

# Memoria Institucional | 2002



Ministerio de Salud



Ministerio de Salud

---

Memoria Institucional  
2002







Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal  
Ministra de Salud





Lic. Delia Villalobos  
Viceministra de Salud





Dr. Eduardo López  
Viceministro de Salud





# Indice

Presentación.....	I
Misión, visión, valores .....	II
Organigrama Institucional.....	III
<b>Capítulo 1</b>	
1.1 Algunos Indicadores y Estadísticas de Salud .....	1
<b>Capítulo 2</b>	
2.1 Resumen Análisis Sector Salud .....	15
<b>Capítulo 3</b>	
3.1 Inversión en Salud.....	21
<b>Capítulo 4</b>	
4.1 Política Nacional de Salud 2002-2006 y Agenda Sanitaria Concertada.....	29
<b>Capítulo 5</b>	
5.1 Acciones Estratégicas y Actividades Sustantivas Institucionales e Intersectoriales .....	41
<b>Capítulo 6</b>	
6.1 Logros Institucionales .....	49
6.1.1 Despacho de la Ministra .....	51
6.1.1.1 Prensa e Imagen.....	51
6.1.1.2 Cooperación Internacional .....	52
6.1.1.3 Línea 800.....	53
6.1.1.4 Consejo Nacional del Sector Salud .....	53
6.1.1.5 Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia .....	54
6.1.1.6 Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud .....	58
6.1.1.7 Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición .....	63
6.1.1.8 Programa del Cáncer .....	63
6.1.1.9 Consejo Nacional de Investigación en Salud .....	66
6.1.1.10 Consejo Nacional del Agua .....	66
6.1.1.11 Comisión Interinstitucional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos .....	66
6.1.2 Despacho Viceministra de Salud .....	67
6.1.2.1 Deporte y Recreación .....	68
6.1.2.2 Construyendo Oportunidades.....	69
6.1.2.3 Persona Joven .....	70
6.1.2.4 Día Mundial del Corazón .....	71
6.1.2.5 Persona Adulta Mayor .....	71
6.1.2.6 Mujer .....	73



6.1.3 Despacho Viceministro de Salud .....	74
6.1.3.1 Consejo Nacional de Atención Integral del VIH-SIDA .....	74
6.1.3.2 Proyecto Nacional de Prevención del VIH-SIDA .....	74
6.1.3.3 Cuentas Nacionales en VIH-SIDA .....	74
6.1.3.4 Proyecto de Poblaciones Móviles y Migrantes .....	75
6.1.3.5 Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar Sector Salud .....	75
6.1.3.6 Comisión Control del Dengue y la Malaria .....	75
6.1.3.7 Instituto Costarricense Contra el Cáncer.....	75
6.1.3.8 Comisión de Enfermedades Cardiovasculares .....	75
6.1.3.9 Programa Control de Radiaciones.....	75
6.1.4 Oficialía Mayor .....	77
6.1.5 Dirección General de Salud.....	79
6.2 Logros del Nivel Central .....	81
6.2.1 Dirección General de Auditoría .....	81
6.2.2 Dirección Registros y Controles.....	86
6.2.3 Dirección Desarrollo de la Salud .....	89
6.2.4 Dirección de Informática.....	97
6.2.5 Dirección Vigilancia de la Salud .....	100
6.2.6 Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil.....	115
6.2.7 Dirección Servicios de Salud.....	120
6.2.8 Dirección Asesoría Legal .....	130
6.2.9 Dirección Administrativa .....	130
6.3 Logros del Nivel Regional .....	131
6.3.1 Dirección Región Central Norte .....	131
6.3.2 Dirección Región Chorotega .....	134
6.3.3 Dirección Región Brunca .....	137
6.3.4 Dirección Región Pacífico Central.....	140
6.3.5 Dirección Región Huetar Atlántica .....	142
6.3.6 Dirección Región Huetar Norte.....	144
6.3.7 Dirección Región Central Este .....	147
6.3.8 Dirección Región Central Sur .....	148
6.3.9 Dirección Región Central Occidente.....	150
<b>Capítulo 7</b>	
7.1 Acciones Institucionales en Curso .....	153
<b>Capítulo 8</b>	
8.1 Leyes y Decretos Aprobados o en Trámite .....	157
<b>Capítulo 9</b>	
9.1 Desafíos Institucionales .....	165



DM-3056-03  
21 de abril de 2003

Licenciado  
Rolando Laclé Castro  
Presidente  
Asamblea Legislativa

Estimado licenciado:

La Memoria Anual 2002 es un recurso informativo, originado en el contexto del proceso de rendición de cuentas y dirigido a la sociedad civil y política, en el cual se describen y analizan las principales actividades realizadas y los logros relevantes de la gestión institucional durante el período descrito. También presenta los retos trascendentales que enfrentaremos a fin de lograr la consolidación del rol rector de la Institución. Dicho informe, representa a la vez un producto y un insumo para los procesos de planificación estratégica y operativa, ya que no solo refleja únicamente la realidad de lo cumplido, sino también aquellos compromisos y desafíos que deben ser asumidos por la institución y sus organismos adscritos.

Estimo importante destacar, en lo que a logros se refiere, la formulación de la Política Nacional de Salud 2002-2006; proceso en el cual participaron de manera activa 894 actores sociales. Otro logro importante lo constituye la aprobación de la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006, la cual consta de 10 compromisos, que representan la respuesta de las instituciones del Sector Salud para dar cumplimiento a las políticas y retos sanitarios del país para este período. También, es importante recalcar la donación de los medios de comunicación de más de 78 millones de colones en espacios para la divulgación de información educativa orientada a combatir el dengue.

Asimismo, la atención de un promedio de 83652 beneficiarios con las diferentes modalidades de alimentación complementaria en los 680 Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros de Infantiles de Atención Integral (CINAI) distribuidos en todo el país. Con la modalidad de comidas servidas se cubrió un promedio anual de 30740 beneficiarios, de los cuales el 92% eran niños y niñas de 6 meses a menos de 7 años de edad y el 8% restante eran mujeres gestantes o en periodo de lactancia.

En relación con la modalidad de distribución de leche íntegra en polvo, se atendió un total de 46326 beneficiarios en promedio, el 88% fueron niños y niñas de 6 meses a menos de 7 años y el 12% mujeres gestantes o en periodo de lactancia. Con la modalidad de distribución de alimentos a familias (DAF) se cubrió a 6586 personas lo que equivale a 2195 familias con niños desnutridos moderados o severos. Con el servicio de atención integral, donde se ejecutan acciones de promoción del crecimiento y desarrollo, se atendieron un promedio de 16488 niños y niñas de dos a menos de 7 años de edad.

En enero del 2002 se inició la fortificación de la leche de ganado vacuno fluida o en polvo que se utiliza para el consumo humano con vitamina A, hierro y ácido fólico. Esta fortificación se fundamentó en la necesidad de cubrir parte de los requerimientos diarios de dichos micronutrientes, con énfasis en la población preescolar, dado que la leche es un alimento básico en la alimentación de este grupo.



Además, se introdujo la fortificación de la harina de trigo con fumarato ferroso, a fin de combatir las anemias por deficiencia de hierro, y la fortificación del arroz con hierro, ácido fólico y otras vitaminas del complejo B, con el objeto de cubrir el 100% de los requerimientos de ácido fólico y de esta forma prevenir las enfermedades congénitas del tubo neural, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer como el de mama y de colon. También se inició la fortificación con yodo de la sal destinada a la industria alimentaria y a los consomés condensados y concentrados, y con yodo y flúor los consomés deshidratados, para asegurar el consumo de yodo, cuando se sustituye la sal fortificada.

Con la conformación del Consejo Nacional de Aguas, se ha logrado retomar y replantear las iniciativas de ley, para que destaquen, por un lado, una visión ambiental, y por otra, las inquietudes productivas y las necesidades de la población de ese recurso.

A pesar de estos logros importantes, somos conscientes de nuestras fortalezas y debilidades, entre los que destacan el desarrollo de una gerencia más eficiente y eficaz de los programas institucionales, así como la promoción de un desarrollo organizacional acorde con las necesidades de la población en el campo de la salud, basado en valores como la credibilidad, la efectividad, la transparencia y el mejoramiento continuo.

No omito manifestarle que los logros aquí descritos, no hubieran sido posible sin el apoyo decidido del Presidente de la República, Dr. Abel Pacheco de la Espriella.

Agradecemos a la Asamblea Legislativa la comprensión y el apoyo que nos han brindado a lo largo de este primer año de labores, y estamos seguros que seguiremos contando con ésta a fin de lograr un Ministerio moderno, eficiente y eficaz, en su rol de rector de la salud de la población.

Atentamente:

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal  
MINISTRA DE SALUD

## Misión

---

Somos una organización líder y conductora de la producción social de la salud, con un perfil organizacional y un marco legal actualizados, con prestigio y credibilidad, capaz de convocar a la negociación y concertación de los diversos actores sociales, apoyada en el pensamiento crítico, trabajo en equipo, participación social y en un sistema de información adecuado y oportuno.

## Visión

---

Garantizar que la producción social de la salud se realice en forma eficiente y eficaz, mediante el ejercicio de la Rectoría, con plena participación de los actores sociales para contribuir a mantener y mejorar la calidad de vida de la población y el desarrollo del país, bajo los principios de equidad, solidaridad y universalidad.

## Valores

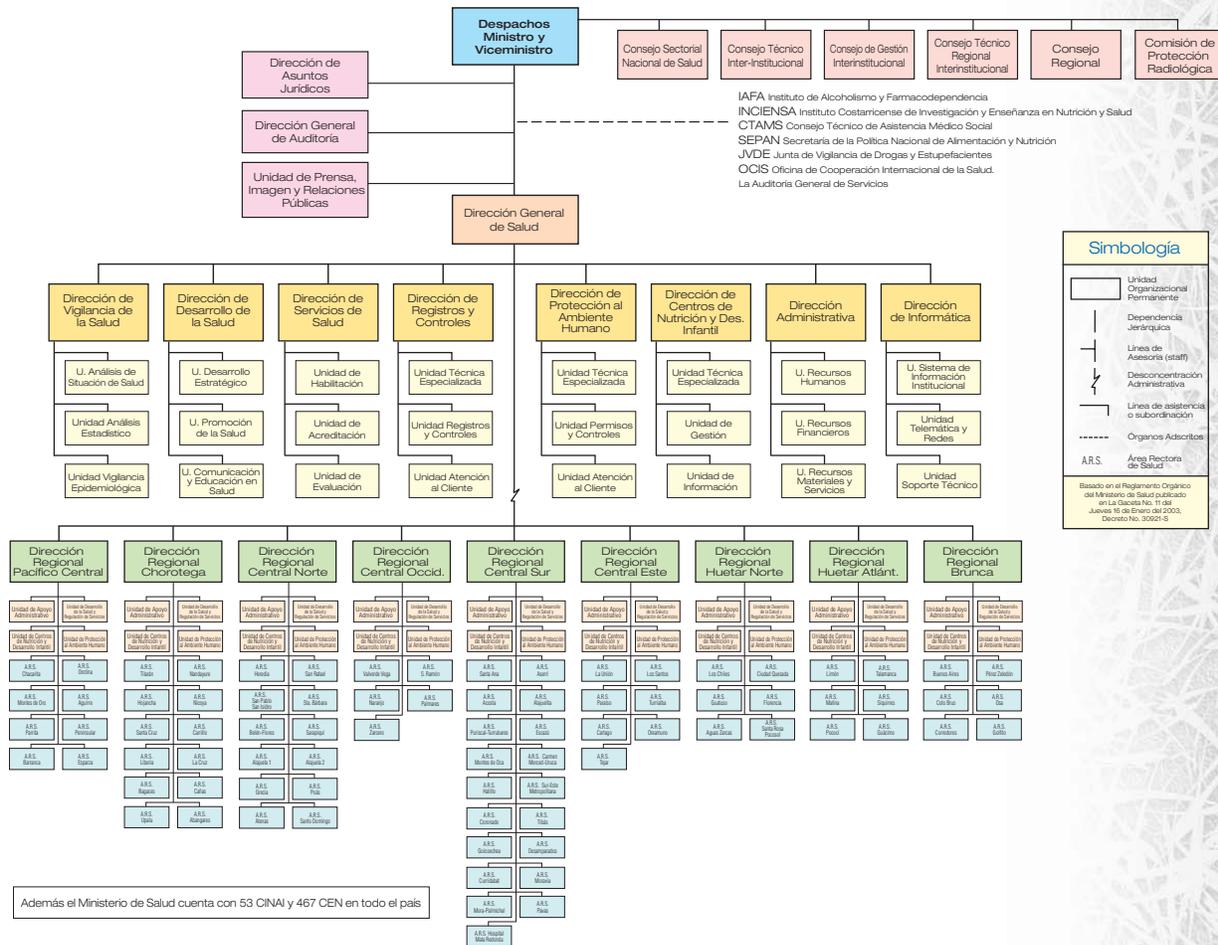
---

Mística	Motivación	Participación
Creatividad y Productividad	Trabajo en equipo	Liderazgo
Negociación y Concertación	Compromiso Social	



# Organigrama

## Modelo Organizacional del Ministerio de Salud





## Capítulo 1

---

# Algunos Indicadores y Estadísticas de Salud.





## Algunos indicadores y estadísticas de Salud.

Se presentan a continuación algunos indicadores y estadísticas de salud actualizados, que son básicos en la producción de la salud del país.

### Tendencias Demográficas:

Costa Rica cuenta con una extensión territorial de 51.000 km<sup>2</sup>, la división político administrativa del país consta de siete provincias y 81 cantones, con una densidad promedio poblacional de 75 habitantes por km<sup>2</sup> (con rangos de 10 a 1000 hab. km<sup>2</sup>).

El IX Censo Nacional de Población, realizado en junio del 2000, indica que a esa fecha Costa Rica alcanzó un total de 3.810.179 habitantes, siendo el 49,9 % de sexo masculino y el 50,06 % femenino, con una tasa de crecimiento anual en el período intercensal (1984-2000) de 2,8 % (con rangos -0.1 a 7.5 %).

Para el año 2000 el 59,0 % de la población reside en zona urbana (crecimiento anual de 3,8% (1984-2000)) y el 41,0 % en zona rural (crecimiento anual de 1,7%), mostrando que el crecimiento en la zona urbana en el mismo periodo es superior al promedio nacional (2,8%) y al ritmo de crecimiento de la población rural.

Para el año 2000, la tasa de alfabetismo de la población mayor de 10 años fue de 95,2 %, es similar para ambos sexos, mostrando un mejoramiento del 2,1% con respecto al censo de 1984; San José es la provincia con mayor nivel de alfabetización; Puntarenas, Limón y Guanacaste con menor nivel de alfabetización.

En cuanto a los servicios básicos en las viviendas individuales habitadas, los resultados muestran que el 96,7 % tiene electricidad, el 89,5 % tiene servicio sanitario conectado al alcantarillado público o tanque séptico, el 89,3 % consume agua de un acueducto y el 97,0% se abastece de agua por medio de tubería. Con respecto al censo de 1984, en general se registró un incremento de la disponibilidad de los servicios básicos, fundamentalmente en acceso a la electricidad y a tipo de servicio sanitario.

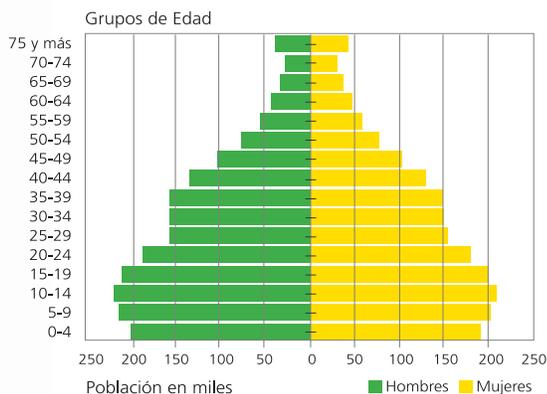
### Tendencias en la estructura de la población por edad y sexo.

La pirámide de edades de la población de Costa Rica ha cambiado dramáticamente en los últimos 50 años, mostrando un paulatino ritmo de envejecimiento de la población, en donde los menores de 15 años representan el 31,9 % y los de 65 años y más el 5,6%. Esta estructura obedece al descenso de la mortalidad, de la fecundidad y a una migración internacional que se ha incrementado durante las dos últimas décadas. Estos cambios en la estructura de edades modifican sustancialmente el perfil epidemiológico de la población y la demanda de servicios.

En los últimos 10 años es evidente que la población de Costa Rica ha entrado en un proceso de envejecimiento relativo, el cual continuará en los años futuros.

A continuación se presenta la pirámide poblacional del año 2001

**Gráfico N° 1**  
**Estructura de la Población por Grupos de Edad y Sexo. Costa Rica 2001**



Fuente: INEC-CCP UCR Unidad de Información Estadística M. Salud

### Tendencias generales de la migración

La inmigración internacional ha sido un factor que ha contribuido al crecimiento poblacional del país. La información del censo del 2000 muestra que un 7,8% (296.461) de la población total ha nacido en el extranjero; dentro de este grupo, el 76,3 % (226.374) corresponde a gente nacida en Nicaragua, constituyendo las tres cuartas partes de la inmigración internacional al país; es importante

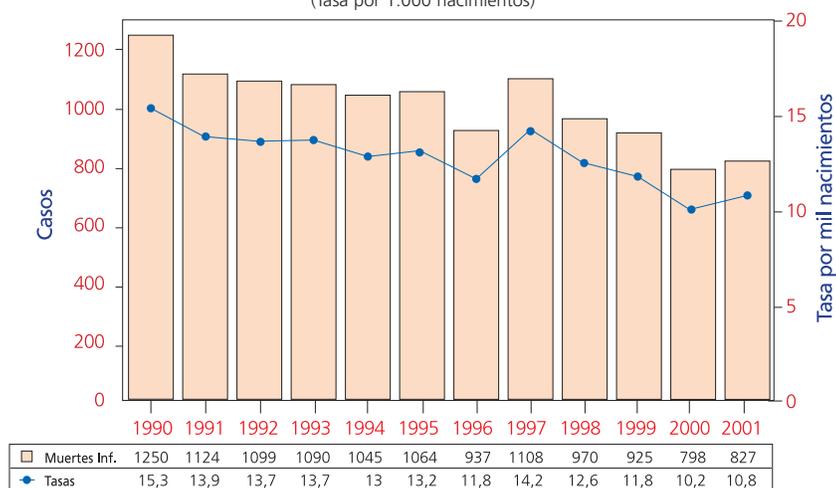
mencionar que esta cifra no incluye la población flotante que ingresa al país por períodos cortos para realizar tareas agrícolas. Los cantones más afectados por este movimiento migratorio son los fronterizos en primera instancia y aquellos de mayor actividad agrícola.

Es difícil pronosticar las tendencias de la migración. Si se mantienen las condiciones de los últimos cuatro o cinco años, puede esperarse una inmigración neta anual de entre 20 y 30 mil personas, pero esto obviamente puede modificarse drásticamente de acuerdo con cambios en la situación socio-económica y política de Nicaragua, en primer lugar, y de Colombia en segundo lugar. Estos dos países aportan el grueso de la corriente inmigratoria en la actualidad.

### Tendencia de la Mortalidad Infantil:

La Tasa de la Mortalidad Infantil en el país, en el período comprendido entre 1990 al 2001, ha descendido de 15,3 a 10,82 por mil nacidos vivos. Entre los años 1998 - 2001 la tasa ha disminuido en 1,7 puntos, lográndose alcanzar la meta planteada de una tasa igual o menor a 11 por mil en el último año.

**Gráfico N° 2**  
**Tendencias de Mortalidad Infantil. Costa Rica 1990-2001**  
(Tasa por 1.000 nacimientos)

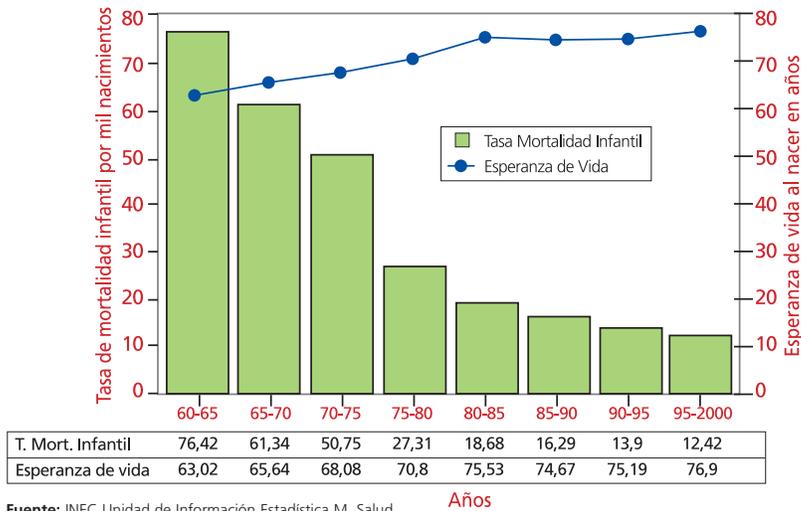


Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

El indicador de mortalidad infantil determina directamente la esperanza de vida al nacer; se encuentra una relación entre ambos indicadores de manera inversa, conforme disminuye la mortalidad infan-

til aumenta la esperanza de vida al nacer, esto indica al mejorar la atención y las condiciones de vida se favorece la salud de la población.

**Gráfico N° 3**  
**Tendencias de Esperanza de Vida al Nacer y la Tasa de Mortalidad Infantil.**  
Costa Rica 1960-2000 (M. Infantil Tasa por 1.000 nacimientos)

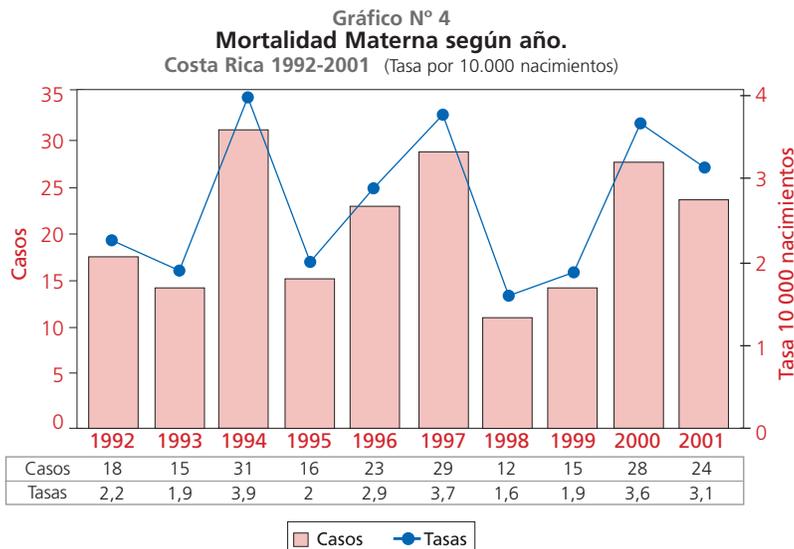


Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

### Tendencia de la Mortalidad Materna

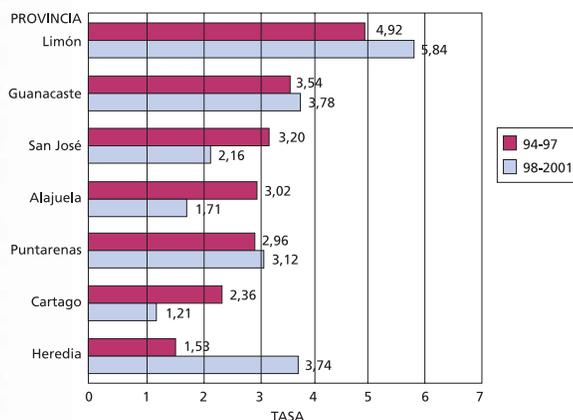
En Costa Rica la salud perinatal se mide con el indicador de mortalidad materna; bajo esta perspectiva se analiza la atención de los servicios de salud en prenatal, parto y puerperio.

