido más de 3.546 equipos, beneficiándose un total de 240 unidades, por un monto aproximado de ₡ 55 millones.

?? Se elaboraron las listas de medicamentos que deben estar a disposición de los EBAIS, según nivel de complejidad; además de información escrita para los responsables del manejo de estos me-

Continúa en la página 3

dicamentos a nivel primario.

- ?? Se capacitó a los EBAIS para el despacho de medicamentos y el sistema automatizado para su manejo.
- ?? Se diseñó el Modelo de Atención Integral en Salud que se aplicará en el Área Metropolitana, utilizándose entre otras modalidades la compra de servicios que cubrirán trescientas mil personas. En diciembre del 2000, se contrata la atención para los EBAIS de Escazú, La Carpía, León XIII y Garabito.

COBERTURA DE INMUNIZACIÓN

En una acción coordinada entre el Ministerio de Salud y la CCSS se hacen esfuerzos por prevenir las enfermedades, mediante la inmunización, para lo cual es importante, además de las vacunas, dotar de las herramientas y acondicionamientos para que tal servicio se brinde de manera adecuada, ágil y oportuna. En este marco se ha avanzado en:

- a. En Costa Rica, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)² está concebido para proteger a la población de 10 enfermedades; es uno de los programas más completos de América Latina. Con dicho esquema, en el año 1999, los niños menores de 5 años ostentan una cobertura cercana al 100% y los menores de 1 año un 83%.
- b. Se financió para 1999, la compra de las vacunas del PAI para todo el país, con una inversión de ₡399.436.868. Tras el traspaso de la distribución de las vacunas del Ministerio de Salud a la CCSS, luego de inaugurarse la bodega frigorífica (diciembre de 1999), y llevarse a cabo la compra de un camión de refrigeración que distribuye las vacunas a todos los centros. Estos dos aspectos no sólo garantizan el almacenamiento adecuado de

las vacunas sino la distribución periódica de éstas de acuerdo con la programación y necesidades de cada uno de los centros a lo largo del territorio nacional.

- b. Monitoreo permanente de coberturas básicas de inmunización a niños, lo que ha permitido mantener una cobertura aproximada de un 86% en el trienio 1998-2000.
- c. Al identificarse diferencias regionales significativas en cuanto a coberturas de inmunización contra las enfermedades Sarampión-Rubéola-Paperas, (SRP) se priorizaron los 41 cantones con coberturas menores del 95% y se efectuó una vacunación selectiva a los menores de 5 años y adultos en el período del 15 y 26 de noviembre de 1999, como resultado 30 cantones elevaron su cobertura y se redujo a 34 cantones por debajo de la meta. Esto permitió controlar un brote de rubéola que alcanzó su punto máximo en marzo, abril y mayo, de los casos totales notificados durante 1999.
- d. Durante el mes de mayo del 2001, se realizó la segunda campaña de vacunación contra estas enfermedades, Sarampión-Rubéola-Paperas (SRP), pero en esta ocasión dirigida a la población comprendida entre los 15 años de edad y los 39, ello con el fin de completar la cobertura de inmunización a nivel nacional.
- e. En octubre del 2001, el Sector Salud decidió implementar vacunación contra la rabia en algunas zonas específicas del territorio nacional, por cuanto se han dado algunos casos de víctimas de esta enfermedad, infectados por la mordedura de gatos.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La información veraz y adecuada es un instrumento imprescindible para la vigilancia epidemiológica.

En el pasado se recibía la notificación, y se llevaba a ca-

Continúa en la página 4

²/SRP: Sarampión, Rubéola y Paperas; OPV: Polio; DPT: Difteria, Tétano y Tosferina; VHB Hepatitis B; BCG: Tuberculosis; Hemophilus influenzae.

bo el registro en diferentes instancias del sector, inclusive diferentes instancias de una misma institución, lo cual significaba además de una duplicidad de funciones, cifras diferentes debido a malas interpretaciones o registro tardío, situación que entorpecía la adecuada toma de decisiones. Por tanto, uno de los principales retos del Sector Salud, fue el establecimiento de un Sistema Único de Vigilancia de la Salud, de tal manera que rindiera información oportuna y que ello permitiera intervenir en la atención de las enfermedades emergentes entre las que se encuentra el dengue y la malaria. En el caso del dengue, se integró la Primera Comisión Técnica Interinstitucional para control y manejo de esa enfermedad y en el marco del Triángulo de la Solidaridad se inició la ejecución del Proyecto "No más dengue en mi comunidad", con la participación social en la solución y manejo integral de los brotes epidémicos de dengue en diferentes localidades. Asimismo en el ámbito asistencial, se elaboraron las normas técnicas para el manejo de dengue clásico y hemorrágico.

Estas medidas ayudaron a reducir la incidencia de esas enfermedades, pues mientras en 1997 se registraron 14.421 casos de dengue, en 1998 esa cifra cayó a 2.628, además de no registrar ninguna muerte por esta enfermedad. Esto representó una disminución del 82% en el primer año de la administración.

Durante 1999 se presentaron brotes importantes de dengue en las regiones: Chorotega, Pacífico Central y Huetar Atlántica. En esta última se dio el brote más fuerte, al mes de octubre representaba el 70% de casos respecto al total de todo el país. En los diferentes establecimientos de la CCSS se brindó atención a todas aquellas personas que consultaron por tal padecimiento. Específicamente en Limón durante los meses de agosto y setiembre de 1999 se atendieron 1.414 casos, se hospitalizaron 405, de los cuales 294 fueron por dengue clásico y 111 por hemorrágico, la atención de estas personas tuvo un costo de 110 millones de colones, pero se salvaron muchas vidas, en especial de los pacientes con dengue hemorrágico.

