

MINISTERIO DE SALUD

“90 años trabajando por la salud y
el bienestar de Costa Rica”



COSTA RICA
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Julio, 2017

PRESENTACIÓN

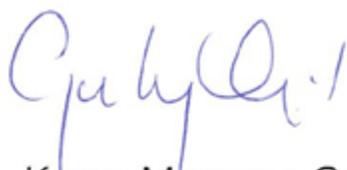
Hoy, con mucho orgullo, podemos afirmar que el Ministerio de Salud, durante noventa años, ha constituido un pilar fundamental del desarrollo económico y social de nuestro país. Década tras década se han realizado acciones con las cuales se ha logrado construir un Sistema de Salud que hoy nos caracteriza y nos posiciona a nivel mundial, con indicadores de salud que nos ponen a la vanguardia en América Latina y, a la par, de los que exhiben las naciones desarrolladas del primer mundo.

El camino no ha sido fácil. Muchos de ustedes recordarán a los pioneros de los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria que a caballo, en pangas y, muchas veces, tras largas horas caminando, llegaban a los lugares más alejados a brindar los servicios de atención primaria en salud: vacunando y desparasitando niños y niñas, brindando atención a las embarazadas, distribuyendo el tratamiento anti malárica, entre otras actividades.

A esa mística, sacrificio y compromiso de los trabajadores de salud, así como a la visión futurista de nuestros gobernantes y Autoridades de Salud de principios del siglo XX, es a quienes debemos el estar hoy en esta celebración del 90 Aniversario de nuestra querida institución. Esto, sin dejar de lado, los logros y avances que, en materia de salud, ha guiado al Ministerio de Salud durante el presente siglo.

Las autoridades y los funcionarios del Ministerio de Salud tenemos hoy y en los años venideros, el gran reto de desarrollar nuestras funciones con la misma mística, dedicación, calidad y compromiso; a fin de que nuestro Sistema de Salud siga siendo, universal, solidario y equitativo y, de esta manera, enfrentar los nuevos retos en salud que plantean los cambios en la estructura demográfica y el perfil epidemiológico de nuestro país. Solo así, se podrá mantener y mejorar la salud de la población de Costa Rica de las actuales y futuras generaciones.

Gracias a todos y todas por sus valiosos aportes para lograr el tesoro que hoy tenemos, que es un Ministerio que lucha por proteger y mejorar la salud de la población, con una cobertura universal y con igualdad y equidad en la prestación de los servicios de atención a las personas y del ambiente humano.



Dra. Karen Mayorga Quirós
*Ministra de Salud y Rectora
del Sector Salud, Nutrición y Deporte*

MINISTERIO DE SALUD
“NOVENTA AÑOS DE BRINDAR BIENESTAR PARA TODOS”

Hoy celebramos el noventa aniversario del Ministerio de Salud, recordando su historia y todas las estrategias y acciones que se han realizado para llegar a tener el Sistema de Salud que hoy, en el siglo XXI, nos distingue a nivel mundial. También es meritorio, reconocer la mística, entrega y esfuerzo de todos los funcionarios que a través de los años construyeron lo que hoy tenemos. Costa Rica ha privilegiado la salud de sus ciudadanos y ello se ve reflejado en los indicadores de salud, que hoy gozan de un alto prestigio a nivel mundial.

La gestación del Ministerio de Salud de Costa Rica se inició en 1907, con la inclusión en el presupuesto nacional, de una partida para financiar una “Campaña Contra la Anquilostomiasis”, con el apoyo de la Comisión Sanitaria Internacional del Instituto Rockefeller. Sobre esta base se creó en 1915, en la Secretaría de Policía, el Departamento de Anquilostomiasis.

Entre 1914 y 1920 fueron surgiendo otras dependencias precursoras del Ministerio, tales como: el “Departamento Sanitario Escolar”, para proteger la salud de los niños de 7 a 14 años, con actividades predominantemente preventivas; “Colonias Veraniegas Escolares” para niños cuya situación de salud arriesgaba deteriorarse; el servicio anti-malárico y el de profilaxis venérea, así como “Clínicas Infantiles” y “Clínicas Prenatales”.

Para centralizar estas nuevas dependencias, se creó por Decreto Ejecutivo, en julio de 1922, la “Secretaría de Higiene y de Salud Pública”, dependiente de la Secretaría de Policía. Un año después, en marzo de 1923, se promulgó la Ley No 72 “Sobre Protección de la Salud Pública”, que puede ser considerada como la primera Ley General de Salud del país. En ella se estableció que la dirección de los servicios de salud nacionales estaría a cargo del Estado, y que la responsabilidad de su atención en el nivel local correspondería a los Gobiernos Municipales.

En marzo de 1927, por Decreto Ejecutivo, se encargó a la autoridad de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública el funcionamiento de los establecimientos hospitalarios y de las instituciones protectoras de la infancia.

En junio de 1927 se creó la Secretaría de Salud, es con el Dr. Solón Núñez Frutos, el primer Ministro, con quien se iniciaría toda una etapa de estructuración de la Secretaría, con una expectativa de resultados satisfactorios para la salud pública nacional en el transcurso del siglo XX.

Para estas fechas, se pueden enunciar logros de una reglamentación sanitaria y normativa, así como el desarrollo de campañas y luchas preventivas, el advenimiento de organismos especializados para diferentes áreas, la creación de unidades sanitarias, como la “Unidad

Sanitaria de Turrialba” que fue la primera en el país. Además, la fiscalización de hospicios, clínicas y hospitales y el control de alimentos y medicamentos. Asimismo, el desarrollo servicios de inspección, salud veterinaria, laboratorios, ingeniería sanitaria, eventos epidemiológicos y se establece la Enfermera Visitadora, como un recurso profesional esencial de la campaña antituberculosa.

De 1938 a 1939, el país inició los primeros esfuerzos para enfrentar la malaria, mediante acciones concretas dirigidas a la modificación del ambiente, la eliminación de los criaderos de mosquitos anófeles y el fortalecimiento de acciones en el ámbito de la salubridad y la asistencia médico-social.

Durante la década de los cuarenta se emitió la Ley Número 17 de 1943: “Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social”, la cual creó los seguros sociales en el país y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), fundamentada en dos regímenes para iniciar su oferta de servicios: a) Régimen de Enfermedad y Maternidad y b) Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Esto se generó en un momento político internacional crítico, en el cual se vivían los días más agudos de la Segunda Guerra Mundial, y con ello las implicaciones económicas y sociales que empobrecían cada vez más a los países subdesarrollados. Por otra parte, al interior del país, la situación política era compleja para las autoridades de gobierno, las cuales lograron imponer los intereses de las mayorías populares sobre los de las minorías oligárquicas.

La afiliación a la CCSS era considerada como un impuesto al salario de los trabajadores y una carga fiscal para las organizaciones patronales privadas y públicas y para el Estado. El financiamiento de la institución era y es actualmente tripartito y por ser un sistema solidario se consideraba de naturaleza forzosa para las partes.

Algunos años después, la CCSS se constituyó como una organización pública autónoma, al amparo del Artículo No. 73, Título V, de nuestra Constitución Política, denominado “Derechos y Garantías Sociales”.

En la década de los cincuenta ya la institución se conocía como Ministerio de Salubridad Pública y tenía dos direcciones principales: la Dirección General de Salubridad Pública y la Dirección General de Asistencia Médico Social. En esta década, acontecieron importantes cambios organizacionales producto de la dinámica del desarrollo del sistema de servicios de salud. Fue así como, en el año 1950, se creó el “Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)”, cuyo propósito era administrar el Sistema Hospitalario Nacional. Cabe destacar la organización del Programa de Erradicación de la Malaria (PEM), ya que la atención de esta patología la realizaba el Ministerio de Salubridad Pública por medio del Servicio Nacional

de Erradicación de la Malaria (SNEM), como un organismo especializado directamente dependiente del Ministro de Salubridad.

En la década de los 50 también se inició el combate químico contra los mosquitos anófeles adultos mediante el uso del DDT, con lo que se logró disminuir el número de casos notificados de malaria según las estadísticas de la época. Las disposiciones legales y reglamentarias se centraban en la notificación obligatoria de todos los casos de paludismo, la verificación parasitológica, el tratamiento radical y obligatorio de los casos de malaria, así como el uso de insecticidas de acción residual. Además, se desarrolló la reglamentación para la importación y control de medicamentos antipalúdicos, la obligación de toda institución pública y privada de realizar labores anti-maláricas dentro de su jurisdicción territorial y la notificación obligatoria al SNEM sobre nuevas construcciones en zonas maláricas.

Durante la década de los sesenta, sucedieron diversos eventos que irían perfilando la organización institucional y del Sector Salud. Entre los avances más destacados de esa década están: la creación de la “Comisión Nacional de Zoonosis” (1967), el “Reglamento para el Establecimiento y Funcionamiento de Restaurantes” (1962) y el “Reglamento del Departamento de Salud Mental” (1964). Se dividió el territorio nacional en 19 distritos sanitarios (1969). Se crearon el “Timbre Hospitalario” y el “Tributo Hospitalario” (1961) y se instaló la “Comisión Nacional Coordinadora de Actividades de Salud Pública Asistencia y Seguridad Social” (1967). Se fortaleció la integración del proceso de programación de la salud a nivel nacional entre el Ministerio de Salud, la CCSS y el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (1965).

Además, se elaboró el “Plan Nacional de Integración de los Servicios Médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social”, en el cual se analizaba la problemática asociada a la prestación de servicios de salud y un programa específico de cumplimiento. A nivel internacional, se obtuvo un importante apoyo en salud y educación por parte del programa “Alianza para el Progreso (1963)”.

La década de los setenta transcurrió con cambios representativos en la organización y funcionamiento del sistema de servicios de salud del país. El logro más importante fue la formulación del “Plan Nacional de Salud 1971-1980”, el cual fue el primer plan con un enfoque estratégico y multisectorial. Éste contempló los escenarios epidemiológico, demográfico, político, económico, social, comunitario y el de formación de recursos humanos a nivel profesional y técnico.

Aunado a ello, la mayoría de las políticas y estrategias de salud durante esa década se orientaron alrededor de acciones hacia la cobertura universal de prestación de servicios de salud, en todos los ámbitos geográficos y niveles socio-económicos. Esto se logró, gracias a la implementación de dos estrategias básicas que se apartaron del modelo tradicional:

- a) la universalización de la seguridad social
- b) la atención primaria de la salud.

Asimismo, para llevar a cabo la política de atención a toda la población y, en especial, la extensión de cobertura de los servicios a poblaciones que habían carecido de ellos, como la rural dispersa y la urbana marginal, se utilizó la estrategia de atención primaria. Esta estrategia se concretó mediante el desarrollo de los “Programas de Salud Rural” en 1973 y el “Programa de Salud Comunitaria” en 1975, con el apoyo financiero de los fondos provenientes de la Ley No. 5662 del 23 de diciembre de 1974, conocida como “Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares”.