En los últimos 10 años la tasa de mortalidad materna ha presentado oscilaciones con un promedio de 22 muertes y una tasa de 2,56 por mil nacidos vivos. Al unir la tasa por quinquenio se observa una tendencia uniforme de la misma.



Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

**Gráfico N° 5**  
**Mortalidad Materna por Provincia.**  
**Costa Rica Cuatrienio 94-97 y 98-2001**  
 (Tasa por 10.000 nacimientos)



Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

Al realizar la agrupación de la mortalidad materna por cantón de residencia y por cuatrienios, la provincia de Limón, seguida de Guanacaste, presentan cifras superiores a la tasa nacional; sin embargo se nota que Heredia y Puntarenas tienen un aumento en el cuatrienio 98-01.

### Mortalidad General

Costa Rica presenta un perfil de salud que se caracteriza por enfermedades del sistema circulatorio (34,0%), seguidas en su orden por los tumores (22,4%), causas externas (11,0%, traumatismos y envenenamientos), así como por las enfermedades del aparato respiratorio (10,8%) y del aparato digestivo (6,7%). Sin embargo, algunas áreas y grupos poblacionales continúan presentando causas de muerte asociadas a enfermedades infecciosas.

La tasa de mortalidad ajustada por edad pasó de 4,8 defunciones por 1.000 habitantes a 3,8 por 1.000 habitantes, lo que representó una disminución de un 22% y algo más de 10 muertes evitadas por cada 1.000 habitantes.

### Mortalidad por los cinco primeros grandes grupos de causas:

Al analizar la mortalidad por los cinco grandes grupos de causas en el año

2001, se observa que la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ocupa el primer lugar, con un total de 4884 muertes para una tasa de 12,1 por 10.000 habitantes; en segundo lugar, los tumores con un total de 4884 muertes con una tasa de 8,5; le sigue la Clasificación Suplementaria de Causas con una tasa de 4,4; en cuarto lugar las enfermedades del sistema respiratorio con 1554 muertes y una tasa de 3,9, el quinto lugar le corresponde a las enfermedades del sistema digestivo con 1008 fallecidos y una tasa de 2,5 por 10.000 habitantes.

**Cuadro N° 1**  
**Mortalidad por los cinco primeros**  
**Grandes Grupos de Causas**  
**Costa Rica 2001**  
 (Tasa por 10.000 habitantes)

Grandes Grupos de Causas	No.	Tasa
TOTAL	15809	38,8
Enfermedad del Aparato Circulatorio.	4884	12,1
Tumores	3416	8,5
Clasif. Suplementaria de Causas Ext.	1766	4,4
Enfermedades del Sistema Respiratorio	1554	3,9
Enfermedades del Sistema Digestivo	1008	2,5
Las demás causas	2979	7,4

Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

### Mortalidad por algunas enfermedades crónicas.

- **Enfermedades del sistema circulatorio**

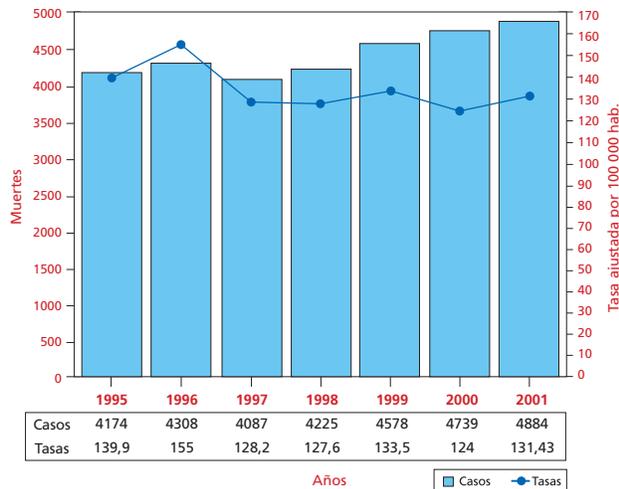
Dentro de los cinco grandes grupos de causas de muerte, las enfermedades del Sistema Circulatorio (CIE-X I 00- I 99), han constituido la principal causa de muerte de la población costarricense, tanto en hombres como en mujeres, desde el quinquenio 1970-1974, siendo siempre la tasa ajustada de mortalidad en los hombres más alta que en las mujeres hasta el año 2000, en que murieron 2675 hombres y 2145 mujeres por esta

causa, representando el 32% y 35% de la mortalidad total para ese año, respectivamente.

En el siguiente gráfico, se muestra la tendencia de la mortalidad por estas enfer-

medades de 1995 al 2001. El incremento de las muertes en el año 2001 por esta causa en relación al año 2000, corresponde a un 3%, ya que ascendió de una tasa ajustada de 124 a 131.43 por 100.000 habitantes en el año 2001.

**Gráfico N° 6**  
**Mortalidad por Enfermedad del Sistema Circulatorio**  
**Costa Rica 1995-2001** (Tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

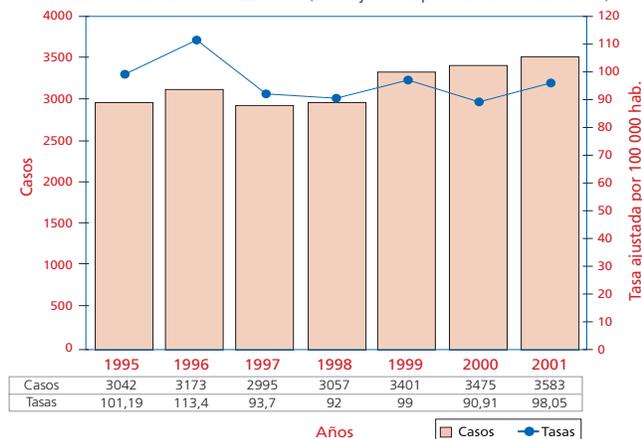
### Enfermedades Cardiovasculares:

Las enfermedades cardiovasculares se ubican dentro del Sistema Circulatorio y corresponden a los códigos de la CIE X 100- I 52.

De acuerdo con la tendencia que ha tenido la mortalidad por enfermedades

cardiovasculares, del año 1995 al 2001 se puede observar, que la tasa mayor por esta patología se presentó en el año 1996 y la menor ha sido en 1992. En el año 2001 se incrementaron en un 3.11% las muertes por esta causa, en comparación con el año 2000, ya que de una tasa ajustada de 90.91 pasó a 98.05 por 100.000 habitantes.

**Gráfico N° 7**  
**Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares.**  
**Costa Rica 1995-2001** (Tasa ajustada por 100.000 habitantes)



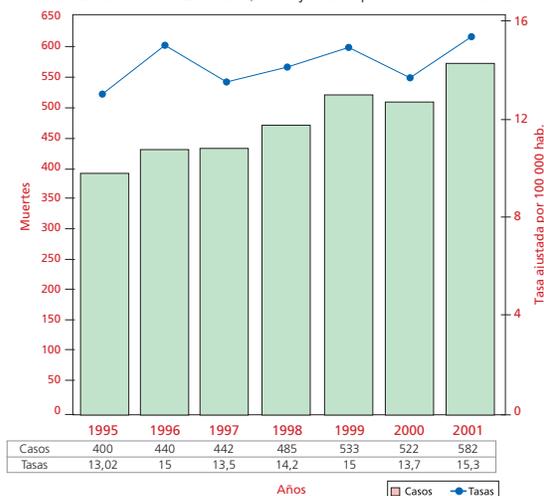
Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

### Mortalidad por Diabetes:

En el siguiente gráfico se muestra la tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus correspondiente al período de 1995 al 2001, donde se visualiza que la tasa ajustada más baja por esta causa se presentó en el año 1995 (13.02) y la más

alta fue en el año 2001 con 15.3 por 100.000 habitantes. El incremento de muertes que se da en el año 2001 es de un 11.5% en comparación con el año 2000.

**Gráfico N° 8**  
**Mortalidad por Diabetes.**  
**Costa Rica 1995-2001** (Tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

**Tumores:** Ver páginas 62 y 63.

**Cuadro N° 2**  
**Mortalidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria**  
**según años 2000-2001**  
(Tasa por 100.000 habitantes)

CAUSAS	2000		2001	
	N <sup>a</sup>	TASA	N <sup>a</sup>	TASA
<b>TOTAL DE PAIS</b>	<b>393</b>	<b>10,31</b>	<b>430</b>	<b>10,68</b>
<b>Enfermedades Infecciosa Intestinal</b>				
Cólera	0	0,00	0	0,00
Salmonelosis	2	0,05	0	0,00
Siguelosis	2	0,05	4	0,10
Diarrea	95	2,49	100	2,48
Tuberculosis Meningea	6	0,16	0	0,00
Otras Tuberculosis	59	1,55	72	1,79
<b>Zoonosis Bacteriana</b>				
Brucelosis	0	0,00	0	0,00
Leptospirosis	7	0,18	4	0,10
<b>Otras Enfermedades Bacterianas</b>				
Lepra	0	0,00	1	0,02
Tétanos	0	0,00	1	0,02
Tosferina	1	0,03	4	0,10
Meningitis Meningocócica	1	0,03	3	0,07
<b>Infección Transmisión Sexual</b>				
Sífilis Congenita	4	0,10	3	0,07
Otras Formas de Sífilis	0	0,00	0	0,00
S.I.D.A.	115	3,02	134	3,33
Rickettsiosis	0	0,00	0	0,00
<b>Infección Viral de Sistema Nervioso</b>				
Encefalitis	15	0,39	16	0,40
Meningoencefalitis	0	0,00	0	0,00
Otras formas de Meningitis	31	0,81	39	0,97
Rabia	0	0,00	1	0,02
<b>Enfermedades Transmitidas Artropodos</b>				
Dengue	0	0,00	0	0,00
Dengue Hemorrágico	0	0,00	1	0,02
<b>Infección Viral por Lesión de la Piel y de las Membranas Mucosas.</b>				
Varicela	4	0,10	5	0,12
Sarampión	0	0,00	0	0,00
<b>Hepatitis Viral</b>				
Hepatitis Viral A	0	0,00	1	0,02
Hepatitis Viral B	10	0,26	9	0,22
Hepatitis Viral C	2	0,05	4	0,10
Otras Formas De Hepatitis	14	0,37	18	0,45
<b>Otras Enfermedades Virales</b>				
Parotiditis Infecciosa	0	0,00	0	0,00
<b>Enfermedad Micóticas</b>				
Histoplasmosis	2	0,05	1	0,02
<b>Enfermedades Protozoarios</b>				
Paludismo	1	0,03	0	0,00
Leishmaniasis	0	0,00	0	0,00
Toxoplasmosis Congenita	0	0,00	0	0,00
Enfermedad Chagas	0	0,00	0	0,00
<b>Helmintiasis</b>				
Filariasis	0	0,00	0	0,00
Fiebre Reumática	0	0,00	0	0,00
Intox. Acc.P/Drogas	6	0,16	4	0,10
Intox. Acc.P/Químicos	0	0,00	0	0,00
Intox. Acc.P/Plaguicidas	16	0,42	5	0,12

Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud



**Cuadro N° 3**  
**Casos Registrados de Enfermedades de Declaración Obligatoria**  
**según causa específica según año de ocurrencia. Costa Rica 2000-2002\***  
 (Tasa por 100.000 habitantes)

CAUSAS	2000		2001		2002 *	
	No.	TASA	No.	TASA	No.	TASA
<b>TOTAL DE PAIS</b>	<b>1081939</b>	<b>28396,01</b>	<b>1073976</b>	<b>26680,42</b>	<b>765183</b>	<b>19009,18</b>
Avitam.e hipovitam.A	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Antrax	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Brucelosis	5	0,13	7	0,17	13	0,32
Coccidioidomycosis	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Conj.Hemorrag.Epid.	7979	209,41	7647	189,97	5855	145,45
Cólera	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Conj.Neonat.Inclus.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Dengue	4908	128,81	9464	235,11	12251	304,35
Dermatomycosis	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Diarrea	164629	4320,77	153562	3814,89	116973	2905,92
Enf.Estreptocócica	82218	2157,85	66663	1656,09	54456	1352,83
Encefalitis Virica	17	0,45	20	0,50	21	0,52
Escabiosis	19520	512,31	29020	720,93	28074	697,43
Esquistosomiasis	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Fasciolosis	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Fiebre Paratifoidea	2	0,05	0	0,00	0	0,00
Fiebre Recurrente	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Fiebre Reumática	43	1,13	37	0,92	49	1,22
Fiebre Tifoidea	8	0,21	7	0,17	11	0,27
Granuloma Inguinal	1	0,03	0	0,00	0	0,00
Hepatitis todas formas	1734	45,51	1606	39,90	1119	27,80
Histoplasmosis	4	0,10	3	0,07	3	0,07
Infec.intrahosp.epid.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Infec.Meningocócica	19	0,50	16	0,40	16	0,40
Influenza	c)	0,00	0	0,00	0	0,00
Inf.Estafilocócica	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Intox. Alimentaria	715	18,77	835	20,74	518	12,87
Intox.p/plaguicidas	760	19,95	646	16,05	674	16,74
Intox.p/otras causas	1393	36,56	1310	32,54	2094	52,02
Leishmaniasis	733	19,24	425	10,56	690	17,14
Lepra	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Leptopirosis	196	5,14	208	5,17	298	7,40
Paludismo	1854	48,66	1363	33,86	0	0,00
Meningitis todas formas	535	14,04	393	9,76	770	19,13
Parotiditis	419	11,00	191	4,74	279	6,93
Pediculosis	2555	67,06	2691	66,85	1870	46,46
Pleurodinia epid.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rickettsiosis	7	0,18	0	0,00	3	0,07
Rubéola	87	2,28	118	2,93	2	0,05
Salmonelosis	92	2,41	84	2,09	81	2,01
Sarampión	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Shigelosis	89	2,34	147	3,65	216	5,37
Tétanos	1	0,03	1	0,02	1	0,02
Tosferina	23	0,60	51	1,27	34	0,84
Toxoplasmosis	114	2,99	92	2,29	123	3,06
Tracoma	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tripanosomiasis	0	0,00	1	0,02	1	0,02
Triquinosis	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tuberculosis todas formas	861	23,97	972	24,15	696	17,29
Uretritis no gonocócica	99	2,60	80	1,99	101	2,51
Varicela	22980	603,12	17618	437,68	0	0,00
Virosis vías resp.aguda	762912	20023,00	773786	19222,90	519018	12893,79
S.I.D.A.	265	6,96	140	3,48	40*	0,99
Enf.gonocócica o (Gonorrea)	1269	33,31	1278	31,75	943	23,43
Chancro Blando	42	1,10	43	1,07	51	1,27
Enf.venéreas sin especificar	0	0,00	0	0,00	12	0,30
Sífilis todas formas	775	20,34	796	19,77	754	18,73
Linfogranuloma venéreo	2	0,05	3	0,07	9	0,22
Tifus Murino	1	0,03	0	0,00	0	0,00
Violencia Intrafamiliar	1714	44,98	2092	51,97	3594	89,28
Mordedura de Serpiente	441	11,57	575	14,28	607	15,08

Nota: \* Cifras preliminares. Fuente: INEC Unidad de Información Estadística, Ministerio de Salud.

### Casos registrados de violencia intrafamiliar:

Los casos registrados de violencia intrafamiliar atendidos en los servicios de salud públicos y privados, son reportados a la Unidad de Información Estadística de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.

Según Región de Salud, la región que registró más casos en el año 2002 fue la Central Sur con un total de 1179 casos para una tasa de 2.88 por 100.000 habi-

tantes; le sigue Central Norte con 492 con una tasa de 1.20, y en tercer lugar la Occidente con 419 para una tasa de 1.02.

Con respecto al grupo de edad en que se ubican los casos, en primer lugar corresponde al grupo de 15 a 24 años con 840 casos, le sigue el de 24 a 34 años y en tercer lugar el de 35 a 44 años con un total de 629 casos.

**Cuadro No. 4**  
**Casos Registrados de Violencia Intrafamiliar**  
**según Región de Salud. Costa Rica 2001-2002**  
(Tasa por 100.000 habitantes)

Región	2001		2002 *	
	No.	Tasa	No.	Tasa
<b>TOTAL</b>	2343	5,82	3594	8,79
Central Sur	688	1,71	1179	2,88
Central Este	102	0,25	221	0,54
Central Norte	335	0,83	492	1,20
Occidental	410	1,02	419	1,02
Huetar Norte	3	0,01	15	0,04
Pacífico Central	270	0,67	297	0,73
Chorotega	139	0,35	296	0,72
Huetar Atlántica	121	0,30	272	0,67
Brunca	256	0,64	383	0,94
Extranjero	14	0,03	13	0,03
Ignorada	5	0,01	7	0,02

\* Cifras Preliminares

Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

### Casos registrados de accidentes de tránsito:

Los casos registrados de accidentes de tránsito que se presentan en los establecimientos de salud públicos y privados, se notifican en la boleta de vigilancia epidemiológica.

En el año 2002 se notificó un total de 6735 casos, de los cuales la región que más casos registró fue la Central Sur con un total de 2614 casos para una tasa de 6.39 por 100.000 habitantes; le sigue la Central Sur con 1208 para una tasa de 2.95; en tercer lugar la Huetar Atlántica con 948 casos para una tasa de 2.32.

## Mortalidad por Accidentes de Tránsito:

En el año 2001 hubo un total de 676 muertes por accidentes de tránsito, para una tasa de 16,79 por 100.000 habitantes.

En relación con las provincias, la que presenta la mayor tasa es Limón con 27.54, seguida por Guanacaste con una tasa de 25.70 y en tercer lugar Puntarenas con 20.04 por 100.000 habitantes.

El comportamiento por regiones se puede observar en el cuadro No. 6.

**Cuadro No. 5**  
**Mortalidad por Accidentes de Tránsito según Provincia. Costa Rica 2000-2001**  
(Tasa por 100.000 habitantes)

Región	2001		2002 *	
	No.	Tasa	No.	Tasa
Costa Rica	696	18,27	676	16,79
San José	210	15,60	200	13,69
Alajuela	144	20,10	124	17,42
Cartago	64	14,80	44	9,91
Heredia	69	19,45	54	14,84
Guanacaste	55	20,81	74	25,70
Puntarenas	82	22,94	76	20,04
Limón	72	21,22	104	27,54

\* Cifras Preliminares

Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

**Cuadro No. 6**  
**Casos Registrados de Accidentes de Tránsito según Región de Salud. Costa Rica 2001-2002**  
(Tasa por 100.000 habitantes)

Región	2001		2002 *	
	No.	Tasa	No.	Tasa
<b>TOTAL</b>	5655	14,05	6735	16,47
Central Sur	710	1,76	1208	2,95
Central Este	279	0,69	356	0,87
Central Norte	2679	6,66	2614	6,39
Occidental	410	1,02	415	1,01
Huetar Norte	15	0,04	58	0,14
Pacífico Central	923	2,29	881	2,15
Chorotega	55	0,14	163	0,40
Huetar Atlántica	499	1,24	948	2,32
Brunca	17	0,04	24	0,06
Fuera de Área	68	0,17	68	0,17

\* Cifras Preliminares

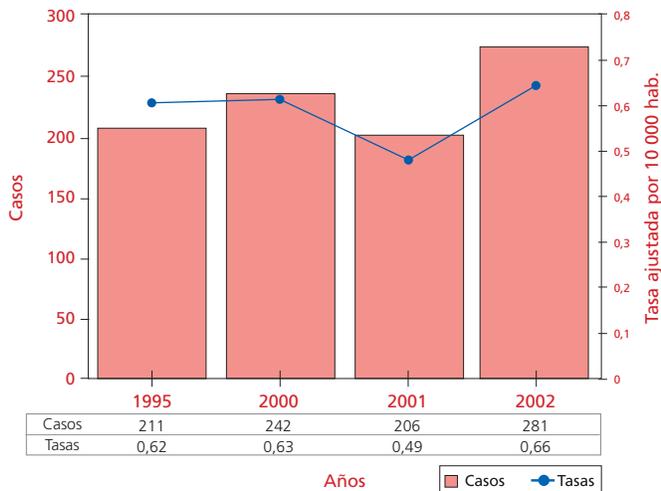
Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

## Mortalidad por Suicidios

En el año 2002 se registró un total de 281 defunciones por suicidios para una tasa ajustada de 0,66 por 10.000 habi-

tantes, indicador que fue superior al año anterior.

**Gráfico N° 9**  
**Mortalidad por Suicidios según Año.**  
Costa Rica 1995-2000-2001-2002 (Tasa ajustada por 10.000 habitantes)

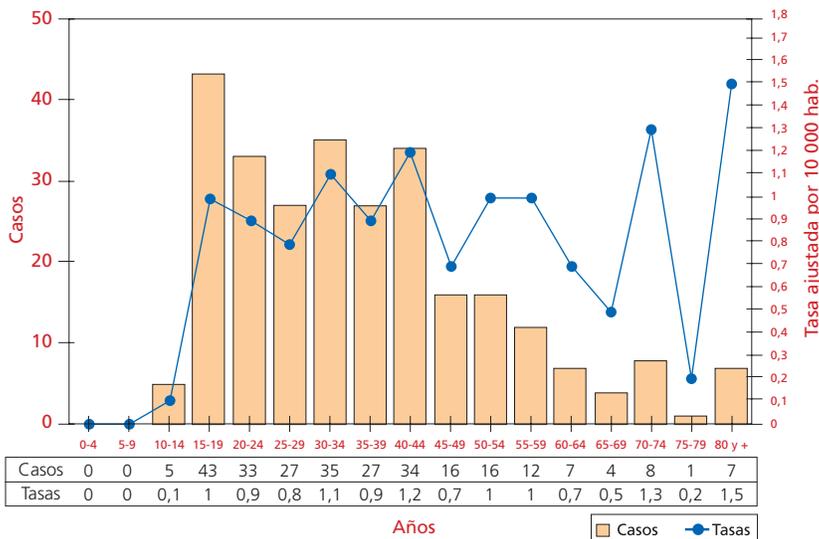


Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

Con respecto al grupo de edad, el mayor número de fallecidos por suicidios se da en el grupo de 15 a 19 años, con 43

mueres. En segundo lugar, el de 30 a 34 años con 35 fallecidos, y en tercer lugar el de 40 a 44 años con 34 muertes.

**Gráfico N° 10**  
**Mortalidad por Suicidios según Grupo de Edad.**  
Costa Rica 2002 (Tasa ajustada por 10.000 habitantes)



Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

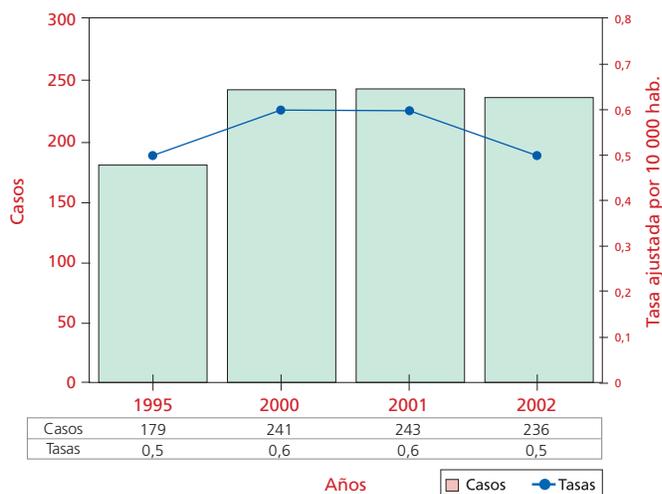
## Mortalidad por Homicidios

En el año 2002 se presentaron un total de 236 homicidios para una tasa ajustada de 0,5 por 10.000 habitantes .

