

Componente del Sector Salud Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010

PND

Costa Rica



MINISTERIO DE SALUD

COMPONENTE DEL SECTOR SALUD

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2006-2010

“De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud”

Junio, 2007

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	4
INTRODUCCION.....	5
I. METODOLOGIA.....	6
ETAPA I. PROPUESTA DE LAS AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD.....	6
ETAPA II. TRABAJO CON EL GRUPO AMPLIADO DEL SECTOR SALUD.....	6
ETAPA III: ORGANISMOS INTERNACIONALES Y ENTES EXTERNOS AL SECTOR SALUD.....	7
ETAPA IV: APORTE AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS SECTORIALES.....	7
ETAPA V. CONSOLIDACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL Y ENTREGA DEL DOCUMENTO.....	7
II. ANÁLISIS DE CONTEXTO.....	8
A. PERFIL DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO.....	8
B. RETOS NACIONALES: POLITICAS	11
1. Contribucion al desarrollo de una cultura que proteja y mejore la salud y el ambiente humano.....	11
2. Garantía de acceso a servicios de calidad, oportunosy equitativos, para toda la población, con énfasis en los grupos vulnerables.....	13
3. Recuperación de la credibilidad y confianza en la gestión del Sector Salud.....	16
C. RELACIÓN DE LA PROPUESTA CON LAS PRIORIDADES GUBERNAMENTALES.....	18
ETAPA I	32
ETAPA II	32
ETAPA III	32
ANEXO 1: ESQUEMA PROCESO METODOLOGICO.....	45
ANEXO 2: DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	46
ANEXO 3: PARTICIPANTES POR INSTITUCION.....	47
ANEXO 4: GLOSARIO.....	52

Autoridades

Dra. Ávila A. María Luisa, Ministra de Salud
Dra. Carballo Q. Lidieth, Viceministra de Salud
Ing. Pandolfo R. Oswaldo, Viceministro de Salud
Dra. García G. Rossana, Directora General de Salud

Coordinación general

Dra. Allen F. Patricia, Dirección Desarrollo de la Salud

Coordinación metodológica

MSc. Martínez M. Ithinia
Licda. Méndez B. Rosibel
MSc. Rojas E. Marielos

Equipo conductor

MSc. Aguirre S. Elba
MSc. Claramunt G. Margarita
MSc. Hernández G. Miguel
MSc. Martínez M. Ithinia
Licda. Méndez B. Rosibell
MSc. Rojas E. Marielos
MSc. Vásquez P. Carmen
Dra. Vives B. Marcela

Apoyo técnico OPS/OMS

Dr. Santacruz V. Javier

Apoyo técnico

MSc. Rosés, Patricia (consultora)

Apoyo técnico MIDEPLAN

Licda. Barboza Karol
Licda. Bonilla A. Cristina
Ing. Pacheco Alejandro

Apoyo logístico

MSc. Lizano V. Merceditas

Apoyo secretarial

Sra. Delgado R. Rosibel
Sra. Lee S. Kattia
Sra. Monge S. Orietta
Sra. Solano L. Marlene

Diseño de portada

Sr. Elías Navarrete, Dirección de Informática

PRESENTACIÓN

En calidad de Ministra de Salud, rectora del sector y en representación del Consejo Nacional Sectorial de Salud, me corresponde presentar ante el Ministro de Planificación y Política Económica el Componente de Salud del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010: *“De la Atención de la Enfermedad Hacia la Promoción de la Salud”*.

Esta propuesta es producto de un esfuerzo conjunto de planificación de la salud pública, realizado por todas las instituciones que conforman el sector, según el decreto ejecutivo 33151-MP, publicado en La Gaceta Número 95 del 18 de mayo del 2006.

Para su definición se consideraron insumos fundamentales: el Plan de Gobierno de la actual administración, el *Modelo Conceptual y Estratégico para la Rectoría de la Producción Social de la Salud* formulado por las autoridades del Ministerio de Salud, el Análisis de la Situación de Salud del país, los Objetivos de las Metas en Milenio, así como otra información y análisis relevantes.

La estrategia maestra que define el accionar del Sector Salud para los próximos cuatro años plantea la creación de una cultura de la salud, no sólo desde la perspectiva de los servicios sino desde el conjunto de determinantes de la salud, a fin de promover la definición e implementación de políticas, planes, programas y proyectos saludables, que potencien los factores protectores de la salud individual y colectiva, así como la protección del ambiente humano.

Con el fin de implementar esta estrategia, se definieron tres políticas sectoriales, cada una acompañada de sus correspondientes acciones estratégicas, objetivos y metas. Las políticas están orientadas hacia la promoción de estilos de vida saludable individual y colectivos, la protección al ambiente humano, el mejoramiento del acceso a los servicios de salud de atención a las personas y al ambiente humano con calidad, la recuperación de la infraestructura sanitaria, el fortalecimiento de la rectoría del sector, así como al fortalecimiento de la gestión e incremento de la credibilidad en las instituciones que lo conforman.

Deseo expresar mi sincero agradecimiento, tanto a las instituciones y organizaciones como a los funcionarios que apoyaron la formulación de esta propuesta y que se han comprometido con su ejecución, con el claro objetivo de que en nuestro país se promueva la salud de la población y con ello, se contribuya a mejorar su calidad de vida.

Dra. María Luisa Ávila Agüero
Ministra de Salud

INTRODUCCION

Este documento presenta la propuesta del componente de salud para el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, formulado por las instituciones del sector bajo la coordinación de su ente rector.

Para una mejor comprensión de las políticas, acciones estratégicas y objetivos establecidos, se incluye un resumen de la metodología empleada para su definición, la cual está en estrecha concordancia con los lineamientos aportados por el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN).

Además incluye, en segundo término, una breve descripción de la situación de salud del país, con especial referencia a los aspectos fundamentales que contempla la estrategia maestra definida.

Por último, se presentan los cuadros con los componentes de las tres políticas definidas en orden de prioridad. Es importante aclarar que, como se verá, la priorización de las políticas es simbólica ya que éstas guardan estrecha interdependencia entre sí y son de alta prioridad para la presente Administración.

Con el propósito de facilitar la planificación sectorial durante el período de transición de la próxima administración, la propuesta comprende acciones estratégicas, objetivos y metas, con su correspondiente presupuesto, a desarrollarse entre el año 2007 y el año 2011.

Constituyen ejes transversales de esta propuesta la participación social, el enfoque generacional de derechos y la equidad de género.

Además, se consideró como una estrategia general para el logro de todos los objetivos y metas propuestas, la promoción de la cooperación internacional horizontal; dirigida al cumplimiento de convenios y acuerdos asumidos por el país y a la creación y fortalecimiento de redes multilaterales de cooperación técnica, en los temas relevantes definidos por el sector.

I.METODOLOGIA

Como se mencionara anteriormente, el proceso para la definición del “*Componente del Sector Salud-Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010: De la Atención de la Enfermedad hacia la Promoción de la Salud*”, fue coordinado por el Ministerio de Salud, y en dicho proceso participaron todas las instituciones y organismos que conforman el Sector Salud, según el decreto ejecutivo 33151 del 18 de mayo de 2006 ¹.

Con los insumos mencionados, se definió la estrategia, se identificaron las instituciones y actores sociales que debían formar parte del proceso, así como el conjunto de documentos de referencia relevantes para la definición de las acciones estratégicas.

Con el propósito de cumplir con los plazos establecidos por MIDEPLAN, se estableció un cronograma de trabajo comprendido entre el 20 de junio y el 25 de agosto del 2006, el cual incluyó las etapas que se mencionan a continuación ².

Etapas I. Propuesta de las autoridades del Ministerio de Salud

Esta etapa se llevó a cabo del 20 al 27 de junio de 2006 y consistió en la definición del cronograma de actividades y la divulgación del documento conteniendo las prioridades de las autoridades institucionales con base en los ocho compromisos asumidos por la Administración Arias Sánchez y el *Modelo Conceptual y Estratégico para la Rectoría de la Producción Social de la Salud*. Se conformó el equipo conductor del proceso con funcionarios del Ministerio de Salud, quienes, luego de un período de discusión y validación, definieron el documento base para el trabajo en equipo con las instituciones del sector.

Etapas II. Trabajo con el grupo ampliado del Sector Salud

La primera actividad realizada en esta etapa (del 27 de junio al 11 de julio), consistió en la conformación de grupos de trabajo constituidos por funcionarios de todas las direcciones del nivel central del Ministerio de Salud y representantes de las distintas instituciones que conforman el Sector. En esta oportunidad, se conformaron ocho grupos de trabajo, uno por cada compromiso de gobierno.

A este grupo de funcionarios organizados según compromiso y eje de política se le denominó grupo ampliado.

El grupo ampliado analizó el documento base de la propuesta definido en la etapa anterior, así como los materiales de consulta seleccionados (Anexo 2). El producto del trabajo del grupo ampliado, constituyó el primer borrador de la propuesta del componente del Sector Salud con la finalidad de que fuera validado en cada una de las instituciones y dependencias participantes.

La característica principal de este borrador, fue su carácter estratégico e integral, de manera que el mismo reflejara los objetivos y metas del Sector Salud y no de las instituciones en particular.

¹ Ministerio de Salud (MS), Caja Costarricense de la Seguridad Social (CCSS), Instituto Nacional de Seguros (INS), Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Instituto Costarricense Contra el Cáncer (ICCC), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), Auditoría General de Servicios de Salud, Consejo de Atención Integral de la Niñez (CAI), Consejo de la Persona Joven, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER).

² Ver Anexo 1: Proceso Metodológico.

Etapa III: Organismos internacionales y entes externos al Sector Salud

Entre el 20 y el 25 de julio se realizó una consulta del primer borrador con representantes de organismos internacionales, instituciones relacionadas con el sector, la Unión de Gobiernos

Locales y la Defensoría de los Habitantes entre otros (Anexo 3). En este período se obtuvieron observaciones y recomendaciones que complementaron la propuesta.

Etapa IV: Validación y definición de aportes institucionales al cumplimiento de las metas sectoriales

Esta etapa tuvo lugar del 26 de julio al 16 de agosto y su principal propósito fue dar a conocer el segundo borrador de la propuesta a las autoridades y equipos gerenciales de las instituciones del sector, a fin de definir las acciones de cada una de ellas y su aporte al cumplimiento de las metas sectoriales. Además, se solicitó establecer el presupuesto anual para cada acción estratégica y meta definidas.

Para el logro de lo anterior, se realizaron talleres en cada una de las instituciones cuyos resultados fueron remitidos oficialmente por los jefes correspondientes al Ministerio de Salud. Con el propósito de homogenizar el producto de las sesiones de planificación en las distintas instituciones, el equipo conductor suministró con anterioridad la metodología y los instrumentos necesarios para el logro de los objetivos. Además, el Ministerio de Salud, brindó apoyo técnico a las instituciones que lo solicitaron.

Etapa V. Consolidación de la versión final y entrega del documento

A partir de los insumos institucionales de la fase anterior, del 16 al 25 de agosto, el equipo conductor del Ministerio de Salud definió la versión definitiva de la propuesta del componente del Sector Salud; siguiendo las directrices metodológicas aportadas por MIDEPLAN.