El Programa de Salud Rural tuvo como principal objetivo la ampliación de la cobertura de los servicios integrales de salud, preventivos y curativos, a las zonas rurales de población dispersa. Esto se logró mediante la utilización de técnicas y procedimientos sencillos, por parte de personal auxiliar debidamente capacitado, supervisado y apoyado por las estructuras organizativas y funcionales de los servicios locales de salud existentes. El programa fue ejecutado por personal susceptible de arraigarse e identificarse con las comunidades y su población.

La organización del Programa de Salud Rural se basó en el creación de áreas de salud, atendidas por un asistente de salud rural con sede en la localidad seleccionada, en la cual se instalaba un “Puesto de Salud Rural”. Cada área de salud contaba con un promedio de 3.000 habitantes. Este programa se inició en las localidades más alejadas, más pequeñas y de más difícil acceso. Se fue extendiendo luego hacia las de mayor densidad poblacional y facilidad de acceso. Se diseñó de manera que los servicios de salud llegaran hasta los hogares, en vez de esperar a que las personas acudieran a éstos.

Por su parte, el Programa de Salud Comunitaria, que inició en 1975, partió de la premisa de que la mayoría de la población urbana marginal provenía de las zonas rurales y en consecuencia podía ser atendida de manera similar a la cubierta por el Programa de Salud Rural. De modo que el personal asignado a este programa, tenía por sede el Centro de Salud y desde éste se desplazaba a los domicilios que cubría.

Otra política de gran relevancia de esa década fue la que promovió la participación comunitaria en salud, como un recurso complementario e imprescindible de la estrategia de extensión de cobertura por medio de la atención primaria.

En 1974, se aprobó la Ley No. 5525 “Ley de Planificación Nacional”, la cual estableció el Sistema Nacional de Planificación, así como su constitución. No obstante, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud se adelantó a esta disposición, ya que en su Artículo 8, creó la “Unidad Sectorial de Planificación”, la cual era la responsable de la formulación de la Política Nacional

de Salud y de los planes para su cumplimiento, en especial el Plan Nacional de Salud. Además, tenía la responsabilidad de coordinar los procesos institucionales y sectoriales de planificación y evaluar el desarrollo de los planes, proyectos y programas.

A principios de la década de los setenta, la institución desarrolló un modelo de regionalización constituido por cinco áreas geográficas.

En esta década se sientan las bases para la participación comunitaria en el desarrollo de programas de salud, con el Proyecto de Salud Comunitaria del “Hospital sin Paredes” desarrollado en el Cantón de San Ramón de la Provincia de Alajuela y liderado por Dr. Roberto Ortiz Guier, el cual se convirtió en un modelo de atención de la salud reconocido mundialmente. Esta estrategia fue asumida y conceptualizada por la Conferencia Mundial de la Salud de la OMS a partir de 1978, como “Atención primaria de la salud”.

En 1973 se da el traspaso de hospitales del Ministerio de Salud a la CCSS por medio de la Ley N°5349. Este proceso tardó tres años y medio hasta constituirse hoy en un sistema de 29 hospitales.

La década de los 80 está marcada por la crisis económica mundial, que trajo severas repercusiones económicas, sociales y políticas a nuestro país, siendo una de las más graves, la caída del producto interno bruto, una inflación galopante y el incremento del desempleo abierto, entre otras. No obstante, el país contaba con una plataforma de organización institucional ya establecida que vendría a constituirse en un instrumento de apoyo para la superación de esta crisis. Esta plataforma se basaba en el Sistema de Planificación Nacional y el desarrollo institucional de la Administración Pública, con sus diferentes alcances jurídicos y políticos.

En esta década se ejecutó el “Proyecto de Desarrollo del Sector Salud” con el objetivo de mantener y mejorar los indicadores de mortalidad y morbilidad por patologías propias del subdesarrollo alcanzados hasta la fecha, y prevenir el aumento acelerado de padecimientos predominantes en los países industrializados. Además, impulsó el funcionamiento armónico y coordinado de las instituciones del Sector bajo el concepto de sistema. La estrategia para alcanzar dicho objetivo giró alrededor de la creación y consolidación de un nuevo modelo de atención de la salud en el país por medio de un “Sistema Nacional de Salud,” que funcionara con mayor eficiencia que los servicios existentes. Además, el Sistema eliminaría las diferencias entre la población asegurada y la no asegurada, promoviendo la máxima participación de la comunidad, como uno de los elementos primordiales para el cambio.

El desarrollo del Sistema Nacional de Salud se basó en: el modelo de regionalización, la

readecuación de los niveles de atención con tecnología apropiada e instrumentos de coordinación funcional tanto a lo interno como a lo externo del Sector. Contempló una planificación coordinada de servicios a nivel central, la coordinación administrativa y la consolidación presupuestaria a nivel regional, así como la prestación de servicios integrados de salud a nivel local, con participación de las instituciones del Sector Salud.

En febrero de 1983, se promulgó el Decreto Ejecutivo No.14313-SPPS-PLAN, que creó el Subsistema de Dirección y Planificación Sectorial del Sector Salud, el cual definió la composición del Sector Salud y los términos operativos para el ejercicio de la rectoría por parte de los Ministros de cada sector. Es así como queda definida y reglamentada la función de rectoría del sector, como competencia del Ministro Sectorial de Salud, la Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial y las Direcciones Sectoriales Regionales.

De 1986 a 1989 se consideró relevante realizar una desconcentración eficaz de funciones con delegación de autoridad, así como la programación de actividades a nivel regional y local y perfeccionar un sistema de información que facilitara la administración por procesos.

En este escenario, se formularon los siguientes lineamientos políticos:

- Salud para todos como meta social y compromiso nacional e internacional.
- Desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de las instituciones del Sector Salud.
- Fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud.
- Consolidación de los avances en salud y abordaje de nuevos problemas y enfoques en la atención integral de la población.
- Participación de la comunidad en todas las actividades del Sistema de Salud.
- Prioridades en la prestación de servicios.

Estos lineamientos indicaban además, que el Ministerio de Salud asumiría plenamente la función de rectoría según las disposiciones legales del país.

La década de los 90 estuvo caracterizada por el “Proceso de Reforma del Sector Salud”, el cual se caracterizó por el fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud, así como la consolidación del sistema de prestación de servicios integrales de salud a la población nacional por parte de la CCSS, con la readecuación del modelo de atención.

Es importante señalar que los servicios de atención primaria que hasta esa fecha eran brindados por el Ministerio de Salud y que estaba a cargo de los técnicos de atención primaria, se traspasaron a la CCSS, con el propósito de que el Ministerio se centrara únicamente en el desarrollo de las funciones de rectoría en los tres niveles de gestión. Por su parte, con la

readecuación del modelo de atención, se fortalecería la cobertura universal e integral a la población.

Uno de los pilares de la Reforma del Sector Salud fue la separación de funciones entre el rol rector de la salud y el rol proveedor de servicios de salud, asignándole el primero al Ministerio de Salud y el segundo, casi en forma exclusiva, a la Caja Costarricense de Seguro Social.

El Ministerio de Salud ha venido experimentando procesos de cambio tendentes a fortalecer su responsabilidad rectora sobre el Sistema Nacional de Salud y, por su parte, la CCSS ha avanzado en los procesos de fortalecimiento de la atención directa a las personas.

En el marco del proceso de Reforma del Sector Salud las acciones más importantes que se realizaron fueron: consolidación de los programas de atención integral de la salud para garantizar los servicios de prevención, promoción y desarrollo de la salud así como los de atención de la enfermedad y la rehabilitación. Además, se realizaron reformas administrativas para permitir la regionalización; se crearon nuevos modelos de atención y financiamiento en salud para facilitar la prestación de servicios por terceros; se estableció un sistema de información de laboratorios para la vigilancia de la salud y se reformaron y homologaron leyes importantes como la de aguas y la de presupuestación para la administración pública, que simplificó los procesos de formulación presupuestaria del Ministerio de Salud.

A partir de mayo de 1994, se intensifica el proceso de reforma del Sector Salud y se trasladan a la CCSS los programas desarrollados por el Ministerio de Salud: Atención Primaria, Ampliado de Inmunizaciones, Cáncer, Tuberculosis, Dermatología Sanitaria (Lepra), Odontología Sanitaria y el de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual; además de 1.380 funcionarios profesionales y técnicos en diversas disciplinas, equipo, materiales e infraestructura física, conforme a la Ley N° 7374 "Préstamo BID Programa Servicios de Salud y Construcción del Hospital de Alajuela".

En 1998, el Ministro de Salud remite a MIDEPLAN una Propuesta de Reestructuración del Ministerio de Salud, la cual es aprobada y se traduce en el "Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud". Con este decreto queda formalmente establecida la nueva estructura orgánica del Ministerio con sus direcciones y el modelo de desconcentración en direcciones regionales y direcciones de área rectora.

Cabe recordar que en esta década también se promulgaron dos leyes importantes orientadas a fortalecer el derecho a la salud: la Ley No.7771 Ley General sobre el VIH-SIDA y, la Ley N° 8239 denominada: "Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados".

A partir del 2.000 se continúa con el fortalecimiento de la rectoría en salud, la extensión de

la cobertura tanto de los servicios de atención a las personas, como de agua para consumo humano con énfasis en las zonas rurales y urbano marginales, así como de los servicios de saneamiento básico.

En el período del 2002-2006 destacan las siguientes actividades:

- Promulgación de la “Política Nacional de Salud 2002-2006” y la “Agenda Concertada en Salud 2002-2006”, basadas en las prioridades definidas en el Plan Nacional de Desarrollo del mismo período.
- Adecuación de la estructura organizativa de la institución, a fin de hacer más eficiente el ejercicio de la rectoría.
- Fortalecimiento y modernización del marco legal para el ejercicio de la función de regulación de la salud.
- Fortalecimiento de los procesos de protección de la salud de los costarricenses, con énfasis en grupos vulnerables de los cantones prioritarios del “Plan Vida Nueva”, con especial atención en el acceso equitativo a servicios de salud con calidad de las poblaciones indígenas y migrantes.
- Desarrollo de planes, programas y proyectos en temas específicos de salud (salud mental, VIH/SIDA, enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros).
- Desarrollo y coordinación del Proyecto en VIH/SIDA de carácter interinstitucional y con participación de la sociedad civil, con financiamiento del “Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria”.
- Fortalecimiento e incremento de la calidad en la atención de los servicios de salud materno infantiles, mediante el trabajo de las Comisiones Hospitalarias, Regionales y Locales de Análisis de Mortalidad Infantil.
- Reducción de la tasa nacional de mortalidad infantil, de 11,5 por mil nacidos vivos en el año 2002 a 9,78 por mil nacidos vivos a diciembre del 2005. Por primera vez el país alcanza una tasa de mortalidad infantil de un solo dígito, colocándose a la vanguardia en esta materia.
- Constitución de la “Comisión Nacional de Mortalidad Materno Infantil” y de “Comités de Mortalidad Materna” en hospitales privados, lo que ha permitido unificar los procesos de análisis de las muertes maternas, así como, detectar deficiencias en la atención para implementar estrategias correctivas.