Durante el año 2000 se notificaron y atendieron 4.908 personas con dengue de las cuales un 50% (2.434

casos) se ubicó en la Región Pacífico Central y aproximadamente un 25% (1.582) en la Región Huetar Atlántica y un 14% en la Chorotega. Estas tres regiones han sido las más afectadas en los últimos 8 años.

Como respuesta a la situación epidemiológica, el Ministerio de Salud canalizó esfuerzos para fortalecer el sistema local de vigilancia epidemiológica y notificación oportuna. Asimismo, y con la participación de otras instituciones y organizaciones (INS, CCSS, IMAS, CNE, ICE, IDA, MAG, INA, GAR, MEP y Asociaciones Comunitarias) se han movilizado recursos físicos (vehículos), humanos (contratación de personas por tiempo definido, horas estudiante) y materiales (compra de insecticidas) para hacer frente a tales enfermedades por la vía de la promoción, prevención y atención en las comunidades, escuelas, centros de salud y demás ámbitos sociales.

Por otra parte, desde 1998 se ha trabajado en el abordaje de la problemática de la malaria. Además de la conformación de una Comisión Técnica Interinstitucional, ha sido importante la ejecución de actividades específicas en los cinco cantones de mayor incidencia de esta enfermedad y que concentran el 80% de los casos nacionales. Paralelamente al traslado de las funciones relacionadas con la atención preventiva de las personas del Ministerio de Salud a la CCSS, se da el proceso de desconcentración del diagnóstico de malaria por laboratorio, lo que ha repercutido en una reducción importante para obtener los resultados, lo cual equivale a una mayor oportunidad y agilidad en el tratamiento de los enfermos y mayor rapidez en la detección de posibles focos de infección.

Durante 1999, se notificaron 3.998 casos de malaria. Como resultado de las medidas establecidas, se notó una significativa reducción especialmente en las regiones Huetar Norte y Huetar Atlántica, 30% y 20% respectivamente en comparación con los mismos períodos del año 1998.

Del mismo modo, durante el año 2000 nuevamente se registró otra reducción importante cercana al 53%, es decir se notificaron 1.879 casos en todo el país.

NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL

El Ministerio de Salud tiene dos importantes programas que procuran atender el problema de mala nutrición de la población. Uno de ellos es el Programa Nacional de Nutrición y Desarrollo del Niño, el cual llega a la población materno infantil de hogares pobres mediante los Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Educación y Atención Integral (CINAI), instancias donde se le brinda a dicha población atención integral, que consiste en proporcionarles comidas servidas, vigilancia de crecimiento y desarrollo, promoción de la salud y educación inicial a menores con edades entre 2 a menos de 7 años, además se hace entrega de paquetes de alimentos y leche íntegra a familias en mayor riesgo nutricional. Durante 1999 y 2000 se registró la siguiente atención de personas:

SERVICIO	PERSONAS ATENDIDAS	
	1999	2000
Comidas Servidas	26.804	28.420
Leche en polvo	75.140	71.438
Paquetes de alimentos (DAF)	5.703	5090
Atención Integral	11.054	12.869

FUENTE: MIDEPLAN, con información del Ministerio de Salud.

Mediante los CEN-CINAI además se han implementado 11 proyectos, que consisten en un acompañamiento a las familias para transformar valores y actitudes que repercutan en el mejoramiento de la calidad de vida de las familias beneficiarias. Con este objetivo se han realizado 78 talleres en todo el territorio nacional con una participación de alrededor de 1.560 personas entre ellas menores de seis años, padres de familia, personal del programa de Nutrición

y de escuelas, tendientes a mejorar la calidad de los vínculos al interior de la familia, derechos del niño y protección del ambiente.

Actualmente, el Programa forma parte de la estructura funcional central del Ministerio de Salud, sin embargo, con el objetivo de fortalecer su accionar en el marco del aparato público, se presentó un Proyecto denominado "Ley Orgánica del Programa Nacional de Nutrición y Desarrollo Infantil" el cual busca convertir el Programa en un ente adscrito al Ministerio de Salud, lo cual le brindaría autonomía en la administración de los recursos y en la ejecución de las acciones técnicas, y recursos económicos.

El segundo Programa se denomina Vigilancia Nutricional, el cual lleva a cabo el monitoreo de las condiciones nutricionales de la población nacional. Al respecto en 1996 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Nutrición, la cual mostró que el 22,4% de los preescolares, presentan algún grado de desnutrición, y el 4,2% presentaron problemas de sobrepeso. Como acción para enfrentar dicho problema, durante 1998 y 1999 se diseñaron nuevas guías alimentarias y material didáctico especialmente para esta población, las cuales se distribuyeron en los centros educativos y se capacitó al 100% de los docentes. Al mismo tiempo, se presupuestó un aumento en el renglón de alimentos para aquellos centros educativos donde el porcentaje de desnutrición estuviera por encima del 10% de la población.

Asimismo, se diseñó en el Ministerio de Salud el Sistema de Seguimiento Alimentario Nutricional y de Salud, el cual consiste en llevar una ficha de cada alumno y alumna que registre entre otra información variables relacionadas con la nutrición, como son el peso, la talla y condiciones de salud. A mayo del 2001 se ha capacitado a los funcionarios de todas las regiones del Ministerio de Educación, y se espera que ellos multipliquen el conocimiento con el personal docente de las escuelas a fin de iniciar este proceso de registro de la población escolarizada, del I y II ciclo.