El grupo de edad que registró más muertes por esta causa fue el del grupo de 20

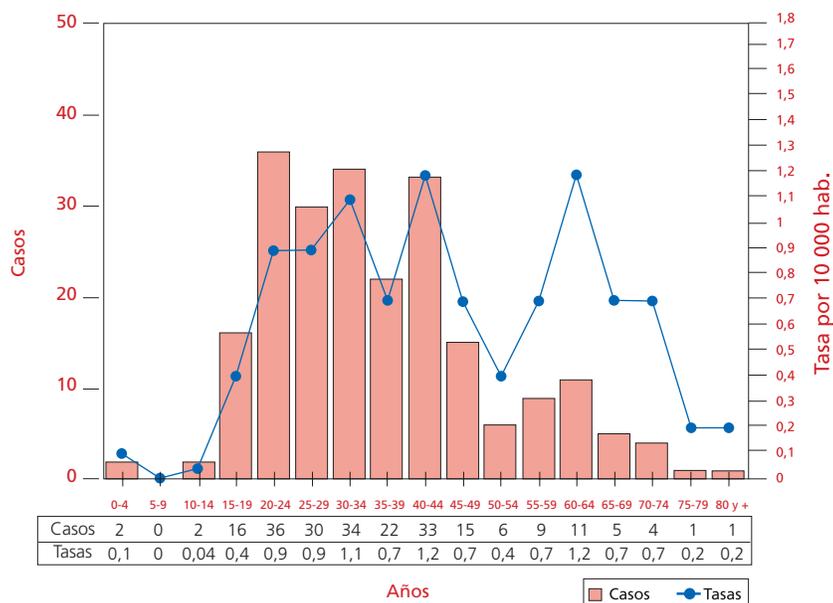
a 24 años con un total de 36 defunciones; le sigue el de 30 a 34 con 34 muertes, y en tercer lugar el de 40 a 44 con 33 fallecidos.

**Gráfico N° 11**  
**Mortalidad por Homicidios según Año.**  
Costa Rica 1995-2000-2001-2002 (Tasa ajustada por 10.000 habitantes)



Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

**Gráfico N° 12**  
**Mortalidad por Homicidios según Grupo de Edad.**  
Costa Rica 2002 (Tasa ajustada por 10.000 habitantes)



Fuente: INEC Unidad de Información Estadística M. Salud

## Capítulo 2

---

# Resumen Análisis Sector Salud







### Resumen Análisis del Sector Salud

A continuación se describen, de manera resumida, los principales retos o debilidades del Sector Salud obtenidos del “Análisis Sectorial de Salud 2002”. La información en detalle se encuentra, debidamente documentada, en el sitio web del Ministerio de Salud: [www.netsalud.sa.cr](http://www.netsalud.sa.cr)

#### Situación de la Rectoría

- Inadecuado sistema de información para vigilar la salud.
- Falta de capacidad del Ministerio de Salud para garantizar el cumplimiento de normas de protección al ambiente.
- Ausencia de políticas para la formación del recurso humano en salud.
- Ausencia de políticas en salud mental.
- Debilidad del Ministerio de Salud para garantizar la calidad del agua.
- Debilidades en el marco legal dificultan el desempeño de las funciones esenciales de salud pública.
- Insuficiente capacidad para modular el financiamiento.
- Mecanismos de garantía de calidad en desarrollo.
- Falta de mecanismos para garantizar el derecho a la salud.
- Insuficiente capacidad técnica y administrativa.

#### Situación de la Organización y el Funcionamiento Sectorial

- Roles poco definidos, duplicidad-/traslape de funciones.
- La rectoría sectorial no se ejerce plenamente.
- Reforma incompleta, procesos en desarrollo.
- Modernización institucional no es homogénea.
- Frágiles mecanismos de regulación en salud.
- Planificación sectorial de corto plazo; no estratégica.
- Capacidades limitadas; resistencia a nuevos roles.
- Limitados recursos financieros y tecnológicos.
- Desconcentración mínima; persiste el centralismo.
- Estructuras organizacionales no orientadas al usuario.
- Regionalización del Ministerio de Salud es diferente a la de la CCSS.

### **Situación del aseguramiento y la provisión**

- Sólo el 81% de la población cuenta con seguro público de salud.
- Inequidad en el aseguramiento cantonal: oscila entre 51% y 93%.
- Existe inadecuada utilización y entrega de los servicios de salud.
- No se garantiza la equidad, la accesibilidad, la oportunidad y la calidad.
- No existe sistema de regulación económica de mercados de salud.
- Existen debilidades en los sistemas de información gerenciales.
- Insuficiente investigación para analizar oferta, demanda y calidad.
- Débiles procedimientos de acreditación, habilitación y evaluación
- Equipos de mejoramiento continuo de calidad sin seguimiento.
- Necesario apoyo permanente a proyectos de mejora de calidad.

### **Situación del Recurso Humano**

- Enfoque biólogo y tecnocrático de modelo impacta la formación del recurso humano
- Desarrollo de competencias, orientación patocéntrica y tecnocrática.
- Proliferación de escuelas y programas. Deficiente regulación.
- Deficientes mecanismos de calidad, acreditación y certificación.
- No hay planificación estratégica de las necesidades institucionales.
- Inequidades en la distribución y gestión del recurso humano.

- Flexibilización de mecanismos contratación. No hay sistema de incentivos.
- Dispersión y fragmentación de la información sobre recursos humanos.
- Necesidad de crear espacios para la negociación y toma de decisiones concertadas en esta materia.

### **Situación de los Recursos Tecnológicos**

- Áreas con tecnología limitada para operar adecuadamente.
- Los recursos físicos y materiales han aumentado en el primer nivel.
- Mejora continua de III nivel por compromisos de gestión y acreditación.
- No existen políticas de investigación y desarrollo tecnológico.
- Cada institución realiza esfuerzos aislados de desarrollo tecnológico.
- La adquisición de tecnología no siempre se adecúa a las necesidades.
- El gasto público en infraestructura y equipo es considerable.
- No existe evaluación tecnológica con criterios de seguridad y eficacia.

### **Situación del Gasto y Financiamiento**

- Gasto creciente en los últimos años, principalmente gasto privado.
- Gasto per cápita creciente, pero es constante en relación al PIB.
- Una cuarta parte del gasto total es gasto de bolsillo de las familias.
- Disminución de gasto público. Gasto bajo en relación con otros países
- Leve incremento del gasto en el primer nivel. Se mantiene gasto hospitalario.

- Nuevo modelo de asignación de recursos. Hacia la efectividad.
- La contribución de la seguridad social se concentra en una institución
- El Estado no cumple obligaciones legales financieras
- Mercado de seguros privados poco desarrollado; tendencia creciente.
- Expansión de compra de servicios privados con fondos públicos.
- Acciones de prevención y promoción de salud, débiles e insuficientes.
- Faltan programas para poblaciones en riesgo y tamizaje de embarazadas.
- El sistema de información para VIH/SIDA aún es deficiente.
- Existe desconocimiento e incumplimiento de la Ley de VIH/SIDA.
- Discriminación de las personas viviendo con SIDA (PVS).

### **Situación de la Salud Mental**

- Aumento de enfermedades mentales que afectan la interacción social.
- Drogadicción y alcoholismo afectan en las edades productivas.
- La violencia aumenta como una expresión de los trastornos mentales.
- Modelo de atención de salud mental en CCSS centralizado en el tercer. Nivel.
- Insuficiencia de las redes de apoyo social y comunitaria.
- Ausencia de estudios epidemiológicos sobre la salud mental en el país.
- Ausencia de normas y protocolos de atención en todos los niveles.
- Déficit en la preparación de personal para atender la salud mental.
- No se cumple el decreto de financiamiento del programa de alcoholismo.
- Ausencia de servicios de psiquiatría en la mayoría de los hospitales.
- Estigmatización y violación de los derechos humanos de las PVS.
- Consejo de Atención Integral al VIH/SIDA no tiene personería jurídica.

### **Salud Ambiental y Preparación para desastres**

- Insuficiente rectoría en salud ambiental. Deficiente saneamiento básico.
- Carencia de mecanismos legales y administrativos para su regulación.
- Debilidad institucional para abordar los temas de salud ambiental.
- Abordaje reactivo de problemas ambientales, como por medio de acciones centralizadas.
- Falta de compromiso social para cumplir con disciplina tarifaria de agua.
- Grave contaminación atmosférica y por sustancias peligrosas.
- No existe acceso de instituciones a el Sistema de Información Gerencial (SIG) para identificar amenazas
- Conocimiento limitado de las amenazas por el Sector Salud.
- Faltan estructuras formales para gestionar el riesgo y los desastres.

### **Situación del VIH/SIDA en Costa Rica**

- No existen protocolos para la prevención de VIH/SIDA y otras ETS.

- Faltan planes sectoriales para responder a las necesidades de la población.
- Falta actualizar los estudios de vulnerabilidad hospitalaria.

### **Las realidades y los retos del sector. El Análisis Sectorial:**

- Fue un ejercicio nacional, interinstitucional, incluyente y participativo
- Fortaleció el desarrollo de capacidades y de equipos de trabajo
- Permitió la congruencia entre el análisis, los planes y las políticas
- Identificó las debilidades y fortalezas del sector; y precisó sus retos.

### **En lo Macroestructural, es necesario:**

- Redefinir roles y límites en la organización sectorial.
- Fortalecer la rectoría sectorial del ministerio.
- Revisar el marco legal y establecer reglamentaciones.
- Diseñar mecanismos para garantizar el aseguramiento .
- Modular el financiamiento del Sector Salud.
- Mejorar la equidad, la calidad y la ética en los servicios.

### **En lo Microestructural, es necesario:**

- Fortalecer el sistema de vigilancia de la salud.
- Definir políticas y regulaciones en la formación del recurso humano.
- Fomentar la investigación en salud pública.
- Implantar reglamentaciones en tecnología sanitaria.

- Impulsar la planificación estratégica y la gestión.
- Mejorar la asignación de recursos. hacia eficiencia
- Fomentar la participación social en las decisiones.
- Promover la desconcentración, agilizar la respuesta.
- Estimular la rendición de cuentas en el sector.
- Atender temas especiales que atentan la salud humana.

### **El futuro inmediato**

Implementar políticas de salud con base en principios de:

- **Equidad**

Servicios de calidad de acuerdo con necesidades

- **Calidad**

Lograr los mayores beneficios con los menores riesgos

- **Ética**

Respetar los derechos humanos y la integridad UNIVERSALIDAD. Acceso para todos a servicios básicos de salud

- **Solidaridad**

Financiamiento para compartir riesgos y beneficios

- **Inclusión**

Sin distinción de ningún tipo. Énfasis en los más pobres

- **Participación Comunitaria**

Incorporarla en toma de decisiones

## Capítulo 3

---

# Inversión en Salud







### Inversión en Salud

Los detalles que a continuación se reflejan permitirán visualizar los esfuerzos del Gobierno por mejorar las condiciones de vida de la población en lo que a salud se refiere.

Una de las preocupaciones del Ministerio de Salud es apoyar mediante sus políticas la parte administrativa, económica y financiera. Para ello, estimula y reorienta sus objetivos hacia el desarrollo y mejoramiento de los niveles de salud en el ámbito nacional, velando por la salud pública, aliviando la situación alimentaria y nutricional de la población materno – infantil, contribuyendo a la calidad de vida de esta población, así como, implementando programas de salud rural, tales como letrización, combate del dengue y la malaria, entre otros; todo ello por medio de los tres programas fundamentales de la Institución, a saber: Dirección Superior y Administración General, Dirección y Conducción en Salud y el Programa Nacional de Nutrición y Desarrollo Infantil.

En el año 2002 se denota una inversión en activos tangibles e intangibles que benefician directa o indirectamente a la población a la cual se dirige la planeación estratégica; por ejemplo, la Institución vela por la nutrición y alimentación saludable, inversión implícita en el Programa Nacional de Nutrición y Desarrollo Infantil.

#### **Gasto Anual según Organismo Presupuestario**

En el cuadro 7 y gráfico 13 “Gasto Anual del Ministerio de Salud según Organismo Presupuestario”, se observa que de acuerdo con sus tres organismos presupuestarios, a saber: Gobierno Central,

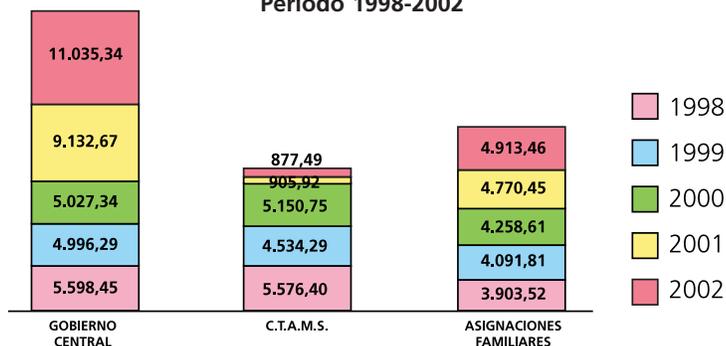
Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (C.T.A.M.S.) y la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud, Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (OCIS-DESAF), el Presupuesto para el año 2002 fue de ₡18.441,05 millones de colones; de ese monto, se ejecutaron ₡16.826,28 millones de colones, lo que significa un 22.5% del gasto en el último quinquenio.

La inversión más alta se da en el Organismo Gobierno Central, la cual alcanza un 65.58% del total del gasto en el 2002; le sigue OCIS-DESAF (29.2%) y C.T.A.M.S. con un 5.21%. Cabe destacar que el Organismo de Gobierno Central para el año 2003 incrementará su gasto, lo cual obedece al hecho de que la planilla que tenía a cargo OCIS – DESAF, pasará a formar parte de la planilla de Gobierno Central, así como sucedió en el año 2001 con la planilla del C.T.A.M.S.

De acuerdo con el cuadro No. 8 y gráfico No. 14, “Gasto del Ministerio de Salud según Organismo y Partida Presupuestaria, Costa Rica 2002”, la inversión del Gobierno Central tuvo un gasto equivalente a 76,11% (aumentado en un 21.26% con respecto al año 2001), en la partida de Servicios Personales, y un 14.35% en Transferencias Corrientes.

Estas dos partidas deben su incremento a una serie de factores relevantes como lo son:

**Gráfico N° 13**  
**Gasto Anual del Ministerio de Salud según Organismo Presupuestario.**  
**Período 1998-2002**



Fuente: Ministerio de Salud.

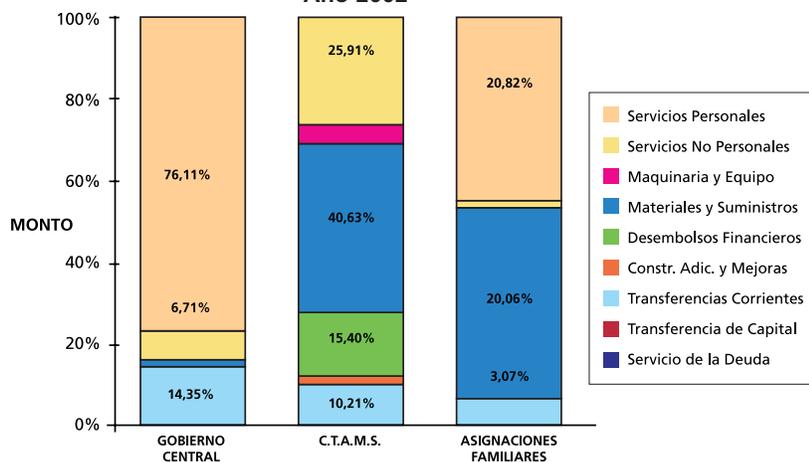
**Cuadro N° 7**  
**Gasto Anual del Ministerio de Salud según Organismo Presupuestario.**  
**Período 1998-2002 (En millones de colones corrientes)**

ORGANISMO PRESUPUESTARIO	1998		1999		2000		2001		2002		TOTAL	
	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%
GOBIERNO CENTRAL	5 598,45	37,13	4 996,29	36,68	5 027,34	34,82	9 132,67	62	11 035,34	65,58	35 790,09	47,87
C.T.A.M.S	5 576,40	36,98	4 534,29	33,29	5 150,75	35,68	905,92	6,12	877,49	5,21	17 044,85	22,80
OCIS - DESAF	3 903,52	25,89	4 091,81	30,04	4 258,61	29,50	4 770,45	32,21	4 913,46	29,20	21 937,86	29,34
<b>TOTALES</b>	<b>15 078,37</b>	<b>20,17</b>	<b>13 622,40</b>	<b>18,22</b>	<b>14 436,70</b>	<b>19,31</b>	<b>14 809,04</b>	<b>19,81</b>	<b>16 826,28</b>	<b>22,50</b>	<b>74 772,79</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Informes de Liquidación Presupuestaria al 31 de diciembre de cada año y cada Organismo.

- Pago de prestaciones legales a los funcionarios a los que se les aplicaron los artículos 37 y 47 del Estatuto del Servicio Civil y su Reglamento, correspondiente a la reestructuración institucional, así como los intereses que se generaron por el no pago oportuno.
- Las aplicaciones pendientes de pago por reasignaciones así como sus intereses; y el efecto de las diferencias salariales.
- Las aplicaciones por resoluciones del Servicio Civil.

**Gráfico N° 14**  
**Gastos del Ministerio de Salud según Organismo y Partidas Presupuestarias..**  
**Año 2002**



Fuente: Ministerio de Salud.



Gráfico N° 8  
Gasto del Ministerio de Salud según Organismo y Partida Presupuestaria.  
Costa Rica 2002. (En millones de colones corrientes)

PARTIDA PRESUPUESTARIA	GOBIERNO CENTRAL		C.T.A.M.S		ASIGNACIONES FAMILIARES		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
Serv. Personales	8 398,75	76,11%	0,00	0,00%	2 213,71	20,06%	10 612,45	63,07%
Serv. No Personales	739,97	6,71%	227,39	25,91%	60,76	0,55%	1 028,12	6,11%
Mater. y Sumin.	196,45	1,78%	356,49	40,63%	2 297,71	20,82%	2 850,65	16,94%
Maq. y Equipo	1,29	0,01%	42,47	4,84%	0,00	0,00%	43,76	0,26%
Desemb. Financieros	0,00	0,00%	135,13	15,40%	0,00	0,00%	135,13	0,80%
Const. Adic. y Mejoras	0,00	0,00%	18,18	2,07%	0,00	0,00%	18,18	0,11%
Transf. Corrientes	1 583,19	14,35%	89,60	10,21%	338,91	3,07%	2 011,70	11,96%
Transf. Capital	39,24	0,36%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	39,24	0,23%
Serv de la Deuda	76,45	0,69%	8,23	0,94%	2,37	0,02%	87,04	0,52%
<b>TOTALES</b>	<b>11 035,34</b>	<b>65,58%</b>	<b>877,49</b>	<b>5,21%</b>	<b>4 913,46</b>	<b>29,20%</b>	<b>16 826,28</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Informes de Liquidación Presupuestaria al 31 de diciembre de cada año y cada Organismo.

- Aumento en el porcentaje de prohibición a los profesionales de Auditoría Interna (65%) y la creación de nuevas plazas de Directores de Área.

Otra partida importante respecto al gasto ha sido Servicios no Personales, en la cual su aumento se debió, entre otros, a que este Organismo asumió los viáticos y transportes de los funcionarios del organismo OCIS –DESAF.

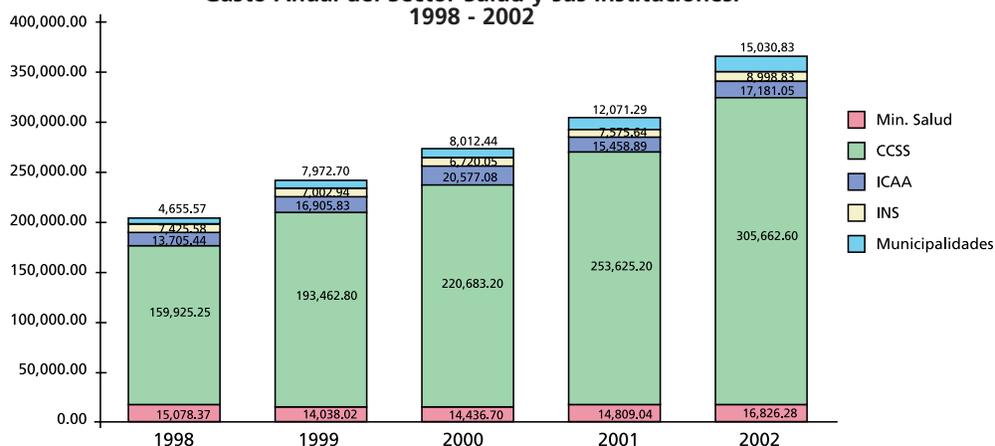
El segundo Organismo en importancia OCIS-DESAF, generó un gasto de un 29,20% con respecto al gasto total en salud en el año 2002, lo que equivale a un 3% aproximadamente de aumento en relación con el año 2001. Para este organismo, la partida en la que más se invirtió fue en Materiales y Suministros, con un 20,82% del gasto total, lo cual se puede evidenciar con las compras de aproximadamente 24000 raciones DAF (Distribución de Alimentos a Familias) en el año 2002, lo que representa un aumento de un 140% (en el 2001 fue de aproximadamente 10000 raciones DAF). La Partida que sigue en importancia es la de Servicios Personales, cuyo efecto relativo oscila en el 20,06% del gasto total, esto por la creación de 315 plazas nuevas (Trabajadoras Auxiliares CEN-CINAI, Técnicos I y II), así como 145 reasignaciones (64 reasignaciones en el 2002).

Por último, en el C.T.A.M.S. se obtuvo un gasto de un 5,21% del total por organismo; dentro de la clasificación del gasto el más significativo fue el de Materiales y Suministros con un 40,63%, ya que se invirtió en propiedades en la Región Huétar Atlántica, Huétar Norte y Central Norte.

#### Gasto en Salud, Instituciones Afines

Es importante mencionar que de las Instituciones expuestas en este apartado solo se van a mostrar los datos que tienen que ver con Salud; de ahí que se puede corroborar visiblemente con base en el cuadro No. 9 y el gráfico No. 15 "Gasto Anual del Sector Salud y sus Instituciones", que la mayor inversión del quinquenio siempre estriba en la Caja Costarricense del Seguro Social; este año con un 83,12% de participación, esto por ser la que brinda la prestación de servicios directos asistenciales en salud. Las demás Instituciones cubren un total en términos relativos de un 18,77%. De ahí que el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados ha participado con un 4,57%, el Ministerio de Salud con un 4,47%. Por otro lado, con inversiones parciales y no menos importantes, están las Municipalidades, con un 3,99%, el Instituto Nacional de Seguros

**Gráfico N° 15**  
**Gasto Anual del Sector Salud y sus Instituciones.**  
**1998 - 2002**



Fuente: Ministerio de Salud.

**Cuadro N° 9**  
**Gasto Anual del Sector Salud y sus Instituciones.**  
**Costa Rica 1998 - 2002 (En millones de colones corrientes)**

AÑO	Min.de Salud		C.C.S.S.		I.C.A.A.		I.N.S.		U. C. R.		Municipalidades		Total Sector Salud		PIB
	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	
1998	15 078,37	7,42	159 925,25	78,65	13 705,44	6,74	7 425,58	3,65	2 538,70	1,25	4 655,57	2,29	203 328,91	5,61	3 625 330,00
1999	14 038,02	5,80	193 462,80	79,94	16 905,83	6,99	7 002,94	2,89	2 633,80	1,09	7 972,70	3,29	242 016,09	5,36	4 512 763,30
2000	14 436,70	5,28	220 683,20	80,67	20 577,08	7,52	6 720,05	2,46	3 116,70	1,14	8 012,44	2,93	273 546,17	5,57	4 915 089,10
2001	14 809,04	4,83	253 625,20	82,78	15 458,89	5,05	7 175,69	2,34	3 257,49	1,06	12 071,29	3,94	306 397,60	5,69	5 387 526,00
2002	16 826,28	4,58	305 662,60	83,12	17 181,05	4,67	8 998,83	2,45	3 573,68	0,97	15 492,68	4,21	367 735,12	6,05	6 076 083,00
<b>TOTALES</b>	<b>75 188,41</b>	<b>5,40</b>	<b>1 133 359,05</b>	<b>81,36</b>	<b>83 828,28</b>	<b>6,02</b>	<b>37 323,10</b>	<b>2,68</b>	<b>15 120,37</b>	<b>1,09</b>	<b>48 204,68</b>	<b>3,46</b>	<b>1 393 023,88</b>	<b>100,00</b>	

Fuente: Informes de Liquidación Presupuestaria al 31 de diciembre de cada institución de los últimos cinco años.

con un 2.39%, y por último la Universidad de Costa Rica, con un 0.95% de volumen de inversión en este rubro. Respecto a años anteriores se puede demostrar que en este año, la inversión se ha incrementado en un 4.37% con respecto al año 2001.