- Eliminación de la morbilidad y mortalidad por poliomielitis, difteria, sarampión, tétano neonatal y rubéola, como resultado del aumento en la cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Implementación del “Sistema Nacional de Monitoreo de la Fortificación de Alimentos” para la verificación de la calidad de los alimentos fortificados con micro nutrientes (azúcar con vitamina A, harina de trigo y de maíz con hierro y ácido fólico, sal con yodo y leche con hierro, vitamina A y ácido fólico).
- Implementación de la estrategia denominada “Atención Integral Extramuros”, o CEN CINAI en el Hogar; dirigida a beneficiarios de las modalidades de distribución de leche, distribución de alimentos a familias, lo que ha contribuido a un aumento constante y efectivo en la cobertura de alimentación complementaria.
- Desarrollo en conjunto con el IAFA y el ICODER de la metodología para la implementación de la estrategia “Cantones Ecológicos y Saludables” y “Costa Rica en Movimiento Da Vida al Corazón” (Cantones Activos y Saludables), con los componentes de actividad física, alimentación saludable y habilidades para la vida.
- Disminución de un 25%, de la mortalidad por cáncer de cérvix en el último quinquenio, como resultado del desarrollo de programas y actividades para la promoción de la salud y la prevención del cáncer en coordinación con instituciones y organizaciones nacionales e internacionales.
- Evaluación del 25% de las sedes de los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS), en todo el país, por medio de la aplicación de una metodología estandarizada, que permitió monitorear la equidad y la calidad de la atención en el primer nivel.
- Formalización de empréstitos con organismos internacionales para el financiamiento de la construcción del alcantarillado sanitario de San José y de otras zonas del país, esto con el propósito de llevar a cabo la modernización del Sector de Agua Potable y Saneamiento.
- Consolidación del Ministerio de Salud como Autoridad Competente Nacional en materia de Protección Radiológica, mediante la autorización, control y normalización de las instalaciones, personas y prácticas asociadas directa o indirectamente con el uso de emisiones de radiaciones ionizantes.

El período del 2006-2010 se destacan las siguientes acciones:

- Fortalecimiento de la rectoría mediante el proceso de desarrollo organizacional caracterizado por

el replanteamiento de algunas funciones rectores, el desarrollo de manuales de Procedimientos y Protocolos, el Manual de Organización y Funciones y un intenso proceso de capacitación a los funcionarios de los tres niveles de gestión.

- Promulgación de un nuevo Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, N°34510-S de junio del 2008.
- Introducción de tres nuevas vacunas: varicela, neumococo y tosferina acelular, en el esquema básico de inmunizaciones a nivel nacional.
- Disminución de la tasa de desnutrición leve, moderada y severa en niños preescolares de un 1%.
- Construcción y puesta en funcionamiento del Centro de Atención Integral en Adicciones en Sustancias Psicoactivas, a personas menores de edad en coordinación con la CCSS y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
- Cierre técnico del Relleno Sanitario de Río Azul.

Período del 2010 al 2014 se destacan las siguientes acciones:

- Fortalecimiento del liderazgo institucional, mediante ajustes a la estructura orgánica y funcional de la institución que reforzaron temas estratégicos de promoción de la salud, protección al ambiente humano y registros sanitarios, entre otros.
- Disminución de la tasa de mortalidad materna de 3,0 muertes por cada 10.000 nacidos vivos en el 2011 a 1,7 en el 2013.
- Disminución de la tasa de mortalidad infantil a 8,51 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, la más baja de todos los tiempos.
- Disminución del 99% de los casos de malaria y su eliminación en la provincia de Limón que era la zona endémica del país.
- Desarrollo del Programa “Mi comunidad sin Dengue”, el cual potenció las acciones de control y prevención de la enfermedad convirtiéndose en un compromiso y meta de país.
- Disminución de la cantidad de residuos valorizables que llegan a los sitios de disposición final, mediante la implementación de “Planes de Gestión Integral de Residuos”, en el 70% de los cantones del país.

- Promulgación de la Ley N° 9028 “Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud”, así como de su reglamento.
- Implementación del Sistema Digital “Regístrelo”, el cual permite a los usuarios de los servicios, el ingreso de las solicitudes de registro de productos de consumo humano (medicamentos, alimentos, cosméticos, productos naturales entre otros), desde cualquier parte del mundo, a cualquier hora del día, los siete días de la semana.
- Implementación del programa “Plan Movéte, Disfrutá la Vida”, el cual promueve la actividad física y la alimentación saludable en adolescentes de 13 a 15 años, que asisten al 76% de los colegios con matrícula superior a los mil estudiantes.

Período del 2014 al 2017 se destacan los siguientes logros:

Se cuenta con una rectoría en salud fortalecida, un Sector Salud debidamente conformado y funcionando en forma articulada y un Sistema Nacional de Salud sólido que se rige por los principios de equidad, universalidad y solidaridad. Aparte se ha avanzado en los temas que se describen a continuación:

CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

Gestión de Calidad Institucional

Salud recibe un reconocimiento a la gestión de calidad. El Ministerio de Salud fue galardonado en la V Edición del Premio Nacional a la Calidad y Reconocimiento a Prácticas Promisorias en la Gestión Pública 2015- 2016, con una mención honorífica en reconocimiento a la mejora de su gestión, siendo la única institución de la administración pública en obtener este reconocimiento.

Normas de Calidad para la Regulación en Salud

Creación y oficialización del Comité Nacional de Normalización en Productos y Tecnologías para Sector Salud, Ministerio de Salud e INTECO. Conjuntamente con las instituciones del Sector Salud, Nutrición y Deporte, se conformó el Comité #44, el cual tiene como finalidad la homologación de criterios en materia de los procesos de regulación nacional. La misión del INTE CTN 44 es promover y coordinar la cooperación nacional en la normalización, tales como: la elaboración, divulgación y aplicación de las normas que aseguren la productividad de las organizaciones, la protección del consumidor y el medio ambiente. Se conformaron los subcomités de calidad en diferentes temas y áreas de la salud con la elaboración de normas

en Equipo Médico, Implantes, Tecnología de información, Transfusión, Acceso a los servicios de salud, Esterilización.

Garantía para Alimentos Fortificados en Costa Rica

Se certifica la calidad de la fortificación de alimentos con nutrientes por medio del Sello de Garantía para Alimentos Fortificados en Costa Rica, mediante el decreto ejecutivo No. 39741-S, que oficializa la norma para el uso de este sello y podrá ser exhibido en la etiqueta o publicidad de cualquier tipo por parte de los comercializadores. Este tiene como objetivo principal la promoción de las buenas prácticas de la industria alimentaria y crear confianza en los consumidores.

Transparencia institucional

La institución se ha comprometido con la transparencia. Parte de las acciones desarrolladas es la aplicación de la medición del Índice de Transparencia, que incluye las dimensiones de: Acceso a la información, Rendición de cuentas, Participación ciudadana, Datos abiertos de gobierno, así como información de carácter: Institucional, del Personal Institucional, de Procesos de Contratación, de Servicios y Procesos Institucionales, de Herramientas y Condiciones, de Rendición de Cuentas, de Finanzas Públicas, Planes y Cumplimiento, de Informes Institucionales y de Personal, de Toma de Decisiones, de Participación Ciudadana, de Datos Abiertos de Gobierno, de Presupuesto Público, de Estadísticas o Registros del Sector; entre otros.

Mejora regulatoria y simplificación de trámites

Consolidación de la Comisión de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional, constituida por la Oficial de Simplificación de Trámites (Dra. María Esther Anchía Angulo, Viceministra de Salud), la Dirección General de Salud, la Dirección de Asuntos Jurídicos, la Dirección de Planificación, la Contraloría de Servicios Institucionales, la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario y la Dirección de Atención al Cliente, Dirección de Protección al Ambiente Humano, Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud, Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación. Esta comisión se reúne dos veces al mes en forma permanente desde su creación. Se ha logrado la simplificación en el trámite de registro de productos alimenticios y cosméticos de bajo riesgo; como parte de los compromisos planteados en el Plan de Mejora Regulatoria Institucional.

Así como la implementación del protocolo para el trámite de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, con el fin de normalizar y estandarizar el desarrollo de dicho trámite, la

revisión y actualización de los protocolos y hojas de ruta de 160 servicios que brinda el Ministerio.

Planificación

Se elaboró la Política Nacional de Salud que integra estrategias en todos los temas vinculados a salud y con un amplio proceso participativo. Así como el Plan Nacional de Salud 2016-2020, que incluye un conjunto de programas, proyectos y estrategias que las instituciones y otros actores clave han aportado para el logro de la Política Nacional de Salud.

Se ha elaborado el Primer Plan Estratégico Institucional a diez años y que establece la articulación con en el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud y el POI, para garantizar mediante una cadena de resultados el cumplimiento de cada uno de estos planes.

Por primera vez el Ministerio cuenta con un Manual de Ética y Valores que guía el comportamiento de las personas funcionarias y el quehacer institucional.

Desarrollo organizacional

Aprobación del ajuste de la Estructura Organizativa y Funcional del Ministerio de Salud en su nivel central, aprobada por MIDEPLAN mediante oficio DM- 834-16, lo cual permitirá una mayor eficiencia y eficacia en el desarrollo de las funciones rectoras.

Relaciones Internacionales en Salud

Se concedió la opinión favorable del Comité de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico en cuanto al Sistema Nacional de Salud en el proceso de adhesión del país a esta organización. Lo cual significa que, a criterio de dicho comité, el Sistema Nacional de Salud presenta las características necesarias para que el país se convierta en miembro pleno de la organización.

Durante la Reunión de Alto Nivel de la Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, el país suscribió la Declaración Política sobre VIH y SIDA: en vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la pandemia del SIDA para el 2030.

Costa Rica fue reconocida ante la OMS por posicionamiento del “accidente ofídico” como un problema de salud pública internacional donde deben recuperarse las prácticas de registro obligatorio de los casos.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA UNA VIDA LIBRE DE TABAQUISMO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES COSTARRICENSES.