II. ANÁLISIS DE CONTEXTO

A. Perfil demográfico y epidemiológico

La población de Costa Rica para el año 2005 fue de 4,325.838 habitantes, correspondiendo el 50,8 % al sexo masculino y el 49,2% al femenino. El 71,3% de la población residía en el área urbanas y el restante 28,7% en el área rural ³.

La composición por edades, muestra que la pirámide poblacional se ha modificado notablemente en los últimos 50 años. Los menores de 15 años representaron el 31,9% de la población mientras que los mayores de 65 años el 5,6%, lo cual indica una tendencia al envejecimiento de la misma⁴.

Los efectos más directos del cambio en la pirámide poblacional y el envejecimiento de la población son: a) el aumento de la relación de dependencia de los mayores de 65 años con respecto a la población en edad productiva (de 15 a 64 años); en la década del 2000 esa relación aumentó del 7,8% al 8,5% en los hombres y del 9,1% al 10,2% en las mujeres, b) los cambios en el perfil epidemiológico de la población y, c) en las características de la demanda de servicios en salud ⁵.

La estructura actual de la población, es atribuible al descenso de la mortalidad y la fecundidad, y a la migración internacional que se ha incrementado durante las dos últimas décadas. Durante el 2005, el 7,8% de la población correspondió a extranjeros y el saldo inmigratorio anual estimado a ese año fue de 20 a 30 mil personas ⁶.

En el siguiente cuadro se presentan los principales indicadores de salud del país para el año 2005.

Cuadro 1. Indicadores de salud, Costa Rica, 2005 ⁷

Esperanza de vida al nacer	78,4 años
Hombres	76,2 años
Mujeres	81,0 años
Tasa bruta de natalidad	16,5/1000 habitantes
Mortalidad infantil	9,8/1000 nacidos vivos
Mortalidad materna	3,6/10 000 nacidos vivos
Tasa global de fecundidad	2,0 hijos
Tasa bruta de mortalidadCrecimiento anual de la población	3,7/1000 habitantes
Crecimiento anual de la población	2%

3 Ministerio de Salud (2006) *Análisis Sectorial de Salud. Capítulo: Demografía y Epidemiología*, p. 4 (documento en elaboración).

4 *Ibid*, p. 4.

5 Ministerio de Salud (2006) *Op. Cit.* p.17.

6 Ministerio de Salud (2005) *Op. Cit.* p. 4.

7 *Ibid* p.5.

Es importante destacar que, a pesar de la reducción registrada en la tasa global de fecundidad, tres provincias presentan tasas superiores a la nacional: Puntarenas (2,5), Limón (2,4) y Guanacaste (2,3)⁸. Adicionalmente, la disminución en la tasa de fecundidad no es consistente en los diferentes grupos etáreos. Así, la tasa de fecundidad de las mujeres entre los 15 y 19 años es mayor a la nacional (6 hijos). Se observa que nuevamente Limón, Puntarenas y Guanacaste presentan tasas por encima del promedio nacional, de 10, 9 y 8 hijos respectivamente ⁹.

Las enfermedades crónicas no transmisibles y las causas externas (accidentes de tránsito, homicidio, suicidio y otras causas de violencia social), constituyen las principales causas de mortalidad, tal como se muestra en el cuadro 2. ¹⁰

Cuadro 2. Principales causas de mortalidad, Costa Rica, 2005

Causa	Tasa / 10 000 habitantes
Enfermedades del sistema circulatorio	10,8
Tumores	8,3
Causas Externas	4,7
Enfermedades del sistema respiratorio	3,4
Enfermedades del sistema digestivo	2,5
Otras causas	7,6

Los principales tipos de cáncer que afectan a la población general son el de piel, el de estómago y el de colon, mientras que en las mujeres los más frecuentes son el de mama y el de cuello uterino, y en los hombres los de próstata y de pulmón (Cuadro 3).

Cuadro 3. Incidencia y mortalidad por tumores malignos según sexo, Costa Rica, 2004

Tipo de tumor	Tasa de Incidencia (por 100 000)	Tasa de Mortalidad (por 100 000)
Piel	51,4	
Hombres		
Estómago	34,9	20,1
Próstata	45,1 (año 2000)	15,2
Pulmón		9,2
Mujeres		
Estómago	15,6	10,0
Mama	38,5	10,8
Cérvix	17,7	5,9

⁸ Ministerio de Salud (2005) Análisis de indicadores básicos de género y salud. Costa Rica 2005, p. 3.

⁹ Ibid, p.4.

¹⁰ Ibid, p. 18.

A pesar de que las enfermedades crónicas no transmisibles y las causas externas constituyen las principales causas de muerte de los y las costarricenses, nuestro país aún enfrenta el reto del control, la prevención y el tratamiento de enfermedades transmisibles por vectores como el dengue, cuya tasa se cuadruplicó con respecto a la del año 2004 (Cuadro 4) y la malaria, la cual tuvo un aumento de 2.252 casos en el año 2005 con relación al 2004. La mayoría de ellos concentrados en la Región Huetar Atlántica (Cuadro 5).

Cuadro 4. Tasa de incidencia de dengue según año, Costa Rica, 1999-2005

Año	Tasa de Incidencia (por 10. 000 habitantes)
1999	19,3
2000	15,7
2001	29,7
2002	32,1
2003	50,3
2004	23,0
2005	89,0

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud.

Cuadro 5. Casos de malaria según región de salud y año, Costa Rica, 2004-2005

Región	2004		2005	
	Número	%	Número	%
Brunca	9	0,7	14	0,4
Central Norte	7	0,5	26	0,7
Chorotega	24	1,9	9	0,3
Huetar Atlántica	1.067	82,8	3.371	95,2
Huetar Norte	49	3,8	53	1,5
Pacífico Central	98	7,6	25	0,7
Fuera del Area Malárica	35	2,7	43	1,2
TOTAL	1.289	100	3.541	100

Fuente: Unidad Epidemiológica, Ministerio de Salud

También existen otras enfermedades infecciosas que merecen especial atención, por cuanto su incidencia y mortalidad están relacionadas con factores socioeconómicos y culturales complejos. Tal es el caso del VIH/SIDA, cuya tasa de incidencia acumulada más alta para el período 2002-2005 se presentó en el grupo de 20 a 54 años (9,8/100.000). El sexo masculino es el más afectado; con un 84,5% de casos y una razón de masculinidad de 5,4:1. Un estudio realizado en el período entre 1988-2002 mostró que los hombres que tienen sexo con hombres son los más afectados (59,3%) y la vía de infección más frecuente es la sexual (84,2%), seguida de la sanguínea (4,0%) y perinatal (1,3%).

En el caso de la tuberculosis, se observa que durante los últimos siete años, se han diagnosticado 4.217 casos, de los cuales el 89% fueron del tipo pulmonar, en hombres costarricenses mayores de 25 años, residentes en las regiones Huetar Atlántica, Pacífico Central, Central Sur y Central Norte. La tasa de mortalidad por tuberculosis es de 2,2/100.000 habitantes.

La enfermedad diarreica aguda presenta una tasa de mortalidad al 2005 de 2,3/100.000 habitantes, en individuos mayores de 75 años, situación que se mantiene desde 1994 (Cuadro 6)

Cuadro 6. Incidencia y mortalidad por enfermedad diarreica aguda, Costa Rica, 2002-2005

Año	Incidencia	Tasa de Mortalidad (100.000 Habitantes)
2002	3.385	2,9
2003	3.078	2,9
2004	2.668	2,4
2005	3.234	2,3

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, INEC y Centro Centroamericano de Población, UCR.

Actualmente, ante la amenaza de la pandemia de la influenza aviar el país desarrolla una serie de acciones coordinadas entre las distintas instancias involucradas a fin de prevenir y controlar los efectos que la misma pueda causar en la población costarricense especialmente en los grupos vulnerables y expuestos a la infección.

B. Retos nacionales: Políticas

1. Contribución al desarrollo de una cultura que proteja y mejore la salud y el ambiente humano

La promoción de la salud constituye un proceso político y social que integra tanto las acciones orientadas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, como las dirigidas a modificar las condiciones ambientales y económicas para disminuir el impacto en la salud pública e individual. Tal conceptualización constituye un eje transversal para la definición de planes, programas y proyectos, tendentes a reducir los niveles de violencia, el consumo de drogas, y la adopción de prácticas que protejan y mejoren el ambiente, son factores esenciales para mejorar las condiciones de vida.

En Costa Rica, las mayores diferencias cuantitativas en la mortalidad según sexo están dadas por las “causas externas”, que incluyen: los homicidios, los accidentes de tránsito y las acciones bélicas.

En el 2004, la mortalidad por estas causas fue 3,5 veces más alta en hombres que en mujeres ¹¹. De acuerdo con el análisis de indicadores de género y salud realizado en el 2005:

- “En Costa Rica la tasa de personas víctimas de homicidio, ha permanecido relativamente estable para el quinquenio 2000-2004. La provincia de San José es la que registra la mayor cantidad de homicidios, mientras que Heredia ocupa el último lugar ¹². En el año 2004 se registró un total de 248 homicidios, de los cuales, 215 fueron hombres (87,4%) y 33 mujeres (11,3%), con una razón de 6 hombres por cada mujer. El mayor número absoluto, en los hombres, se presenta en el grupo de edad de 50 a 64 años y en las mujeres en el grupo de 35 a 49. El principal móvil es el arma de fuego en un 52% de las defunciones por homicidio.
- Las estadísticas indican que existe una sobre representación masculina en todos los roles involucrados en accidentes. Del total de fallecidos por violencia en el tránsito, un 97% fueron hombres y un 13% mujeres (relación 5:1). Estas figuras hacen necesario analizar las adscripciones de género que puedan estar incidiendo en esa notoria diferencia. Desde 1970 hasta la fecha, las defunciones debidas a violencia en el tránsito han representado cerca del 4% del total de defunciones y casi la mitad de las muertes debidas a causas violentas o externas ¹³.

En términos absolutos, el mayor número de muertes debidas a la violencia en el tránsito se presenta en los hombres de 35 a 64 años. Por otra parte, el 78% de las defunciones por accidentes de tránsito en los hombres, ocurre entre los 10 y 64 años edad, mientras que en las mujeres solamente ocurre el 60%. Este grupo etario es importante ya que constituye la población económicamente activa.

En el patrón de mortalidad por edad, en los hombres se observa una baja proporción en las edades iniciales, una alta proporción en las edades medianas y baja en las edades adultas mayores.

En contraposición, en las mujeres, la mayor proporción de accidentes se encuentra en el grupo etáreo de más de 75 años. El riesgo de morir en un accidente de tránsito para la población menor de 19 años es la más baja con respecto a las demás edades, y a partir de los 19 años este se incrementa en casi cuatro veces.

- En la violencia intrafamiliar existe un serio subregistro, no obstante, el Ministerio de Salud ha registrado, en el 2004, un total de 10.009 casos, de los cuales, el 84% ocurrió en mujeres. Las provincias que más casos registran son San José, Alajuela y Limón. El grupo etáreo más afectado es la población adulta mayor con un 64%, de los cuales, un 96% son mujeres. La información anterior es concordante con la Primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres realizada por el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM) de la UCR, el cual establece que un 58% de las costarricenses asegura haber sufrido algún tipo de violencia.