Continúa en la página 6

MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y PRODUCTOS QUÍMICOS

Medicamentos

El Gobierno de la República se comprometió a lograr una disminución en los precios de los medicamentos para favorecer su accesibilidad a toda la población, para ello está impulsando una serie de acciones con ese objetivo.

Se establecieron las condiciones de negociación del Ministerio de Salud en conjunto con los participantes del mercado (laboratorio fabricantes, importadores, distribuidores, farmacéuticos, consumidores) y con el apoyo del nivel político, una reducción de precios: La Federación de Fabricantes de Medicamentos (FEDEFARMA), que agrupa a los laboratorios más grandes representados en Costa Rica, definió una rebaja promedio de un 6% en los precios de los productos de mayor consumo a sus distribuidores en Costa Rica.

Promoción del Medicamento Genérico (Decreto Ejecutivo No. 27201-S). Los medicamentos genéricos son una alternativa de excelente calidad, fiscalizada por el Ministerio de Salud y de menor precio. Mediante el conocimiento por parte de la población, se beneficiará con un ahorro concreto al tener menor precio que los de marca, especialmente para las clases de menores recursos económicos. Por ejemplo, el mercado de Acetaminofén está compuesto por 11 marcas, lo cual da una oscilación de precios en el mercado desde 1.000 hasta 1.700 colones.

Se amplió la lista de medicamentos de libre venta, los cuales pueden ser adquiridos por los consumidores en diversos tipos de locales comerciales, lo que incide en un mejor precio al consumidor, mayor accesibilidad y disponibilidad; según Decreto Ejecutivo No. 27203-S.

Promoción de la competencia (Decreto Ejecutivo No. 27201-S): Además de dar la opción de adquirir un genérico, se exige ahora al farmacéutico que ofrezca

al consumidor todas las alternativas existentes sobre el medicamento, para que pueda escoger libremente, a menos que exista una indicación directa de un médico. Se busca que el cliente tenga conocimiento de las alternativas que posee.

Se modificó el Reglamento de Inscripción de Propaganda de Medicamentos y Cosméticos (Decreto Ejecutivo No. 27202-S) lo cual simplificó el proceso de inscripción de medicamentos con el fin de incentivar su ingreso al país, incrementando la competencia y en la búsqueda, a mediano plazo de mejorar el tiempo y la calidad del procesamiento de los trámites administrativos.

Se introdujo en el reglamento, los parámetros para que los medicamentos, demuestren la equivalencia terapéutica, lo que garantizará aún más la calidad de los medicamentos, aunado al control posterior al registro que se realiza.

Además, se presentó un Proyecto de Ley a la Asamblea Legislativa que busca la creación del marco jurídico para favorecer la competencia entre los importadores y los comercializadores de productos farmacéuticos, especialmente en la búsqueda de la apertura del mercado en beneficio del consumidor final.

“El crecimiento en los precios de medicamentos ha sido cada vez menor entre períodos.... En el último año, entre agosto de 1999 y agosto de 2000 los precios de medicamentos crecieron un 6.61%, mientras que el IPC (Índice de Precios al Consumidor) creció 11.39%, lo que significa que los precios de medicamentos tuvieron una diferencia de 4.78 puntos con respecto al IPC, lo que se debe interpretar como el ahorro efectivo del paciente al comprar medicamentos”^{3/}.

Asimismo y con el interés de que la población tenga mayor acceso a estos logros, traducidos en me-

Continúa en la página 7

^{3/} Ministerio de Salud, “Evolución del precio de los medicamentos durante el año 2000”.

por acceso y precios, a partir de diciembre del 2000 está funcionando la Línea 800-MEDICAMENTOS (800-200-20-20), mediante la cual se brinda a la población información acerca de tres tópicos:

- ?? Precio aproximado de los medicamentos,
- ?? Información terapéutica, y
- ?? Ubicación geográfica de farmacias y sus horarios de atención al público.

El proyecto desde su inicio y según el último corte de mediados de agosto del 2001, se han atendido más de 28.000 consultas, con un promedio de 125 llamadas diarias.

Alimentos y productos químicos

Para el Gobierno de la República es imprescindible desarrollar un sistema integrado para la vigilancia y control de los alimentos, en la búsqueda de la inocuidad, ello con el objetivo de disminuir las tasas de morbilidad, mortalidad de niños menores de 1 año y adultos mayores, causadas por enfermedades diarreicas, aunado al uso indiscriminado de químicos en los alimentos que funciona como factor que coadyuva al incremento en el número de casos por cáncer gástrico.

Al respecto, se formó la Comisión Interinstitucional de Inocuidad de Alimentos (CIIA), que ha realizado actividades como un Seminario Regional de Inocuidad de Frutas y Vegetales Frescos y se capacitó a 90 funcionarios del Consejo Nacional de Producción en ese tema. Además durante 1999 se elaboró el Reglamento para acreditar a entes capacitadores en manipulación de alimentos y el proyecto de acreditación de entes certificadores del sistema de análisis y puntos críticos de control.

Productos Químicos

Se modificó el Reglamento de Registro de Productos Químicos Peligrosos, simplificando los trámites; pasando de una duración aproximada de 6 meses

a 10 días, utilizándose el recurso humano para desarrollar el control.

CÁNCER CÉRVICO UTERINO

El cáncer de cérvix y de mama es uno de los principales problemas de salud pública en Costa Rica, y constituye una de las causas de mayor morbilidad y muerte evitable en la población femenina adulta.