Promoción de la Salud

El Ministerio de Salud con el fin de lograr un mayor acercamiento a la población adolescente en la promoción de estilos de vida saludables como factores protectores del tabaquismo, ha desarrollado campañas de comunicación en los medios digitales, convirtiéndose así en uno de los primeros Ministerios del Gobierno de Costa Rica en innovar la forma de comunicar a esta población, con programas como “LO MIO ES” que promueve una vida libre de tabaquismo en los adolescentes del país, mediante tres audiovisuales que fomentan el valor de los adolescentes como seres humanos integrales, con sus talentos y capacidades propias, que contribuyan al reconocimiento, aceptación y valoración entre sus pares y la sociedad en general. “PONELE A LA VIDA” Incentiva, por medio de diferentes canales de comunicación en medios digitales y redes sociales, acciones hacia la consolidación de patrones y hábitos de vida saludables, entre ellas: App Ponéle a la Vida, Canal de Youtube ¡Qué Sabros, Facebook!, Ponéle a la Vida, Aquí no se fuma.

Actividad física y salud

Para avanzar en la lucha contra el sedentarismo y estimular la actividad física se cuenta con la “Red Costarricense de Actividad Física y Salud (RECAFIS)” con nivel de organización nacional, dos redes regionales y 55 redes cantonales. También la formulación de un Proyecto Nacional para la Promoción de Actividad Física Sistemática en cantones seleccionados de acuerdo con el índice de desarrollo social, prevalencia de bajo nivel de ejercicio físico y presencia de RECAFIS conformadas.

SALUD DE LAS PERSONAS

Enfermedades transmisibles

Inmunizaciones: Costa Rica cuenta con uno de los esquemas de vacunación más completos a nivel internacional. Se presentan coberturas de vacunación entre 90 y 95%, como BCG: 87%, Pentavalente, 1 dosis: 94%, Pentavalente, 3 dosis: 95%, Hepatitis B, 3 dosis: 94%, Neumococo, 2 dosis 94%, SRP, 15 meses: 93%, SRP, escolares: 87%, Varicela: 94%, Toxoide diftérico: 93%).

Arbovirosis (Dengue, Zika y Chikungunya)

En el 2016, Costa Rica se enfrentó por primera vez a tres enfermedades transmitidas por el mismo vector, *Aedes aegypti*. Para enfrentar esta situación se trabajó en varias estrategias mediante las cuales se logró:

En el contexto regional, Costa Rica tuvo la capacidad de retardar la transmisión autóctona del Zika por más de un mes, lográndose controlar los primeros dos brotes que se presentaron en Sámara y Alajuelita. En Sámara por ejemplo, se llegó a documentar una vez atendido el brote un período de ausencia de transmisión autóctona de cinco semanas. En Alajuelita, donde se dio el primer caso autóctono del Gran Área Metropolitana, una vez atendido intensamente el brote durante el mes de abril de 2016, no fue hasta luego de seis semanas que se detectaron nuevos casos en esa comunidad.

El Programa de Manejo Integrado de Vectores visitó 687.128 viviendas, eliminando o tratando 2,964.539 sitios de cría de *A. aegypti*. Además se fumigaron 759.234 viviendas.

Reversión de la curva de tendencia de casos de Dengue y Chikungunya, lográndose ubicar en la zona de seguridad del canal endémico en los últimos meses del año.

Ejecución del Plan General de Emergencia por la proliferación del mosquito *Aedes aegypti*, en el cual se ejecutaron en el 2016 más de ₡ 600.000.000,00, en conjunto con la Comisión Nacional de Emergencias.

Este plan permitió la compra de insumos para fortalecer el trabajo de campo del Programa de Manejo Integrado de Vectores del Ministerio de Salud. Se adquirieron bombas de fumigación, insecticida químico y se incentivó el uso del control biológico.

Adquisición e inicio de la entrega de kits preventivos (mosquiteros y repelentes) contra el Zika, que beneficiaron a 5.000 mujeres embarazadas en esta primera etapa y que se continuará durante los años subsiguientes. Costa Rica es uno de los pocos países de América Latina que tomó esta iniciativa, con el fin de mitigar el riesgo de nacimientos con malformaciones congénitas asociadas a este virus y proteger a la mujer embarazada especialmente.

Aprobación del plan general de la emergencia por la proliferación de *A. aegypti* para ejecución en cinco años, el cual beneficiará a la población con más insumos y recursos para el abordaje de ésta problemática.

En el 2016 no se registraron muertes asociadas a ninguna de estas tres arbovirosis.

Elaboración del “Protocolo Nacional de Vigilancia para el Virus del Zika y sus complicaciones”.

Participación activa en la elaboración del protocolo de “Vigilancia de Síndrome Congénito

Asociado a Zika” y de los “Lineamientos de Atención a la Mujer Embarazada y el Recién Nacido en el Contexto del Zika”. Todos en coordinación con el INCIENSA.

No se presentaron brotes de enfermedad por el virus de Chikungunya.

Capacitación de 55 funcionarios del Programa de Manejo Integrado de Vectores como técnicos de entomología médica. Lo cual les permitirá, un desempeño de sus funciones de mayor calidad y eficiencia.

La Región Huetar Caribe es la pionera en la iniciativa de galardonar “Cero Criaderos de Aedes Aegypti” desde el año 2010, que hasta la fecha se implementa en toda la Región con la finalidad de incentivar a establecimientos públicos, privados y organizaciones no gubernamentales a obtener el galardón en la eliminación y tratamientos de los criaderos del zancudo, obteniendo resultados favorables en la disminución de la incidencia de casos de virus transmitidos por vectores, durante el periodo 2012 a junio 2017 se ha galardonado aproximadamente 300 entidades con los seguimientos según los establece el programa.

En el mes de Noviembre del año 2016 el país recibe el premio “Campeones Contra el Paludismo en las Américas” otorgado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. La iniciativa honró los esfuerzos innovadores que han demostrado ser exitosos en lograr la prevención, la eliminación o el reestablecimiento de la enfermedad y que han contribuido de manera significativa a superar los desafíos que plantea el paludismo en el cantón de Matina en Costa Rica y en la Región Huetar Caribe. Las mayores tasas de incidencia ocurrieron en los años 2005 (72,52 por cada mil habitantes) y 2006 (62,72 por cada mil habitantes), mientras que en el año 2011, se presentó una de las tasas más bajas (0,21 por cada mil habitantes N=10).

Certificación de hoteles, restaurantes y tour operadores, como empresas turísticas libres de Aedes aegypti en el cantón de Puntarenas.

Otorgamiento del “Galardón Cero Dengue” a ocho instituciones u organizaciones: Municipalidad de Jiménez, Escuela El Recreo, Escuela La Margoth, Escuela Asentamiento Yama, Universidad Estatal a Distancia, Liceo de Tucurrique, Cruz Roja de Tucurrique y Centro Agrícola de Tucurrique, ya que cumplieron con una serie de requisitos tales como: la conformación del grupo organizado, inscripción de una categoría, realizar un plan de trabajo, ejecutar las actividades planificadas y presentar un informe final.

Elaboración, socialización y distribución de la “Guía Personal para la Eliminación de Criaderos”, en las instituciones públicas y privadas, comunidades y centros educativos de todo el país, con el objetivo de facilitar la identificación y eliminación de los distintos tipos de criaderos de A. aegypti. La intención es involucrar a la población no solo en la eliminación de los criaderos

de su entorno, si no motivarlos para que se conviertan en eliminadores de criaderos de su vecindad.

Elaboración y publicación semanal de un boletín en relación a la situación epidemiológica y entomológica a nivel nacional, con el propósito de informar a los diferentes actores sociales, tanto públicos como privados, así como a la población en general, sobre la situación epidemiológica del dengue, chikungunya y zika; así como la densidad vectorial, los sitios de cría y las acciones realizadas.

Realización de campañas de recolección y adecuada disposición de residuos no tradicionales en los cantones más afectados por estas tres arbovirosis, en alianza con empresas públicas y privadas.

Entrega de catorce reconocimientos a empresas públicas y privadas por su abnegada lucha contra el mosquito *Aedes aegypti*. Realización de alianzas con diversos medios de comunicación para informar y concientizar a la población sobre aspectos importantes sobre el control y prevención de estas enfermedades.

Tuberculosis

Costa Rica está incluida dentro de los países de baja incidencia de tuberculosis, con una tasa incidencia de 9 casos/100.000 habitantes en el 2014.

En el país, además de las consultas establecidas para el control se realiza búsqueda activa en otro tipo de consultas para captar casos sospechosos. Se ha logrado mantener un trabajo diario con el tratamiento supervisado a los pacientes diagnosticados y se brinda el tratamiento preventivo a los contactos de pacientes positivos por el bacilo que así lo requieran.

Para seguir con esta tendencia durante este año se ajustó la Norma Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis para la oficialización de la “Norma para la Vigilancia y Control de la Tuberculosis” y también la Norma Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis para la oficialización de la “Norma para la Vigilancia y Control de la Tuberculosis”.

Malaria

Se considera área malárica aproximadamente el 70% de los 51.000 km² de nuestra superficie territorial, con una población en riesgo estimada para el año 2016, de 1.892.426 habitantes. En el año 2016 se registraron 13 casos de malaria con un índice parasitario anual (IPA) de 0,007/1000 habitantes. Nueve de los casos fueron importados y cuatro son autóctonos.

Costa Rica está en la lista de los países de la OPS/OMS en fase de pre-eliminación para avanzar a corto plazo hacia la eliminación de la malaria, logrando la acreditación del “Premio Campeones de la Malaria”, para lo cual se filmó un video (con ayuda de OPS) en las localidades de Limón y de Matina. También se logró la disminución de la incidencia y del riesgo de enfermarse por malaria a nivel nacional.

VIH-sida

La prevalencia del VIH en población general es de 0,14%, en el grupo de 15 a 24 años es de 0,11% y en el de 15 a 49 años 0,26%. En el período 2002-2015, se diagnosticaron 8.219 casos de VIH (182,5/100.000 habitantes). En Costa Rica todavía se presentan cifras de aumento de la epidemia, para el año 2015. La Dirección de Vigilancia de la Salud reporta 8219 personas con VIH: de estas 6225 son hombres y 1594 son mujeres.

Elaboración, oficialización y divulgación del Plan Estratégico Nacional 2016-2021 en concordancia con el “Llamado a la acción y a las metas 90, 90, 90”.

Realización del ejercicio: “Marco de Inversión de Costa Rica 2016”, herramienta para ayudar al gobierno, a la sociedad civil y otros socios a maximizar el impacto de su respuesta al VIH. Evaluación de la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en términos de supresión de la carga viral plasmática en Costa Rica.

Elaboración y oficialización del Acuerdo Ejecutivo N° DM-CB-4749-2016, que declara de interés público y nacional la “Norma Nacional para la Atención en Salud Libre de Estigma y Discriminación a las Personas Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans, Intersex (LGTBI) y otros hombres que tienen sexo con hombres”.