Este estudio determinó, que 643.347 mujeres del país (49,6%) son afectadas por la violencia psicológica, 498.922(38,2%) por la violencia sexual, y 590.829 (45,4%) por la violencia física, la mayoría de ellas entre los 25 y los 49 años, durante la edad reproductiva.

En cuanto al consumo de drogas, la disponibilidad de información en esta área es muy limitada y la fecha más reciente corresponde a la información generada por el IAFA para el 2001. Además, se rescata información generada por la “Encuesta de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo de 2004”.

11 Ministerio de Salud (2005) *Op. Cit.* p. 3.

12 Ministerio de Salud (2005) *Ibid.* p. 4.

13 Ministerio de Salud (2004) *Violencia Social. Un problema de Salud Publica*, p. 4.

En Costa Rica, las mayores diferencias cuantitativas en la mortalidad según sexo están dadas por las “causas externas”, que incluyen: los homicidios, los accidentes de tránsito y las acciones bélicas.

En el 2004, la mortalidad por estas causas fue 3,5 veces más alta en hombres que en mujeres ¹¹. De acuerdo con el análisis de indicadores de género y salud realizado en el 2005:

- “En Costa Rica la tasa de personas víctimas de homicidio, ha permanecido relativamente estable para el quinquenio 2000-2004. La provincia de San José es la que registra la mayor cantidad de homicidios, mientras que Heredia ocupa el último lugar ¹². En el año 2004 se registró un total de 248 homicidios, de los cuales, 215 fueron hombres (87,4%) y 33 mujeres (11,3%), con una razón de 6 hombres por cada mujer. El mayor número absoluto, en los hombres, se presenta en el grupo de edad de 50 a 64 años y en las mujeres en el grupo de 35 a 49. El principal móvil es el arma de fuego en un 52% de las defunciones por homicidio.
- Las estadísticas indican que existe una sobre representación masculina en todos los roles involucrados en accidentes. Del total de fallecidos por violencia en el tránsito, un 97% fueron hombres y un 13% mujeres (relación 5:1). Estas figuras hacen necesario analizar las adscripciones de género que puedan estar incidiendo en esa notoria diferencia. Desde 1970 hasta la fecha, las defunciones debidas a violencia en el tránsito han representado cerca del 4% del total de defunciones y casi la mitad de las muertes debidas a causas violentas o externas ¹³.

En términos absolutos, el mayor número de muertes debidas a la violencia en el tránsito se presenta en los hombres de 35 a 64 años. Por otra parte, el 78% de las defunciones por accidentes de tránsito en los hombres, ocurre entre los 10 y 64 años edad, mientras que en las mujeres solamente ocurre el 60%. Este grupo etario es importante ya que constituye la población económicamente activa.

En el patrón de mortalidad por edad, en los hombres se observa una baja proporción en las edades iniciales, una alta proporción en las edades medianas y baja en las edades adultas mayores.

En contraposición, en las mujeres, la mayor proporción de accidentes se encuentra en el grupo etáreo de más de 75 años. El riesgo de morir en un accidente de tránsito para la población menor de 19 años es la más baja con respecto a las demás edades, y a partir de los 19 años este se incrementa en casi cuatro veces.

- En la violencia intrafamiliar existe un serio subregistro, no obstante, el Ministerio de Salud ha registrado, en el 2004, un total de 10.009 casos, de los cuales, el 84% ocurrió en mujeres. Las provincias que más casos registran son San José, Alajuela y Limón. El grupo etáreo más afectado es la población adulta mayor con un 64%, de los cuales, un 96% son mujeres. La información anterior es concordante con la Primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres realizada por el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM) de la UCR, el cual establece que un 58% de las costarricenses asegura haber sufrido algún tipo de violencia.

Este estudio determinó, que 643.347 mujeres del país (49,6%) son afectadas por la violencia psicológica, 498.922(38,2%) por la violencia sexual, y 590.829 (45,4%) por la violencia física, la mayoría de ellas entre los 25 y los 49 años, durante la edad reproductiva.

En cuanto al consumo de drogas, la disponibilidad de información en esta área es muy limitada y la fecha más reciente corresponde a la información generada por el IAFA para el 2001. Además, se rescata información generada por la “Encuesta de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo de 2004”.

11 Ministerio de Salud (2005) *Op. Cit.* p. 3.

12 Ministerio de Salud (2005) *Ibid.* p. 4.

13 Ministerio de Salud (2004) *Violencia Social. Un problema de Salud Publica*, p. 4.

Según esta encuesta, la prevalencia mensual de consumo de tabaco en las mujeres es de 14% y la de hombres 29,9%. Con relación al consumo de alcohol, la prevalencia fue, 48,6% en hombres y de 29,5% en mujeres¹⁴.

2. Garantía del acceso a servicios de salud de atención a las personas y al ambiente humano de calidad, oportunos y equitativos, para toda la población, con énfasis en los grupos vulnerables.

Los principales indicadores de salud, producto de la inversión social realizada en las décadas anteriores, sitúan al país en una posición relativamente ventajosa en el plano internacional. Lo anterior, a pesar del contexto de restricción de la inversión en el que se han desarrollado las acciones de las instituciones del Sector Salud en los últimos años. El país ha logrado mantener, en términos generales, su situación con respecto al desarrollo humano¹⁵.

Algunos indicadores de salud muestran incluso una mejoría en las últimas dos décadas (1980-2000). Un ejemplo de lo anterior, es la tasa de mortalidad general, la cual se redujo en un 10,3%, la de mortalidad infantil en un 44,6% y los años de vida potencialmente perdidos en un 42,9%.¹⁶

No obstante lo anterior, se presentan desafíos importantes en la cobertura y el acceso a servicios de atención a las personas y al ambiente con calidad que se relacionan directamente con inequidades en las condiciones de salud de la población¹⁷. Entre estos desafíos se pueden mencionar los siguientes:

- La población indígena (63.876 personas), representa un 1,7% de la población nacional. Los datos del último censo indican que el 79% vive en zonas rurales y enfrenta problemas de aislamiento geográfico a causa de la dispersión de sus comunidades. Las principales causas de morbilidad en esta población son aún las infecciones agudas del tracto gastrointestinal y respiratorio, las infecciones en la piel, la parasitosis y la desnutrición. Esta situación contrasta con el perfil epidemiológico nacional, en el que predominan las enfermedades crónicas no transmisibles y las patologías relacionadas con causas externas (violencia social).
- El 88,4% de casos de malaria se concentran en los cantones de Limón, Matina y Talamanca.
- El seguro de salud muestra ganancias en los niveles de cobertura en la mayoría de los cantones, a excepción de Upala y La Cruz, con los porcentajes de afiliación más bajos del país. Aunque la brecha entre los cantones con mayor y menor cobertura descendió en estos 16 años, existen 10 cantones con niveles bajos de aseguramiento, entre los que se encuentran los siguientes: Alajuelita, Buenos Aires, La Cruz, Turrubares, Golfito, Garabito, Talamanca, Cañas-Abangares-Tilarán.
- Alrededor del 50% de la población reside a un kilómetro o menos de los centros de atención médica y de atención primaria, pero solamente un 8% reside a esa misma distancia de un hospital.
- Esta situación evidencia una asimetría en el acceso a servicios médicos de segundo y tercer nivel. Para complementar lo anterior, se observa que un 9% de la población cuenta con acceso deficiente a los servicios de atención primaria, y el acceso a la atención médica es deficiente en el 13% de la población. El 12% de los costarricenses, no cuenta con un hospital a una distancia menor a 25 kilómetros.

¹⁴ Ibid. p. 11-14.

¹⁵ Sistema de Naciones Unidas en Costa Rica/Consejo de Gobierno de Costa Rica (2004) *Primer Informe de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, p. 6.

¹⁶ Ministerio de Salud (2002) *Análisis Sectorial de Salud* p. 234.

¹⁷ Los aspectos que se enumeran a continuación, salvo que se indique expresamente lo contrario, son tomados del apartado sobre Oferta y Demanda de Servicios de Salud, del apartado sobre Recursos Técnicos, y del apartado sobre Demografía y Epidemiología, del *Análisis Sectorial de Salud* 2006.

• Otro elemento importante de considerar, es el de la desigualdad en el acceso a la seguridad social originada en las diversas condiciones de inserción laboral de la población. En un contexto en el que no se genera suficiente empleo formal y crece el número de personas en la informalidad ¹⁸, existe un importante sector de la población descubierta por el seguro de salud, o bien con condiciones menos favorables de aseguramiento. Debido a que las mujeres son las que se ubican en mayor cantidad en la economía informal, constituyen un grupo de población afectado por los problemas de aseguramiento mencionados.

• En relación con el tema de infraestructura, estrechamente vinculado a la capacidad de las instituciones del sector de reducir las brechas en el acceso a servicios, es necesario señalar, que el estado de los inmuebles es de regular a malo, con muy poco mantenimiento físico; la distribución de la planta no es apta para albergar a las dependencias institucionales, ni poseen información de planta apropiada para uso del público y de sus mismos funcionarios.¹⁹

Todo lo anterior incide en una asimetría entre la atención que recibe la población que tiene acceso a servicios dotados de infraestructura y recursos adecuados, y la que no logra acceder a este tipo de servicios.

También es posible identificar inequidades en relación con el acceso a servicios de agua y alcantarillados:

• Se estima que el 55% del área metropolitana está cubierto por el sistema de alcantarillado sanitario. En las áreas no cubiertas por el sistema, la evacuación de desechos domésticos se realiza por medio de tanques sépticos o por el vertido directo a los sistemas pluviales, ríos y quebradas.

• No existe infraestructura de tratamiento para las aguas negras domésticas recolectadas y tampoco un control adecuado para el manejo de los desechos líquidos industriales y comerciales.

• La edad y estado de las tuberías y demás componentes es variable. Existen sectores con redes antiguas (más de 50 años) y con tuberías y pozos en muy mal estado. Esta situación ha obligado en algunas ocasiones a efectuar interconexiones con sistemas pluviales o a procurar descargas directas a los cuerpos de agua cercanos.

Uno de los desafíos más importantes del sector consiste en generalizar a toda la población los logros alcanzados en materia de salud, particularmente los relacionados con la disminución de la mortalidad infantil y con la salud materna, con respecto a los cuales existen inequidades que es necesario superar para lograr cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y sus respectivas metas.

Particularmente, es necesario fortalecer los servicios de neonatología de los hospitales regionales y periféricos y mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia neonatal, así como los sistemas de información. Se deben desarrollar recursos humanos especializados en ginecología y obstetricia y anestesiología, así como asegurar la distribución adecuada de personal de enfermería obstétrica, tanto en el primer nivel de atención como en los servicios de emergencia. Lo anterior, con el objeto de lograr que al año 2015 el valor máximo de la tasa de mortalidad infantil, tanto en el nivel nacional como en los diferentes niveles subnacionales, sea de 9 por mil nacidos vivos, como lo establece el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio²⁰.