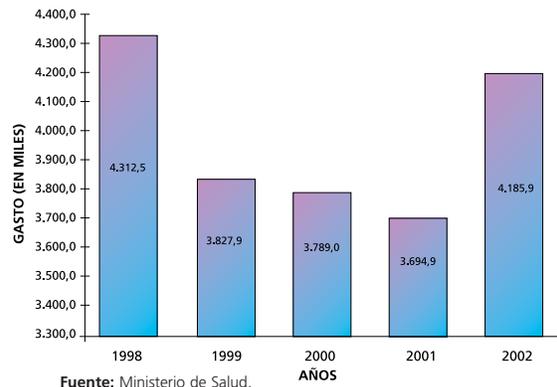
### Relación del Gasto con el Producto Interno Bruto y Gasto Anual Per Cápita

En los últimos 5 años, como se muestra en el Gráfico y Anexo 4, el gasto en Salud respecto al PIB, ha representado entre un 5% y el 10%; a manera individual, se puede observar que, a excep-

ción de la C.C.S.S., que obtiene un 8.43% en colones corrientes (anexo 3) y un 11.39% en colones constantes (anexo 4), las otras Instituciones no alcanzan ni el 1%. Como total de participación del sector salud en lo que a atención y servicio se refiere, en relación con la disponibilidad de los recursos, se obtiene un 10.13% para el año 2002.

Con respecto al gasto per cápita, como se puede observar en el Anexo 5 y Gráfico 5, el Ministerio de Salud invierte por habitante para el año 2002, ₡4.185,90, lo cual representa un 12% de aumento con respecto al año 2001.

**Gráfico N° 17**  
**Gasto Percápita del Ministerio de Salud**  
**Costa Rica 1998-2002**



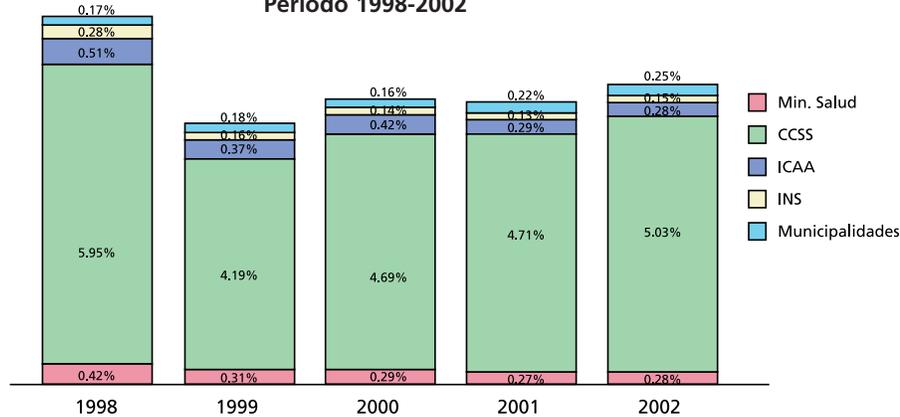
Fuente: Ministerio de Salud.

**Cuadro N° 10**  
**Gasto Percápita del Ministerio de Salud**  
**Costa Rica 1998-2002**

AÑO	GASTO	POBLACION	GASTO PERCAPITA
1998	15 078,4	3,50	4 312,5
1999	13 622,4	3,56	3 827,9
2000	14 436,7	3,81	3 789,0
2001	14 809,0	4,01	3 694,9
2002	16 826,3	4,02	4 185,9

Fuente: BCCR, Area Planeamiento, Normalización y Asesoría (Liquidación Presupuestaria). INEC (Total población 2002 al 31/07/02)

**Gráfico N° 16**  
**Participación del P.I.B. del Gasto del Sector Salud y sus Instituciones**  
**Período 1998-2002**



Fuente: Ministerio de Salud.

**Cuadro N° 11**  
**Participación del P.I.B. del Gasto del Sector Salud y sus Instituciones**  
**Período 1998-2002**

AÑO	Min.de Salud		C.C.S.S.		I.C.A.A.		I.N.S.		U. C. R.		Municipalidades		Total Sector Salud		PIB	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%		
1998	9 495,79	0,66	100 714,94	7,00	8 631,17	0,60	4 676,35	0,33	1 598,78	0,11	2 931,90	0,20	203 328,91	8,91	2 283 097,17	1,59
1999	8 036,88	0,54	110 759,03	7,49	9 678,72	0,65	4 009,24	0,27	1 507,87	0,10	4 564,43	0,31	242 016,09	10,60	2 583 593,81	1,75
2000	7 554,13	0,56	115 474,44	8,58	10 767,14	0,80	3 516,32	0,26	1 630,84	0,12	4 192,58	0,31	273 546,17	11,98	2 571 863,90	1,91
2001	7 090,41	0,57	121 433,11	9,83	7 401,56	0,60	3 435,65	0,28	1 559,65	0,13	5 779,61	0,47	306 397,60	13,42	2 579 491,53	2,09
2002	7 434,07	0,63	135 045,77	11,39	7 590,81	0,64	3 975,80	0,34	1 578,90	0,13	6 844,87	0,58	367 735,12	16,11	2 684 493,68	2,26
	39 611,29	2,84	583 427,29	81,36	44 069,40	6,02	19 613,37	2,68	7 876,04	1,09	24 313,40	3,46	1 393 023,88	97,45		



## Capítulo 4

---

# Política Nacional de Salud 2002-2006 y Agenda Sanitaria Compartida







# Política Nacional de Salud 2002-2006 y Agenda Sanitaria Compartida

La Política Nacional de Salud 2002-2006, es un conjunto de directrices definidas colectivamente y validadas oficialmente, para dirigir, en el período determinado, a los más diversos actores sociales en la organización y gestión de sus acciones estratégicas (planes programas, proyectos y acciones específicas) en el campo de la producción social de la salud. Ésta está elaborada por ámbitos y áreas de intervención.

### Ámbito 1:

#### Fortalecimiento y consolidación del Sistema de Salud

Este ámbito de políticas de salud tiene como propósito fortalecer y consolidar el sistema de salud. Comprende las siguientes áreas de intervención:

**Fortalecimiento de las instituciones del sector:** Si bien el marco jurídico vigente confiere claramente el rol rector del sector salud al Ministerio de Salud, las políticas y estrategias incorporadas en este ámbito tienen el propósito de fortalecer ese rol y apoyar el desempeño de las funciones de rectoría. Por otra parte, la consolidación de los procesos de reforma en las diferentes instituciones del sector, así como la dotación de los recursos y el desarrollo de capacidades según las necesidades específicas por nivel de gestión, se convierten en puntos prioritarios de las políticas.

**Coordinación intra e intersectorial:** en esta área se definen las políticas y las estrategias para establecer mecanismos y foros de coordinación entre las instituciones, desde un nivel general y jerárquico como es el Consejo Nacional del Sector Salud, hasta la formación de grupos de trabajo específicos relacionados con funciones, tareas o programas prioritarios

del sector salud. Estos espacios de concertación son necesarios para poner en marcha acciones sectoriales integradas que permitan utilizar de manera óptima los recursos públicos y privados destinados a la salud, así como para mejorar el impacto de las intervenciones en el nivel de salud de la población.

**Legislación:** En el marco de un contexto económico, político y social, complejo y cambiante, se requiere de políticas orientadas al desarrollo de la capacidad sectorial para valorar en forma permanente las tendencias internas y externas en el campo jurídico y alimentar en forma oportuna la toma de decisiones. Por otra parte, si bien el marco jurídico en salud es muy amplio, y se ha hecho un esfuerzo importante para complementarlo y mantenerlo actualizado y vigente, se requiere de una política orientada a una revisión profunda del marco legislativo inherente a la salud, en las diferentes áreas de intervención, con el fin de sustentar jurídicamente el desempeño del sector salud y de sus funciones, en relación con las necesidades del país.

**Vigilancia de la salud:** los cambios en la salud de la población, el resurgimiento de enfermedades no transmisibles, el aumento de las no transmisibles y la importancia que adquieren cada vez más las enfermedades que generan discapaci-

dad, obligan a definir políticas que fortalezcan la vigilancia epidemiológica pero que a la vez se trascienda hacia la vigilancia de la salud, especialmente en aquellos fenómenos que amenazan la salud pública.

**Investigación y desarrollo tecnológico:** en esta área se definen políticas orientadas a consolidar instancias que permitan impulsar y modular la investigación en salud y sobre todo, que su realización se garantice en un marco de ética, de metodología científica y cuyos fines estén orientados al mejoramiento de la salud pública.

**Inversión, financiamiento y gasto:** los recursos que el Estado y la sociedad costarricense destinan al gasto en salud son una parte importante del producto interno bruto. Por otra parte, los costos de la atención sanitaria se incrementan constantemente a pesar de los esfuerzos por conseguir precios preferenciales de los insumos, del establecimiento de nuevos mecanismos de asignación de recur-

sos financieros y de los programas orientados a la eficiencia en el gasto. Ello justifica que por primera vez se incorpore en la política nacional de salud una área relacionada con la modulación del gasto, acción que por competencia jurídica es responsabilidad funcional de la instancia rectora del sector.

**Recursos Humanos.** Este campo es vital para el sistema nacional de salud, toda vez que de la calidad del recurso humano depende la calidad de los servicios de todo tipo que se ofrecen en el sector. Las políticas en esta materia se orientan a crear mecanismos de modulación de la formación del recurso humano en el sector salud, así como a preservar su calidad y mejorar sus condiciones laborales.

Por las características del contenido de este ámbito, las áreas de intervención se convierten en ejes transversales de los siguientes; es decir que van a permear el desarrollo de las políticas y estrategias de cada ámbito de la Política.

Área de intervención	Política
Fortalecimiento de las Instituciones del Sector	Ejercicio efectivo de la rectoría en salud acorde con el deber del Estado de mejorar la salud de la población  Consolidación del proceso de modernización de las instituciones del sector .
Coordinación inter e intrasectorial	Coordinación intra e intersectorial, para lograr un mayor impacto en la producción social de la salud y en la atención de los problemas prioritarios.
Legislación	Modernización y aplicación de un marco jurídico que responda en forma efectiva al deber del Estado de proteger la salud y la vida de las personas.
Vigilancia de la Salud	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud orientado a una eficaz y oportuna conducción, dirección, análisis, ejecución y evaluación de intervenciones en el campo de la salud pública.
Investigación y desarrollo tecnológico	Investigación que responda a las prioridades establecidas a partir del análisis de las condiciones de vida y de las necesidades del sector, regida por principios éticos, bioéticos y científicos y que contribuya a la producción social de la salud.  Gestión y desarrollo de la tecnología sanitaria, a partir de las necesidades de la población y del sector que favorezca y proteja la salud de las personas.
Inversión, financiamiento y gasto	Modulación del financiamiento y gasto sectorial garantizando el acceso equitativo a servicios de calidad para todos los habitantes y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.
Recursos Humanos	Gestión y desarrollo del recurso humano acorde con la necesidad de la población y del sector salud.  Orientación de la formación del recurso humano para los servicios de salud públicos y privados, de acuerdo con necesidades de salud actuales y futuras de la población del país

## Ámbito 2:

### **Equidad – Universalidad – Acceso y Calidad de las Acciones de Salud.**

En este ámbito, se consideran las áreas de intervención relacionadas con la atención de salud a la población, con énfasis en los grupos vulnerables y excluidos, que favorezca la reducción de las inequidades, principalmente en los lugares apartados y de menor condición socioeconómica.

Las áreas y temas prioritarios a considerar son:

#### **Fortalecimiento de la atención primaria:**

Se incorporan en la política aspectos esenciales como el rescate de acciones de promoción de la salud, detección y prevención de las enfermedades a través de la visita domiciliar y la participación social. Además se plantea la atención integral en problemas de salud como el cáncer de cérvix, mama y la salud bucodental. Para lo cual se establece la redefinición del perfil funcional, del recurso humano y la creación de nuevos EBAIS.

#### **Derecho a la salud en grupos prioritarios:**

Las desigualdades en salud están condicionadas por las características socioeconómicas, ello se evidencia cuando se realiza la comparación de los cantones estratificados según el índice de desarrollo social y algunos indicadores. En la mortalidad infantil se presentan variaciones importantes; los cantones que se ubican en el grupo de menor desarrollo continúan con tasas mayores que el promedio nacional. Estos cantones también tienen acceso inequitativo a los servicios de salud, tienen bajas coberturas de la seguridad social, relacionada a la alta concen-

tración de la pobreza y la población extranjera, se muestran cifras bajas de aseguramiento en la población indígena.

Se definieron estrategias relacionadas con la atención integral en salud y el cumplimiento de normas de atención, dando la relevancia a cada uno de los principios y ejes transversales de la Política, en los siguientes grupos: niñez y adolescencia, personas con discapacidad, personas adultas mayores, atención a la población indígena e indígena migrante y atención a la población migrante.

#### **Enfermedades no transmisibles:**

En las enfermedades no transmisibles se enfatiza las cardiovasculares y el cáncer, por ocupar los primeros lugares como causas de la mortalidad general; se establece un enfoque de atención integral dirigido principalmente hacia la promoción de estilos de vida saludables.

#### **Salud mental**

La salud mental es una condición básica de la salud y una dimensión inseparable de la salud integral, recíprocamente influidas. Los problemas priorizados de la salud mental requieren políticas y estrategias con un abordaje integral e intersectorial, con amplia participación de la comunidad, dando énfasis a la promoción de la salud mental.

#### **Violencia: social e intrafamiliar**

La violencia constituye uno de los problemas de Salud Pública más complejos presentes en nuestra sociedad; se plantea en las políticas el desarrollo de estrategias intersectoriales tendentes a favorecer una cultura sin violencia, en el ámbito intra y extrafamiliar.

### Salud y derechos sexuales reproductivos:

Las políticas giran alrededor de la atención integral, desde la perspectiva de género y derechos de los hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo de vida, dando énfasis a la prevención y promoción de una sexualidad segura y responsable.

### Acceso y calidad de los servicios de salud:

La provisión de servicios de salud tanto públicos como privados en el territorio nacional, se basa en el cumplimiento de las normas de atención, dando énfasis en la insatisfacción de los usuarios sobre los tiempos de espera, la ética y el trato humanizado. Además se incorporan los diferentes procesos de evaluación que garanticen la equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios.

Área de intervención	Política
Atención Primaria	Fortalecimiento de la atención primaria en todos los niveles de gestión con énfasis en el primer nivel de atención con calidad, equidad, enfoque derechos y género.
Niñez y Adolescencia	Defensa y fortalecimiento del derecho a la atención integral en salud de niños, niñas y adolescentes, con calidad, equidad, universalidad, solidaridad y enfoque de género.
Personas con Discapacidad	Fortalecimiento de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la discapacidad, con enfoque de género, equidad, tomando en cuenta las características de la discapacidad y la promoción del desarrollo de las personas como sujeto de derechos.
Personas Adultas Mayores	Defensa y cumplimiento efectivo de los derechos de la persona adulta mayor para contar con servicios de atención integrales en salud, desde una perspectiva de equidad y género.
Atención a la Población Indígena e Indígena Migrante	Garantía de acceso a la población indígena e indígena migrante a una atención en salud con criterios de calidad que responda a las particularidades económicas, geográficas, sociales y culturales.
Atención a la Población Migrante	Garantía de acceso a las acciones de la salud pública en la población migrante, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con la legislación vigente nacional e internacional.
Enfermedades No Transmisibles	Atención integral de las enfermedades no transmisibles con énfasis en cardiovasculares y cáncer con oportunidad, calidad, equidad y con enfoque de género y tomando en cuenta las especificidades de los diferentes grupos socioculturales.
Salud Mental	Fomento de las acciones orientadas a la promoción de la salud mental así como a la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales en los diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud con énfasis en el primer nivel y priorizando la salud mental infanto juvenil.



Área de intervención	Política
Salud Mental	Atención integral de la fármaco - dependencia con énfasis en promoción de la salud y prevención de adicciones.
Violencia	Atención integral de la violencia social, con énfasis en la promoción de una cultura de paz y solidaridad  Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género, derechos humanos y responsabilidad social de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.
Salud y Derechos Sexuales Reproductivos	Atención integral sectorial e interdisciplinaria de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, con enfoque de género, de derechos, de riesgo y basados en los principios de solidaridad, universalidad, igualdad y equidad.  Atención integral del VIH-SIDA e ITS con énfasis en la prevención y en la promoción de una sexualidad segura y responsable en los diferentes grupos de población con equidad, calidad, respeto a las diferencias y enfoque de derechos.
Acceso y Calidad de los Servicios de Salud	Oferta de los servicios de salud que responda a las necesidades prioritizadas de los demandantes y al análisis de situación de salud.  Mejoramiento de la capacidad resolutive de los servicios para la atención de los problemas de salud de la población, de modo que garanticen el acceso, la calidad y la atención oportuna a toda la población, con énfasis en grupos vulnerables y en zonas geográficas identificadas como prioritarias por su menor nivel de desarrollo relativo.

### Ámbito 3:

#### Recreación y Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud es una estrategia fundamental para actuar sobre los determinantes de la salud y los estilos de vida individuales y colectivos, otorgándole valor a la salud, la que requiere de esfuerzos sectoriales e intersectoriales, en conjunto con la comunidad, para preservarla, mantenerla y mejorarla. Comprende las siguientes áreas de intervención:

**Políticas públicas saludables:** aun cuando el país ha realizado esfuerzos reconocidos en esta materia, las políticas

incorporadas en el ámbito tienen como fin mejorar la calidad de los mecanismos para ordenar y orientar los recursos y acciones de los diferentes sectores, hacia el logro de objetivos y metas para la producción social de la salud, mediante procesos de mediación, concertación y divulgación permanentes.

**Participación social:** para la mayoría de las ciudadanas y ciudadanos del país no basta que la democracia costarricense cumpla con los requisitos mínimos internacionalmente aceptados; se requiere, entre otros, del desarrollo de nuevos mecanismos que fortalezcan las oportunidades de participación ciudadana en la formulación de políticas y el control ciu-

dadano sobre el poder político. Desde el sector salud se definen políticas que permitan el avance hacia una mayor participación de los diferentes actores sociales en los procesos de planificación y toma de decisiones en salud. Las estrategias están orientadas al desarrollo de capacidades institucionales que promuevan la participación y el ejercicio de los derechos de participación de la ciudadanía, en la toma de decisiones.

**Fomento de estilos de vida saludables:** el perfil epidemiológico del país hace imperioso el esfuerzo hacia la práctica del deporte, la actividad física y la recreación como estilos favorecedores de la salud. Las políticas en esta materia se

orientan a crear mecanismos para el desarrollo de espacios seguros y la práctica de actividades saludables en los diferentes grupos de población, con amplia participación de instituciones, de organizaciones y de la comunidad.

**Seguridad alimentaria y nutricional:** en esta área se definen políticas y estrategias orientadas al abordaje de la problemática alimentario nutricional integrando acciones de los diferentes sectores involucrados, mediante el fomento de conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con el campo nutricional. De esta manera se espera contribuir a reducir los excesos y deficiencias nutricionales.

Área de intervención	Política
Políticas Públicas Saludables y Participación Social	<p>Generación de políticas públicas saludables en forma participativa y concertada entre el sector y otros sectores para la producción social de la salud.</p> <p>Participación organizada y activa de las comunidades en todo el proceso de planificación estratégica para la producción social de la salud.</p>
Fomento de Estilos de Vida Saludables	<p>Fomento de estilos de vida saludables en la población que enfatizan la práctica del deporte, la actividad física y la recreación en espacios seguros, accesibles y adecuados así como el desarrollo de talentos.</p>
Seguridad Alimentaria Nutricional	<p>Procesos integrales, intersectoriales e interinstitucionales orientados a garantizar la disponibilidad, equidad, acceso y consumo de alimentos inocuos y nutritivos para prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación.</p>

#### Ámbito 4:

#### Salud Ambiental y Desastres

En este ámbito se consideraron como temas relevantes para ser abordados como política, todo lo relacionado con lo siguiente:

El manejo de los desechos y productos peligrosos provenientes de diferentes sitios, tanto públicos como privados. Incluye la actualización de la normativa vigente, la vigilancia de su cumplimiento, el tratamiento de los desechos y desarrollo de la participación social para fomentar una cultura sanitaria en este campo.

El control de los factores que producen la contaminación ambiental y los mecanismos de control que pueden desarrollarse para prevenir y reducir el riesgo de enfermar o morir por dichas causas. Se considera también como aspecto relevante el fortalecimiento de la participación social y el control de sistemas integrados en aspectos físicos.

El cumplimiento de un buen acceso y consumo de agua de calidad para consumo humano, para reducir el riesgo de enfermar o morir, y además tomando en cuenta aspectos organizativos por parte

de las instituciones involucradas en el tema, para mejorar la efectividad de las intervenciones y racionalizar los recursos existentes.

La organización y estrategias entre los diferentes actores sociales para el cumplimiento de la normativa y control de la contaminación relacionadas con el vertido de aguas residuales en cuerpos de agua para la protección de éstos.

La planificación actualizada para la extensión y mantenimiento de los sistemas de alcantarillado sanitario y pluvial, incluyendo el cumplimiento de la normativa existente, aspectos de estructura tarifaria y la coordinación interinstitucional.

La organización intersectorial para el manejo adecuado de la protección del recurso hídrico y la prevención de su contaminación.

Se contemplan todos los aspectos relacionados con la prevención, mitigación y respuesta del sector salud ante las situaciones de emergencias y desastres enfocándolo primordialmente hacia una disminución de la vulnerabilidad de la población a través de una mejor planificación, gestión del riesgo y la utilización de tecnología apropiada.

Área de intervención	Política
Salud Ambiental	<p>Manejo integral y seguro de los desechos en los establecimientos de salud, fincas, sitios de reunión pública, industrias, viviendas y comercio.</p> <p>Control de los factores físicos, químicos y biológicos relacionados con la contaminación y peligros del ambiente humano para prevenir y reducir en la población el riesgo de enfermar o morir y promover un ambiente sano.</p> <p>Garantía de cumplimiento efectivo del derecho de la población a tener acceso a agua potable con calidad, cobertura, en cantidad suficiente, de manera continua, en condiciones de equidad y con sostenibilidad en el costo.</p>

Área de intervención	Política
Salud Ambiental	Control integral y sistemático de las aguas de cualquier origen antes de ser descargadas en los cuerpos de agua para proteger la salud.
	Aumento de cobertura, mantenimiento y sostenibilidad del alcantarillado pluvial y del alcantarillado sanitario dotado de tratamiento final.
	Protección del recurso hídrico, control y prevención de la contaminación biológica, química y física.
Desastres	Prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación ante situaciones de emergencia y de desastres.

### Agenda Sanitaria Compartida

La agenda sanitaria compartida está compuesta de 10 compromisos, que constituyen la respuesta de las instituciones del Sector Salud a las políticas y retos sanitarios del país para el período 2002-2006.

#### Compromisos del Sector

- Fortalecer y mejorar las intervenciones orientadas a sostener o incrementar los logros en: mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades transmisibles y carencias nutricionales.
- Promover la construcción de una cultura de salud con énfasis en promoción de la salud y el fomento de estilos de vida saludables individuales y colectivos
- Prevenir y atender las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo
- Promover y atender la salud mental en forma integral, con énfasis en la violencia social.
- Mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de servicios de salud con énfasis en la atención primaria
- Mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integrado del recurso hídrico.
- Fomentar acciones orientadas a la reducción de la vulnerabilidad ante los desastres.
- Consolidar la estructura y funcionamiento del sector salud.
- Modular la inversión, el gasto y el financiamiento en coherencia con las políticas y las prioridades del sector salud.
- Consolidar el Sistema Nacional de la Vigilancia de la Salud.