Proyecto “Modelo Sostenible de Prevención Combinada para Población Hombres que tienen Sexo con Hombre y Trans Femeninas”.

Enfermedad de Hansen o lepra

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada hasta hace unos años por *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias altas y los ojos. Es una enfermedad curable y si se trata en las primeras fases, se evita la discapacidad. Durante el 2016 se logró la implementación de la estrategia de tratamiento estrictamente supervisado (TES) en el 100% de las Áreas de Salud de la CCSS, donde son diagnosticados los casos de lepra y la autorización por el Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS) de realizar la investigación cualitativa: “Factores Asociados con la administración del tratamiento en pacientes con lepra en Costa Rica”, la cual permitirá

conocer desde la perspectiva de los pacientes, los motivos por los cuales no se adhieren al tratamiento.

Reglamento Sanitario Internacional

En cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y como parte de las oportunidades de mejora en aspectos migratorios y de control de productos de interés sanitario, se visualizó la necesidad de fortalecer las fronteras. Para ello, con apoyo de la Dirección General de Migración y Extranjería, durante el 2016 se planificó la construcción de la Oficina Sanitaria de Salud en Peñas Blancas, con el propósito de contar con mejores condiciones para atender la problemática sanitaria relacionada con las fronteras y migraciones.

Observatorio Geográfico en Salud (OGES)

El Observatorio Geográfico en Salud (OGES) constituye una iniciativa del Ministerio de Salud dirigida a brindar acceso ciudadano, continuo y sistemático a la información en salud. Mediante la colaboración con la Universidad Estatal a Distancia (UNED), el Ministerio de Salud promovió el desarrollo de capacidades en sus funcionarios para producir información georreferenciada en salud, la cual es publicada de manera digital en el OGES por medio de la utilización de software libre para ambos procesos.

La plataforma digital interactiva del Observatorio Geográfico en Salud con mapas de establecimientos de salud (Ministerio de Salud y CEN-CINAI), así como 17 mapas temáticos sobre cáncer, enfermedades vectoriales, mortalidad prematura y disposición de residuos. Congruente con las disposiciones del gobierno digital y el acceso ciudadano a la información. Además, la plataforma permite la descarga de las capas geográficas, las hojas de cálculo, las imágenes y los metadatos de cada uno de los mapas.

Generación de una economía de costos a largo plazo en licencias y procesos administrativos para actualizarlas por medio de la investigación y posterior uso de software libre, tanto para la producción de los mapas como para el diseño y mantenimiento de la plataforma digital.

ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES (ENT)

Costa Rica ha logrado avanzar en el marco de las líneas de acción de la Estrategia Mundial, Regional y sus respectivos Planes de Acción para la prevención y control de las ENT. Para ello se logró durante este año:

Conformación del equipo intersectorial de vigilancia ENT, en el marco de la Comisión Nacional de ENT y Obesidad.

Realización de jornadas de divulgación sobre los avances en la implementación de la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las ENT y Obesidad.

Realización de un análisis preliminar de costos de atención en salud y de bolsillo de las ENT.

Cáncer

El cáncer aporta el 33,3% de todas las defunciones en nuestro país.

Integración y participación activa (con voz y voto) del representante de las “Organizaciones que trabajan con pacientes con Cáncer” al Consejo Nacional de Cáncer.

Incorporación de Costa Rica al programa CONCORD, el cual realizará un estudio mundial sobre la supervivencia de cáncer. Esto permitirá a las autoridades en salud la toma de decisiones e implementación de acciones de mejora.

Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial y nuestro país no escapa de esta realidad. Asimismo, se consideró como prioritario, declarar zonas de riesgo para la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad. Se logró:

Elaboración y publicación el decreto ejecutivo N° 39589-S La Gaceta del 6 de mayo de 2016: “Norma de Hidratación de las personas expuestas a estrés térmico por calor en actividades físicas de tipo laboral de riesgo IV”. Esta norma se oficializó con carácter de obligatoriedad de implementación en todas las actividades donde la persona se expone a este factor de riesgo.

Elaboración y publicación del decreto ejecutivo N° 39709-S “Declaración de zonas endémicas para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad renal crónica”, publicada en La Gaceta del 30 de junio de 2016.

Cuidados paliativos

Se habilitó el 71,0% (54 establecimientos) por parte de las Áreas Rectoras de Salud. Sin embargo, durante el los últimos veinticuatro se ha visitado al menos en una ocasión al 94,7% de los establecimientos de cuidados paliativos.

Elaboración del componente de Cuidados Paliativos para su debida incorporación en el Plan Nacional de Salud 2016-2020.

NORMALIZACIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD Y AFINES

Fecundación in vitro

Desarrollar la Norma Técnica que establece las pautas básicas técnicas y administrativas para efectuar este tratamiento en los servicios de salud.

Se desarrolló la norma de habilitación a efectos de autorizar el funcionamiento de los establecimientos públicos y privados que implementarán la FIV y se habilitó el primer servicio de salud en el país que puede realizar esta técnica, el cual cumple con los estándares definidos en la norma respectiva.

Donación y trasplante de órganos y tejidos humanos

En este tema se publicó e implementó el Reglamento a la ley 9222 "Ley de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, Decreto Ejecutivo N° 39895-S, permitiendo realizar durante el año las siguientes acciones:

Distribución hepática de donante cadavérico a receptores que se encuentran actualmente en la lista nacional.

Autorización de establecimientos de salud que realizan procesos de donación y trasplante.
Regulación específica de importación de tejido corneal.

Declaración obligatoria de muerte encefálica, criterio de calidad que permite llevar el control de las principales causas de muerte, número de donante, anuencia o negativas familiares.

Declaración obligatoria de enfermedad renal crónica, estadística que permitirá al país estratificar el número personas portadoras de enfermedad renal crónica, principales factores etiológicos y desarrollo de la patología.

Habilitación de servicios de salud y afines

La Ley General de Salud dispone que las personas físicas o jurídicas públicas o privadas que requieran brindar servicios de salud y afines, deberán obtener el permiso o autorización del Ministerio de Salud, previo a su instalación y operación. Para lo cual, deben garantizar que reúnen o cumplen los requisitos legales generales y particulares establecidos.

Publicación del Decreto Ejecutivo N° 39728-S “Reglamento General de Habilitación de Servicios de Salud y Afines” (La Gaceta N° 121 del 23 de junio de 2016).

Sistema de receta digital

Durante el 2016 se desarrolló el sistema digital para emisión de recetarios para sustancias estupefacientes y psicotrópicas y se inició el proceso de transición del papel a lo digital que culmina el 9 de mayo del 2017, momento en el que todas las partes (farmacias, médicos, odontólogos, regentes, droguerías) deberán utilizar el sistema digital.

Reforzar los controles en la distribución de este tipo de fármacos en el Ministerio de Salud. Los profesionales en salud de farmacias y droguerías podrán dar un seguimiento automatizado y facilitar el despacho de las recetas.

Los pacientes tendrán acceso a estos medicamentos solo con la presentación de la cédula de identidad en cualquier establecimiento con acceso al “Sistema de Receta Digital”.

Para los usuarios, la receta digital representa una serie de ventajas tales como: no existe el riesgo de perder la receta y permite una interacción directa entre el paciente y el médico

Salud materno-infantil

Elaboración del “Plan Regional para la Reducción de Mortalidad Materno Infantil”. Además se cuenta con 12 planes locales, los cuales se encuentran alineados con el plan regional.

Disminución de un 52% en la tasa de mortalidad materna (1,4/mil nacidos vivos) comparado con el 2015.

Conformación de la Red Regional Interinstitucional de Niñez y Adolescencia en respuesta al aumento en la incidencia de embarazos en adolescentes y con el objetivo de desarrollar acciones interinstitucionales para su reducción; además, se logró asesorar y conducir a las Áreas Rectoras de Salud (ARS) con mayor incidencia para el abordaje integral de la población adolescente.

Mejoramiento en el cumplimiento de la norma de bajo riesgo obstétrico en el 98% de los casos de mortalidad infantil analizados (14 casos en el 2016) y de un 95% en la evaluación de servicios del primer nivel de atención; incluyendo la educación básica en salud, para la prevención y control en temas propios del embarazo, cuidados del recién nacido, importancia de la lactancia materna, casos de emergencia, y prevención de violencia intrafamiliar, entre otros.

Colaboración y apoyo técnico para la realización del “Congreso gestación, parto, pos parto y primera infancia”, y en la elaboración del documento “Legislación relevante sobre atención de la mujer, primera infancia y familia gestante en Costa Rica, octubre 2016”, lo cual pone en la mesa política la importancia del tema materno infantil para el país.

Actualización de los “Lineamientos nacionales para el abordaje integral de la mujer embarazada y el recién nacido, relacionado con la infección del ZIKA, diciembre 2016”.

Divulgación y capacitación a funcionarios de diferentes instituciones a nivel regional, sobre la “Norma de atención a las personas adolescentes: componente salud sexual y salud reproductiva”.

Apoyo en la elaboración de los indicadores para el seguimiento del proceso de acatamiento de los derechos de las personas menores según código de niñez y la adolescencia, para la Defensoría de los Habitantes.

Realización del estudio: “Diagnóstico sobre contenidos y enfoques que actualmente poseen los planes de estudio de universidades seleccionadas para la formación de profesionales en ciencias de la salud y de la educación en materia de salud sexual y salud reproductiva” y la “Propuesta para la inclusión e institucionalización de los contenidos y enfoques recomendados”.

Consolidación del equipo de trabajo para la medición de desigualdades en Salud Materno Infantil.

Embarazo adolescente

Este programa se desarrolla en dos de las regiones del país. Con ello se logró: Formación de 50 personas como “multiplicadores” para la sensibilización de funcionarios para el trabajo con adolescentes en las siete regiones el Ministerio de Salud.

Divulgación del modelo nacional de prevención y atención del embarazo adolescente, en seis regiones del Ministerio de Salud.

Capacitación a 30 funcionarios del INA sobre derechos de las personas adolescentes en condición de embarazo y lactancia.

Con apoyo del Iniciativa Salud Mesoamérica: Modelo implementado en dos regiones del país: Huetar Caribe y Brunca.

SALUD DE GRUPOS VULNERABLES

Envejecimiento saludable

Conformación de la “Comisión Técnica Interinstitucional para la Elaboración de la Estrategia de Envejecimiento y Salud”, con representantes de la CCSS, MEP, UCR, UNA, CONARE, CPJ, INAMU, PANI, UGL, AED, AGEKO, OPS/OMS.

Elaboración de las acciones estratégicas sobre envejecimiento saludable desde el curso de vida resultado del trabajo intersectorial y con la participación de expertos, personas adultas mayores y estudiantes universitarios.