Además, dado el avance mundial en materia de inmunizaciones debemos homologar los esquemas de vacunación brindados por el sector privado con el sector público, para lograr una mayor equidad.

¹⁸ Proyecto Estado de la Nación (2002) Noveno Informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. p. 32.

¹⁹ Ministerio de Salud (2002) Op. Cit. p. 6.

²⁰ Sistema de Naciones Unidas/Consejo de Gobierno de Costa Rica (2004) Op. Cit. p.38.

De acuerdo con el citado informe sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), otros desafíos prioritarios para el Sector Salud son los siguientes:

- En relación con la salud materna, para lograr que en el año 2015, el valor máximo de la tasa de mortalidad materna en el nivel nacional y en los niveles subnacionales, sea de dos por diez mil nacidos vivos (ODM 5), es necesario revertir la escasez de médicos especialistas en ginecología y obstetricia; asegurar que todas las mujeres embarazadas o en la etapa de puerperio reciban atención adecuada, eliminando barreras administrativas en el acceso a los servicios; que el personal de salud cumpla con las normas y protocolos de atención, e incorporar indicadores de calidad referidos al cumplimiento de esas normas.
- Para lograr que en el año 2015, 97% de los partos sean hospitalarios, captar al 75% de las mujeres embarazadas durante el primer trimestre de gestación; y que el porcentaje de embarazadas con atención prenatal de calidad sea de 75%, es necesario incorporar la dimensión de calidad en los indicadores de cobertura y lograr que el personal de salud sea más permeable a la evaluación de sus acciones y a la incorporación de medidas correctivas.
- En relación con el VIH-SIDA, para alcanzar la meta de reducir para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA (ODM 6), se requiere implementar acciones que tiendan a informar, educar y comunicar a la población temas relacionados con género, sexualidad y salud reproductiva, alcoholismo y drogadicción.
- Además, es necesario, ampliar la variedad de acciones que sirvan de soporte a los programas de los servicios de salud y que garanticen la detección temprana de personas infectadas, especialmente de mujeres embarazadas. En este sentido, es prioritario continuar garantizando la prueba de VIH-SIDA a todas las mujeres embarazadas y extender el tamizaje a toda la población con alto riesgo.
- Otros aspectos relacionados con la salud sexual reproductiva y el VIH/SIDA son las infecciones de transmisión sexual (ITS) en donde existe una débil respuesta del sistema de salud, con una detección y tratamiento inadecuado. Para el 2004, la incidencia de sífilis es de 25,1 por 100.000 habitantes para hombres y 30,8 para mujeres. Los cantones de mayor incidencia son Puntarenas (36,4 hombres y 48,5 mujeres), San José (36,6 hombres y 39,3 mujeres) y Limón (28,6 hombres y 36,6 mujeres) y, el grupo etario más afectado, es el de 20 a 24 años en el sexo femenino, mostrando una relación de 2,4 mujeres por cada hombre.²¹
- Con respecto a la incidencia de malaria, las acciones necesarias apuntan a controlar y disminuir la incidencia de esta enfermedad en la Zona Norte y la Vertiente Atlántica a fin de cumplir la meta planteada en los ODM: reducir a partir del 2004 la incidencia de la malaria en 10% anual y mantener en 0 la mortalidad,. Además, se requiere, no sólo tratar la enfermedad, sino mejorar las condiciones de vida de la población en estas zonas, así como fortalecer la vigilancia epidemiológica, para que coordine dirija el diagnóstico y las acciones preventivas. Así mismo, debe involucrarse a los actores sociales en prevención y atención, así como evaluar en forma constante la aplicación y la eficacia de las normas de atención existentes.

Par dar respuesta a los retos anteriores, el Modelo Conceptual Estratégico para la Rectoría de la Producción Social de la Salud plantea el fortalecimiento de dos funciones de rectoría. En primera instancia, se considera la de regulación sanitaria definida como: la acción del estado para promulgar, aplicar y controlar el marco normativo que debe acatar toda persona física y jurídica, que provea o reciba bienes o servicios de interés sanitario; o que realiza actividades o mantiene conductas capaces de afectar la salud pública. En segundo lugar la armonización de la provisión como la acción rectora dirigida a promover la articulación y complementariedad de los diversos proveedores públicos de servicios de salud, de atención a las personas y al ambiente.

²¹ Allen F., P., Rojas, M., Bustamante, X., *Análisis de Indicadores de Género y Salud*. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica 2005.

Todo lo anterior con el fin de incrementar y garantizar a la población el acceso equitativo, independientemente de la institución o sistema al que estén adscritos o afiliados.²²

3. Recuperación de la credibilidad y confianza en la gestión del Sector Salud

El país enfrenta actualmente desafíos importantes relacionados con la gestión de sus instituciones, cuyo deterioro en los últimos años ha sido señalado por diversas instancias, entre ellas el Proyecto Estado de la Nación, el cual en su décimo informe enuncia que: “el Estado costarricense se ha debilitado visiblemente en su capacidad de respuesta a las necesidades de desarrollo del país”²³. Esto obedece en parte, según el informe citado, a la carencia de recursos suficientes para cumplir con un número creciente de tareas, originadas en la adopción de un marco de derechos de los ciudadanos cada vez más amplio.

En el caso del Sector Salud, este desafío presenta características particulares debido al proceso de reforma implementado desde mediados de la década de los noventa, el cual produjo cambios importantes en la estructura y funcionamiento de las principales instituciones, así como en sus interrelaciones.

Los ejes orientadores de dicha reforma fueron:

- Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud
- Readecuación del modelo de atención
- Saneamiento financiero del sistema nacional de salud y seguridad social
- Desarrollo y modernización de las estructuras, sistemas de trabajo y procedimientos de la gestión del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social
- Modernización del sistema de asignación de recursos entre prestadores de salud, según parámetros de productividad y de calidad²⁴.

Es importante mencionar que a pesar de que no se dispone de una evaluación integral del impacto de la reforma, lo cual constituye un reto importante para el sector, sí se han identificado vacíos importantes en el cumplimiento de sus objetivos por parte de las instituciones involucradas. La falta de seguimiento y evaluación ha provocado la implementación de acciones correctivas descoordinadas por parte de los actores (Ministerio de Salud y CCSS), con muy poco o ningún efecto sobre la gestión de las instituciones. Esto se ha traducido en un aumento del descontento y en una disminución de la credibilidad por parte de los ciudadanos hacia estas instituciones..

Para fortalecer el accionar del Ministerio de Salud, la presente administración ha definido que, entre las funciones estratégicas de rectoría, la dirección política y la planificación estratégica de la salud constituyen el medio por el cual las autoridades de salud dirigen y conducen a los actores sociales en el proceso de definición de prioridades en salud, negocian recursos y lideran el establecimiento de objetivos y metas a partir del análisis de la situación de salud de la población y de sus determinantes²⁵.

22 Op. Cit. 12.

23 Programa Estado de la Nación (2004) Décimo Informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Sinopsis, en: www.estadonacion.or.cr

24 Ministerio de Salud, citado por Delcore, Loredana (2004) “Cultura Organizacional y Reforma del Sector Salud. Condición Necesaria para el Cambio”, en: *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. Versión impresa. Volumen 12. Número 1. Septiembre. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social San José.*

25 Ministerio de Salud-Universidad de Costa Rica. *Modelo Conceptual Estratégico para la Rectoría de la Producción Social de la Salud, julio 2006.*

El ejercicio eficiente de dichas funciones de rectoría permitirá en el transcurso de los próximos cuatro años:

- Fomentar la participación de la población en general, y de las instituciones del Sector Salud y de otros sectores, para el abordaje integral de los desafíos del contexto interno y externo de la salud pública (intervención intersectorial).
- Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema (solidaria y eficiente).
- Generar mejoras en los recursos (sistemas de información, tecnología, desarrollo de los recursos humanos).
- Continuar con los esfuerzos para asegurar la protección social, la mejora en el acceso y la ampliación de la cobertura de los servicios de atención a las personas y al ambiente, con énfasis en los grupos de población vulnerable, como es el caso de los indígenas y migrantes.
- Fortalecer la participación social.
- Incentivar la investigación para la toma de decisiones en salud pública.
- Continuar esfuerzos tendientes a mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios de atención a las personas y al ambiente de salud.
- Planificación estratégica con visión a futuro para anticipar situaciones y propiciar respuestas proactivas y no sólo reactivas
- Definición de relaciones entre lo público y lo privado y otorgamiento de una mayor responsabilidad al sector privado (con mecanismos de control, evaluación y rendición de cuentas).

Para fortalecer la capacidad de gestión del Ministerio de Salud como ente rector, y por ende la de las demás instituciones que componen al sector, se ha propuesto la implementación de un proceso de desarrollo organizacional, el cual incluirá a sus instituciones adscritas Instituto contra el Alcoholismo y la Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud (INCIENSA) y el Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC).

Paralelamente, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) continuará con el proceso de reestructuración y desconcentración de las unidades prestadoras de servicios de salud.

Otros desafíos importantes de considerar para la definición de objetivos y metas estratégicas son:

- El fortalecimiento de la rectoría del ministerio en el nivel regional y el trabajo articulado con los distintos actores sociales, así como la dotación de los recursos necesarios para el ejercicio de sus funciones.
- Instituir en los diferentes niveles de gestión, el proceso de seguimiento y evaluación, con el propósito de generar información fidedigna para rendir cuentas y la toma de decisiones de carácter político, técnico y legal que fortalezcan el ejercicio de la rectoría.
- Consolidación del Consejo Nacional Sectorial de Salud como instancia de coordinación política del Sector.
- El impulso a un proceso permanente de negociación y concertación para la modulación de la inversión en salud.
- La implementación de un sistema nacional de información en salud.

El fortalecimiento de la gestión institucional de las instancias que componen al Sector Salud, y la integración del mismo a la lucha contra la corrupción, son dos ejes de política que se encuentran estrechamente ligados. En la medida en que se desarrolle una gestión más eficiente, sujeta a mecanismos de control interno y rendición de cuentas, se logrará recuperar la confianza y la credibilidad de la ciudadanía en las instituciones del sector.

En aras de contribuir con los metas sectoriales y gubernamentales y como respuesta a la normativa vigente se fortalecerán dos funciones estratégicas, una encaminada a la modulación del financiamiento del sector con el objetivo de corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial buscando el acceso equitativo a los servicios y al ambiente. La otra función de rectoría hace referencia a la evaluación de las acciones de salud pública en forma sistemática, interinstitucional y participativa, con el propósito de detectar y corregir desviaciones en el cumplimiento de objetivos y metas establecidas en las políticas, planes, programas y proyectos del sector, para apoyar la toma estratégica de decisiones.

Adicionalmente, la participación social –que podría constituirse en un aliado importante de las instituciones en el control de su gestión- está aún insuficientemente organizada, y no se tiene claro su papel en los procesos de rendición de cuentas existentes.