## Capítulo 5

---

# Acciones Estratégicas y Actividades Sustantivas Institucionales e Intersectoriales







### Acciones Estratégicas y Actividades Sustantivas Institucionales e Intersectoriales.

En este capítulo se detallan las acciones estratégicas (planes, programas y proyectos) y las correspondientes actividades sustantivas institucionales e intersectoriales, que ejecutó la institución, incluyendo las de sus organismos adscritos.

#### Acciones Estratégicas

El Ministerio de Salud tiene directamente a su cargo los siguientes programas y subprogramas:

1. Programa Dirección y Conducción en Salud

Este programa se subdivide en seis subprogramas :

- Planificación en Salud. Responsable: Dirección Desarrollo de la Salud
  - Normalización y Acreditación.
  - Registros y controles.
  - Vigilancia y Control del Ambiente Humano.
  - Vigilancia de la Salud.
  - Nivel Regional.
2. Programa Nutrición y Desarrollo Infantil
  3. Programa Dirección Superior y Administración General.

Por su lado, organismos adscritos como el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), tienen bajo su gestión varios programas.

#### El IAFA desarrolla los siguientes:

- Prevención y Atención del Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas.
- Regulación de servicios de prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Investigación para la toma de decisiones, definición de políticas y orientación de programas para la prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

#### En tanto que el INCIENSA:

- Programa de Aseguramiento de la Calidad
- Programa Centros nacionales de referencia, con sus subprogramas Centro Nacional de Referencia de Virología y Leptospirosis, Centro Nacional de Referencia de Tuberculosis, Centro Nacional de Referencia de Lípidos y Glucosa, Centro Nacional de Referencia de Bacteriología, Centro Nacional de Referencia de Micronutrientes y Centro Nacional de Registro de Enfermedades Congénitas.

#### Actividades Sustantivas Realizadas:

En el marco específico de cada acción estratégica supradicha, se desarrollaron un conjunto de actividades consideradas sustantivas. El detalle de las mismas, según acción estratégica, son las siguientes:

### **Sub programa Planificación en Salud**

#### **Actividades realizadas:**

Diseño, inducción y ejecución de la planificación estratégica local, como proceso participativo orientado, por un lado, a identificar y priorizar los problemas locales de salud; por otro, diseñar y ejecutar de manera eficiente y eficaz las correspondientes soluciones (planes, programas y proyectos), y por último, seguir y evaluar el desarrollo y el desempeño de todo el proceso

- Elaboración del Plan Operativo Anual Institucional (POA), que consigna los productos de la institución para el 2003.
- Elaboración anteproyecto de presupuesto 2002 a partir del POA 2002
- Reprogramación presupuesto 2002
- Promoción de la salud, enfatizando estilos de vida saludables.
- Comunicación y educación en salud, referida a asesoría, diseño, planificación y ejecución de procesos de educación y comunicación social en salud.
- Rendición de cuentas a la sociedad civil, autoridades políticas y organismos internacionales.

### **Subprograma Normalización y Acreditación**

#### **Actividades realizadas:**

- Habilitación de los establecimientos de salud y afines que cumplen requisitos de tipo estructural que aseguran a los usuarios las condiciones mínimas de seguridad para recibir un servicio con el menor nivel de riesgo, en las áreas de planta física, recursos humanos y equipo.

- Acreditación voluntaria de servicios de salud de acuerdo con estándares de proceso y resultado, dirigidos al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.
- Evaluación de los factores estructurales y de proceso relacionados con la calidad, eficiencia y eficacia de los sistemas de salud .
- Elaboración de normas e instrumentos de evaluación de servicios y establecimientos y sistemas de salud.
- Análisis de mortalidad infantil, como trazadora de la calidad de la atención en el embarazo y en el parto, que permite la identificación de los factores de riesgo y causas relacionados con las muertes maternas
- Análisis de mortalidad materna como trazadora de la calidad de los servicios que centra la atención en los procesos de embarazo, parto, atención del recién nacido y crecimiento y desarrollo de los niños (as) menores de un año.

### **Subprograma Registros y Controles**

#### **Actividades realizadas:**

- Registro de productos de consumo de la población (medicamentos, alimentos, cosméticos, productos naturales, productos químicos peligrosos y plaguicidas y equipo y material biomédico) como prerequisite para su comercialización
- Atención oportuna del cliente (orientación, gestión de trámites, seguimiento de trámites y atención de denuncias), para lograr una solución pronta y satisfactoria de sus problemas y necesidades

- Control de establecimientos y de la producción, importación, distribución, uso y consumo de productos, de acuerdo con las normas y reglamentos técnicos establecidos, para prevenir riesgos y accidentes a la salud de la población
- Elaboración de reglamentos que establecen los requisitos técnicos básicos que deben cumplir los productos de uso y consumo que afectan la salud de la población.
- Acreditación de inspectores de salud de las instituciones públicas para que realicen labores de vigilancia y control técnico sanitario de los procesos de producción, importación, distribución uso y consumo de productos.

### **Subprograma Vigilancia y Control del Ambiente Humano**

Actividades realizadas:

- Atención al cliente (orientación, gestión de trámites, seguimiento de trámites y atención de denuncias).
- Vigilancia de establecimientos comerciales e industriales, con el objeto de controlar el cumplimiento de normas técnicas y sanitarias básicas de funcionamiento.
- Vigilancia y control de los factores ambientales (agua, aire y sonora) para prevenir y controlar la degradación ambiental.
- Inspección de establecimientos con equipos o con fuentes emisoras de radiaciones, con el propósito de garantizar la calidad de los servicios que se brinda a la población usuaria.

- Vigilancia de los sitios de disposición de desechos sólidos, con el fin de controlar y avalar su funcionamiento de acuerdo con la normativa existente.
- Elaboración de la reglamentación necesaria orientada a la protección y mejoramiento del ambiente humano.
- Acreditaciones y certificaciones en el campo del ambiente humano.

### **Subprograma Vigilancia de la Salud**

Actividades realizadas:

- Análisis de situación de Salud
- Vigilancia epidemiológica.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos de malaria.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos de dengue
- Rociamiento focal y selectivo de casas y establecimientos.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de casos.
- Emisión de normas, directrices y procedimientos técnicos para prevenir y controlar eventos.
- Divulgación de información oportuna para la toma de decisiones e incrementar el conocimiento científico en la situación de salud.

### **Subprograma Nivel Regional.**

Actividades realizadas:

- Planificación estratégica local en salud.
- Evaluación y ajuste de planes regionales y locales de salud.
- Análisis de contexto local y regional.
- Atención y resoluciones sanitarias.
- Habilitación de establecimientos de salud y afines.
- Control de establecimientos de salud y afines.
- Habilitación de establecimientos domiciliarios y comerciales
- Evaluación de sistemas de salud.
- Análisis de mortalidad infantil.
- Análisis de mortalidad materna.
- Emisión de permisos sanitarios de funcionamiento.
- Vigilancia técnica y sanitaria de relenos sanitarios
- Letrinización e instalación de bombas de agua.

### **Programa Nutrición y Desarrollo Infantil**

Actividades realizadas:

- Alimentación de la población menor de 7 años y madres gestantes y lactantes, que viven en condiciones de pobreza o en riesgo nutricional.
- Atención Integral a niños (as) de 2 a menos de 7 años, cuyas familias se ubican bajo línea de pobreza.

- Evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños (as) beneficiarios (as) de los servicios que brindan los CEN CINAI.

### **Programa Dirección Administrativa**

Actividades realizadas:

- Asesoría jurídica a las diferentes instancias y niveles de la institución, en especial a los despachos del Ministro de Salud y Viceministra de Salud.
- Tramitación y elaboración de resoluciones técnicas, sanitarias y administrativas.
- Atención y resolución de reclamos administrativos y laborales.
- Atención de problemas y situaciones de índole jurídica y elaboración y revisión de cambios en instrumentos jurídicos.
- Elaboración, revisión y tramitación de reglamentos y decretos ejecutivos en materia de salud.
- Asesoramiento legal al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social.
- Emisión de directrices orientadas a velar por el correcto cumplimiento de la Ley.
- Implementación de nuevas tecnologías en el campo de la informática y servicio constante de soporte técnico a los diferentes niveles de gestión.
- Desarrollo constante del recursos humanos de la institución, en sus tres niveles de gestión.
- Remodelaciones y construcciones en el nivel central.

- Dirección y conducción administrativa y financiera de la Institución.
  - Mejoramiento de los procesos de fiscalización y auditoría, para que las actividades de la institución se realicen dentro de los niveles adecuados de control interno, de modo que sus metas se alcancen con eficiencia y eficacia dentro del marco normativo vigente.
  - Realización de estudios de auditoría en las diferentes unidades del Ministerio.
  - Servicio constante de soporte administrativo.
  - Mejoramiento continuo de los sistemas administrativos.
- atención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
  - Regulación, fiscalización y control de los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.
  - Regulación y control de la publicidad de bebidas alcohólicas y del tabaco.
  - Habilitación y aprobación de los programas públicos y privados de prevención, tratamiento y rehabilitación del farmacodependiente.
  - Fomento de la formulación, ejecución y evaluación de proyectos de investigación relacionados con el consumo de drogas, que coadyuven en la priorización de acciones, en la definición de políticas y en la orientación de los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la drogadicción.

### **Actividades Esenciales realizadas por las Instituciones adscritas al Ministerio de Salud**

Las actividades esenciales realizadas por las instituciones adscritas a la institución son las siguientes:

#### **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia IAFA**

##### **Actividades realizadas:**

- Prevención y atención del consumo de drogas, mediante la integración de esfuerzos institucionales y comunales.
- Capacitación y asesoría para la formación de agentes multiplicadores en la prevención y atención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Fomento de estrategias de divulgación, comunicación y movilización comunitaria para la prevención y

- Seguimiento y asesoría de los procesos de capacitación con el propósito de optimizar los resultados y dar una respuesta oportuna.
- Impresión de material educativo y de guías metodológicas para la capacitación de facilitadores.

#### **Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)**

##### **Actividades realizadas:**

- Vigilancia Epidemiológica de eventos prioritarios de salud pública, tales como dengue, rubéola, sarampión, cólera, otros enteropatógenos, hanta virus, polio, virus influenza y M. Tuberculosis.
- Vigilancia a el cumplimiento de políticas para la fortificación de alimentos con micronutrientes.



- Registro de enfermedades congénitas como apoyo a estrategias de intervención, control y prevención.
- Garantizar el óptimo desempeño de los laboratorios nacionales, tanto de la seguridad social como privados, en técnicas para química clínica como: perfil lipídico, diagnóstico de enteropatógenos y baciloscopías.
- Transferencia de conocimientos obtenidos por medio de la vigilancia y la investigación, a los diversos sectores de la población del país.
- Promoción de la salud (establecimiento libre de humo).
- Nutrición y desarrollo infantil.

## Capítulo 6

---

# Logros Institucionales Logros de los Despachos de las Autoridades Políticas







### Logros Institucionales

#### 6.1 Logros de los Despachos de las Autoridades Políticas

##### 6.1.1 Despacho Ministra de Salud

###### Logros

###### 6.1.1.1 Prensa e Imagen

El empoderamiento de la institución en su nuevo rol rector de la salud, obliga a planificar estrategias de comunicación e información a través de diferentes medios que generen cambios de actitudes en todos los públicos de la sociedad.

Por lo anterior la nueva personalidad pública debe impregnarse de espíritu de negociación y concertación, buscando entendimiento y voluntad del quehacer de la Institución.

Es por ello que la Unidad de Prensa, Imagen y Relaciones Públicas generó acciones para obtener los siguientes logros:

1. Se atendieron 60 eventos Inter. y extra institucionales donde se aportó el presentador, la agenda, el boletín de prensa, convocatoria de medios de comunicación, discursos, signos externos, sonido, fotografías, videos y manejo de audiovisuales, locación, entre otras. Lo anterior con el fin de comunicar e informar a los diferentes públicos sobre políticas, planes y proyectos que ejecutó el Ministerio de Salud durante el año 2002, lo que permitió el fortalecimiento y credibilidad de la rectoría institucional. Se efectuaron 40 conferencias de prensa cuyo objetivo fue el de informar y educar a la sociedad sobre diferentes aspectos de la salud a través de los medios de comunicación. Se elaboraron 80 boletines de prensa cuya finalidad fue mantener informados a los medios de comunicación para que a través de ellos la población adquiriera conocimiento sobre los distintos temas en salud.

Se trabajó en creación, diseño y planificación de campañas educativas en salud, lo que permitió adecuar el mensaje con miras a lograr una mayor penetración en los diferentes públicos.

Dada la gran cantidad de responsabilidades que tiene la Institución y el limitado recurso financiero disponible para la comunicación publicitaria, se hizo imprescindible buscar alianzas estratégicas con más de cuarenta empresas públicas, privadas y no gubernamentales, de tal manera que se trabajó en forma coordinada en pro de la salud de la población.

Durante el año 2002 se contabilizó un promedio de 7.200 consultas entre atención directa a las personas, consultas electrónicas y llamadas telefónicas relacionadas con las diferentes gestiones que el Ministerio realiza en el campo de la salud.

Conscientes de que el protocolo permite un ordenamiento que da como resultado una imagen creíble de la Institución, se asesoró a las diferentes direcciones y regiones que conforman el Ministerio de Salud, con el objetivo de que los eventos y presentaciones que realizaron, contaran con las reglas y procedimientos que exige el protocolo institucional.

Se realizó un monitoreo y análisis de las informaciones emanadas de prensa escrita, radio y televisión durante todo el año; esto permitió palpar las diferentes corrientes de opinión pública, con el ob-

jetivo de contribuir a una toma de decisiones acertada en el manejo de información. Se elaboraron 38 discursos para las altas autoridades, con el fin de emitir la filosofía institucional y la política de salud.

Para contribuir a la conformación de un historial de antecedentes gráficos de la institución, se realizó la toma programada de fotografías y videos de los diferentes eventos que se realizaron en el Ministerio de Salud durante el año 2002.

Una de las herramientas básicas utilizadas fue la estrategia de "Publicity", con el fin de mejorar el empoderamiento del rol rector de la Institución. Esto permitió que durante el año 2002 solo en medios de prensa escrita de cobertura nacional se publicaran aproximadamente 900 informaciones sobre diferentes tópicos que conciernen al Ministerio de Salud.

Esto se logró a través de una constante relación con los medios de comunicación. Además, permitió una amplia difusión de las diferentes actividades rectoras de la institución, sin tener que invertir en la compra de espacios publicitarios.

#### **6.1.1.2 Cooperación Internacional**

En el año 2002, la Ministra de Salud asumió la Presidencia Pro-Témpore del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), por lo que presidió y se organizó la reunión en el país. En esta XVII Reunión del Consejo, los Ministros acordaron elaborar una propuesta de Proyecto Regional para el Control de Chagas, y para un Plan Regional de Lucha contra el Dengue, Fiebre Amarilla y Malaria, entre otros.

Así mismo, la Ministra asumió la Presidencia Pro-Témpore de la XVIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD). Los Ministros firmaron acuerdos a los que se les

está dando seguimiento, que incluyen los siguientes temas: vacunas e inmunizaciones, reducción de desastres, violencia como problema de salud pública, promoción de la salud, migraciones y salud, enfermedades emergentes y re-emergentes, fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, y negociación conjunta de medicamentos antiretrovirales (ARV).

Sobre este último tema, se firmó una carta de intención en Panamá en enero del 2003, entre los Ministros de Salud de Centroamérica y cinco Empresas Productoras de ARV, logrando una reducción muy importante en la compra de los medicamentos para el Programa de Atención Integral y de Acceso Acelerado a los PVVS.

Por otro lado, la Ministra firmó una enmienda a la Carta de Acuerdo sobre el Control de Drogas entre el Gobierno de Estados Unidos de América y el Ministerio de Salud de este país, que consiste en apoyar al Ministerio para controlar el uso y movimiento de químicos que se pueden utilizar para fabricar o procesar drogas narcóticas ilícitas. El gobierno de Estados Unidos aumentó su cooperación a un monto total de US\$50,000, con el fin de descentralizar el proyecto a las regiones del país.

Igualmente se firmaron convenios fronterizos con los países vecinos, los cuales pretenden fortalecer las acciones que reduzcan el grado de vulnerabilidad de la población migrante en riesgo. El primero, firmado a mediados de año, es el Convenio Interfronterizo entre los Ministerios de Salud de Costa Rica y de Panamá, en el cual los Ministros de Salud acuerdan buscar soluciones conjuntas para fortalecer la vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores, y buscar financiamiento para proyectos de dotación de agua potable.

El segundo, firmado a comienzos del año 2003, es el Convenio de Colaboración entre los Ministerios de Salud de la República de Costa Rica y la República de Nicaragua para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud en el Cordón Fronterizo el cual pretende, entre otros, fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades incidentes y prevalentes con énfasis en enfermedades transmitidas por vectores, y articular los mecanismos de cooperación y coordinación en situaciones de emergencia y catástrofe, con base en un diagnóstico de amenazas y un plan conjunto de manejo, atención y cooperación.

#### **6.1.1.3 Línea 800**

La línea 800 tiene la función principal de brindar a sus usuarios información sobre los precios de los medicamentos en las diferentes farmacias del país.

Dado que la prestación de este servicio no le corresponde al Ministerio de Salud, se negoció con el Ministerio de Economía, Industria y Comercio para que lo asumiera. De esta manera, fue trasladado a esta institución el servicio y los respectivos software y equipos.

#### **6.1.1.4 Consejo Nacional del Sector Salud**

Durante el año las acciones del Consejo se dirigieron fundamentalmente al análisis y solución de los problemas del Sector Salud. En primera instancia se definieron las siguientes áreas de trabajo: la promoción de la salud, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y la mortalidad infantil.

En el área de promoción de la salud se identificaron como prioritarios los siguientes tópicos: alimentación y nutrición, actividad física, tabaquismo, accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar y detección precoz del cáncer. Se acordó conformar un órgano técnico interinsti-

tucional de promoción de la salud, responsable de coordinar las acciones que en esta materia realizan las instituciones del sector.

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, se conoció y aprobó una propuesta para crear un sistema de notificación de enfermedades cardiovasculares, especialmente del infarto agudo del miocardio (primera causa de muerte del país), con el objetivo de incorporarlo dentro de las enfermedades de declaración obligatoria. Se conformó una comisión, bajo la coordinación del Viceministro de Salud, que ha venido trabajando en el diseño de un Sistema Nacional de Notificación del Infarto Agudo del Miocardio.

En el campo de la mortalidad infantil, se impulsó la elaboración y se aprobó el plan de acción denominado "La Mortalidad Infantil: la Promoción de la Salud Materna y Perinatal, Costa Rica 2002-2006".

Debido al comportamiento de la mortalidad infantil durante los primeros nueve meses del año, que hacía suponer un incremento en la tasa de mortalidad infantil para el año 2002 con respecto al 2001, se acordó focalizar las acciones interinstitucionales en el área de mayor mortalidad infantil (Guanacaste, Puntarenas y Limón) con el objeto de reducir el número de defunciones de menores de 1 año. Además, se aprobó el convenio DAJ-I-6749-02 de Cooperación entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, para la ejecución del "Plan de Disminución de la Mortalidad Infantil", que garantiza, entre otros, los recursos necesarios para su adecuada ejecución.

Por otra parte, se ha dado seguimiento al proceso de elaboración de la Política Nacional de Agua, que será presentada al Consejo para su análisis, una vez esté preparado el documento.

### 6.1.1.5 Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Dentro de los objetivos primordiales del programa de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), está el dotar a la población joven, dentro y fuera del sistema educativo, agentes multiplicadores, funcionarios, empleados de empresas y líderes comunales, de un entrenamiento en habilidades para la vida y fortalecimiento de los valores del individuo, la familia y la comunidad ante la presencia de factores de riesgo asociados al consumo de drogas, con el fin de favorecer estilos de vida más sanos.

Actualmente, las acciones preventivas y la intervención en la comunidad se desarrollan mediante la capacitación directa por parte del funcionario del IAFA, e indirecta mediante los Agentes Multiplicadores, quienes reproducen los conocimientos adquiridos.

Para el año 2002, a pesar de haber realizado acciones en 65 cantones, cinco menos en comparación con el año 2001, se capacitó en forma directa e indirecta a 446.229 personas en el país. Las acciones de educación preventiva llevadas a cabo en el 2002 con respecto al 2001 se incrementaron en 133%, beneficiándose principalmente niñas, niños (279.411) y adolescentes (122.356). Este es un indicador de mayor participación de los actores sociales en la comunidad, aspecto que buscan las intervenciones preventivas.

Además, el IAFA desarrolló una importante labor de formación de agentes multiplicadores y la mayoría se dirigieron al sector educativo, sector salud y al empresarial. La capacitación y el seguimiento se ejecutaron sobre todo en programas de cobertura nacional como son el Programa "Trazando el Camino en Cole-

gios", Educación Especial, Detección e Intervención Temprana del Consumo en Adolescentes y en "Trazando el Camino en Comunidad".

En específico se desarrollaron nueve talleres de capacitación, de los cuales dos talleres estuvieron relacionados con el Programa Preventivo "Trazando el Camino", actividades a las que asistieron 46 profesionales en Educación Especial, que trabajan directamente con estudiantes con necesidades educativas especiales. Con tal fin, se elaboraron nueve tipos de materiales didácticos orientados básicamente al tercer ciclo de educación especial, en tres niveles de 7º, 8º y 9º, un rotafolio, la producción del video para 9º año del sistema regular y la reproducción del folleto No. 2 de la Serie de Acción: "Consumo de Drogas en el Colegio... ¿Qué Hacemos?"

En relación con el programa de Detección e Intervención Temprana del Consumo de Drogas en Adolescentes se desarrollaron dos talleres con la participación de 27 profesionales de Equipos Interdisciplinarios de las Escuelas PROMECUM del Sector Sur Oeste de San José, permitiendo fortalecer el programa mediante la elaboración de un proyecto piloto denominado "Detección e intervención temprana del consumo de drogas en niños y adolescentes en condición vulnerable de centros educativos de atención prioritaria del cantón central de San José". Vinculado a lo anterior, desde el año 1999, se ha venido consolidando el proyecto "Creciendo con el Siglo XXI", con el respaldo de la Municipalidad de San José. Durante el 2002 se ejecutó el proyecto con 1.439 niños de las escuelas de Lomas del Río, Rincón Grande de Pavas, Central San Sebastián, Otto Hubbe, y Ramiro Aguilar de San José.

También se realizó un taller con la participación de 34 directores y psicólogos de colegios privados, y en coordinación con

ANADEC (Asociación Nacional de Colegios Católicos), para el desarrollo de programas preventivos, y se desarrolló un proyecto con los centros educativos de Moravia y Coronado para la prevención y atención del problema de consumo en niños y adolescentes.

Es importante destacar que se elaboró el programa "Aprendo a Valerme por Mí Mismo", para población escolar de IV grado. La validación técnica y de campo de este material, se organizó, planificó y ejecutó con la participación de 20 profesionales del proceso de organismos regionales del IAFA, docentes del MEP y 350 estudiantes de las diferentes regiones del país. Se espera que la ejecución de este Programa Preventivo se inicie en el primer semestre del año 2003.

Con el programa de capacitación en instituciones y en empresas, se desarrollaron acciones en el MOPT, Dos Pinos y RECOPE, para fortalecer el proceso de aprobación de políticas referentes a la atención del consumo de drogas y el desarrollo de programas en prevención. De tal manera, se realizaron cuatro talleres con participación de 50 técnicos y mandos medios.

En el campo clínico, la capacitación se orienta a brindar herramientas y conocimientos a profesionales, técnicos y personas interesadas en brindar un mejor servicio de atención a las personas. En los últimos años se le ha brindado continuidad a varias actividades; para el año 2002 se realizaron 9 talleres o pasantías para la intervención en materia de adicciones y se beneficiaron cerca de 819 personas entre médicos, auxiliares de enfermería, técnicos de atención primaria en salud (ATAPS), registros médicos, y estadísticos (REMES), farmacéuticos, estudiantes universitarios, orientadores y profesores de segunda enseñanza, agentes de seguridad del sistema penitenciario.