En agosto de 1998, se creó mediante decreto N° 27217-S-MP, el Consejo Nacional de Lucha Contra el Cáncer Uterino y de Mama, como órgano asesor del Estado, el cual coordina el Programa de Lucha Contra el Cáncer Uterino y de Mama y trabaja en la toma de decisiones en cuanto a la promoción, prevención, detección y tratamiento de estas enfermedades.

Dentro del marco de las campañas de detección temprana, se equipó adecuadamente el Laboratorio Nacional de Citología (LNC), el cual inició sus labores el 28 de octubre de 1998, dotando a la población con un diagnóstico ágil y oportuno que redundará directamente en mayores posibilidades de vida para la población femenina afectada.

Desde su apertura y hasta diciembre del 2000, el LNC ha permitido realizar 430.264 citologías, promediando 16.589 por mes.

El aumento en el número de citologías realizadas, conlleva a un aumento de detección de alteraciones y por ende a salvar vidas. En 1996 de los casos detectados con problemas un 52% se diagnosticó con cáncer *in situ*, es decir curable, y en el 2000, dicha cifra aumentó registrándose un 65%. Además del aumento en el número de mujeres que detectaron a tiempo su problema de salud, también crece el número de mujeres que están más tranquilas porque ya se hicieron su examen y sus resultados están bien.

Estas cifras tan positivas se han obtenido mediante la atención esmerada en las diferentes instancias de salud tradicionales, hospitales, clínicas y EBAIS. Pero también se han puesto en práctica dos nuevas modalidades con las cuales se han disminuido las

barreras geográficas y de horarios para llegar a un mayor número de personas:

–Unidades móviles. Con base en las características geográficas del país y en la existencia de áreas específicas en donde se debe facilitar a las mujeres el acceso a los servicios de salud, en agosto de 1999 entraron en funcionamiento dos unidades móviles; una en Limón y otra en Puntarenas, las cuales están debidamente equipadas para hacer la toma de las citologías, su remisión al LNC y la devolución de los resultados a las mujeres para su seguimiento en casos que evidencien lesiones o cáncer. Esta modalidad ha permitido llegar a 207 comunidades, con un acumulado de 11.355 citologías en 16 meses de funcionamiento.

Atención en los centros de trabajo. En consideración a la población trabajadora, se cubrieron un total de 110 organizaciones, (públicas y privadas) en donde se han tomado un total de 12.164 citologías y capacitado a 15.813 personas, es decir un 32% de la población ocupada, ha podido acceder a talleres informativos acerca de estas enfermedades dirigidos a hombres y mujeres.

En el marco del componente de educación del Programa, se brinda capacitación y educación en salud a la población, a diciembre del 2000 se han capacitado 25.745 personas, entre ellos 3.251 funcionarios de salud, 6.682 líderes comunales y 15.813 personas en los diferentes centros laborales que se visitan y que además de tomar los exámenes se llevan talleres de información y prevención para trabajadores y trabajadoras en diferentes zonas geográficas del país

–Compra de servicios para procesamiento de biopsias, mejorando la prevención, detección y tratamiento temprano de la enfermedad del cáncer. Se procesaron 5.000 biopsias bajo esta modalidad.

–Sustitución de dos unidades de radioterapia, adquisición de una unidad adicional y dotación de nueva tecnología de planeación y simulación para el mejoramiento integral en el tratamiento de cáncer, con una inversión de \$684 millones.

Con la compra de equipo como los aceleradores linea-

les, se avanzó por lo menos 30 años en el tratamiento con radioterapias.

A finales del 2000 el Ministerio de Salud aplicó la trazadora de evaluación de la calidad del Programa Nacional de Tamizaje de Cáncer de Cérvix, evaluándose 23 áreas de salud de las zonas de mayor riesgo.

SITUACIÓN DE CÁNCER DE CERVIZ, SEGÚN TIPO DE CÁNCER EN LOS AÑOS 1996 Y 2000 -en porcentajes-

AÑO	IN SITU	INVASOR
1996	52	48
2000	65	35

Fuente: CCSS, Dirección Nacional de Cáncer.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la Salud tiene como propósito impulsar estilos de vida para el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de la población, Esta es una acción que requiere el involucramiento de la sociedad como un todo, por tanto el quehacer institucional trabaja con los diferentes sectores de la población a nivel local.

A. Conducción intersectorial para la elaboración del Primer Plan Nacional de Promoción de la Salud 1999-2004: Este plan integra las acciones en este campo de los diversos actores sociales a nivel nacional y local (instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones privadas y de la comunidad).

El Plan integra 53 planes locales de promoción de la salud, los cuales contienen programas y proyectos para el desarrollo de las cinco líneas de acción de la promoción de la salud.

B. Escuelas Promotoras de Salud: La Comisión Nacional de Salud Escolar, integrada por el Ministerio de Salud, MEP y CCSS, es el mayor esfuerzo intersectorial vigente en el país para el impulso de un

programa nacional de promoción en salud escolar y nutrición y que tiene como propósito favorecer el desarrollo físico, social y emocional de los niños en las comunidades educativas. En 1999 se puso en marcha dos experiencias: En Desamparados y en la Finca de la Caja de la Carpio, las cuales servirán de modelo para la implementación del programa a nivel nacional.