C. Relación de la propuesta con las prioridades gubernamentales:

El componente del Sector Salud del PND 2006-2010 se enmarca dentro del área de política social y, de manera parcial, dentro del área de sostenibilidad ambiental, establecidas en el Programa de Gobierno 2006-2010, ambas consideradas dentro de las cinco áreas de acción prioritarias de la actual administración ²⁶.

Además, como se menciona en el apartado de metodología, para cada uno de los compromisos, se definieron ejes de política acordes con el accionar del Sector Salud según se detalla a continuación:

Compromiso 1: Luchar contra la corrupción

- Integración del Sector Salud en la lucha contra la corrupción

Compromiso 2: Luchar contra la pobreza y la desigualdad

- Disminución de las inequidades en salud y ambiente como instrumento para luchar contra la pobreza

Compromiso 3: Integrarnos al mundo para crear empleos de calidad

- El Sector Salud como instrumento de generación y mejoramiento de empleos de calidad

Compromiso 4: Educar para el Siglo XXI

- Promover una cultura de promoción de la salud y protección del ambiente como fomento del desarrollo.

Compromiso 5: Luchar contra la delincuencia y las drogas

- Integración del Sistema Nacional de Salud en la lucha contra la violencia social y el consumo de drogas

Compromiso 6: Poner en orden las prioridades del Estado

- Fortalecimiento y consolidación del Ministerio de Salud para el ejercicio de la rectoría del proceso de producción social de la salud

Compromiso 7: Recuperar la infraestructura nacional

- Recuperación y mejoramiento de la infraestructura nacional relacionada con la salud.

²⁶ Las cinco áreas fundamentales de políticas definidas en el Programa de Gobierno son: Política Social, Política Productiva, Política de Sostenibilidad Ambiental, Reforma del Marco Legal e Institucional, y Política Exterior.

Compromiso 8: Ennoblecere nuestra política exterior

- Liderazgo técnico y político en salud a nivel internacional.

La tabla 1 presenta el resumen de los compromisos de gobierno, la propuesta de las autoridades del Ministerio de Salud, el aporte de las instituciones, los documentos de referencia y los lineamientos

de MIDEPLAN, se elaboraron las siguientes políticas sectoriales, que señalan la dirección general a seguir por todas las instituciones que lo conforman:

- 1) Contribución al desarrollo de una cultura que promueva la salud y la protección del ambiente humano.
- 2) Garantía de acceso a servicios de calidad, oportunos y equitativos, para toda la población, con énfasis en los grupos prioritarios.
- 3) Recuperación de la credibilidad y la confianza en la gestión pública del Sector Salud.

Estas políticas, a su vez, orientan la definición de las acciones estratégicas sectoriales. A continuación se presenta la Tabla 1 que muestra la relación entre compromisos de gobierno, ejes de política, políticas y acciones estratégicas del Sector Salud. Posteriormente, se presentan las acciones estratégicas para cada política, con sus respectivos componentes, a saber: objetivos, indicadores, líneas de base, metas y responsables ²⁷, de acuerdo con la Directriz Presidencial del 21 de junio del 2006:

²⁷ El componente presupuestario se estará integrando al documento más detallado que se entregará a MIDEPLAN al finalizar el mes.

Tabla 1
Compromisos de Programa de Gobierno, Ejes de Política, Políticas
y Acciones Estratégicas Sector Salud
Agosto 2006

Compromiso de Programa de Gobierno	Eje de política propuesto por autoridades del Ministerio de Salud	Política	Acción estratégica
4: Educar para el siglo XXI	Promover una cultura de promoción de la salud y protección del ambiente como fomento del desarrollo	1. Contribución al desarrollo de una cultura que proteja y mejore la salud y el ambiente humano.	1. Desarrollo de estrategias para la protección y mejora de la salud y del ambiente humano, con participación social y democratización del conocimiento rector.
5: Luchar contra la delincuencia y las drogas	Integración del Sistema Nacional de Salud en la lucha contra la violencia social y el consumo de drogas		
2: Lucha contra la pobreza y la desigualdad	Disminución de las iniquidades en salud y ambiente como instrumento para luchar contra la pobreza.	2. Garantía de acceso a servicios de calidad, oportunos y equitativos, para toda la población, con énfasis en los grupos vulnerables.	2. Fortalecimiento de la capacidad resolutive de las instituciones del Sector Salud, para mejorar la cobertura y calidad de los servicios a la población.
3: Integrarnos al mundo para crear empleos de calidad	El Sector Salud como instrumento de generación y mejoramiento de empleos de calidad.		3. Planificación del desarrollo del recurso humano e incorporación del enfoque de gestión, con participación del Sector Salud y los entes formadores y empleadores.
7: Recuperar la infraestructura nacional	Recuperación y mejoramiento de la infraestructura nacional relacionada con la salud		4. Fortalecimiento del Sistema de Salud Ocupacional con planificación sectorial e intersectorial.
1. Luchar contra la corrupción	Integración del Sector en la lucha contra la corrupción.	3. Recuperación de la credibilidad y la confianza en la gestión pública del Sector Salud.	5. Provisión de infraestructura y tecnologías en salud con calidad, seguridad y accesibilidad.
6. Poner orden en las prioridades del Estado	Fortalecimiento y consolidación del Ministerio de Salud para el ejercicio de la rectoría del proceso de producción social de la salud.		6. Fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento, control y rendición de cuentas, con participación social en el Sector Salud.
			7. Fortalecimiento de la capacidad resolutive y armonizadora del Ministerio como ente rector.

Tabla 2
Resumen de Componentes del PND Salud:

Política	Acción estratégica	Objetivos	Indicadores
1. Contribución al desarrollo de una cultura que promueva, proteja y mejore la salud y el hábitat humano.	1. Programa de fortalecimiento de las condiciones de salud de la población con énfasis en las personas menores de edad promoviendo estilos de vida saludable.	Objetivo 1.1. Mejorar la oferta de servicios de promoción, prevención y atención de la salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.	1.1.1. Porcentaje de cobertura de la población adolescente con atención integral de calidad 1.1.2. Tasa de mortalidad infantil nacional 1.1.3. Tasa de mortalidad infantil por provincia 1.1.4. Número de vacunas disponibles en el esquema básico 1.1.5. Porcentaje de incremento en el PAI en todas las provincias. 1.1.6. Tasa de desnutrición 1.1.7 Porcentaje de mortalidad materna por causas prevenibles. 1.1.8 Porcentaje de incremento en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal con tamizaje por VIH/SIDA 1.1.9 Porcentaje de instituciones ejecutando el Plan Nacional de Salud Mental.
		Objetivo 1.2. Atender a la población menor de edad con adicción a sustancias psicoactivas para contribuir a mejorar la calidad de vida de esta población.	1.2.1 Porcentaje de avance 1.2.2. Número de adolescentes, niños y niñas atendidas
		Objetivo 1.3. Promover la actividad física como parte de los estilos de vida saludables a fin de mejorar la salud integral de la población.	1.3.1 Porcentaje de población nacional que practica ejercicio físico

Política	Acción estratégica	Objetivos	Indicadores
2. Garantía de acceso a servicios de calidad, oportunos y equitativos para toda la población.		Objetivo 1.4. Ampliar la oferta de servicios y la cobertura de atención a la población menor de 12 años mediante el programa CEN-CINAL a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los grupos vulnerables.	1.4.1. Número de niños (as) de 3 meses a 2 años atendidos en el programa CEN-CINAL. 1.4.2. Número niños (as) de 2 a 7 años atendidos en el programa CEN-CINAL. 1.4.3. Número niños (as) de 7 a 12 años atendidos en el programa CEN-CINAL. 1.4.4. Número de construcciones, ampliaciones y/o reparaciones
	2. Promoción y protección del hábitat humano para un mayor bienestar y calidad de vida de la población.	Objetivo 2.1. Proporcionar servicios de abastecimiento de agua de calidad, alcantarillado sanitario y tratamiento de desechos sólidos de acuerdo con las necesidades del país.	2.1.1. Porcentaje de avance 2.1.2. Número de cantones con centros de acopio en funcionamiento 2.1.3. Número de cantones ejecutando el programa Ciudades Limpias. 2.1.4. Porcentaje de incremento de cobertura de población con agua potable en las zonas rurales. 2.1.5 Porcentaje de población abastecida con sistemas operados por A yA con agua potable. 2.1.6. Porcentaje de avance del Proyecto de Mejoramiento Ambiental del Área Metropolitana de San José
	3. Programa de fortalecimiento de la capacidad resolutive de las instituciones del Sector Salud.	Objetivo 3.1.1: Incrementar la eficacia y la eficiencia en la gestión del seguro de enfermedad y maternidad y del régimen de invalidez, vejez y muerte.	3.1.1.1. Porcentaje de aseguramiento por SEM 3.1.1.2. Porcentaje de aseguramiento por IVM

Política	Acción estratégica	Objetivos	Indicadores
	4. Plan de provisión de recursos de infraestructura, humanos, tecnológicos y financieros en salud con calidad, seguridad y accesibilidad	Objetivo 4.1.1: Fortalecer los servicios de atención primaria mediante la asignación de recursos necesarios para incrementar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la población.	4.1.1.1. Número de EBAlS nuevos funcionando con recursos básicos.
		Objetivo 4.2.2: Desarrollar un plan de gestión de infraestructura sectorial, que permita brindar servicios de salud con calidad, seguridad y accesibilidad.	4.2.1.1. Porcentaje de avance en la ejecución del Plan de Gestión de Infraestructura Sectorial
		Objetivo 4.2.3: Fortalecer los servicios en el segundo nivel de atención para contribuir a la eficiencia y eficacia de los sistemas de salud nacional.	4.2.3.1 Número de profesionales en pediatría y ginecología integrados en las áreas de difícil acceso 4.2.3.2. Porcentaje de establecimientos de salud organizados en redes de servicios integrales.
		Objetivo 4.2.4 Mejorar la cobertura y calidad de los servicios a la población.	4.2.4.1. Número de establecimientos fortalecidos con recursos tecnológicos oncológicos
	5.1 Fortalecimiento de la gestión institucional para mejorar la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios de salud	Objetivo 5.1.1 Mejorar la eficacia y la eficiencia del Ministerio de Salud, mediante el fortalecimiento de las funciones rectoras.	5.1.1.1. Porcentaje de instituciones alineadas al Modelo Conceptual 5.1.1.2. Porcentaje de avance

Política	Acción estratégica	Objetivos	Indicadores
Política 3 Consolidación del Sector Salud mediante el fortalecimiento de la rectoría y la sostenibilidad financiera de la seguridad social.		Objetivo 5.1.2. Fortalecer la capacidad financiera de la seguridad social.	5.1.2.1. Tasa de crecimiento máximo de la morbilidad
		Elaborar e implementar participativamente el Plan Estratégico de la CCSS 2007-2012	ND

1.3 SALUD

Metas sectoriales:

- Haber fortalecido la salud de las personas con énfasis en los menores de 18 años, y grupos vulnerables y en riesgo social, mediante el mejoramiento e incremento en la cobertura de los programas de vacunación, atención integral en salud, nutrición y desarrollo infantil.
- Haber contribuido al mejoramiento del hábitat humano mediante el desarrollo de estrategias participativas para el manejo de desechos sólidos, al incremento de la población nacional con acceso al agua potable y de alcantarillado sanitario en el área metropolitana.
- Consolidar el Sector Salud mediante el fortalecimiento de la rectoría y sostenibilidad financiera de la seguridad social.