Se efectuaron cuatro talleres de capacitación y formación de agentes multiplicadores en materia antitabáquica, tanto de OG's como ONG's, con 118 participantes. Además, se efectuaron cinco asesorías para la conformación de clínicas de cesación del fumado; en promedio, se trabajó con 20 funcionarios, técnicos y profesionales de la Dirección General del Servicio Civil, Ministerio de Salud, Fuerza y Luz y Hospital México.

En esta misma línea de trabajo institucional, con respecto a la cesación de fumado, se ejecutaron 89 talleres y charlas educativas dirigidas a padres de familia, operadores telefónicos del 911, jugadores de primera división, comunicadores, estudiantes universitarios, estudiantes de colegios y niños de escuelas, con el fin de apoyar la realización del Concurso "Deje y Gane 2002".

La realización del Concurso "Deje y Gane 2002" ha sido una estrategia positiva para ayudar a las personas a dejar el hábito del tabaquismo. Algunos de los principales resultados obtenidos con el concurso son los siguientes: 628 de 2107 participantes; se mantienen aún en cesación finalizando el concurso, lo cual equivale a un 29.8%; 2 de cada 4 participantes reportaron haber disminuido el consumo de tabaco. El 75% reportan haber recibido un beneficio del concurso para su salud personal. Este informe permitirá mejorar la estrategia divulgativa y fortalecer el trabajo sobre campañas preventivas.

Como se apuntó al inicio de este apartado, un aspecto fundamental para la prevención del consumo de drogas es el desarrollo de estrategias de movilización y divulgación, las cuales, desde el punto de vista interinstitucional, buscan la integración de esfuerzos y recursos para hacer más permanentes los proyectos de prevención y la formación del proceso de sensibilización en niños, adolescentes,

jóvenes, padres de familia y otros actores sociales.

Los problemas presupuestarios enfrentados por el IAFA condujeron a que redujera en cantidad las actividades de movilización, al igual que los cantones cubiertos, pero no así el número de personas que participaron en las mismas. En el año 2002, en 24 cantones, se realizaron 124 actividades en las que participaron cerca de 100.000 personas. Es importante resaltar que también se desarrollaron 415 actividades divulgativas.

Por otra parte, con el fin de contribuir a la formación e información de los usuarios, durante el año 2002 se cubrió la demanda de información y documentación en el campo de las drogas de 3503 personas, mediante un acceso eficaz y oportuno a todo el material y servicios del Centro de Información y Documentación. Además, mediante el servicio de la Línea de Orientación Telefónica, se canalizaron las necesidades de los usuarios de diversas localidades del país, por medio de la atención 1700 consultas.

El IAFA, con el programa de regulación de servicios vinculados a la prevención y el tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, desarrolla dos tipos de acciones. La primera de ellas se concibe como complemento de la política preventiva que se realiza en el país, de tal manera que durante el año 2002, se hizo un análisis oportuno y eficaz de la totalidad del material publicitario de bebidas alcohólicas presentado. La demanda de solicitudes fue levemente superior a la prevista. El 54% fueron aprobadas, y un 46% fueron denegadas, o sea, se aprobó poco más de la mitad de los permisos solicitados. En este sentido, se aprecia un cambio notorio respecto a los años anteriores, ya que generalmente se aprueba entre un 75 y 80% de las solicitudes.

Particularmente, se debe destacar como positiva la significativa reducción en cuanto a la promoción y publicidad de bebidas alcohólicas, ya que disminuye la exposición de la población nacional a uno de los factores de riesgo para el consumo de drogas.

Además, se logró ejecutar el control de material de bebidas alcohólicas sin aprobación, difundido por los diferentes medios de comunicación social, y la cantidad de suspensiones es similar a la proyección inicial. Las cifras de infracciones resultan inferiores a las que se dieron en los últimos cuatro años y ello demuestra que se ha logrado mejorar el acatamiento a la normativa vigente con el transcurso del tiempo; incluso estas infracciones incluyen siete denuncias que fueron corroboradas. Este dato es importante porque demuestra un mayor conocimiento de la normativa y una conducta responsable del público al observar avisos que considera infractores.

También se asesoró la regulación de la publicidad de tabaco y se logró ejecutar pronunciamientos oportunos ante las solicitudes de revisión. En el 2002, se presentó un aumento significativo en el número de documentos, se incrementó en un 255%, cifra mayor a la que se presentó el año pasado, y muestra una tendencia creciente de la oferta del tabaco, que se puede explicar por la necesidad de contrarrestar, de parte de los fabricantes, los esfuerzos y proyectos que se implementan tanto en el área de prevención como de cesación de tabaco en los últimos años, por diferentes instancias públicas, nacionales e internacionales. De igual forma, se ejecutó el control del material contraventor de tabaco publicado por los diversos medios de comunicación, y no se presentó incumplimiento alguno a la Ley.

Por otra parte, el IAFA aplica la normativa existente para la habilitación / aprobación de los programas públicos y privados de prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y la farmacodependencia que se ejecutan en el país, en su mayoría, por parte de diversas organizaciones no gubernamentales.

Durante el año 2002, se aplicaron 45 normativas técnicas a los programas en funcionamiento, aprobándose 26 por considerar que mantenían congruencia en el nivel teórico y práctico. La mayoría de estos programas (37) estaban en etapa de renovación de la acreditación y el resto (8) se consideran nuevos. También, se realizó la supervisión de 71 programas ubicados en las 7 provincias y se brindó la asesoría y señalamientos técnicos a los encargados de las ONG's, necesarios para la mejora de la calidad del servicio brindado.

Es importante reseñar que el IAFA, para lograr el objetivo anteriormente señalado, dotó de los recursos económicos a 47 programas ejecutados por 28 ONG's, por un monto de ₡ 150.600.000 con recursos del FODESAF, y a 23 programas de 6 ONG's con recursos otorgados por la Ley 7972, por un monto de ₡30.131.252, necesarios para lograr una mayor cobertura y mejora en la prestación de servicios de las ONG's. Las personas que se han visto beneficiadas por estos programas y servicios, según datos preliminares de dichas organizaciones (solo 49 programas), muestran que se brindaron 7013 egresos durante el año 2003. Por otra parte, según el reporte realizado por 18 Hospitales de la CCSS, del total de egresos presentados, 2218 tienen relación con el consumo de drogas.

Es importante mencionar que el IAFA, durante el año 2002, mantuvo servicios de valoración y tratamiento a personas con problemas derivados del consumo

de drogas. El total de atenciones brindadas fue de 7.868 a 4.247 personas. De ellas, el 61% fueron brindadas en el Servicio de Emergencia, motivadas, en su mayoría, por el consumo de alcohol (49%). En la Consulta Externa, la mayor parte de las atenciones fueron generadas por el consumo conjunto de alcohol y otro tipo de drogas (38%).

En cuanto al grupo de edad, el 46% de las atenciones ofrecidas en la Consulta Externa fueron dadas a niños y adolescentes, entre los 10 y 20 años. En el Servicio de Emergencias, este grupo de edad representa el 18% de las atenciones. Este último dato es relevante no solo para las acciones de intervención clínica, sino también para las de prevención, en cuanto indica que, aproximadamente, una quinta parte del consumo activo de sustancias se está dando en personas menores de 20 años.

Por otra parte, en coordinación con la Unidad de Habilitación del Ministerio de Salud, se elaboraron cinco instrumentos de normas de habilitación a seguir por los establecimientos para la atención de la población farmacodependiente, con participación de 38 organizaciones no gubernamentales y representantes de las diversas instituciones públicas involucradas, actividad que contó con el apoyo del PNUFID.

Finalmente, el programa de investigación y evaluación es para la definición de políticas y (re)orientación de programas de prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, tanto de carácter nacional e internacional, En el año 2003 se elaboraron 22 informes en total.

Es importante destacar que en lo que respecta al estudio "Encuesta Nacional sobre Drogas en Costa Rica", año 2002, se elaboró un informe basado en aspectos fundamentalmente tanto de consu-

mo propiamente dicho como de percepciones y opiniones de la muestra estudiada. Dicho informe contiene aspectos sociodemográficos, edades de consumo de drogas, niveles de prevalencia, opinión sobre la peligrosidad de las drogas y la ubicación del problema de drogas, entre otros, comparados con los hallazgos efectuados en el estudio nacional del año 1995 y algunos en contraste con el año 1990.

#### **6.1.1.6 Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)**

El INCIENSA, en su condición de entidad adscrita al Despacho del Ministro(a) de Salud, es responsable de coordinar la vigilancia epidemiológica basada en laboratorios y Centros Nacionales de Referencia (CNR) para el diagnóstico especializado.

Dentro de las funciones de la Institución está garantizar la calidad de las pruebas de laboratorio para enfermedades prioritarias en el país, ejecutar diagnósticos especializados, dar alertas y responder a brotes, realizar investigaciones, brindar capacitación en servicio, así como apoyar la integración y gestión de redes de laboratorios, incorporando tanto al sector público, como privado.

#### **Aseguramiento de la calidad de la red de laboratorios**

Los Programas de evaluación externa de la calidad, que coordina el INCIENSA, han surgido ante la necesidad de normalizar metodologías y velar en forma conjunta por la calidad con la que se brindan los servicios de salud.

Los laboratorios que participan en estos programas se constituyen en miembros de la red de laboratorios al participar sistemáticamente en rondas de evaluación externa del desempeño mediante muestras codificadas, confirmación diagnósti-

ca, inspecciones en el sitio de trabajo, suministro de material de referencia y cepas control, capacitaciones a personal técnico y profesional mediante pasantías, cursos, dotación de manuales y documentación.

La red de laboratorios que integra estos programas ha ido creciendo desde que se iniciaron estos programas a mediados de los noventa. En el año 2002 se contó con 86 laboratorios en el programa de tuberculosis, 126 laboratorios en el programa de calidad para las determinaciones de lípidos y glucosa (34 de ellos de carácter privado) y 86 laboratorios en el programa de calidad para el diagnóstico de enteropatógenos.

En agosto del 2002, participaron laboratorios de todas las regiones del país en un taller de discusión de los resultados alcanzados durante las rondas de evaluación externa, confirmación diagnóstica e inspecciones de calidad, para realizar un análisis conjunto que permitió identificar alternativas para el mejoramiento continuo del laboratorio.

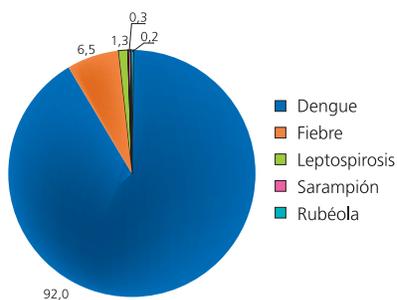
#### **Referencia de Virología y Leptospirosis**

En apoyo a la vigilancia de enfermedades febriles eruptivas, el Centro Nacional de Referencia de Virología y Leptospirosis (CNRVL), procesó un total de 15762 muestras de suero de pacientes referidos para estudio por dengue, leptospirosis sarampión, rubéola y febriles.

El 88% (n=13932) de las muestras se procesó por anticuerpos IgM para dengue, con un 19% (n=2608) de resultados positivos. La vigilancia virológica permitió identificar la co-circulación del serotipo dengue 1 y dengue 2 en la Región Pacífico Central, Chorotega y Central Norte y el serotipo 2 en la Región Huetar Atlántica. El 43.4% (IC95%=42-45) de los casos positivos corresponden a la Región Pacífico Central, el 18.2% (IC95%=17-20) a la Chorotega, 14.4%

(IC95%=13-16) a la Central Norte y 13.6% (IC95%=12-15) a la Huetar Atlántica. Un 19% de las muestras positivas para dengue corresponde a menores de 15 años (IC95%=17-20), 74% a personas de 15 y más años (IC95%=72-75) y 7% no tenían el dato de edad.

**Gráfico N° 18**  
**Muestras positivas por dengue según diagnóstico presuntivo de referencia al CNRVL. Costa Rica 2002**



**Fuente:** Centro Nac. de Referencia de Virología y Leptospirosis. INCIENSA

El 92% (IC95%=91-93) de las muestras positivas ingresó con diagnóstico presuntivo de dengue, 6.5% (IC95%=5.6-7.5) para estudio por cuadro febril, 1.3% (IC95%=0.9-1.7) por leptospirosis, 0.2% (IC95%=0-0.4) y 0.3% (IC95%=0.1-0.5) por rubéola y sarampión respectivamente.

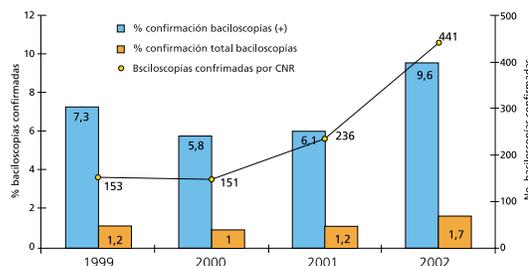
Mediante la vigilancia integrada de la leptospirosis se confirmaron 150 casos en el 2002. De ellos, el 23.3% (IC95%=16-30) residía en la Región Pacífico Central, 22.7% (IC95%=16-29) en la Huetar Atlántica y 20% (IC95%=14-26) en la Brunca. El trabajo en colaboración con el CDC de Atlanta para la confirmación diagnóstica en tejidos de autopsia, de 1997 al 2002, confirmó un total de 25 muertes por leptospirosis en el país. De éstas, el 37.5% residía en la región Huetar Atlántica, 16.6% en la Central Norte, 20.8% en la Central Sur, seguido de la Pacífico Central con 8.3%, 4.2% en la Brunca y 8.3% en la Central Este.

El CNRVL apoyó la vigilancia del sarampión y la rubéola mediante el análisis integrado de 450 muestras de suero de pacientes provenientes de las 9 regiones de salud del país. De acuerdo con los datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, ninguno de los pacientes se clasificó como caso confirmado por laboratorio.

### Centro Nacional de Referencia de Tuberculosis

La confirmación de baciloscopías en el CNRTB se inició en el 98 y se ha logrado un incremento sostenido en el número de laboratorios participantes, que logró cubrir 58 de 80 laboratorios (72.5%) en el 2002. Asimismo, la cobertura de baciloscopías ha ido en aumento como se muestra en el Gráfico 2, alcanzando un 9.6% de confirmación de las baciloscopías positivas realizadas en los laboratorios de la red.

**Gráfico N° 19**  
**Baciloscopías confirmadas (total y % confirmación) por el Centro Nacional de Referencia de Tuberculosis. Costa Rica 1999-2002**



**Fuente:** Centro Nac. de Referencia de Leptospirosis INCIENSA

Recientemente, se implementó la evaluación externa del desempeño con muestras codificadas, como un método complementario para apoyar el mejoramiento en el diagnóstico de laboratorio. Este método ha sido promovido para países de baja prevalencia como Costa Rica. Esta modalidad permite alcanzar una alta cobertura de evaluación de la calidad en un corto tiempo.

Hasta el momento se han realizado alrededor de 2600 PBRs por medio de las que se han podido identificar 49 pacientes con tuberculosis multirresistente (TB-MDR) (cuadro 12). Alrededor de 80% de los pacientes identificados en nuestro país muestran resistencia adquirida. Limón y San José son las provincias donde se encuentra el número más alto de pacientes portadores de TB-MDR.

**Cuadro No. 12**  
**Casos de Tuberculosis Multirresistente por tipo de droga antifimica, edad y evolución clínica según sexo. Costa Rica 2002**

Variable	Mujeres	Hombres	Total
<b>Total</b>	30	19	49
<b>Resistentes a H+R</b>			
HR	8	2	10
HRE	2	3	5
HRS	3	2	5
HRES	17	11	28
<b>Edad</b>			
20-39	14	9	22
40-59	9	9	18
60 o más	7	1	8
<b>Condición</b>			
En control	3	2	5
Fallecidos	15	5	20
Desconocido	1	1	2
Migró	2	2	4
Curados con tratamiento de primera o segunda línea	2	5	7
Candidatos para DOT s plus*	6	5	11

Fuente: Centro Nac. de Referencia de Leptospirosis INCIENSA

Alrededor de 7 casos se han curado con el tratamiento de primera línea o alguna modificación de ésta, 5 están en control y en estudio para ver si califican para entrar al régimen de segunda línea. En el año 2002, la Comisión de Multirresistencia completó la solicitud para las drogas de segunda línea para tratar la tuberculosis.

## Referencia de química clínica

El Programa de calidad de las determinaciones de lípidos y glucosa, ha logrado incrementar el número de laboratorios clínicos del sector que realizan química clínica, al pasar de 60 en 1999 a 126 en el 2002. Por lo tanto, en el 2002 alcanzó una cobertura de 38% del total de los laboratorios públicos y privados. Además, ha aumentado el número de rondas al año, logrando realizar 8 rondas en el 2002. El alto porcentaje de respuesta del 2002 (94,3% promedio anual), refleja al igual que en años anteriores, el interés de los laboratorios de participar en el programa.

## Referencia de bacteriología

Durante el 2002 la Red Nacional de Laboratorios de Bacteriología incluyó, además de 51 laboratorios de la CCSS, al Laboratorio Nacional de Servicios Veterinarios (LANASEVE-MAG), al Laboratorio Nacional de Aguas de Acueductos y Alcantarillados (AyA), a la Universidad de Costa Rica, el Instituto Tecnológico de Costa Rica, así como cinco laboratorios privados.

El Centro de Referencia dio apoyo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y a los laboratorios de la Red Nacional en la investigación de 13 brotes de diarrea. De éstos, uno fue producido por *Salmonella* Enteritidis (Santa Bárbara de Heredia), ocho por especies de *Shigella* (San Vito; Los Santos; Hogar Luz en Tres Ríos, La Unión; Puriscal; Parrita; Acosta, Cabagra de Buenos Aires y Sarchí de Valverde Vega) y cuatro brotes por *Clostridium perfringens* productor de toxina A (tres de ellos en Centros Penitenciarios de San José y Cartago y uno en el Hospital San Rafael de Alajuela).

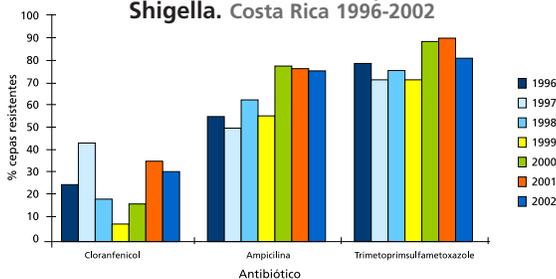
De los brotes mencionados anteriormente, los que tuvieron un mayor impacto sobre el sistema de salud fueron los de-

bidos a especies de *Shigella* y *Clostridium perfringens*. Estos últimos, debido a que son ocasionados por una toxina, se autolimitan rápidamente, mientras que los debidos a *Shigella* han presentado mayor dificultad para su control epidemiológico.

En el caso de las infecciones por *Shigella*, difícilmente éstas se presentan como casos aislados, por la facilidad con que se contagian. En nuestro país, la transmisión hídrica ha sido uno de los vehículos más importantes de transmisión.

El uso de antimicrobianos en el control de estas enfermedades presenta dificultades que se han agravado en los últimos años debido a la creciente circulación de cepas resistentes a los antibióticos empleados comúnmente como primera elección en nuestro país (ampicilina y trimetoprim-sulfametoxazole). En el Gráfico 3 se muestra la evolución de la resistencia de estas cepas a los antibióticos, durante los últimos siete años, lo que debe motivar la toma de medidas urgentes para la actualización de las normas del uso de antimicrobianos para el tratamiento de estas infecciones.

**Gráfico N° 20**  
**Evolución de la resistencia al Cloranfenicol, Ampicilina, Trimetoprim-sulfametoxazole en las especies de *Shigella*. Costa Rica 1996-2002**



Fuente: Centro Nac. de Referencia de Bacteriología INCIENSA y Red Nacional de Laboratorios.

En este período se caracterizó la serovariedad y resistencia a los antibióticos de un total de 55 aislamientos de *Salmonella* de origen clínico y 59 de origen no humano. Las serovariedades que se en-

contraron más frecuentemente asociadas a casos clínicos fueron: *S. Enteritidis* y *S. Typhimurium*, las cuales resultaron sensibles a quinolonas, cefalosporinas de tercera generación y gentamicina. Las cepas de *S. Typhimurium* mostraron niveles bajos de resistencia a ampicilina, cloranfenicol y trimetoprim-sulfametoxazole.

Los aislamientos de muestras no humanas más frecuentes fueron *Salmonella enterica* II 1,4,12,27:b:[e,n,x], *S. Heidelberg* y *S. Paratyphi B*. Llama la atención que en el caso de las cepas aisladas de pollo para consumo humano ya se observa resistencia al ácido nalidixico, por lo que debe valorarse el uso de enrofloxacin como promotor de crecimiento en aves para consumo humano, a fin de prevenir el desarrollo de resistencia a fluoroquinolonas (como ciprofloxacina) en estas bacterias.

Los esfuerzos del CNR también se han dirigido a estandarizar procedimientos y técnicas de diagnóstico, para la vigilancia de los serogrupos circulantes de *Neisseria Meningitidis* y su susceptibilidad a los antimicrobianos. Del total de 17 *Neisseria meningitidis* notificadas al Sistema Nacional de Vigilancia en el 2002, ocho aislamientos provenientes de líquido cefalorraquídeo y/o sangre, fueron referidos al Centro de Referencia para su tipificación, confirmándose los siguientes serogrupos: serogrupo Y (4), serogrupo B (2) y serogrupo C (2). Llama la atención que tres de los cuatro aislamientos del serogrupo Y fueron referidos por el laboratorio clínico del Hospital San Vicente de Paúl.

## Referencia de Micronutrientes

En el año 2002 se estableció una modificación en el proceso de vigilancia de la fluoruración de la sal, al incluir, además de las inspecciones para el control de la

fortificación de la sal de calidad alimentaria, la vigilancia de la fluoruración y yodación de la sal en los comercios de todo el país y de las zonas con agua fluorurada. Como principal logro del Programa de Fluoruración de la sal está la continuidad y sostenibilidad del mismo, ya que desde hace quince años se ha logrado mantener una vigilancia ininterrumpida de la adecuada fortificación de la sal con flúor, con el objetivo de que la población reciba los beneficios preventivos del flúor con el mínimo de efectos colaterales.

Con respecto al control de la fortificación de la sal con yodo y harinas de trigo y maíz con hierro en el año 2002, del total de muestras de sal analizadas en el año 2002 se encontró que 2,1% de estas estaba por debajo de la norma (entre 30-60 mg/Kg) y 14% por arriba de ella, por lo que el 84% estaba dentro de la norma. La concentración promedio de yodo encontrada fue de 51.97mg/Kg valor que está dentro de la norma establecida (entre 30-60 mg/Kg).

La concentración promedio de hierro en harina de trigo del total de muestras analizadas fue de 72.23 mg/Kg, valor que está por encima de la norma (>55 mg/Kg). La cantidad de muestras por debajo de la norma fue de 14.83%. El con-

trol del contenido de hierro en harina de maíz mostró un valor promedio de 41.96 mg/Kg, el cual se ubica por encima de la norma (>22mg/Kg), con 99.76 % de las muestras con resultados dentro de la norma.

### Registro de Enfermedades Congénitas (CREC)

El principal objetivo del CREC es la identificación y caracterización temprana de los defectos congénitos registrados al nacimiento, principalmente de acuerdo con el hospital de atención y región de residencia de la madre. Con esta información se elaboran informes periódicos que son enviados a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y al Ministerio de Salud para la toma de decisiones.

En el cuadro No. 13 se presentan las tasas por 10000 nacimientos de algunas malformaciones seleccionadas por su frecuencia durante el período 1992 a 2002. Un hallazgo relevante es el descenso en la prevalencia de anencefalia y espina bífida, que es probablemente el resultado de la fortificación de alimentos con ácido fólico, que ha logrado un efecto beneficioso en el producto de gestación al ser ingerido por mujeres en edad fértil.