D. Cantones saludables: Este es un programa que promueve el esfuerzo de las instituciones, comunidad y municipios para el logro de mejores condiciones de salud humana y ambiental, por medio del desarrollo de proyectos que respondan a las necesidades locales. Actualmente existen 50 cantones que han asumido el compromiso y se han integrado en una red que les permite el intercambio de experiencias, dar a conocer sus proyectos exitosos a otros municipios con similares problemas y el intercambio de tecnología. Entre los proyectos impulsados por este programa se ubican: Conservación de los mantos acuíferos de Alfaro Ruiz; Mejoramiento del Acueducto de Barba de Heredia; Ambiente Libre de Contaminación en Corredores; Ciudad Limpia en Curridabat; Manejo de Desechos Sólidos en Orotina; Promoción de Estilos de Vida Saludables en Paraíso de Cartago, etc.

Como una forma de estimular la ampliación de la red de Cantones Saludables, anualmente se conduce un certamen nacional para la entrega del Premio POCS (Premio OPS-Cantón Saludable). En 1999, de un total de 29 proyectos en salud, el primer lugar correspondió al Cantón Central de San José con el proyecto "Super Héroes Ambientales" y el segundo lugar al cantón de Palmares con el proyecto "Salud Oral".

E. Programa "Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles" (CARMEN): Este programa consiste en la sensibilización y capacitación de actores sociales para el abordaje de algunos factores de riesgo como: tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y obesidad y la elaboración de planes de acción con líderes comunales.

Costa Rica se integró a la Red Internacional CARMEN-CINDI en 1999. El programa se está desarrollando en el Área de Cartago bajo la inducción de un Comité Ejecutivo Nacional y un Comité Ejecutivo Local.

HOSPITALIZACIÓN, EMERGENCIAS Y CIRUGÍAS

Muchos lugares de trabajo tienen un horario coincidente con el de servicios de salud que ofrecen EBAIS, clínicas y otras instancias de la CCSS. Esto dificulta a la población trabajadora o a estudiantes utilizar los servicios sin tener que ausentarse de sus responsabilidades, lo cual conllevaba a una saturación de los servicios de emergencias en los hospitales.

Consecuentemente, la CCSS se ha planteado la necesidad de dotar de una mayor capacidad resoluciva a los servicios de emergencias y a su vez hacer una ampliación de horarios vespertinos en algunas clínicas, principalmente de la periferia de la ciudad de San José y apertura de servicios durante los sábados, domingos y días feriados. Todo ello en procura de ofrecer más servicios en diferentes lugares y por más tiempo diario.

Listas de espera en hospitalizaciones y cirugías

Uno de los problemas que ha enfrentado el cliente de la CCSS en los últimos años han sido los prolongados tiempos de espera para una cirugía o una consulta con un especialista, lo cual ha provocado la agudización de problemas de salud y malestar de la población al no recibir servicios en forma ágil y oportuna.

Al respecto, el presente Gobierno ha ejecutado acciones en procura de ofrecer servicios de calidad en el menor tiempo posible. Una acción específica ha sido la dotación de medicamentos a los servicios de anestesia, con los cuales el tiempo de recuperación es menor y por ello es posible realizar más cantidad de cirugías en horas laborales, lo cual contribuye a disminuir los tiempos de espera.

Durante el año 2000 se fortaleció el Programa de Cirugías Ambulatorias, con un resultado favorable al comparar las cifras de los últimos cuatro años, regis-

trando un crecimiento absoluto en el 2000 de 9.748 cirugías más que 1998. Además, se obtuvo la autorización por parte de la Junta Directiva de la CCSS y de la Contraloría General de la República, para la compra de servicios en cirugía, oftalmología, anatomía patológica y cobaltoterapia al sector privado.

En mayo del 2001 la CCSS abre una Oficina, específicamente para la coordinación y consecuente reducción de las listas de espera para cirugías. La primer acción fue obtener un diagnóstico real de la situación en la red de hospitales.

Paralelamente la CCSS mediante la Oficina antes señalada, denominada Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), ha diseñado un plan para disminuir las listas de espera quirúrgicas, que al 30 de abril señalan 13.906 pacientes. La estrategia a seguir tiene como meta bajarlas hasta un 50%. La ejecución de dicho plan, en su primera fase, está provista para el período junio-diciembre del año 2001, iniciando con ocho especialidades consideradas críticas.^{5/}

Los logros se ofrecen a continuación:

**LISTA DE ESPERA PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS
A MÁS DE TRES MESES**

	Julio 1998	Mayo 2001	Reducción o Mejoría
Cirugías programadas con plazos mayores a tres meses	15.600	9.558	6.042(40%)

FUENTE Caja Costarricense de Seguro Social

Reducción de listas de espera en citas con especialistas

Al igual que los tiempos de espera para cirugías es un problema, también lo son los tiempos de espera

para consulta externa con especialistas. Entre los factores influyentes se consideró que la asignación de las citas de forma manual significaba mayor pérdida de tiempo, mayor posibilidad de errores y susceptibilidad para un mal manejo en la asignación de las mismas.

Para evitar lo anterior, se inició la automatización de la programación y el control de citas. En el primer año de trabajo, en los 8 hospitales regionales se logró la automatización de este sistema. Al mismo tiempo se ha puesto en marcha la estrategia para que los médicos generales puedan darle seguimiento a pacientes que hayan sido atendidos por médicos especialistas, lo cual lleva a resolver la necesidad del paciente a nivel local cliente y aliviar al médico especialista de la presión de la cantidad de pacientes en espera.

Asimismo, el plan de la UTLE para la reducción de listas de espera, también contempla acciones para disminuir tiempos de espera para exámenes de diagnóstico y citas con especialistas, a partir de octubre del 2001.