Elaboración del “Plan de Acción de la Estrategia de Envejecimiento Saludable desde el Curso de Vida”

Elaboración de Herramienta de Seguimiento a las Acciones en el Tema de Envejecimiento y la Salud, a fin de que desde el nivel local y regional se registren y se brinde seguimiento a las acciones que se realizan en el tema.

Población migrante

Elaboración del documento “Marco de acciones rectoras para el derecho a la salud de las personas migrantes”. El documento ofrece los parámetros de acción para los distintos niveles, según las necesidades, particularidades.

Plan Nacional de Salud de Pueblos Indígenas y Plan Nacional de Salud de Afrodescendientes

Elaboración de siete módulos para desarrollar cursos conceptualmente acordes con las poblaciones y ampliamente participativos.

Se ha aplicado parcialmente según sea necesario, y ya se cuenta, con información de varias comunidades indígenas y afrodescendientes.

Salud sexual y reproductiva

Análisis, publicación y presentación de resultados de la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Derecho a la salud de lesbianas, gays, bisexuales, tran e intersex (LGTBI)

Divulgación, sensibilización e implementación de las “Directrices para la garantía del derecho a la salud de personas LGTBI” elaboradas por el Ministerio de Salud.

Conformación de la “Comisión Institucional para la Igualdad y la no Discriminación hacia la Población Sexualmente Diversa”.

Elaboración y sensibilización del “Plan Institucional contra la Discriminación hacia la Población Sexualmente Diversa 2015-2018”.

Reforma del Decreto Ejecutivo N° 32544-s del 9 de febrero del 2005 “Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud” para reconocer los derechos de los funcionarios/as lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersex/ LGTBI.

Inclusión en la página web del Ministerio de Salud de un espacio para la Comisión y el tema de la diversidad sexual, que se denominará “La riqueza de las diferencias”. Por un Ministerio de Salud libre de discriminación.

Realización de un taller de sensibilización y divulgación sobre el tema de la diversidad sexual, las directrices técnicas y la Comisión Institucional, para los niveles central y regional.

ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y SALUD

Sobrepeso y obesidad

Fortalecimiento de la Secretaria de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN) y las instancias respectivas.

Fortalecimiento del “Programa de Salud y Nutrición Escolar” mediante la articulación de un trabajo conjunto entre CCSS-MEP-Ministerio de Salud, tanto en el nivel nacional como en el nivel regional y local.

Implementación del Proyecto de Reducción de la Obesidad en niños de 5 a 12 años de edad. Elaboración de una propuesta de estrategia para mejorar la implementación del decreto de sodas estudiantiles, la cual fue validada por funcionarios del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación Pública de la Región Central Norte, dado que en esta Región es donde hay mayor cantidad de centros educativos con sodas estudiantiles.

Desarrollo y validación del sistema de información nacional de seguridad alimentaria y nutricional (SINSAN).

Creación de una alianza público-privado entre el Ministerio de Salud y la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria para la reducción de sal/sodio en los alimentos procesados.

Se ha brindado información al consumidor sobre estilos de vida saludable por medio de las redes sociales.

Elaboración de una propuesta de etiquetado nutricional frontal que ha sido coordinado por el INCIENSA con la participación del Ministerio de Salud y la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA).

Elaboración de una estrategia de educación nutricional y actividad física en la niñez que se desarrolla con niños y niña de los CEN-CINAI

“Proyecto de Fortalecimiento de los Programas de Alimentación Escolar”

Firma de convenio intersectorial de apoyo a la “Estrategia de Educación de la Primera Infancia del MEP: Un derecho, un reto, una oportunidad”, cuyo objetivo principal es lograr la universalización de la educación en la primera infancia.

Implementación del Modelo de Escuelas y CEN-CINAI Sostenibles, en 58 centros educativos y 10 CEN-CINAI en Desamparados y Pérez Zeledón de San José, Buenos Aires, Coto Brus y Corredores de Puntarenas.

Aproximadamente 10800 niños y niñas han recibido educación alimentaria y nutricional en Desamparados y la Región Brunca; así como 1200 padres y madres de familia, que evidencian un cambio en sus hábitos alimentarios e incorporando estilos de vida saludables.

Más del 50% de las “Escuelas y CEN-CINAI Sostenibles” han implementado o fortalecido las huertas estudiantiles, que se han convertido en espacios de aprendizaje valiosos para toda la comunidad educativa.

Se realizó un levantamiento del estado nutricional de la población escolar, en forma conjunta con el Sector Educación. Lo anterior, con el propósito de identificar los menores con malnutrición y que deben ser abordados de manera integral por ambos sectores.

Actualización de los menús escolares, de acuerdo con los gustos y preferencias alimentarias del estudiantado.

Sensibilización de 120 integrantes de las Juntas de Educación de las escuelas y de los Comités de Desarrollo Específico de CEN-CINAI sobre la importancia de adquirir alimentos de los agricultores familiares y de esta forma, dinamizar las economías locales y ofrecer a los estudiantes productos frescos producidos y cosechados en sus comunidades.

Fortalecimiento de ocho organizaciones de productores locales de Desamparados y la Región Brunca.

Capacitación de al menos 300 agricultores familiares para fortalecer sus sistemas productivos, con énfasis en las buenas prácticas agrícolas y mecanismos de comercialización para garantizar la calidad y la inocuidad que exigen la alimentación preescolar y escolar.

Vigilancia nutricional

Coordinación del 1er Censo Peso/Talla escolar en Costa Rica, llevado a cabo por el Ministerio de Salud en colaboración con la Dirección de CEN CINAI y el Ministerio de Educación Pública, en todas las escuelas del país, de marzo a noviembre del 2016. Establecimiento de criterios para la notificación obligatoria de eventos nutricionales.

Publicación de la Norma Nacional de Uso de las Gráficas Antropométricas para Valoración Nutricional de 0-19 años.

Establecimiento de criterios para la notificación obligatoria en relación a eventos nutricionales.

SALUD AMBIENTAL

Normalización en salud ambiental

Puesta en marcha del “Sistema para el Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales (SIROAR)” mediante el cual todos los entes generadores reportan de manera descentralizada a las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud mediante un sistema web, los parámetros de cumplimiento obligatorio establecidos en el Decreto 33601-S-MINAE: “Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales”.

Actualización del “Reglamento de Aprobación de Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales”, lo cual facilitó la tramitación de proyectos constructivos e inclusive, la formalización de los requerimientos para la exoneración de impuestos para los insumos.

Publicación del Decreto sobre Operación de Actividades de Turismo Aventura en coordinación con el Sector Turismo, que tiene como propósito disminuir los riesgos en actividades extremas y fortalecer al sector turístico del país.

Capacitación en coordinación con la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA) para

la aplicación del “Reglamento de Coincineración de Residuos Sólidos Ordinarios” (Decreto 39136-S-MINAE).

Oficialización de: Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos, la Estrategia Nacional para la Separación, Recuperación y Valorización de Residuos, y la Guía Técnica para la Gestión Integral de los Residuos Electrónicos y Eléctricos.

En cuanto al tema de contaminación atmosférica, se publicaron los siguientes reglamentos:
a) Reglamento para Configuración de Sitios de Muestreo en Chimeneas y Ductos para la medición de Contaminantes Atmosféricos provenientes de fuentes fijas.

- Reglamento para el Control de la Contaminación por Ruido
- Norma para mitigar las molestias y riesgos a la salud de las personas por el polvo producido en la construcción de obras (privadas y públicas)
- Reglamento para el control de las emisiones contaminantes producidas por vehículos automotores de combustión interna
- el Reglamento de Calidad del Aire para Contaminantes Criterio, el cual fortalecerá la gestión de la Red de Monitoreo de Contaminación y actualiza los límites máximos permisibles según normas internacionales, introduciendo un Índice de la Calidad del Aire y acciones a tomar por los distintos actores ante episodios de contaminación.

Cumplimiento de las directrices de Mejora Regulatoria en todos los reglamentos publicados. En particular, se actualizó el Reglamento General para Autorizaciones y Permisos de Funcionamiento. Esto viene a facilitar los trámites de las PYMES, industrias de alimentos y otros actores. Además, el Ministerio de Salud se acogió a la utilización del Sistema de Control Previo de Mejora Regulatoria, puesto en operación por el MEIC.

Actualización de los reglamentos sobre la actividad minera artesanal y los cementos hidráulicos. Participación en la vigilancia de la aplicación de la normativa para el saneamiento básico (agua potable, aguas residuales/tanques sépticos y manejo de residuos) en Upala, a raíz del Huracán Otto.

Calidad del agua potable

Definición de propuestas para la eliminación de residuos de plaguicidas en las fuentes de los acueductos de Milano, Cairo y Luisianna, en el cantón de Siquirres, sustentadas en el cumplimiento del Reglamento para la Calidad del Agua Potable, que modernizó la normativa de estos parámetros.

Monitoreo trimestral de la calidad del agua en los acueductos afectados originalmente por la

contaminación con arsénico, en los cantones de Bagaces, Cañas, Los Chiles y Aguas Zarcas de San Carlos.

Muestreo y análisis de la calidad del agua de 130 acueductos del país y se tomaron las acciones correctivas para cumplir con el Decreto 38924-S.

Aplicación de la Guía de inspección del Sistema Estandarizado de Regulación de la Salud (SERSA) como parte del Reglamento para Calidad del Agua Potable, con el fin de determinar los factores de riesgo de las instalaciones hidráulicas que componen el sistema de abastecimiento.

Mejora en el abastecimiento de agua en las comunidades de Bahía-Uvita y Palmar Sur como resultado de la implementación del Plan de Seguridad del Agua (PSA) de la ASADA de Bahía-Uvita, gracias al trabajo conjunto entre la población civil y las instituciones. Además, se instaló un sistema de desinfección en la ASADA de Palmar Sur. Con estas acciones emprendidas, se benefició a 2.616 personas.

Distribución de “kits” y “sachets” para la desinfección del agua en Golfito mediante el Proyecto “Agua Limpia para los Niños”, desarrollado mediante un convenio establecido entre el Ministerio de Salud, la Presidencia Ejecutiva de AyA y la Empresa Procter y Gamble. Este proyecto benefició durante el 2016 a 145 familias (653 personas) de las localidades de Esperanza y Altamira de Pavón, las cuales no contaban con abastecimiento de agua potable por medio de una ASADA o por AyA.

Inicio de funcionamiento de un pozo de 46 metros y un caudal 1,6 litros/segundo para abastecer a la comunidad de Cebadilla.

Implementación del “plan piloto” para remoción del aluminio en el acueducto de Zagala, de mayo a julio del 2016 y aprobación del presupuesto para la implementación del proyecto a partir del 2017, lo cual beneficio a 463 personas de las localidades de Zagala Vieja, Villa Bruselas y Cebadilla.