**Cuadro No. 13**  
**Malformaciones Congénitas al Nacimiento según año en Costa Rica.**  
**CREC, INCIENSA. 1992-2002**

Tipo de Malformación	Tasas por año (x 10,000 nacimientos)										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Cardiopatía Congénita	17,8	21,2	17,5	13,8	12,2	12,8	13,8	11,9	15,6	19,4	12,6
Anencefalia y Espina Bífida	11,8	15,2	18,1	13,5	11,0	12,5	9,7	10,0	6,7	6,2	5,4
Microcefalia	5,2	3,7	5,2	2,4	5,4	3,6	2,2	1,7	1,8	0,8	0,6
Síndrome Down	17,3	12,3	12,9	8,5	11,6	13,2	10,1	10,7	8,6	9,7	7,0
Labio Leporino / Paladar Hendido		11,2	14,4	8,5	10,4	10,4	11,5	8,8	8,7	10,4	9,7
Microtia	2,9	3,7	5,8	4,8	2,1	7,0	4,1	4,4	4,5	2,1	2,2
Displasia evolutiva cadera	59,9	74,1	60,7	38,2	34,9	24,6	31,5	33,5	35,6	29,2	24,6
Hernia diafragmática	2,3	2,6	2,	3,1	1,7	1,1	2,1	1,6	2,8	1,9	1,6
Atresia esófago	3,2	2,9	2,6	1,7	2,7	2,1	1,8	1,5	2,0	1,8	1,1
Nacimientos	34749	34840	34778	41365	69922	74506	73334	74862	75578	74227	62597

FUENTE: INCIENSA, Centros de Registro de Enfermedades Congénitas, Costa Rica 2002.

## Investigación

Del total de las investigaciones realizadas durante el 2002, se publicaron artículos científicos en revistas nacionales e internacionales sobre factores de riesgo y nutrición y la vigilancia de enfermedades febriles. Algunos de los temas de investigación desarrollados durante este período son hábitos alimentarios de la población escolar según estado nutricional, factores determinantes de anemia en mujeres en período de lactancia, cobertura de vacunación en población escolar, análisis de mortalidad del infarto de miocardio, caracterización de los pacientes con tuberculosis multirresistente, diseño y validación de un instrumento para medir actividad física, inmunidad a la rubéola en mujeres en edad fértil y preescolares, encuestas entomológicas y de seroprevalencia para la enfermedad de Chagas en escolares y abordaje desde el punto de vista social, de esta enfermedad, en una comunidad de riesgo.

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

Dentro de los resultados obtenidos en el año es importante resaltar la cooperación del INCAP en la implementación de Consejos de Seguridad Alimentaria Nutricional en los cantones de Coto Brus y Corredores.

Por otro lado, logramos terminar la fase de sensibilización de las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud y de Directores de áreas de cantones fronterizos en la metodología de los Consejos de Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN local) y se incluyó en la Política Nacional de Salud los lineamientos de la política en Seguridad Alimentaria Nutricional, así como los lineamientos de la Persona Adulta Mayor (que incluye la nutrición preventiva para este grupo social). Además, se creó el Consejo Técnico Ejecutivo de la SEPAN en el Ministerio de Salud,

con la participación de los Directores de las Direcciones de Vigilancia de la Salud, Desarrollo de la Salud, Servicios de Salud, Controles y Registros, Centros Infantiles y Nutrición, Protección al Ambiente Humano, bajo la presidencia del Director General de Salud.

### 6.1.1.8 Programa del Cáncer

Las tendencias en el comportamiento del cáncer sufren variaciones lentas en el tiempo; estos cambios en el perfil epidemiológico ocurren en respuesta a cambios biológicos, económicos y socio – demográficos de la población. Por ello, los análisis corresponden a la tendencia del cáncer en el período desde 1984 a 1998 para la incidencia y de 1984 al 2001 para la mortalidad.

De acuerdo con la incidencia anual acumulada y a la mortalidad, los principales tumores que afectan a la población costarricense de ambos sexos son cáncer gástrico, de pulmón, leucemias y colon, en las mujeres el cáncer de cérvix y el de mama, y en varones el cáncer de próstata.

El Ministerio de Salud coordina las acciones del programa de cáncer con el Consejo Nacional de Cáncer, el Grupo Consultivo Técnico de Cáncer, el Instituto Costarricense Contra el Cáncer, la Dirección de Cáncer de la Caja Costarricense del Seguro Social, el Registro Nacional de Tumores (RNT) y el Comité Técnico Asesor del Registro.

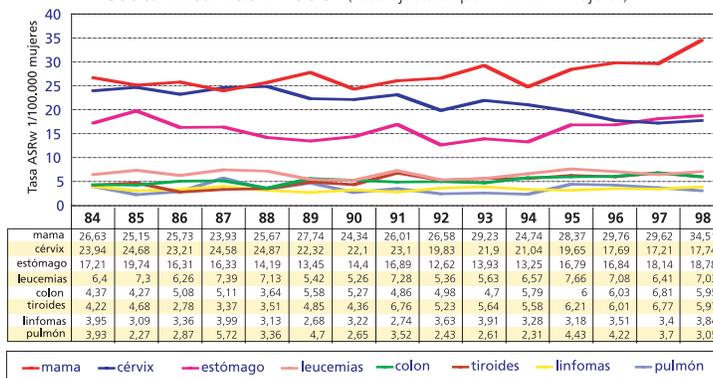
Como una de las fuentes fundamentales de la información de Cáncer se encuentra el Registro Nacional de Tumores. Este Registro tiene reconocimiento nacional e internacional, siendo su calidad dada principalmente por su cobertura a nivel nacional y que los casos capturados poseen un promedio de 90% de confirmación histológica, con lo que se pone a la altura de los mejores registros del mundo.

Este registro se encuentra en un proceso de modernización, mediante la realización de actividades concretas de coordinación con las Instituciones, que tienen que ver con la materia de cáncer

### Estadísticas del Cáncer

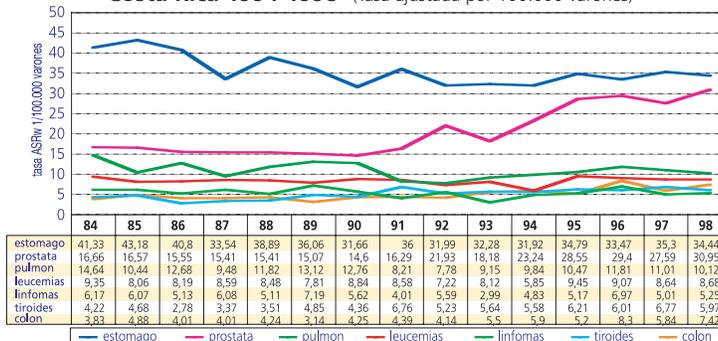
A continuación se presenta, de manera gráfica, la tendencia de la incidencia y mortalidad del cáncer más frecuente según localización anatómica por sexo en un período de 15 años.

**Gráfico N° 21**  
Tendencia de la Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres. Costa Rica 1994-1998 (Tasa ajustada por 100.000 mujeres)



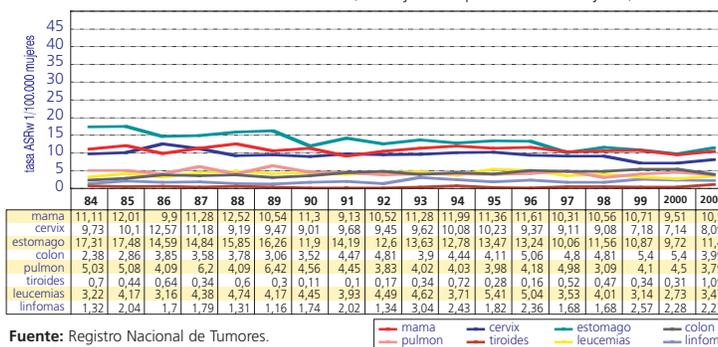
Fuente: Registro Nacional de Tumores. Unidad Estadística Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 22**  
Tendencia de la Incidencia por tumores malignos más frecuentes en hombres. Costa Rica 1994-1998 (Tasa ajustada por 100.000 varones)



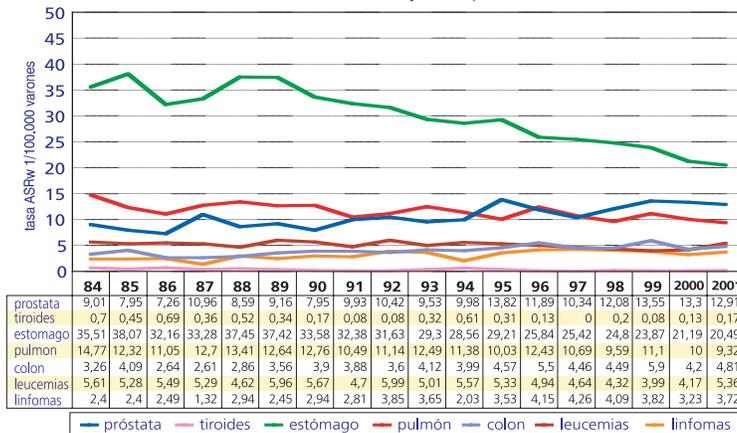
Fuente: Registro Nacional de Tumores. Unidad Estadística Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 23**  
Tendencia de la Mortalidad por tumores malignos en mujeres. Costa Rica 1984-2001 (Tasa ajustada por 100.000 mujeres)



Fuente: Registro Nacional de Tumores. Unidad Estadística Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 24**  
**Tendencia de la Mortalidad por tumores malignos en hombres.**  
**Costa Rica 1984-2001** (Tasa ajustada por 100.000 varones)



Fuente: Registro Nacional de Tumores. Unidad Estadística Ministerio de Salud.

### Cáncer Gástrico:

La incidencia acumulada del cáncer gástrico ha experimentado una disminución sostenida en el sexo masculino; en el femenino, la tendencia fue decreciente hasta 1994, pero a partir de 1995 muestra una tendencia creciente que se ha mantenido en los últimos años. Este comportamiento está dado por un aumento de la misma en la población de Cartago, en la cual la incidencia pasó de 40 por 100000 en el período 82- 86, a 160 por 100000 en el período 94-98. Este aumento coincide con la implementación (con colaboración del gobierno de Japón) , del proyecto de detección temprana, al cual la población que ha acudido es en mayor porcentaje femenina. El comportamiento de la mortalidad ha mostrado una disminución significativa para ambos sexos, pero sobre todo en los hombres, podría pensarse que la detección temprana y el tratamiento está afectando la curva de la mortalidad al aumentar la sobrevivencia de los casos. En cuanto a la incidencia posiblemente el mejoramiento en las condiciones de vida de la población, esté ejerciendo un efecto positivo, tal y como se ha documentado en otros países como Estados Unidos y Canadá.

### Cáncer de próstata

Aunque el comportamiento de la incidencia y la mortalidad por el cáncer de próstata experimentan un aumento progresivo que se observa desde 1993, este aumento es mucho mayor en la incidencia, estando directamente relacionado con la cuantificación del antígeno prostático específico (APE) como método diagnóstico. Los grupos de edad más afectados son los de 55 años y más para la incidencia, y para la mortalidad los de 65 años y más.

### Cáncer de cuello de útero

La tendencia observada en el comportamiento del cáncer de cuello uterino desde 1996, es la esperada cuando funciona un programa de tamizaje por esta enfermedad, aumentando la incidencia de Ca in situ, y disminuyendo la de Ca invasor. Las mayores incidencias de Ca In situ se dan en las mujeres de 25 a 49 años, mientras que el cáncer invasor presenta las mayores incidencias en el grupo de mayores de 40 años y se incrementa con la edad. Por el comportamiento biológico de este tipo de cáncer, habrá que esperar 5 años más para obtener un cambio significativo en la mortalidad en tan-

to persista la tendencia actual. Al analizar el mapa de la distribución de la incidencia y la mortalidad, se observa que existen cantones con una incidencia baja, pero una alta mortalidad, lo cual podría estar condicionado por una inoportuna detección de casos, como en los cantones de la llanura de San Carlos y el cantón de Parrita.

### **Cáncer de mama**

En las mujeres, el cáncer de mama es la principal neoplasia emergente en lo que respecta a la incidencia ajustada, la cual pasó de 26,5 por cien mil habitantes en 1981 a 34,5 en 1998; sin embargo, la mortalidad no presenta un aumento paralelo, lo cual podría deberse a una disminución del estadio tumoral al iniciar la terapia oncológica, a un diagnóstico en un estadio más temprano y a la mejora de la tecnología terapéutica. Preocupa que en Costa Rica la distribución por grupo de edad muestre que un 25% de los casos ocurre en menores de 45 años, edades en las que el comportamiento biológico es más agresivo. La mayor concentración de los casos se presenta en la provincia de San José, zona de mayor concentración de población del valle central.

#### **6.1.1.9 Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS)**

##### **Logros**

Se identificó la necesidad de modificar el reglamento del Consejo, para lo cual se realizaron dos talleres con participación de los miembros de los comités ético científicos nacionales de las instituciones que realizan investigaciones en seres humanos y que se encuentran debidamente acreditados por el CONIS. Además, se contó con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud.

Mediante decreto N° 31078-S, publicado en la Gaceta del 27 de marzo del 2003, el reglamento quedó modificado. Este incluye principios bioéticos que garantizan los derechos de la población en investigaciones en salud.

#### **6.1.1.10 Consejo Nacional del Agua**

##### **Logros**

En un período de 5 meses, de manera concertada y participativa, la comisión elaboró un proyecto “Ley General de Aguas”, el cual se presentó a la Asamblea Legislativa para su aprobación. Además, se definió la política de aguas del Sector y la Agenda Nacional de Agua.

#### **6.1.1.11 Comisión Interinstitucional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.**

##### **Logros**

Se ha priorizado la revisión de un marco ético conceptual sobre los derechos sexuales y reproductivos y la ejecución de compromisos adquiridos con la ratificación de diferentes instrumentos internacionales que orientan el trabajo de la Comisión.

Se ha hecho divulgación y sensibilización del decreto 27913-s sobre salud y derechos sexuales y reproductivos y se han logrado pronunciamientos favorables del decreto por parte de la Procuraduría, la Sala constitucional y de la Defensoría de los Habitantes.

La Comisión tiene como tarea apoyar la consolidación de las Consejerías en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en los diferentes establecimientos de atención en Salud. Asimismo, se participó en la definición de las políticas referidas al tema, y está revisando los objetivos y acciones de la Comisión para el año 2003.

### 6.1.2 Despacho Viceministra de Salud.

#### Logros

Por primera vez en la historia del Ministerio de Salud, esta cartera cuenta con dos funcionarios que ostentan el rango de Viceministro. En este caso particular, la decisión está fundamentada en los lineamientos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo, donde se conceptualiza al deporte como un elemento constitutivo y fundamental de la salud y calidad de vida de los costarricenses.

Así las cosas, el señor Presidente de la República designa al Ministerio de Salud como la entidad responsable para fomentar el deporte y con ello, capitalizar los esfuerzos que el país ha desarrollado en esta materia. Dicha responsabilidad recae en la Msc. Delia Villalobos Álvarez, quien a su vez ostenta el cargo de Directora Nacional del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación.

El primer paso que da el Poder Ejecutivo es mediante la firma del Decreto No. 30461-S-MIDEPLAN, donde se declara al Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), del 22 de mayo del 2002, como entidad sujeta a los objetivos establecidos por el Decreto Ejecutivo No. 14313-SPPS-PLAN, del 15 de febrero de 1983, que crea el Sector Salud.

Lo anterior implicó una profunda reorientación de la labor institucional del ICODER, a partir de la configuración de una estrategia denominada "Pirámide del Desarrollo del Deporte y la Recreación Costarricense", que basa su accionar en la recreación como elemento prioritario para la promoción de la salud integral de la población.

A través de esta filosofía programática, se logra fundamentar que el ejercicio y la actividad física juegan un rol fundamen-

tal en la promoción de la salud y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de numerosas enfermedades de tipo físico y mental, tales como la depresión, las no transmisibles, entre las que se pueden mencionar las cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, las osteomusculares, las respiratorias y las del sistema inmunológico, entre otras.

Una concepción integral de la salud enfatiza la conveniencia de promover estilos de vida saludables que ayuden a disminuir los factores de riesgo y con estos, los altos índices de dichas enfermedades; de manera colateral, esto le va a permitir al Estado la consecución de un menor gasto público en materia de tratamiento y rehabilitación en los servicios de salud y un mayor bienestar para toda la población.

A manera de resumen, se puede afirmar que el ejercicio físico, las diversas formas de recreación y el deporte son instrumentos eficaces, cuyos beneficios han sido internacionalmente probados, de manera científica, para la disminución de gran cantidad de enfermedades y en la prevención de conductas socialmente dañinas, tales como la delincuencia, la drogadicción, la prostitución infantil, la violencia, etc.

Según lo señalan varios Organismos Internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el sedentarismo es una de las tres grandes causas que generan la mayoría de las enfermedades no transmisibles, de modo que en la medida en que se pudieran unir los esfuerzos, las capacidades y los recursos de las entidades estatales, se podrían obtener mejores resultados en cambiar los hábitos de vida de los costarricenses.

A partir de esta máxima, el proceso de integración se estructuró alrededor de cuatro componentes institucionales cua-

les son: el ICODER, el IAFA, la Unidad de Promoción de la Salud y la Dirección de los CEN-CINAI, todas ellas, organismos del Ministerio de Salud.

Con el objeto de concretar y materializar, no solo la integración, sino también el componente filosófico de esta propuesta, se toma como estructura un programa denominado: "Cantones Activos y Saludables", cuyo objetivo se resume a continuación:

"Fomentar estilos de vida saludables mediante la promoción de una cultura por la salud que genere el movimiento, la alimentación saludable, la prevención del consumo de drogas y la salud mental como componentes esenciales para el logro de una mejor calidad de vida de la población de los cantones y comunidades del país".

Durante el pasado año se trabajó intensamente en la elaboración del programa mencionado, mediante talleres de integración y planificación en los que participaron funcionarios del nivel central de dichas instituciones; posteriormente se incorporaron los coordinadores regionales y los funcionarios de nivel cantonal.

Además, de manera experimental se llevaron a cabo una serie de acciones en cinco cantones del país, de modo que ellas pudiesen dar las bases para una investigación exploratoria, estos cantones son: Belén, Cartago, San Carlos, Desamparados y San Isidro de Pérez Zeledón. Con los resultados de esa experiencia y la rica información suministrada, le dio a los técnicos y funcionarios encargados de su conceptualización, bases importantes para la toma de decisiones trascendentales, a fin de que para el año 2003 se pueda llevar a cabo en todo el país con las correcciones necesarias y reconociendo las particularidades y necesidades de cada una de las comunidades.

Durante el primer semestre del año 2003 y, con el objeto de desarrollar el Plan Cantonal, se están contratando 81 Promotores Recreativos, como parte del equipo de trabajo, con el fin de que ellos desarrollen las acciones de educación e iniciación deportiva y recreativa para niños, jóvenes y adultos en todos los cantones del país; pues la meta reside en lograr una amplia participación comunal que promueva los estilos de vida saludables.

Los promotores recreativos van a ser el eje sobre el cual van a girar los Juegos Comunales, los Juegos Estudiantiles, las Escuelas Activas y Saludables, las Escuelas de Iniciación Deportiva, las Celebraciones Específicas y otros eventos más. Lo anterior también da paso a la creatividad, a fin de que se pueden implementar otras actividades propuestas por el Cantón y que sean factibles de realizar.

En otro orden de cosas, cabe destacar el papel que desempeña la señora Viceministra en otras instancias donde el Sector Salud posee un representante, asignado por su ley constitutiva. Tal es el caso de las Juntas Directivas del Instituto Nacional de las Mujeres, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, el Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven y el Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente.

#### **6.1.2.1 Deporte y Recreación**

El primer logro importante en este apartado fue la promulgación del Decreto No. 30461-S-MIDEPLAN que da el marco legal para la integración de ambos sectores y la posibilidad de coordinar sus programas y poblaciones.

A partir de ese momento, un equipo de trabajo conformado por 210 profesionales, de las instituciones participantes, dieron inicio a la tarea de materializar los conceptos que conlleva la filosofía por

mejorar la calidad de vida y la salud de los costarricenses.

La fase preparatoria significó la realización de 9 sesiones de coordinación, 8 talleres de sensibilización y de conocimientos y 2 convivios, donde se aunaron criterios y se redirigieron las acciones de cada uno de los entes que integraron el equipo de trabajo

En total se concretaron 63 actividades, con una participación de 11.645 personas, a un costo de 42.968.000 colones. Esto, sin contabilizar otros eventos masivos, donde se registra una asistencia superior a las 80.000 personas, en eventos tales como el Día Nacional del Deporte, el Día del Desafío, el Día Mundial de la Salud y la Actividad Física y el Día del Corazón.

El proyecto de Cantones Activos y Saludables, que desarrolla Salud, CEN-CINAI, IAFA y el ICODER, cumplió su primera etapa en el segundo semestre del 2002 y se extenderá a los 81 cantones del país. La primera fase de expansión se está llevando a cabo en el grupo de comunidades que integran el Plan Vida Nueva, a saber: Los Chiles, Upala, Buenos Aires, La Cruz, Osa, Sarapiquí, Golfito, Talamanca y Matina.

Para este segundo proceso, luego de la evaluación de las experiencias anteriores, se espera incorporar al equipo interinstitucional, a la Caja Costarricense del Seguro Social y al Instituto del Cáncer.

El trabajo está fundamentado en una base científica que señala que las personas de todas las edades mejoran su calidad de vida mediante moderadas cantidades de actividad física en su rutina diaria.

De esta forma se logra retrasar la aparición de ciertas enfermedades y reducir, hasta en un 50%, las probabilidades de muerte prematura.

Otros beneficios que experimentan las personas son: el mejoramiento de su salud mental, el fortalecimiento de sus músculos, huesos y articulaciones y el alivio de los síntomas de depresión y ansiedad, por lo que mejora el estado de ánimo de los individuos.

Los tres ejes que se interrelacionan para lograr la salud física en un entorno bien integrado con el ambiente, se pueden definir como: calidad de vida, bienestar físico y satisfacción de necesidades; de manera tal que Cantones Activos y Saludables están creando oportunidades para que los ciudadanos costarricenses hagan un buen uso del tiempo libre, mediante opciones de recreación que les ofrece la sociedad y a la vez, experimenten placer y libertad en ello. Como beneficio agregado, se podrán reducir los índices de enfermedades no transmisibles y disminuir los gastos del Estado en materia de atención y tratamiento de ellas.

#### **6.1.2.2 Construyendo Oportunidades**

Según lo estipula la ley, el Consejo de la Madre Adolescente es presidido por el Ministerio de Salud, responsabilidad que ha recaído en el Despacho de la Señora Viceministra de Salud y Deportes, Msc. Delia Villalobos Álvarez.

En este sentido, el Consejo diseñó y desarrolló un programa al cual se ha denominado "Construyendo oportunidades", que se propone fortalecer, en el ámbito personal y social, la calidad de vida de las niñas y adolescentes madres, desde la gestación de su hijo.

Así las cosas, se está concientizando a la población en el sentido de que este segmento es sujeto de derechos, los cuales no pueden ser negados ni obviados por su condición de menores de edad ni por su condición de mujeres. Así mismo, señala al Estado y a sus instituciones la obligación de velar por el respeto de los

derechos humanos que les resguardan, en condiciones de igualdad con los adolescentes varones y la población adulta.

De esta forma se logró determinar que el problema más crítico radica en la baja calidad y cobertura de servicios que recibe la madre adolescente y la adolescente embarazada.

Por lo anterior, se implementó un plan a fin de distribuir alimentos a madres adolescentes embarazadas y madres adolescentes lactantes, por medio de la Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, al tiempo que se les ofrecieron varias alternativas de actividad física y recreación, gracias al apoyo del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación y del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, para así fortalecer las acciones educativas dirigidas a esta población.

Por otro lado, se elaboró y negoció la propuesta de Reforma a la Ley 7735, con la finalidad de garantizar una mayor institucionalización de los compromisos que protegen y velan por los derechos de las madres adolescentes.