Los logros cuantitativos en la red nacional de hospitales respecto a la reducción de tiempos de espera para consulta con especialistas se presentan a continuación:

REDUCCION EN LISTA DE ESPERA PARA CONSULTA CON ESPECIALISTAS

	Agosto 1998	Julio 1999	Reducción o Mejoría
Citas con especialistas con plazos mayores a tres meses	98.103	17.539	62.728 (84%)

FUENTE: Caja Costarricense de Seguro Social

En resumen, las acciones antes señaladas muestran resultados positivos en la prestación de más y mejores

^{5/} Ginecología, Ortopedia, cirugía general, oftalmología otorrinolaringología, urología, neurocirugía y cirugía pediátrica

servicios a la población asegurada.

REASIGNACIÓN DE RECURSOS MEDIANTE COMPROMISOS DE GESTIÓN

En la búsqueda de mejorar los servicios de la CCSS así como para racionalizar y distribuir los recursos financieros institucionales equitativamente, se firmó un convenio (compromiso de gestión) con cada uno de los centros de salud de la CCSS, mediante el cual se pactan, la producción de los servicios, la asignación presupuestaria y la participación en el plan de incentivos de acuerdo al rendimiento en las acciones firmadas previamente y no con base en un presupuesto histórico.

Por tanto, la firma de compromisos de gestión por parte de un establecimiento de salud significa una progresiva dosis de responsabilidad y autonomía que permite cumplir una serie de metas en salud de la población, satisfacción de los usuarios y en el campo administrativo y financiero, permitiendo con ello la autoevaluación y la toma de decisiones para ejecutar los cambios necesarios en forma ágil y oportuna.

En sus inicios, esta estrategia se implementó en 12 instancias de salud (hospitales y áreas de salud). En 1998 se incorporaron 16 nuevas unidades para alcanzar un total de 28. A noviembre de 1999, se firmaron compromisos de gestión con 120 unidades de salud, es decir el 100% de las áreas y centros de salud. Para lograr lo anterior se ha hecho necesario intensificar el trabajo intergerencial, específicamente con la Dirección de Planificación Institucional de Presupuesto, y la Dirección de Compra de Servicios de Salud, para que la elaboración del Plan Anual Operativo (PAO) antecediera la suscripción del Compromiso de Gestión y que sirviera de herramienta para la construcción de los presupuestos de ingreso de cada unidad.

Según la evaluación de impacto en la población del modelo de reasignación de recursos efectuado por la CCSS hasta mayo de 1999, se tiene lo siguiente:

a) **Hospitalización:** Se disminuyeron los tiempos de espera en consulta externa de especialidades críticas de 6 - 9 meses, a 3 - 6 meses. En cirugía electiva se

disminuyó de 3 - 6 meses, a 1 - 2 meses.

- b) **Cirugía Ambulatoria:** Se ha promovido la cirugía mayor ambulatoria como estrategia que acorta la espera prolongada para cirugías programadas, se disminuyen las estancias, las complicaciones quirúrgicas y se logra la reducción de costos.
- c) **Consulta Externa y Urgencias:** El aumento en cobertura a través de las áreas de salud y de los EBAS ha logrado disminuir la saturación de la consulta externa y urgencias hospitalarias. Se ha evidenciado una mejora sustancial en el proceso de organización de los centros médicos, lo que permite una mejor atención integral en salud, en términos de oportunidad, continuidad, adecuación, accesibilidad y satisfacción, bajo criterios de productividad y eficacia, asimismo un mejoramiento continuo en la calidad, mortalidad hospitalaria, estandarización de protocolos y mejoras en la atención del usuario.

ACREDITACIÓN

La acreditación de los servicios de salud que se está aplicando en Costa Rica tiene como base las normas establecidas por la Organización Mundial de la Salud, con el fin de mantener servicios de calidad. Actualmente se trabaja en acreditación de maternidades, hospitales generales, servicios de odontología, Unidades de Cuidados Paliativos y Atención del Dolor, Establecimientos de Atención al Adulto Mayor y de Cirugía Ambulatoria. Específicamente en la acreditación de maternidades se crearon los instrumentos en 1997 y se inició la sensibilización de los funcionarios de dichos establecimientos, posteriormente se hizo una primer evaluación de todas las maternidades públicas y privadas del país, en total 30 (24 públicas y 6 privadas). Ninguno de los establecimientos logró la acreditación completa, a cuatro se les denegó y a los 26 restantes se les dio una acreditación condicionada, tales resultados fueron insumo en la el-

Continúa en la página 12

boración del Plan Nacional de Disminución de la Mortalidad Infantil y obligó a los establecimientos a plantearse un plan de mejoramiento.

MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

La tasa de mortalidad infantil (defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos) es uno de los indicadores más utilizados para medir el desarrollo de una sociedad. Costa Rica tiene la tercer tasa más baja en América Latina. En la década de los noventa, la tasa de mortalidad infantil ha descendido cuatro puntos, registrando 10,2 muertes por mil nacidos vivos en el año 2000, dicha reducción estuvo marcada significativamente en la mortalidad de niños después de cumplir los 28 días de nacidos, es decir por la mortalidad post-natal. La mortalidad materna, igualmente es baja, mostrando una tasa de 3,6 en el 2000; esta tasa se define como las defunciones de mujeres por causa de embarazo, parto y puerperio; por ser tan baja se expresa por 10.000 nacidos vivos.