Garantía de continuidad, calidad y cantidad de agua para el consumo de los pobladores de los pobladores de Veracruz, Venecia y Pital de San Carlos, mediante la interconexión con otros sistemas de abastecimiento de agua potable.

En la Región Chorotega se instalaron 69 sistemas de abastecimiento de agua potable en Centros de Educación y Nutrición (CEN) y edificios de las Áreas Rectoras de Salud, los cuales se han visto afectados con el desabasto o faltante de agua potable, producto del fenómeno ENOS, en su fase de sequía. Lo anterior, se realizó en el marco del Proyecto, denominado

“Dotación de sistemas de Almacenamiento de Agua para reducir la vulnerabilidad funcional de las instalaciones del Ministerio de Salud, en las regiones Chorotega (Guanacaste), Pacífico Central (Puntarenas) y Central Norte (Alajuela)”.

Aguas residuales

Publicación del Decreto Ejecutivo 39887-S-MINAE “Reglamento de Aprobación de Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales”, el cual derogó el Decreto Ejecutivo 31545-S-MINAE y que facilita emplear sistemas novedosos de tratamiento de aguas residuales en el caso del sector privado; fomentar y facilitar la utilización de los sistemas de tratamiento que sean construidos directamente por el sector público y traspasar obras construidas por el sector privado a instituciones de carácter público, tales como el AyA, ESPH y Municipalidades.

Elaboración de la “Política Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales 2016- 2046” (PNSAR). El principal reto de esta política es ir más allá de considerar que un tanque séptico con drenaje es un sistema de manejo seguro, incrementando las coberturas de alcantarillado de las zonas urbanas y definir soluciones apropiadas en las zonas rurales.

Elaboración del “Plan Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales 2016-2046”.
Puesta en marcha del “Sistema de Información para el Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales (SIRROAR)”.

Inscripción de más de 2000 entes generadores de aguas residuales.

Elaboración del “Procedimiento de Control Estatal en Aguas Residuales” que efectúa el Ministerio de Salud.

Control de los servicios de alimentación al público

Conclusión de la fase de muestreo 2014-2016 y establecimiento de la línea base, a fin de identificar fortalezas y debilidades del programa de control.

Identificación de las condiciones microbiológicas de los alimentos, tanto crudos como cocidos; así como de diferentes indicadores que pueden afectar la salud de las personas que acceden a este tipo de establecimientos.

Participación en el plan piloto de funcionarios de los niveles regionales y locales.

Aplicación de la Guía de Inspección por parte de los funcionarios de las Áreas Rectoras de Salud, para el control del cumplimiento de la legislación vigente en materia de servicios de alimentación.

Control de la calidad del aire

Publicación del VI Informe Anual de la Calidad de Aire, GAM 2013 – 2015, en el que se concluye que los niveles de concentración de partículas PM10 en la GAM cumplen con la normativa nacional (Decreto N° 30221-S). Los sitios de muestreo que presentan mayor concentración de PM10 corresponden a lugares dominados por el sector industrial y zonas con alto flujo vehicular.

Realización de mediciones “piloto” utilizando las dos estaciones móviles de monitoreo de la calidad de aire ambiente, con las cuales se puede determinar contaminantes atmosféricos criterio, como monóxido de carbono, óxido de nitrógeno, dióxido de azufre y además BTEX. Muestreo de 64 entes generadores de contaminantes atmosféricos provenientes de calderas y hornos de tipo indirecto, en las que se determinó los parámetros SO₂, NO_x y PTS.

Medición de la concentración de nitrógeno y oxígeno en el combustible utilizado, (bunker, diesel). Se determinó 36 (56%). Este porcentaje fue menor al porcentaje de cumplimiento del 2015 que fue de 68%.

Publicación del Decreto Ejecutivo No. 39813-S-MTSS, “Reglamento sobre la Configuración de los sitios de muestreo en chimeneas y ductos para la medición de contaminantes atmosféricos provenientes de fuentes fijas”.

Propuesta de modificación del cálculo para estimar los límites máximos permisibles del parámetro Dióxido de azufre, relacionado con la calidad del combustible que expende RECOPE.

Gestión integral de residuos

Se cuenta con 128 Unidades de Cumplimiento inscritas y registradas ante este Ministerio, para distintos tipos de residuos declarados de manejo especial.

Oficialización de la Estrategia Nacional para la separación, recolección y valorización de residuos, lo que permite que las viviendas, comercios, industria, municipalidades, entre otros cuenten con criterios básicos de separación sencillos y viables para los procesos logísticos de los generadores y gestores.

Publicación del “Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2016-2021”, el cual pretende orientar las acciones gubernamentales y privadas durante los próximos cinco años. Trece de las catorce municipalidades de la Región Central Norte presentaron avances significativos en el desarrollo e implementación de los Planes de Gestión Integral de Residuos

Sólidos (PGIRS). Lo cual se evidenció por la implementación de Centros de Recuperación y de centros de elaboración de abono orgánico y compost, centros de recuperación de residuos privados y públicos que cumplen con la normativa vigente y programas de sensibilización de la población a nivel general para realizar separación de los residuos para que sean gestionados adecuadamente.

Sensibilización de los representantes de gobiernos locales y actores sociales clave de la Región Central Occidente, respecto a los diferentes instrumentos para la gestión integral de residuos.

Construcción de un centro de recuperación de residuos valorizables y un proceso de educación sistemática a la población, con la cooperación de la Agencia de Cooperación Japonesa en el cantón de Palmares.

Limpieza de ríos en los cantones Palmares y Valverde Vega por parte de grupos voluntarios y las instituciones privadas, con la conducción de las municipalidades respectivas y el Ministerio de Salud

Recuperación de 1.200 kilos de residuos producto de la actividad agrícola, beneficiando a 7.391 habitantes.

Consolidación de la Comisión Ambiental Turrialba (CAT), con la participación de entidades estatales, no gubernamentales y de empresa privada, con el propósito de desarrollar actividades enfocadas a la gestión y protección ambiental del cantón.

Realización de la "Jornada de Limpieza del Río Colorado" con participación interinstitucional e intersectorial, personal voluntario de las instituciones que conforman el CAT, la cual produjo 980 kilos de residuos sólidos en beneficio de 27.217 habitantes del distrito Turrialba.

Participación activa en la Subcomisión Heredia-Alajuela y Comisión Central para el abordaje integral de la Cuenca del Río Tárcoles en cumplimiento del voto 5894 de la Sala Constitucional del 27 de abril del 2007.

Durante el 2016 cinco Áreas Rectoras de Salud de la Región Brunca obtuvieron el galardón de "Bandera Azul Ecológica, categoría salud comunitaria por las acciones desarrolladas en coordinación con la comunidad para la gestión integral de residuos sólidos, protección y manejo de los depósitos de agua y promoción de estilos de vida saludable, entre otras.

Sensibilización a gobiernos locales de la Región Central Occidente y sus actores sociales

clave, con respecto a diferentes instrumentos para la gestión integral de residuos (reuniones y taller sobre Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos (PMGIR), Reglamento Municipal GIR, estrategia de reciclaje).

Construcción de un centro de recuperación de residuos valorizables y un proceso de educación sistemática a la población, con la colaboración de la alianza con la Agencia de Cooperación Japonesa en el cantón de Palmares.

Publicación del Reglamento Municipales para la Gestión Integral de Residuos del cantón de Zarco.

Participación de 24 empresas e instituciones públicas y privadas en campañas para la recolección, recuperación y reutilización de material valorizable en el Cantón de Limón de la Región Huetar Caribe. Dichas campañas lograron la reutilización de 22,2 toneladas de llantas, 7 kg de plástico y de 25 kg de papel.

Fortalecimiento del convenio Ministerio de Salud-Municipalidad de San Carlos en la dotación de recursos para las campañas de recolección, recuperación y reutilización de material valorizable, desarrolladas por las Áreas Rectoras de Salud de dicho cantón.

Protección radiológica

En diciembre de 2016, el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) efectuó por primera vez en nuestro país, una evaluación de las medidas de seguridad radiológica de todos los trabajadores involucrados con fuentes radiactivas. Como resultado de dicha evaluación, la OIEA ratificó a Costa Rica como uno de los países más seguros en el manejo responsable de equipos y fuentes radiactivas.

Regulación del polvo

Por primera vez en la historia de nuestro país, el Ministerio de Salud reguló el polvo producido por fuentes artificiales (construcciones, caminos y carreteras) con el fin de proteger la salud de la población.

Saneamiento Básico Rural (SANEBAR)

Desde el año 2010, el Programa SANEBAR ha mejorado las condiciones sanitarias de las viviendas de 8.471 familias beneficiarias (42.355 familias aproximadamente) que calificaron mediante el procedimiento de selección oficial.

Entrega de 353 soluciones sanitarias a familias en condición de pobreza o extrema pobreza para atender las necesidades de aproximadamente 1765 personas.

REGULACIÓN Y CONTROL DE PRODUCTOS DE CONSUMO HUMANO

Registro de productos de consumo humano

En los últimos años el país se ha visto inmerso en un proceso de globalización, que junto con los Tratados de Libre Comercio y el aumento en el intercambio comercial, ha hecho que la oferta de los productos de consumo humano, como medicamentos, productos naturales, alimentos, suplementos a la dieta, cosméticos, equipos y materiales biomédicos, productos de higiene, plaguicidas y productos químicos peligrosos se haya incrementado.

El Ministerio de Salud dinamizó la economía, en apoyo al sector productivo del país, mediante la reducción de los tiempos de registro de productos de interés sanitario, logrando lo siguiente:

Los alimentos regulares de 3 meses a 22 días y los alimentos de bajo riesgo pasaron de 22 días a 5 días.

Los cosméticos se redujeron el tiempo de registro de 4 meses a 22 días y los de bajo riesgo de 44 días a 5 días.

Los medicamentos pasaron de 15 meses a 5 meses.

Equipo y material biomédico redujeron el tiempo de registro de 7 meses hasta 2 meses.

Los suplementos a la dieta tendrán reconocimiento de los registros de países con normas iguales o más estrictas que las de Costa Rica, y actualmente el registro de estos productos está a 45 días.

Los productos de interés sanitario actualmente pueden registrarse las 24 horas al día, los 365 días del año. Se redujo a la mitad el plazo para el reconocimiento de estudios clínicos y no clínicos en el registro de medicamentos.

Reducción a 99 días hábiles para las inscripciones y renovaciones 44 días hábiles para los cambios post registro de medicamentos, mediante la publicación del decreto de reconocimiento de la evaluación y aprobación de informes finales de estudios clínicos y no clínicos, tanto para medicamentos innovadores de síntesis química como para los biológicos y los que requieren presentar bio-equivalencia.