Políticas 1: Contribución al desarrollo de una cultura que promueva, proteja y mejore la salud y el hábitat humano

Acciones relacionadas con la política 1:

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
Programa de fortalecimiento de las condiciones de salud de la población infantil y adolescente, promoviendo estilos de vida saludable	Mejorar la oferta de servicios de promoción, prevención y atención de la salud para el mejoramiento de la calidad de vida	2007-2011: 8% de aumento de la cobertura de la atención integral con calidad de la población adolescente. 2007: 2% 2008: 2% 2009: 2% 2010: 2%	Porcentaje de cobertura de la población adolescente con atención integral de calidad	Cobertura de atención integral de la población adolescente: 30%	2007-2010: 2.280,6 2007: 491,4 2008: 540,5 2009: 594,6 2010: 654,0	Ministerio de Salud, CCSS

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2007-2010: Mantener la tasa de mortalidad infantil (MI) nacional promedio menor a 10 por mil nacidos. 2007: TMI menor a 10/mil 2008: TMI menor a 10/mil 2009: TMI menor a 10/mil 2010: TMI menor a 10/mil	Tasa de mortalidad infantil nacional	Tasa de mortalidad infantil promedio: 9,8 x mil nacidos vivos.	2007-2011: 679,0 2007: 146,3 2008: 160,9 2009: 177,0 2010: 194,7	Ministerio de Salud, CCSS
		2007-2010: Mantener la tasa de mortalidad infantil por provincia promedio menor a 11 por mil nacidos 2007: TMI menor a 11/mil 2008: TMI menor a 11/mil 2009: TMI menor a 11/mil 2010: TMI menor a 11/mil	Tasa de mortalidad infantil por provincia	Tasa de mortalidad infantil: 9,8 San José: 9,95 Alajuela: 7,71 Cartago: 12,4 Heredia: 9,31 Puntarenas: 10,4 Guanacaste: 9,94 Limón: 10,23		Ministerio de Salud, CCSS

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2008-2010: Disponer de cuatro tipos de vacunas 2 ^{as} adicionales en el sector público. 2008: Varicela 2010: Neumococo Rotavirus, tosferina	Número de vacunas disponibles del esquema básico	9 vacunas en el Esquema Básico	2008-2010: 7.751,0 Presupuesto Nal. /CCSS 2008: 2009: 2010:	CCSS Ministerio de Salud
		2007-2010: 7.5% de incremento en la cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en todas las provincias. 2007: 1,5% 2008: 1,5% 2009: 1,5% 2010: 1,5%	Porcentaje de incremento en la del PAI en todas las provincias.	87,4 % de cobertura del PAI	CCSS 2008-2010: 4.825,0 ²⁹ 2008: 2009: 2010:	

28 Varicela y tosferina (pertussis acelular) financiada por la CCSS. Falta definir el presupuesto para el financiamiento de la vacuna de rotavirus y papiloma humano.

29 El Ministerio de Salud, solicitará al Ministerio de Hacienda el presupuesto para financiar únicamente la introducción de las vacunas contra el rotavirus y la tos ferina (pertussis acelular) a partir del 2008.

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2007-2010 Tasa de desnutrición leve, moderada y severa en niños pre-escolares disminuidas en un 1% 2007: 0,25% 2008: 0,25% 2009: 0,25% 2010: 0,25%	Tasa de desnutrición	Niños preescolares 17,3% P/E (Encuesta Nacional de Nutrición 1996).	2007: ³⁰ FODESAF: 2007: 4.613,1 Presupuesto Nacional 2007: 4.614,8	Ministerio de Salud CCSS
		2007-2010: Reducción en un 24% de la mortalidad materna por causas prevenibles. 2007: 6% 2008: 6% 2009: 6% 2010: 6%	Porcentaje de la mortalidad materna por causas prevenibles.	3,9 por 10.000 nacidos vivos 80% - 50% de muertes por causas prevenibles en los últimos cuatro años ³¹	2007-2011: 168,4 2007: 36,3 2008: 39,9 2009: 43,9 2010: 48,3	Ministerio de Salud CCSS

³⁰ El Ministerio de Salud no ha programado presupuesto para los años 2008, 2009 y 2011.

³¹ Información suministrada por la Dirección de Servicios de Salud , Ministerio de Salud.

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2007-2010: 36% de aumento en el tamizaje por VIH/SIDA de mujeres embarazadas que acuden a control prenatal. 2007: 9% 2008: 9% 2009: 9% 2010: 9%	Porcentaje de incremento de mujeres embarazadas que acuden a control prenatal con tamizaje por VIH/SIDA	30% de mujeres que acuden al control prenatal con tamizaje por VIH/SIDA	2007-2011: 243,9 2007: 53,3 2008: 57,6 2009: 63,3 2010: 69,7	Ministerio de Salud CCSS
		2007-2011: Plan Nacional de Salud Mental implementado en un 65% de las instituciones de sector. 2007: 10% 2008: 30% 2009: 50% 2010: 65%	Porcentaje de las instituciones ejecutando el Plan de Salud Mental	0	2007-2011: 766,5 2007: 165,0 2008: 181,5 2009: 200,0 2010: 220,0	Ministerio de Salud. CCSS. IAFA

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
	Atender a la población con adicción a sustancias psicoactivas.	2007-2010: Centro de Atención Integral para la prevención y control del uso de drogas psicoactivas construido, equipado y funcionando en un 100%. 2007: Construcción del Centro en un 25% 2008: Construcción del Centro en un 50% 2009: Construcción del Centro en un 100% 2010: Centro equipado y operando al 100%	Porcentaje de avance	Marco jurídico Planos del proyecto de construcción con visto bueno para proceder a contratación directa	2007-2010: 758 (construcción y equipamiento) 2007: 189,0 2008: 189,5 2009: 189,5 2010: 189,5	Ministerio de Salud. IAFA.

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2008-2010: Brindar atención integral a 360adolescentes, niños y niñas con problemas de adicción a drogas psicoactivas. 2008: 120 2009: 120 2010: 120	Número de adolescentes, niños y niñas atendidos	7 personas menores de 18 años atendidas por problemas de adicción a sustancias psicoactivas en el Hospital Psiquiátrico	2008-2010: 4.052,4 ³² 2008: 1.224,3 2009: 1.346,7 2010: 1.481,4 Presupuestos del período ³³ Fondo Desarrollo de Asignaciones Familiares 2008-2010: 1.783,0 (alimentación) Junta de Protección Social 2008-2010: 557,0 (equipamiento) Patronato Nacional de la Infancia 2008-2010: 1.711,6 (mantenimiento)	Ministerio de Salud. CCSS, IAFA, PANI

³² El Sector no desagregó los montos por año. MIDEPLAN prorrateó el monto total entre los cuatro años.

³³ No es posible desagregarlo para cada uno de los años.

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
	Promover la actividad física como parte de los estilos de vida saludables de la población general	2008-2010: 1,5% de incremento en la población nacional que practica ejercicio físico ³⁴ 2008: 0.5%. 2009: 0.5%. 2010: 0.5%.	Porcentaje de población nacional que practica ejercicio físico	51% de la población nacional práctica algún ejercicio físico 60.5% hombres, y 42,1% mujeres- Encuesta UNIMER. ³⁵ 2006.	2008-2010: 175,7 2008: 53,1 2009: 58,4 2010: 64,2	Ministerio de Salud. ICODER

³⁴ Ejercicio físico: actividad física planeada, estructurada y repetitiva que se hace para mantener o mejorar la condición física. Según la OMS se recomienda 30 minutos de actividad física moderada repartidos durante el día en fases no inferiores a 10 minutos, casi todos los días.

³⁵ Encuesta Unimer 2006

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Linea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
	Ampliar la oferta de servicios y la cobertura de atención a la población menor de 12 años mediante el programa CEN-CINA ³⁶ .	2010: 480 niños y niñas de 3 meses a-2 años atendidos (as) en los CEN-CINA. 2008: 240 2009: 360 2010: 480	Número de niños (as) de 3 meses a 2 años atendidos en el CEN-CINA.	0	2008-2010: 1.181,2 2008: 260,3 2009: 375,8 2010: 545,1 FODESAF 2008-2011: 85,2 2008: 17,2 2009: 25,9 2010: 42,0 Presupuesto Nacional 2008-2010: 1.096,0 2008: 243,0 2009: 349,9 2010: 503,0	Ministerio de Salud

36 Se ha solicitado la autorización para la contratación de 280 plazas nuevas: 32 profesionales, 143 técnicos, 75 trabajadores auxiliares y 30 agentes de seguridad y vigilancia.

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2010: 29.232 niños y niñas de 2-7 años atendidos (as) en la modalidad intramuros. 2007: 20.232 2008: 23.232 2009: 26.232 2010: 29.232	Número de niños (as) de 2 a 7 años atendidos en CEN-CINAI.	13.000 niños atendidos al 2005.	2007-2010: 32.257,0 2007: 5.653,0 2008: 7.016,0 2009: 8.631,0 2010: 10.957,0 FODESAF 2007-2010: 6.043,0 2007: 1.043 2008: 1.315 2009: 1.636 2010: 2.049 Presupuesto Nacional 2007-2010: 26.214,0 2007: 4.610 2008: 5.701 2009: 6.995 2010: 8.908	

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2007-2010: Atender a 5,000 niños y niñas de 7 a 12 años atendidos (as) en los CEN-CINAI. 2007: 1.400 2008: 2.800 2009: 4.000 2010: 5.000	Número de niños (as) de 7 a 12 años atendidos en CEN-CINAI.	0	2007-2010: 3.949,5 2007: 348,0 2008: 754,8 2009: 1.232,7 2010: 1.614,4 FODESAF 2007-2010: 1.101,8 2007: 92,4 2008: 201,6 2009: 369,8 2010: 438,0 Presupuesto Nacional 2007-2010: 2.848,0 2007: 255,6 2008: 553,2 2009: 862,9 2010: 1.176,4	
		2007-2011: 611 construcciones, ampliaciones y/o reparaciones: (66 construcciones, 149 ampliaciones y 396 reparaciones)	Número de construcciones, ampliaciones y/o reparaciones.	516 CEN CINAI en funcionamiento.	FODESAF 2007-2010: 7.472,9 2007: 1.608,2 2008: 1.769,9 2009: 1.946,8	Ministerio de Salud

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2007: 77 (15, 47 y 15) 2008: 178 (15,35, 128) 2009: 178 (16, 32, 130) 2010: 178 (20, 35, 123)			2010: 2.148,0	
Promoción y protección del hábitat humano para un mayor bienestar y calidad de vida de la población.	Proporcionar servicios de abastecimiento de agua de calidad, alcantarillado sanitario y tratamiento de desechos sólidos de acuerdo con las necesidades del país.	2007-2010: 70% de avance del proyecto para la construcción de un centro de transferencia y otras tecnologías en Río Azul ³⁷ 2007: 5% 2008: 15% 2009: 20% 2010: 30%	Porcentaje de avance.	0	(Terreno donado por el Ministerio de Salud) Periodo 2007-2010: 189,9 2007: 40,9 2008: 45,0 2009: 49,5 2010: 54,5	Ministerio de Salud. Gobiernos locales. IFAM y Comisión Nacional para el manejo integral de los desechos sólidos.