Sin embargo, es necesario no solamente mantener el indicador sino hacer esfuerzos para reducir o eliminar aquellas causas prevenibles. Para ello, el Ministerio de Salud y la Caja trabajan en el desarrollo de programas con dicho objetivo, avanzándose en lo siguiente:

- a. Elaboración de Normas de los Programas Atención Integral del Niño Desnutrido, Madre Canguro, Admisión Conjunta de la Madre y el Niño en periodo de lactancia y actualización de las Normas de Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo y de Inmunizaciones.
- b. Avance en la implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño y la Madre, con el logro de la certificación de 7 del total de 24 hospitales con servicios de maternidad.
- c. Se alcanzó 93,5% de cobertura nacional del Programa de Tamizaje Neonatal, que consiste en un examen de sangre que se le aplica a los recién nacidos (de 3 a 5 días) que permite detectar algunas enfermedades que tratadas a tiempo son curables.

- d. Prevención del embarazo adolescente por medio de consejería adolescente a través de la línea telefónica "Cuenta Conmigo" No. 800-22-44-911, con un total de llamadas atendidas en el 2000 de 12.907. Esta cifra creció en un 100% respecto a 1999, lo cual está relacionado con el incremento del doble de personal contratado para atender la línea en esos mismos años.
- e. Atención preferencial de la adolescente embarazada de acuerdo a lo señalado en el Código de la Infancia y la Adolescencia.
- f. Clínicas especializadas de Atención Integral a la Adolescencia.
- g. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Materna (SINAMM), coordinada por el Ministerio de Salud. Actualmente están funcionando 24 comités, interinstitucionales e interdisciplinarios en los hospitales nacionales en los diferentes niveles de atención. Entre los logros se puede mencionar el análisis del 80% de las muertes maternas y se han elaborado planes de mejoramiento de la calidad de la atención perinatal a nivel hospitalario.
- h. Consolidación del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI). Actualmente están trabajando 9 comisiones regionales y 91 comisiones locales. Son comisiones interdisciplinarias e interinstitucionales que evalúan la calidad del proceso de atención, de detección de puntos críticos y elaboración de planes de mejoramiento de la calidad de la atención. Para el año 2000, se registraron 421 casos y se analizaron un 52% de éstos. El SINAMI, ha sido un insumo muy importante para el Plan Nacional de Disminución de la Mortalidad infantil, con el cual se propone disminuir la tasa de mortalidad infantil aún más.

PROTECCION Y MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE HUMANO

Letrinización

La presente Administración, específicamente en materia de saneamiento básico, orienta sus principales esfuer-

Continúa en la página 13

zos a garantizar a la población los servicios integrales en materia sanitaria, identificados plenamente con los principios de calidad, equidad, universalidad y solidaridad.

El déficit en sistemas sanitarios para disposición de excretas se calcula en 20.825, con una población descubierta del orden de 104.125 habitantes. La meta en este período gubernamental es cubrir dicho faltante, para lo cual se cuenta con fondos externos de la Agencia Española de Cooperación Internacional, y se está tramitando apoyo del Fondo de Desarrollo Social y de Asignaciones Familiares.

Una de las principales metas alcanzadas ha sido lograr la concientización del personal involucrado en el programa de letrización y la asignación de recursos y la aplicación de tecnologías apropiadas. Unido a esto se ha logrado aplicar, principalmente en las zonas rurales, sistemas sanitarios para disposición de excretas humanas, además de la participación y organización de las comunidades en la totalidad de las actividades.

En 1998 se tomó como reto el fortalecimiento del Programa Nacional de Letrinización, principalmente en el área rural y zonas urbano-marginales, cuyo objetivo principal es elevar el nivel sanitario de la población, dotándolo de adecuados sistemas para disposición de excretas.

Durante el período mayo 1998 - diciembre 2000, se instalaron un total de 15.754 sistemas, atendiéndose a 78.345 beneficiarios, para un costo aproximado de ¢83.200,0 millones.

Desechos sólidos

En los últimos veinte años el manejo inadecuado de los desechos sólidos se ha constituido en uno de los principales problemas ambientales, debido a la generación acelerado de desechos y a la inadecuada o inexistente infraestructura del tratamiento y disposición final de los desechos. Ello tiende a agravarse toda vez que se estima que cada persona del Gran Área Metropolitana (GAM), está generando entre 0,80 a 1,0 kilogramos de desechos por día.

El Ministerio de Salud de acuerdo al marco jurídico que le responsabiliza de la promoción de los establecimientos de los rellenos sanitarios, ha venido impulsando el manejo integral de los desechos sólidos, promoviendo una política de regionalización en cuanto al tratamiento y disposición final. Asimismo impulsa la posibilidad de una mayor participación armónica del sector privado y público en conjunto con la sociedad civil en cuanto a la gestión y disposición de los desechos sólidos.

Como parte del proceso de regionalización, se están concretando cuatro sitios para disponer y tratar los desechos del GAM, respecto a la Ciudad de San José: uno al Este (Actual Río Azul); uno al Oeste en la zona de la Uruca; uno al Sur en la zona de Desamparados y Aserri y otro al Norte.

De esta forma desde finales de 1999, se contó con la viabilidad ambiental de un proyecto de relleno sanitario para el Cantón Central de San José, a ser manejado por la empresa privada y con apoyo de las diferentes instancias públicas y la comunidad. En noviembre del 2000 se inaugura el relleno ubicado en San José, La Uruca con capacidad de manejo de aproximadamente entre 500 a 700 toneladas de basura por día. El contrato con la empresa privada regirá por cinco años renovables.

Actualmente se está trabajando en el cierre técnico de Río Azul, de tal forma que se reduzca el recibo de desechos, (está recibiendo un promedio de 1.300 a 1.500 toneladas de desechos por día).