Atención del 73% de los trámites realizados por medio del "Portal Regístrelo" dentro de los plazos que establece el Decreto Ejecutivo N° 39252- S "Reformas a los artículos 10 y 34 del Reglamento para el Funcionamiento.

Control de productos de consumo humano

Actualmente, se encuentran en el comercio una gran variedad de productos que podrían afectar la salud de los consumidores. Se ofrecen en distintas formas y presentaciones y proceden de una diversidad de países. Como consecuencia de este incremento en la oferta, también ha aumentado la necesidad de mejorar las acciones de control tanto en aduanas como en el mercado y fabricantes por lo que se realizan acciones de:

Verificación de que los laboratorios fabricantes de medicamentos cumplan con todos los parámetros que permiten garantizar la seguridad y eficacia de los productos, alcanzando niveles de cumplimiento en los aspectos críticos del 100% (las Buenas Prácticas de Manufactura).

Mejora del nivel de cumplimiento en laboratorios fabricantes de cosméticos, productos naturales medicinales y droguerías.

Inspección de 19 establecimientos fabricantes de medicamentos para la verificación de las buenas prácticas de manufactura. De estos, 3 (15,8%) son laboratorios que fabrican únicamente productos naturales medicinales.

Realización de cinco inspecciones a laboratorios fabricantes de productos cosméticos y nueve droguerías en apoyo al nivel local.

Capacitación al personal de los niveles locales para la inspección y verificación de Buenas Prácticas de Manufactura en las industrias de alimentos.

Se evitó que llegaran al consumidor 126 medicamentos que no cumplieron con los estándares de calidad.

También se evitó que ingresaran al país ocho cargamentos de maíz y maní contaminados con aflatoxinas, gracias a la cooperación que se tiene con el Servicio Fitosanitario del Estado.

IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 9028 “LEY GENERAL Y REGLAMENTO DE CONTROL DE TABACO Y SUS EFECTOS NOCIVOS EN LA SALUD”

Como parte de las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud en cumplimiento a La Ley 9028, “Ley General y Reglamento de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud”, según encuestas realizadas tanto por el Ministerio de Salud como por el IAFA, se ha determinado que el tabaquismo en Costa Rica ha ido disminuyendo. Además se ha logrado la inclusión de un módulo sobre tabaquismo en la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que recopiló información sobre la práctica del fumado durante el embarazo y nacimiento de las/os hijas/os.

Realización de una evaluación conjunta de necesidades para la implementación del CMCT en el país, durante la visita de un equipo internacional dirigido por la Secretaría del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT). Los resultados preliminares indicaron que Costa Rica está dando pasos positivos y satisfactorios en la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco.

Ratificación del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, por parte la Asamblea Legislativa, mediante la Ley 9403 el 1 de diciembre del 2016.

Cumplimiento del acuerdo número cinco de la XXXI reunión de la RESSCAD, realizada en octubre del 2015.

Implementación del “Sistema Nacional de Infractores (SINFRA)” en la plataforma web de la institución.

Aprobación de la decisión FCTC/COP7 (12): “Consideración de los riesgos en función del género en el desarrollo de estrategias para el control del tabaco”, durante la séptima Reunión de las Partes (CPOP7), realizada en la India en noviembre del 2016.

Conclusión del estudio: “Impact of tobacco Tax increases on the Social, Economic and Health Burden from tobacco uses in Latin America: a Cost-effectiveness analysis in Costa Rica”, investigación coordinada por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina, con la participación del Ministerio de Salud de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social. El estudio mostró que el 12 por ciento de todas las muertes que se producen en Costa Rica son atribuibles al tabaquismo y que éste es responsable en forma directa de la pérdida de 44.278 años de vida. . Esto representa 1.747 muertes por año que podrían ser evitadas. Los años de vida perdidos como consecuencia de fumar son en promedio 6 años de vida en fumadores y en exfumadores cerca de 3 años. El costo directo anual es de 129 mil millones de colones para la seguridad social, lo que equivale al 0,47% de todo el PIB del país y al 4,8% de todo el gasto público anual en salud.

Unidad itinerante para la promoción, prevención y control del tabaco y otras drogas

La Unidad Itinerante tiene como objetivo, capacitar a niños(as) y jóvenes de localidades urbanas y rurales en zonas de alto riesgo y constituye una alternativa complementaria a los programas nacionales de promoción y prevención del consumo de tabaco y otras drogas. Su principal característica es su desplazamiento a distintos lugares, a fin de lograr cobertura amplia en todas las regiones del país.

Diseño, transformación y equipamiento de dos tráileres con sus respectivos contenedores para el desarrollo y ejecución del Proyecto de Unidad Itinerante para la Promoción y Prevención contra el Consumo de Productos de Tabaco.

Desarrollo de una aplicación móvil para la divulgación de la Ley 9028 por medio de actividades interactivas y mini juegos. Se incluyeron seis juegos enfocados a niños de 4 a 8 años de edad, de 8-12 años y a adolescentes de 12 a 16 años.

Realización de dos cursos virtuales dirigidos a funcionarios de los tres niveles de gestión sobre la implementación de la Ley 9028 “Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud”.

Evaluación de impacto de la Ley 9028 y su incidencia en el infarto agudo de miocardio (1997-2015).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta GATS-CR-2015, se observa que un 9,1% en general (300 mil adultos), 13,6% de hombres y 4,5% de mujeres consumen tabaco.

Durante el 2016 se desarrolló un modelo estadístico y un sistema de indicadores para determinar la relación existente entre la implementación de la Ley 9028 y la incidencia de Infarto Agudo al Miocardio con las siguientes acciones:

- Diseño de Modelo de Evaluación.
- Diseño de Modelo Estadístico basado en Análisis de Información.
- Informe Final de Evaluación.
- Mapeo de las Clínicas de Cesación de Fumado

Programa Ponéle a la Vida

La Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 mostró una prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adolescente de 13 a 19 años. Ante esta situación, desde el año 2012 el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación Pública Salud, impulsó en 92 colegios con mayor población estudiantil del país, una iniciativa denominada “Movete Disfruta la Vida” con el objetivo de posicionar la alimentación saludable y la actividad física en la población adolescente escolarizada de 13 a 15 años.

La población meta son los adolescentes escolarizados de 13 a 17 años de 100 colegios del país (135.000 estudiantes). Se implementa mediante tácticas vivenciales, divertidas y atractivas para los adolescentes, tales como: ferias, festivales, talleres dinámicos, rallies, concursos, carreras entre otros.

Implementación en colegios: se llevaron a cabo 1.266 tácticas, con un total de 5.620 actividades, con temáticas y dinámicas relacionadas con la alimentación saludable y actividad física, en las que los(as) adolescentes recibieron conocimientos, realizaron actividad física, disfrutaron y compartieron alimentación saludable. En estas actividades participaron alrededor de 126.763 adolescentes de un total de 100 colegios. Además, participaron un estimado de 2.630 adolescentes con discapacidad y 1.147 funcionarios entre docentes y administrativos. Campaña Publicitaria: La campaña en medios masivos se pautó en 10 cines, 28 emisoras y 31 canales de televisión. A partir del cuarto trimestre y como uno de los principales logros del programa, se lanzó una campaña digital utilizando redes sociales como Facebook, Instagram y la plataforma google Display, con información persuasiva para promover la alimentación saludable y la actividad física.

Facebook Ponéle a la Vida: La página de Facebook cerró el año con un total de 17.529 fans y un alcance total de la página de 611.018 personas. Todas las fotografías posteadas, corresponden a adolescentes de diferentes regiones del país que participan del programa.

Cambios en la conducta alimentaria y de actividad física. El indicador “porcentaje de estudiantes de colegios con estilos de vida saludables”, se define de la siguiente forma: número de estudiantes que consumen 1 o más frutas al día, 1 o más vegetales y verduras al día, y que realizan actividad física 3 o más veces a la semana al menos 60 minutos diarios/número total de estudiantes participantes.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Oficialización de la Norma de Implementación y Funcionamiento de las Unidades de Investigación en Salud

Elaboración y publicación del decreto ejecutivo N° 40001-S de la Norma de Implementación y Funcionamiento de las Unidades de Investigación en Salud (UIS), preparación del documento de Costo-Beneficio y publicación para consulta pública.

Implementación de la primera Unidad de Investigación en el Hospital San Juan de Dios.

BIBLIOGRAFÍA

Corrales, Daisy. Informe de Gestión Período 2012-2014. Ministerio de Salud. 2014.

Hernández Garbanzo, Miguel A. Información histórica básica del Ministerio de Salud. Documento inédito. 1995.

II Foro de Salud y Desarrollo. Ajuste Estructural y Bienestar Social en la Crisis. Resumen Ejecutivo. Marzo 1991.

Ministerio de Salud, OPS/OMS. Evaluación del Programa de Erradicación de la Malaria., Gobierno de los EEUU. Junio 1973.

Ministerio de Salud, Secretaría Ejecutiva del Sector Salud. Proyecto Desarrollo del Sector Salud como un Sistema Nacional de Salud. Agosto 1985.

Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria Plan Quinquenal de Erradicación de la Malaria en Costa Rica 1971-1975. Julio 1970.

Ministerio de Salud, Unidad Preparatoria del Proyecto Reforma del Sector Salud Proyecto Rectoría y Fortalecimiento del Sector Salud. San José, Costa Rica. Agosto 1992.

Ministerio de Salud. Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006.. 2003.

Ministerio de Salud. Memoria Anual, 2016

Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 1998-2002. 1999.

Organización Panamericana de la Salud. Análisis Sectorial de Salud COSTA RICA. Resumen Ejecutivo. Diciembre 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Representación en Costa Rica. 100 años de salud-Costa Rica: Siglo XX. 2003.

Prendas, R. Sinopsis Histórica sobre el Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. 2012.

CRÉDITOS

Dra. Karen Mayorga Quirós.
Ministra de Salud.

Dra. María Esther Anchía Ángulo
Viceministra de Salud.

Dra. Virginia Murillo Murillo.
Viceministra de Salud.

Dr. William Barrantes Barrantes.
Director General de Salud.

MSc. Rosibel Vargas Gamboa
Directora Planificación y Desarrollo Institucional

EQUIPO DE APOYO

Licda. Ana León Vargas
Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Lic. Andrés Álvarez Bejarano, Unidad de Mercadotecnia Institucional
Licda. Ana María González Reyes, Unidad Mercadotecnia Institucional

DISEÑO DE PORTADA

Lic. Andrés Álvarez Bejarano, Unidad de Mercadotecnia Institucional

Este documento puede ser consultado en: www.ministeriodesalud.go.cr
y en el Centro de Documentación del Ministerio de Salud

Julio 2017