37 Incluye un centro de acopio para reciclaje.

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2007-2010: Veintidós cantones con centros de acopio en funcionamiento ³⁸ 2007: 4 2008: 6 2009: 6 2010: 6	Número de cantones con centros de acopio en funcionamiento	15	2007-2010: 162,9 2007: 29,6 2008: 44,4 2009: 44,4 2010: 44,5	Ministerio de Salud. Municipalidades y Ministerio de Educación ³⁹
		2007-2010: Veintidós cantones ejecutando el programa "Ciudades Limpias" 2007: 4 2008: 6 2009: 6 2010: 6	Número de cantones ejecutando el programa "Ciudades Limpias"	15		Ministerio de Salud. municipalidades y Ministerio de Educación

³⁸ En el contexto del Programa Ciudades Limpias, aunque no todos los cantones que implementan el programa tienen centro de acopio.

³⁹ Se incorporarán otras instituciones, para cuya coordinación se requiere participación intersectorial.

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ₡ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2007-2010: 4,7% Incremento de cobertura de población con agua potable en las zonas rurales. 2007: 1,1% 2008: 1,0% 2009: 1,3% 2010: 1,3%	Porcentaje de incremento de cobertura de población con agua potable en las zonas rurales.	65,2% de cobertura de población con agua potable en zona rural	2007-2010: 12.606 2007: 3.884 2008: 4.094 2009: 3.878 2010: 750	Ministerio de Salud. ICAA
		2007-2010: Mantener el 98% de la población nacional abastecida con agua potable mediante sistemas operados por A y A. 2007: 98% 2008: 98% 2009: 98% 2010: 98%	% de población abastecida por sistemas operados por AYA con agua potable.	98% de la población servida por AYA tiene agua potable	2007-2010: 83.881,0 2007: 8.696 2008: 25.330 2009: 23.959 2010: 25.896	Ministerio de Salud y ICAA
		2007-2010: 55% de avance del Proyecto de Mejoramiento Ambiental del Área Metropolitana de San José. 2007: 10% 2008: 20%	Porcentaje de avance del Proyecto de Mejoramiento Ambiental del Área Metropolitana de San José ⁴⁰	0	2007-2010: 66.358,0 2007: 6.352 2008: 6.020 2009: 15.198 2010: 38.788	Ministerio de Salud. ICAA

⁴⁰ Este proyecto pretende aumentar al 50% la cobertura del alcantarillado sanitario del Área Metropolitana

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
		2009: 35% 2010: 55%				

Política 2: Garantía de acceso a servicios oportunos y equitativos para toda la población con énfasis en los grupos vulnerables.

Acciones relacionadas con la política 2:

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
Programa de fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las instituciones del sector.	Incrementar la eficacia y la eficiencia en la gestión del Seguro de Enfermedad y Maternidad y del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte	2007-2010: Incrementar el aseguramiento de la fuerza ocupada del seguro de enfermedad y maternidad (SEM) al 60.2 % 2007: 57.2% 2008: 58.2% 2009: 59.2% 2010: 60.2%	Porcentaje de aseguramiento de la fuerza ocupada por el SEM.	SEM: 57.1%	2007-2011: 3.909,0. ⁴¹ 2007: 869,5 2008: 935,5 2009: 1.010,5 2010: 1.093,5	Ministerio de Salud. CCSS
		2007-20101: Incrementar el aseguramiento de la fuerza ocupada por el Régimen de Invalidez. Vejez y Muerte (IVM) al 53% 2007: 49% 2008: 50% 2009: 51% 2010: 52%	Porcentaje de aseguramiento de la fuerza ocupada por el IVM.	IVM: 49%		

41 Este presupuesto integra las metas de SEM e IVM.

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
Plan de provisión de recursos de infraestructura, humanos, tecnológicos y financieros en salud con calidad, seguridad y accesibilidad.	Fortalecer los servicios de atención primaria mediante la asignación de recursos necesarios.	2007-2010: 80 EBAIS nuevos funcionando con los recursos básicos en los sectores más pobres y con problemas de accesibilidad 2007: 20. 2008: 20 2009: 20 2010: 20	Número de EBAIS nuevos funcionando con los recursos básicos.	No disponible	2007-2010: 1.200 2007: 258,6 2008: 284,4 2009: 312,9 2010: 344,1	Ministerio de Salud. CCSS
	Desarrollar un plan de gestión de infraestructura sectorial que permita brindar servicios de salud con calidad, seguridad y accesibilidad.	2007-2010: Incremento de 400 funcionarios de salud en los EBAIS 2007: 100 2008: 100 2009: 100 2010: 100 2009- 2010: 30% de avance en la ejecución del Plan de gestión de infraestructura sectorial. 2009: 10% 2010: 20%	Número de funcionarios contratados	315 funcionarios al 2006.	2007-2010: 2.800 2007: 600 2008: 667 2009: 726 2010: 807	Ministerio de Salud. CCSS
			Porcentaje de avance en ejecución del Plan de Gestión de Infraestructura Sectorial	0	2009-2010: 54.353,0 2009: 17.660 2010 : 36.693	Ministerio de Salud. CCSS, ICODER

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ₡ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
	Fortalecer los servicios en el segundo nivel de atención.	2007- 2010: 44 profesionales en pediatría y ginecobstetricia brindando atención en 38 áreas de difícil acceso	Número de profesionales en pediatría y ginecobstetricia integrados en las áreas ⁴² de difícil acceso.	108 profesionales en pediatría, ginecología y obstetricia. 62 Pediatras 35 Ginecólogos 11 Obstetras	2007-2010: 635,0 2007: 137 2008: 150 2009: 166 2010: 182	Ministerio de Salud. CCSS
		2007: 11 2008: 11 2009: 11 2010: 11	Porcentaje de establecimientos de salud organizados en redes de servicios integrales	No disponible ⁴³	44	Ministerio de Salud CCSS

42 El número de profesionales contratados dependerá de la disponibilidad de especialistas para trabajar en las áreas de difícil acceso.

43 1941 establecimientos de salud a integrar en la red.

44 No implica inversión adicional, pues se realizará con los recursos propios de cada establecimiento de salud.

1

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
	Mejorar la cobertura y calidad de los servicios a la población.	2008-2010: 70% de establecimientos de salud de mediana y alta complejidad ⁴⁵ fortalecidos con recursos tecnológicos oncológicos. 2008: 20% 2009: 30% 2010: 20%	Número de establecimientos fortalecidos con recursos tecnológicos oncológicos	No disponible	2008-2010: 6.750 2008: 2.039 2009: 2.243 2010: 2.468	Ministerio de Salud. ICCC y CCSS.

Política 3: Consolidación del Sector Salud mediante el fortalecimiento de la rectoría y la sostenibilidad financiera de la seguridad social.

Acciones relacionadas con la política 3:

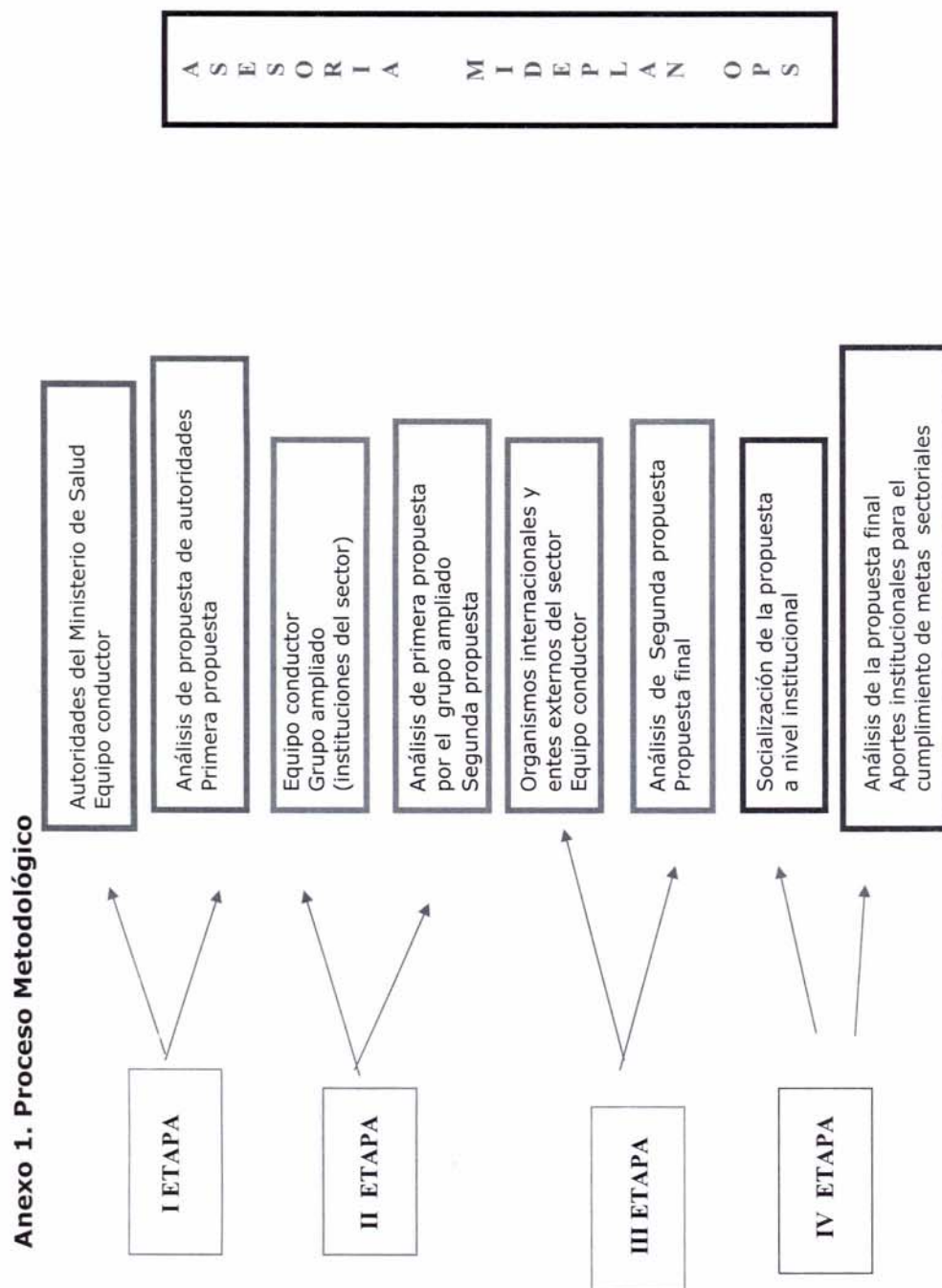
Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable

⁴⁵ Se refiere a 8 hospitales nacionales generales y especializados, 7 hospitales regionales, 5 hospitales periféricos y 7 Áreas de Salud tipo III.