Paralelamente, durante 1999 se realizaron 150 inspecciones sanitarias en 66 sitios de disposición de desechos ordinarios municipales, con el fin de solicitar la toma de decisiones correctivas para el adecuado funcionamiento.

Abastecimiento de agua para consumo humano

Se estima que en Costa Rica existe una cobertura aproximada con agua para consumo humano (ACH) de 97%, para una población de 3,8 millones de habitantes, suministrada por cerca de 2.205 acueductos.

Continúa en la página 14

De éstos 172 son administrados y operados por el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), 233 por municipalidades, 1.793 por Comités de Acueductos Rurales (CAAR's), 7 por la E.S.P.H. y el resto por otro tipo de particulares, cuyo dato es desconocido.

Calidad del Agua de los Acueductos Operados por Acueductos y Alcantarillados

El control de calidad realizado en los 172 acueductos operados por AyA en el año 2000, indican que suministran agua a 2 millones de habitantes, que significa un 52% de cobertura con respecto al total de ciudadanos censados.

El porcentaje de cobertura con agua de calidad potable para el cuarto trimestre del período 2000 fue de 96,6%, superior a la meta del Sistema Nacional de Evaluación (SINE) propuesta que fue de 93,6%.

El resto de la población (48%) es abastecida mediante acueductos municipales, rurales y empresas de servicio público. Concretamente los Acueductos Municipales abastecen a 800.000 ciudadanos, que significa un 20% de la población, mediante 233 acueductos.

Para los próximos años 2001 y 2002 se espera que los 1.763 acueductos rurales, mediante programas de desconcentración y fortalecimiento institucional, en el marco del Plan de Solidaridad y los programas del Triángulo de la Solidaridad, abastezcan a 900.000 ciudadanos, incluyendo a los de zona rural más necesitados, y que la calidad del agua suministrada mantenga los parámetros de calidad que se utilizan para los acueductos administrados por AyA.

Para cumplir con las metas propuestas, en el año 2001 se espera beneficiar a 43.000 habitantes mediante la ejecución de 22 proyectos en todo el país, los cuales estarán terminados al mes de diciembre del presente año. En este contexto, se realizó lo siguiente:

- a) A julio del 2001, se registraron 4 proyectos terminados y 18 en construcción con un grado de avance promedio del 75% con lo cual se espera abastecer de agua, aproximadamente a 43.500 personas.
- b) Se han terminado 2 proyectos en Puntarenas, uno en Limón y Alajuela, beneficiándose a 2.991 personas.
- c) Para el mes de setiembre se espera terminar dos proyectos más en Alajuela, beneficiándose a 6.586 personas; para el mes de octubre se espera concluir 4 proyectos más, dos en San José, y uno en Puntarenas y Limón, beneficiándose a 7.920 personas. Para el mes de noviembre se espera concluir 5 proyectos más, 2 en San José, 2 en Alajuela y uno en Puntarenas, beneficiándose a 10.965 habitantes; y para el mes de diciembre se espera concluir 7 proyectos más, 2 en San José, 2 en Alajuela y uno en Guanacaste, Puntarenas y Limón, para beneficiar a 14.892 personas más.
- d) En las comunidades los Acueductos Rurales se realizan conjuntamente con los ciudadanos organizados en Comités y Asociaciones, legalmente constituidas que aportan mano de obra y materiales de construcción y que una vez concluido el sistema, un grupo de la misma comunidad administrará, operará y mantendrá el sistema, por delegación expresa de AyA.

Paralelamente a las acciones para mayor cobertura y preocupados por la calidad del agua se ha fortalecido el programa de monitoreo de la calidad del agua, mediante el cual se logró establecer el Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua, con el apoyo de la Oficina Panamericana de la Salud, con los resultados siguientes, en el ámbito nacional:

- ?? 2.084 acueductos han sido sometidos a vigilancia, lo que significa un 95% con respecto a los 2.184 acueductos computados.

Continúa en la página 15

?? De los acueductos vigilados un 20%, o sea 418 tienen desinfección y 229 tienen control de calidad, correspondiendo a un 11%.

?? Los mayores problemas se presentan en las poblaciones interiores a 10.000 habitantes y con mayor énfasis en las menores de 2.500 habitantes.

Acueductos operados por AyA

En este rubro los resultados indican que de 158 acueductos, 127 tienen desinfección (correspondiendo a un 80%); 21 tienen tratamiento (correspondiendo al 13%); En materia de vigilancia y control de calidad los resultados son excelentes ya que los 158 acueductos tienen vigilancia, así como control de calidad.

Acueductos Rurales

En cuanto a la vigilancia de la calidad del agua los resultados son excelentes, presentando un 94% de cobertura que corresponden a 1.693 acueductos de un total de 1.793. De los 1.693 acueductos monitoreados 253 tienen desinfección, que corresponde a un 15%; 7 tienen tratamiento, o sea un 0,4%.

Acueductos Municipales

En cuanto a la vigilancia de la calidad del agua, los resultados son también excelentes, presentando un 100% de cobertura que corresponde a 233 acueductos. De ellos 38 tienen desinfección (16%) y 71 (30%) tienen control de calidad.

En cuanto a aguas residuales se logró lo siguiente:

- a. Consolidación del Sistema de Monitoreo de aguas residuales y desechos (SIMARDE).
- b. Consolidación del Comité de Normalización de la Calidad de Aguas residuales, con la participación de: GTZ, Colegio Federado de Químicos, ICAA, OPS, UCR, Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos, Empresa Privada, ONG's y otros.
- c. Vigilancia de las principales actividades contaminantes: beneficios de café, ingenios, industrias químicas, etc.