Acción Estratégica	Objetivo Específico	Metas	Indicador	Línea Base	Estimación Presupuestaria en millones de ¢ y fuente de financiamiento	Institución Responsable
Fortalecimiento de la gestión institucional para mejorar la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios de salud.	Mejorar la eficacia y la eficiencia del Ministerio de Salud, mediante el fortalecimiento de las funciones rectoras.	2007-2011: 70% de las instituciones del sector alineadas al "Modelo Conceptual y estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud" 2007: 15% 2008: 20% 2009: 20% 2010: 15 %	Porcentaje de instituciones alineadas al Modelo Conceptual	0	2007-2011: 115,4 ⁴⁶ 2007: 22.5 2008: 30.0 2009: 30.0 2010: 7.5	Ministerio de Salud
		2008-2010: 25% de avance del proyecto para la creación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) 2008: 5% 2009: 10% 2010: 10%	Porcentaje de avance	0	2007-2010: 672,5 2007: 134,5 2008: 134,5 2009: 269,0 2010: 269,0	Ministerio de Salud. INCIENSA. COMEX ⁴⁷

46 Sólo se desagregó el 75% del presupuesto.

47 COMEX es el responsable del préstamo del BID que financiará los proyectos de la Agenda Complementaria del TLC, mediante el cual se financiará parte de dicho instituto.



Anexo 2: Documentos de referencia

1. Plan Gobierno 2006-2010
2. ModeModelo Conceptual Estratégico para la Rectoría de la Producción Social de la Salud
3. Política Nacional de Salud 2002-2006.
4. Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006
5. Análisis Sectorial de Salud 2002-2006.
6. Actualización del Análisis Sectorial de Salud 2006 (documento en borrador)
7. Memoria Institucional del Ministerio de Salud 2005.
8. .Informe del Sistema de Naciones Unidas y del Consejo de Gobierno sobre cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2004.
9. Undécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2005.
10. Análisis de Indicadores de Género y Salud. Costa Rica 2005.
11. Indicadores básicos 2005. Situación de la Salud en Costa Rica.
12. Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006-2012.
13. Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura. Costa Rica 2006-2015.
14. Violencia Social: Un problema de Salud Pública (documento elaborado por el Ministerio de Salud)

Anexo 3: Participantes por institución

1. Auditoría General de Servicios de Salud

Cordero Zinnia
Madrigal Randall

2. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

Enlaces Institucionales

González Paquita
Piedra Marielos
Rojas José Miguel
Sánchez Rocío
Participantes
Alarcón Nineth
Arce Gary
Arias Gerardo
Balmaceda Ileana
Brenes Freddy
Carvajal Amalia
Dormond Marianita
Fernández Odilia
Flores Mariela
Gómez Sergio
González Pedro
Guzmán Ronald
Mata Zeidy
Mora Virgilio
Mora Sonia
Pereira Marlen
Pérez Marco Antonio
Quesada Melva
Ramírez José A.
Romero Patricia
Salas Ana Patricia
Sánchez Raúl
Solís María Isabel
Torres Sonia
Vargas Roberto
Victoria Enrique
Zumbado Martín

3. CONSEJO NACIONAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR (CONAPAM)

Muñoz Edgar
Rivera Emiliana

4. CONSEJO DE LA PERSONA JOVEN

Alvarado Emilia
Arce Johanna
García Damaris
Segura Jorge



5. CONSEJO DE ATENCIÓN INTEGRAL (CAI)

Carmona Silvia
Miranda Delia

6. Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

Enlaces Institucionales

Amador Giselle
Mata Douglas
Sancho Julio
Participantes
Araya Patricia
Artavia Poema
Blanco Huberth
Calvo Marjorie
Campos Yadira
Carvajal Hannia
Gutiérrez Luis
Jiménez Franklin
Ramírez Giselle
Ruiz Leda
Ureña Daisy

7. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (AyA)

Enlaces Institucionales

Alvarado Maritza
Araya Kattia
Bolaños Beatriz
Fallas Elizabeth
Martínez Jenny
Mora Darner
Phillips James
Vargas Luis Carlos
Wachsman Ronald

8. Instituto Costarricense Contra el Cáncer (ICCC)

Enlaces Institucionales

Arce José Pablo
Avendaño Esteban
Chang Lilia
Morales María
Rodríguez Lourdes
Participantes
Apolo Mercedes
Araya Nancy
Castillo Alcira
Cedeño Rodrigo

Ferraro Oscar
Leandro Marcela
Miranda Javier
Mora Geovanna
Orias Yadira

9. Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)

Enlaces Institucionales

Chávez Elizabeth
Ortiz María Marta
Ramírez Marisela
Torres Albert
Participantes
Alfaro Eduardo
Gutiérrez Blanca K.
Hernández Fernando
Herrera Luis Miguel
Roque Roberto
Solano Roberto
Ureña Pedro
Valverde B Alejandra

10. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)

Enlaces Institucionales

Acuña María Teresa
Blanco Adriana
Barboza María de la Paz
Calvo Nidia
Campos Elena

Participantes

Alfaro Thelma
Alfaro Flory Virginia
Araúz Ana Gladys
Benavides Adriana
Campos Erick
Cunningham Louela
Chanto Grettel
Chavarria Patricia
González Luis
Guzmán Sonia
Matamoras María C.
Méndez Viviana
Monge Rafael
Montero Marielos
Navarrete Enrique
Pereira Grettel
Picado Germán
Rodríguez Sara
Rodríguez Emilia

Roselló Marlene
Saénz Elizabeth
Salas Mary Tere

Salas Mauricio
Sánchez Germana
Solís Marlene
Ugalde Marisol
Valverde Marielos

11. Instituto Nacional de Seguros (INS)

Enlaces Institucionales

Conejo Alfredo
Elizondo Adriana
Jiménez Alejandra
López Claudio
Participantes
Barquero Ana
Brenes Liela
Fernández Eduardo
Jiménez Marta
Rodríguez Daisy
Ramírez Rocío
Sanabria Frank

12. Ministerio de Salud

Amador Nidia
Ascencio Melany
Araya Jorge
Bermúdez Oscar
Brown Róger
Calderón Gerardo
Camacho Sonia
Carrillo Willy
Céspedes Virginia
Durán Flor
Flores Rocío
Flores Guillermo
Gólcher Francisco
Hernández Jorge
Hernández Sergio
Herrera Ileana
Irola Bernardita
Jiménez Juan Carlos
León Ana
Lucas Giselle
López María Elena
Macanche Carmen
Mena Jorge
Mena Julio
Meneses Grettel
Morales M^a de los Ángeles

Morales Edgar
Monge Bernardo
Muñoz Ronny
Novygrot Rosa María
Pacheco Vilma
Poltronieri Patricia
Quesada Marvin
Tacsan Luis
Trejos María Ethel.
Picado Flor
Valerio Carlos
Vargas Rosibel
Ulate Alex
Zúñiga Mariano.

Otras Instituciones

Barrientos Guido. Estado de la Nación
Fernández Laura. Defensoría de los Habitantes
Figueroa Mabel. Instituto Nacional de las Mujeres
Obando Felipe. Consejo Nacional de Rehabilitación
Posada Ana Esther. Instituto Nacional de las Mujeres
Sánchez Nury. Consejo Salud Ocupacional
Salgado Patricia. UNFPA
Solís Benedicto. Unión Nacional de Gobiernos Locales
Zúñiga Carlos. Patronato Nacional de Rehabilitación

Organización Panamericana de la Salud

Calvo Andrés
Del Águila Roberto
Galvis Gerardo
Murillo Sandra

Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN)

Novygrod Rosa María
Ramírez Ileana

Fortalecimiento institucional: proceso que incluye el desarrollo y consolidación de la planificación estratégica, el modelo de desarrollo organizacional, la implementación de un sistema de información gerencial, la implementación de un modelo de control interno de la gestión, el mejoramiento de la gestión de los recursos financieros asignados, según apertura programática, la implementación de un proceso de mercadeo social de la rectoría, que permita el posicionamiento del Ministerio de Salud en la sociedad civil y política, el fortalecimiento y consolidación de la gestión de la Auditoría General de Servicios de Salud, promover la aprobación de la reforma a la Ley General de Salud y la consolidación del Consejo Nacional Sectorial de Salud.

Funciones rectoras o de rectoría: se refiere al ejercicio de acciones propias de la autoridad sanitaria e incluye, entre otras: dirección política, vigilancia de la salud, promoción de la salud, regulación sanitaria, investigación y desarrollo tecnológico, modulación del gasto y el financiamiento, armonización de los servicios, evaluación de las acciones en salud y la planificación estratégica.

Grupos vulnerables: son aquellos grupos sociales que se encuentran en riesgo de exclusión, entendida ésta, como la imposibilidad de hacer uso de las garantías de protección social por conducto de los poderes públicos, para satisfacer sus necesidades y demandas ⁴⁹.

Mientras que la exclusión hace referencia a un resultado que ya se ha producido, la vulnerabilidad alude a una consecuencia potencial, al peligro que enfrentan determinados grupos de población de caer en situaciones de exclusión, determinadas por factores socioeconómicos, etarios, de género, étnicos o culturales.

Infraestructura: se refiere a la capacidad física y tecnológica de las instituciones que brindan servicios de salud. Por capacidad física se entiende el cumplimiento de las condiciones físico sanitarias dispuestas en la normativa vigente del Ministerio de Salud, la Ley 7600 y la normativa para la gestión del riesgo.

Participación social: es la intervención directa de la población en la formulación, implementación, fiscalización y evaluación de las políticas, programas y acciones de los poderes públicos. Esta puede desarrollarse bajo diversas modalidades y a través de distintos medios, pero supone siempre la interacción con los representantes de las instituciones públicas y la posibilidad de obtener respuesta directa a sus inquietudes y demandas, y no solamente la recepción pasiva de información brindada por éstos.

Protección de la salud: garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus demandas de salud, con acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada mediante alguno de los subsistemas de salud existentes. Esta garantía se refiere no sólo a garantizar el acceso, sino también calidad y oportunidad de la atención ⁵⁰.

Rendición de cuentas: proceso mediante el cual las instituciones públicas informan a la ciudadanía en forma periódica, acerca del cumplimiento de las metas dentro de su competencia y su relación con la utilización de los recursos.

Siniestralidad laboral: se refiere al daño producido en la salud como consecuencia del trabajo que se realiza. Las legislaciones reconocen comúnmente como parte de la siniestralidad laboral los accidentes y enfermedades de trabajo, así como aquéllos que se producen durante el traslado de un trabajador hacia o desde su lugar de trabajo ⁵¹.

49 OPS, 26° Conferencia Sanitaria Panamericana, 2002

50 Análisis Sectorial de Salud, 2002

51 UGT-Observatorio del empleo (2006), en: www.ugt.es/juventud/observatorioempleo/

Tecnología sanitaria o tecnología en salud: se refiere a cualquier metodología, procedimiento, equipo o instrumento utilizado para promover la salud, prevenir, tratar enfermedades o rehabilitar a las personas.

Violencia social: se entiende por el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesión o muerte, daños psicológico, trastornos del desarrollo o privación.