Con el plan "Fortalecimiento para la Vida", se capacitó a 4000 madres adolescentes en materia de derechos, legislación, violencia, métodos anticonceptivos, relaciones de pareja, auto imagen, entre otros.

El Consejo Interinstitucional sesionó en 10 oportunidades, para evaluar el avance en cada una de las acciones, y así medir los resultados obtenidos en el Plan de Trabajo, también para corregir las desviaciones según los cambios en la coyuntura social del país. Cabe destacar que los recursos que se manejan provienen del Instituto Mixto de Ayuda Social y la Dirección Ejecutiva la lleva el Instituto Nacional de las Mujeres.

Uno de los recursos que se aprovecha y el cual hay que resaltar, es el funcionamiento de la línea Cuenta Conmigo, que está bajo la tutela de la Caja Costarricense del Seguro Social, que atiende más de 1500 llamadas mensuales de adolescentes, de las cuales, el 60% son mujeres.

En materia de publicaciones se logró imprimir una serie de Módulos titulada "No solo pies para caminar....también alas para volar", que busca fortalecer en forma integral a las niñas y adolescentes embarazadas. Estos módulos fueron validados por 12.364 adolescentes entre el 2000 y el 2001 y por 4.000 en el 2002. El Consejo lo integran representantes del Ministerio de Salud, Patronato Nacional de la Infancia, Instituto Nacional de las Mujeres, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Instituto Mixto de Ayuda Social, Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Aprendizaje y del Consejo de la Política de la Persona Joven.

### 6.1.2.3 Persona Joven

Al ser el Consejo de la Persona Joven una institución de reciente creación, el trabajo se ha enfocado, fundamentalmente, en la consolidación y posicionamiento de la misma dentro de la sociedad costarricense, lo mismo que en darle una estructura operativa para su funcionamiento.

La presencia de la Señora Viceministra de Salud y Directora Nacional del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación en su Junta Directiva, ha facilitado los nexos de coordinación para desarrollar programas dirigidos a la atención de jóvenes, tanto desde el punto de vista recreativo como de la salud.

Con el aporte del Consejo se logró ofrecer asesoría a las 81 Municipalidades del país para la conformación de los Comités Cantonales de la Persona Joven, y se realizó el Primer Seminario de Capacitación

para dichos Comités, en coordinación con el IFAM, los días 14 y 15 de diciembre del 2002, con la asistencia de 41 cantones.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas donó una partida de 28,600 dólares para la formulación y gestión de las Políticas Públicas de Juventud. Se firmó un convenio con el Instituto Mixto de Ayuda Social y con el Fondo de Asignaciones Familiares para financiar el Proyecto de Inserción Laboral, por un monto de 88 millones de colones. Mediante este proyecto, los jóvenes en condiciones de pobreza, riesgo social y población adicta tienen la posibilidad de obtener capacitación laboral y desarrollar alternativas productivas juveniles, con el fin de incorporarse a la población económicamente activa y, a la vez, mejorar su nivel de vida.

Por último, el Consejo publicó 3 documentos de apoyo a los proyectos que posee el Consejo, cuales son: Módulos de Talleres de Sexualidad, Jornadas de Amor Joven y la Memoria del Taller de Juventud Rural. El primero de ellos con el apoyo del Consejo de la Madre Adolescente.

La asistencia a sesiones de Junta Directiva ha sido del 100%, lo que ha facilitado la ejecución de acciones tales como el análisis del documento de políticas públicas de juventud, la integración de un programa de campamentos entre el Consejo y el ICODER y la toma de decisiones sobre asuntos tales como presupuestos, modificaciones, programas, convenios y otros.

#### **6.1.2.4 Día Mundial del Corazón**

Con la participación del Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación, del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense del Seguro Social, se celebró el domingo 29 de setiembre del 2002, el Día Mundial del Corazón.

Esta actividad es impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Federación Mundial del Corazón, en virtud de que las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo.

Costa Rica no es la excepción, pues en el año 2000, la tasa de mortalidad por este tipo de enfermedades en nuestro país fue de un 12.4 por mil habitantes, o sea, el equivalente a 4739 fallecimientos.

Por esa razón, las autoridades de las instituciones mencionadas decidieron unir esfuerzos para concienciar a la población sobre la necesidad de realizar ejercicio físico habitual, aprovechar el tiempo libre en actividades sociales y recreativas y en llevar una alimentación balanceada, con la finalidad de prevenir las enfermedades cardiovasculares y mejorar sustancialmente la calidad de vida.

El corazón de las celebraciones tuvo lugar en el Parque Metropolitano de La Sabana, donde desde las 8 de la mañana, los asistentes tuvieron la oportunidad de participar en una gran cantidad de actividades para toda la familia. Algunas de ellas fueron aeróbicos, caminatas, juegos recreativos y deportivos, exhibiciones de productos farmacéuticos, revisiones médicas, presentaciones de centros de salud y universidades públicas y privadas, distribución de información alusiva, degustaciones y un concierto.

Se calcula que más de 5 mil personas acudieron a la actividad, la cual tuvo un costo de un millón de colones.

#### **6.1.2.5 Persona Adulta Mayor**

Este Despacho ha trabajado desde el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor con miras a la implementación de programas que ofrezcan alternativas pa-

ra el buen uso del tiempo libre a este sector de la población, de igual forma para que se les permita el uso y desarrollo de sus potencialidades y no se les mutile la creatividad, que se garantice su arraigo y pertenencia y que se atiendan sus necesidades individuales como seres humanos.

Todo ello con miras a que se respeten los derechos de los adultos mayores y que puedan optar por el goce de una vida plena, libre de los estereotipos que el imaginario colectivo ha ido creando en torno a ellos.

Por otro lado, ha sido una constante preocupación del Despacho conformar una base de datos en torno a temas específicos que atañen al adulto mayor.

Por esa razón se comenzaron a registrar estadísticas en torno a pacientes adultos mayores con diabetes que hayan sufrido algún tipo de amputación provocada por dicha enfermedad y que son atendidos en Hogares y Centros Diurnos.

A partir de esta experiencia se cuenta con valiosa información que será de gran beneficio en la toma de decisiones para la atención de dicho sector.

La muestra estuvo conformada por un total de 63 instituciones, con una población de 435 adultos mayores, de los cuales 279 son mujeres y 156 son hombres. Se pudo determinar que la mayoría de los adultos mayores que han sufrido algún tipo de amputación, producto de la diabetes, se encuentran ubicados en Centros de Atención en Alajuela y San José y representan el 5.2% de la muestra.

Un dato significativo es que el 50.5% de los hombres y el 45.5% de las mujeres, sufren de hipertensión arterial y que un 4.8% del total ha tenido algún tipo de accidente cerebral vascular que les ha

dejado alguna secuela. Otra enfermedad importante son las cardiopatías, que equivalen a un 8% de la muestra.

De las enfermedades asociadas a la Diabetes Mellitus, las que se presentan con mayor frecuencia son la ceguera y la obesidad, al tiempo que más de un 6% de ellos sufre de depresión. Finalmente cabe la aclaración de que algunos adultos mayores son portadores de dos a más enfermedades a la vez, de ahí que la suma no coincida con el total de la muestra.

Este resultado refuerza los postulados del programa de actividad física para el Ciudadano de Oro que ejecuta el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación junto a la Caja Costarricense del Seguro Social, donde se inculca en esta población la necesidad de llevar una vida activa y practicar ejercicio y actividad física sistemática, como una manera preventiva de este tipo de enfermedades.

Desde la designación de la señora Viceministra en la Junta Directiva del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, en calidad de representante del Ministerio de Salud, registra un récord de asistencia del 100%, lo cual generó una constante vigilancia por el cumplimiento de la normativa que enmarca su ley constitutiva en materia de salud para los adultos mayores.

También se pudo coordinar para que el Presidente del Consejo, Doctor Fernando Morales, expusiera al Sector Salud las acciones más importantes referentes a la coordinación entre las diferentes instancias para la atención de aquellos asuntos relacionados con la salud de las personas adultas mayores.

Finalmente, se participó en un Taller organizado por el CONAPAN, cuya finalidad fue la de establecer las prioridades de acción del Consejo, a fin de estable-

cer las políticas que van a guiar su gestión durante la Administración Pacheco de la Espriella.

#### **6.1.2.6 Mujer**

Lo más importante que debe rescatarse de la participación del Despacho de la Viceministra de Salud en la Junta Directiva del Instituto Nacional de las Mujeres, es su lucha por implementar el trabajo en equipo y la coordinación entre las diversas estructuras que conforman la organización.

También se ha impulsado el diseño de un cronograma de trabajo que refleje la priorización de objetivos y metas y la forma de medir su cumplimiento y resultados, de modo que los mismos se puedan verificar en el tiempo y se vinculen con el Plan Programático y Presupuestario y con el Plan Nacional de Desarrollo

Lo anterior con miras a lograr mejores resultados en los proyectos y programas y a la obtención de un mayor rendimiento en la inversión institucional que se hace en el campo.

El Despacho ha participado en todas las sesiones de Junta Directiva, con el objeto de dar seguimiento al trabajo del INAMU. También se logró aprobar el traslado del Instituto a otro edificio, el cual reúne las condiciones físico sanitarias adecuadas para el personal, y se pudo constituir un programa de trabajo integrado y priorizado para la realización de compras y otras necesidades operativas de la institución.

Se ofreció atención médica a aquellas mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar, y se impulsa un Protocolo de Atención en los Centros Especializados de Atención a Mujeres afectadas por la Violencia.

### **6.1.3 Despacho Viceministro de Salud**

#### **Logros**

#### **6.1.3.1 Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/SIDA**

Con la aprobación del Reglamento de la Ley General de VIH/SIDA en 1999, se oficializa la conformación del Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/ SIDA, el cual está adscrito al Ministerio de Salud, y es la máxima instancia a nivel nacional encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público, relacionado con los asuntos concernientes al Virus de Inmunodeficiencia Humana y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es presidido por el Viceministro de Salud y está integrado por representantes de instituciones gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales que atienden asuntos relacionados con la materia.

Se ha venido reuniendo de manera regular una vez al mes y se ha visto fortalecido en su accionar.

Fungió como Mecanismo Coordinador de País para la presentación de un Proyecto Nacional de Prevención en VIH/SIDA ante el Fondo global de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, el cual viene a fortalecer los programas de prevención en VIH/SIDA del país.

Dejó plasmado en el Análisis del Sector Salud la problemática del VIH/SIDA del país, abarcando diversas perspectivas. Se dejó de manifiesto una serie de aspectos críticos necesarios de abordar.

La Política nacional de Salud contempla el tema del VIH/SIDA.

#### **6.1.3.2 Proyecto Nacional de Prevención del VIH/SIDA**

El Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, le aprobó a nuestro país fondos por 4.2 millones de dólares, los cuales serán destinados para poner en marcha el Proyecto.

Este Proyecto fue elaborado de manera participativa, intersectorial, y está dirigido a fortalecer los programas de prevención del VIH/SIDA, para sensibilizar y generar cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con el VIH/SIDA en la población joven, enfocado principalmente a grupos vulnerables: hombres que tienen sexo con hombres; privados de libertad; niños (a) y adolescentes en riesgo y en explotación sexual; personas que viven con el virus, y a la población general.

#### **6.1.3.3 Cuentas Nacionales en VIH/SIDA**

Se cuenta con equipo de trabajo interinstitucional encargado de su elaboración, el cual, después de identificar a los actores claves en la atención, prevención y promoción del VIH/SIDA, se dio a la tarea de comensar con la etapa de recolección de los datos, lo que permitió contar con un informe preliminar, convirtiéndose en un resumen de labores, avances y tareas pendientes del grupo de trabajo. Esto ha dejado de manifiesto el interés por parte de los involucrados e informantes, de que la metodología de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA viene a ser un insu- mo que puede mejorar el uso correcto de los recursos asignados a esta enfermedad, así como el compromiso y deseo de contribuir a la siguiente etapa de análisis e interpretación de los resultados finales.

#### **6.1.3.4 Proyecto de Poblaciones Móviles y Migrantes.**

Se cuenta con un diagnóstico base de la situación imperante en el Cantón de La Cruz de Guanacaste.

Deja en evidencia las situaciones de vulnerabilidad y riesgo de la población móvil y migrante que toman especial relevancia al abordar el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

#### **6.1.3.5 Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar Sector Salud.**

Se obtuvo, a nivel nacional, la consolidación de las normas de los de atención integral de la violencia intrafamiliar en el área de salud. Además, Se capacitaron 500 funcionarios de la CCSS y del Ministerio de Salud y se elaboraron y divulgaron a nivel nacional de los Protocolos de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar.

Se incorporaron indicadores de atención integral a la Violencia Intrafamiliar en los Compromisos de Gestión y se elaboró el módulo de capacitación en auto-cuidado del personal de salud que atiende personas afectadas por violencia intrafamiliar.

También se elaboró y publicó una propuesta de capacitación para el personal de salud destinado a la intervención con adultos ofensores.

#### **6.1.3.6 Comisión Intersectorial de Control del Dengue y la Malaria**

Se mantiene activa la unidad ejecutora del dengue y la malaria, la cual permite una movilización de fondos de manera ágil y efectiva.

#### **6.1.3.7 Instituto Costarricense Contra el Cáncer**

Se cuenta con estudios disponibles y analizados del recurso humano oncológico a nivel nacional, y se tiene asignada a la Unidad Técnica y Científica como responsable de la formación del RRHH para el Hospital Oncológico Nacional.

En el período comprendido entre 1999 y el 2002 se han capacitado en prevención y detección temprana de cáncer de cérvix y mama, a 3832 funcionarios de atención primaria y 6963 líderes comunales.

Se realizó un análisis situacional de la Unidad Técnica Científica, así como la definición de funciones, áreas de trabajo y perfil educativo del personal, y el Plan operativo y presupuesto para el 2003 han sido elaborados.

#### **6.1.3.8 Comisión de Enfermedades Cardiovasculares.**

Se efectuó un Taller Nacional para la Atención Integral de Enfermedades Cardiovasculares, el cual dejó plasmada la magnitud del problema en el país y la necesidad de abordarlo de manera intersectorial.

#### **6.1.3.9 Programa Control de Radiaciones**

Este Programa se orienta a garantizar que las aplicaciones pacíficas de las radiaciones en las áreas médicas, industriales y de investigación, no constituyan un deterioro de las condiciones de salud de la población ni del medio ambiente

Se inició con la elaboración de un Plan Nacional para el Manejo de Emergencias Radiológicas, con la participación de la Comisión Nacional de Emergencias, Bomberos, Cruz roja, Tránsito y el Ministerio de Seguridad.



Se realizó un curso para 45 funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social en el área de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia.

En el accionar del Ministerio de Salud en materia operativa se elaboró y se envió a la Dirección de Asuntos Jurídicos, 6 Reglamentos, aun cuando únicamente 1 ha sido publicado, y se efectuaron 100 inspecciones a instalaciones que albergan equipos o fuentes emisoras de radiaciones ionizantes en el área médica, indus-

trial y de investigación. Además, se autorizaron 174 desalmacenajes de equipos y/o fuentes emisores de radiaciones ionizantes, se autorizaron 496 trabajadores para laborar con equipos y/o fuentes de emisores de radiaciones ionizantes, se otorgaron 125 Permisos Sanitarios de Funcionamiento para instalaciones que albergan equipos o fuentes emisores de radiaciones ionizantes y se efectuaron 16 mediciones de campos electromagnéticos en líneas de transmisión de alto voltaje

#### 6.1.4 Oficialía Mayor

##### Logros

##### Análisis Sectorial de Salud:

En el segundo semestre del año 2002, la Señora Ministra encomendó a la Oficialía Mayor iniciar el Análisis Sectorial de Salud.

El objetivo del Análisis es realizar una revisión crítica de cada uno de los componentes, a fin de extraer los elementos necesarios para mejorar el quehacer de la institución de frente al acontecer social, económico y tecnológico de la época y a las demandas de la población por servicios de salud accesibles y de calidad.

Los componentes del análisis fueron catorce y en su estudio participaron equipos interinstitucionales y multidisciplinarios, convocados por el Ministerio.

La metodología que empleó cada grupo fue la elaborada por la Organización Panamericana de la Salud, cuyo documento se denomina "Lineamientos Metodológicos para el Análisis del Sector Salud"<sup>1</sup>.

Para la consecución de sus objetivos, cada grupo de trabajo nombró un coordinador (grupo focal) y replanteó algunos aspectos metodológicos.

Fue así como durante el último trimestre del 2002, con la cooperación técnica y financiera de OPS, se realizaron varios talleres de trabajo y se convocó a diversos grupos para obtener el criterio de expertos en cada uno de los temas de interés. En este aspecto, la colaboración brindada por cada una de las instituciones del sector jugó un papel relevante en el análisis. También fue de mucha importancia la colaboración brindada por otras instituciones vinculadas con el sector salud, tales como universidades públicas y privadas, organizaciones gremiales, colegios profesionales y empresa privada.

Fue importante la participación activa de autoridades, académicos, expertos y funcionarios del sector, sin la cual difícilmente se hubieran alcanzado los objetivos propuestos.

Los componentes del Análisis fueron el contexto general, el contexto político, económico y social, el análisis demográfico y epidemiológico, la estructura organizacional, la cooperación externa la rectoría y las funciones esenciales en salud, la protección social a la salud, el gasto y financiamiento, la provisión de servicios (Recursos Humanos, recursos Tecnológicos y oferta y demanda en servicios de Salud). Temas especiales (VIH/SIDA; salud Ambiental; salud mental; vulnerabilidad y prevención en desastres)

Cabe destacar que cada uno de los temas tiene relación con el quehacer de la misión rectora del MINISTERIO DE SALUD y en su conjunto forman un paso importante para la formulación de políticas de salud, así como de los objetivos sanitarios, dirigidos ambos a la reducción de iniquidades en salud. Por sus características, es un insumo muy valioso para el Plan Nacional de Desarrollo.

Este análisis fue elaborado en los meses de agosto a diciembre del 2002, y fue presentado ante el Señor Presidente de la República el día 20 de enero del 2003. En el marco de esta presentación realizada por la Señora Ministra ante el Señor Presidente, la prensa e invitados especiales, se conmemoraron los cien años de la Organización Panamericana de la Salud. Cabe destacar que el Análisis Sectorial no solo revisa críticamente los avances que el país ha tenido en el campo de la salud, sino que identifica aquellas áreas en donde aún quedan retos por enfrentar, especialmente en lo que se refiere a la promoción de la salud, el ambiente y la prevención.

1 Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS. Lineamientos Metodológicos para el Análisis del Sector Salud (2da versión, septiembre 2002).



Dentro de los retos identificados en cada uno de los temas, los principios por los que se ha regido nuestro sistema, seguirán siendo la guía del quehacer, y entre los que se destacan la solidaridad, la universalidad, la equidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios.

En resumen, uno de los retos que tiene el sector es incentivar una mayor participación social no solo en la organización y la provisión de los servicios, sino en garantizar una mejor calidad de vida, teniendo como norte que la salud de las poblaciones es uno de los elementos más importantes del desarrollo.

#### **Cuentas Nacionales en Salud:**

Por delegación de la Señora Ministra, la Oficialía Mayor tiene a cargo la coordinación del análisis de las Cuentas Nacionales en Salud, el cual se inició en el mes de diciembre del 2002.

Las autoridades sanitarias del país, conscientes de los retos que impone el financiamiento sostenible del gasto en atenciones a la salud, han considerado oportuno impulsar la construcción de un “Sistema de Cuentas Nacionales en Salud”.

El propósito de esta iniciativa es mejorar los sistemas de información utilizados en el diseño de políticas, y el proceso de toma de decisiones sectoriales, vinculados con esta importante área.

En el último bimestre del 2002, se iniciaron los preparativos de este análisis con la cooperación técnica de la OPS y se inició el diseño metodológico. Se identificaron a las posibles personas de diferentes instituciones que pudieran integrarse al grupo de trabajo y con experiencia en el campo de la economía, la estadística, las finanzas, la organización administrativa y áreas relacionadas con el tema de interés.

### 6.1.5 Dirección General de Salud

#### Logros

##### Concentraciones Masivas

El 25 de mayo del año 2000, mediante Decreto N° 28643 – S – MOPT – SP, se crea el Comité Asesor Técnico de Concentraciones Masivas, conformado por diversas instituciones y adscrito al Ministerio de Salud.

La competencia de dicho Comité abarcará todo evento de concentración masiva de personas, sea éste de índole político, deportivo, recreativo, religioso, cultural y comercial, entre otros; entendiéndose por concentración masiva todo evento temporal que reúna extraordinariamente a una cantidad de personas, bajo condiciones de aglomeración o hacinamiento, en espacios físicos abiertos o cerrados, que por sus características de sitio, estructurales o no estructurales, suponen o hacen suponer un escenario de riesgo o de amenaza que obligan la aplicación de medidas preventivas, de control, de uso del espacio, y de la conducta humana.

En este sentido, en el año se aprobó o autorizó la realización de 85 eventos, entre los cuales se encuentran conciertos, congresos y actividades de índole religioso, deportivo, cultural, ferias, turnos y fiestas populares.

##### Becas

La Comisión de Becas logro el financiamiento de las siguientes carreras universitarias: Bachillerato en Ingeniería Informática; Curso de Redes Datos e Internet; Bachillerato en Terapia del Lenguaje; Maestría en Epidemiología; Bachillerato en Educación Especial; Bachillerato en Administración; Bachillerato en Psicología; Bachillerato en Administración de Empresas; Bachillerato en Contaduría, y Diplomado en Gestión Ambiental

Con el fin de mejorar las capacidades humanas se aprobaron las siguientes capacitaciones: Un curso de Gerencia en Seguridad Informática, para cinco funcionarios; un curso de Técnico en Auditoría Informática para un funcionario, y un curso "...Normas ISO 14000 documentación y auditoría de sistemas de gestión ambiental" para una funcionaria. Además, se financió el subsidio para el personal del nivel local y sedes regionales, que asistieron a los cursos del Plan Institucional de Capacitación y Diplomado en Gestión Ambiental 2002.

#### Vigilancia de Drogas Estupefacientes

La Junta de vigilancia de Drogas Estupefacientes creó una comisión que está elaborando los instrumentos necesarios para el adecuado control de las Drogas Estupefacientes. Además, se creó otra comisión que reglamenta la Ley No. 8204 "Sobre Estupefacientes, Sustancias Sicotrópicas, Drogas de uso no Autorizado, Legitimación de Capitales y Actividades conexas".

#### Destrucción de Drogas Estupefacientes.

En el cuadro siguiente se detalla el total y tipo de droga destruida.

Cuadro No. 14  
Destrucción de Drogas

DROGA	CANTIDAD
Cocaina clorh. (fcos. x 5 gr.)	38
Codeina fosfato _h_o kilo	383
Petidina ampollas	29.882
Fentanyl ampollas	273.443
Metadona amp. (cja. x 6 amp.)	6.265
Metadona tab. (fco. x 25 tab.)	5.605
Morfina pura ampollas	509.196
Morfina tab. a.p (cja. x 60 tab.)	1.440
Morfina tab. a.r (cja. x 56 tab )	3.323
Ritalina tabletas (cja. x 30 tab )	51.093

Fuente: Área de drogas estupefacientes y sicotrópicos.



Cuadro No. 15  
**Drogas Destruídas Año 2002**

TIPO DROGA	CANTIDAD TOTAL
Cocaína Peso Neto	2.194.716,31 grs.
Coca Base "Crack"	9.710,24 grs.
Heroína	40.115,68 grs.
Plantas Marihuana	549 grs.
Picadura Marihuana	844.859,00 grs.
Semillas	6.179,74 grs.
Ramas/Plantas	63,06 grs.
Ramas/Raíces	43 u.

### Distribución de Drogas Estupefacientes.

Por Ley el Ministerio de Salud es el responsable de comprar, distribuir y vender las drogas a los diferentes establecimientos de salud. El cuadro No.16 detalla el tipo y cantidad de droga transada.

Cuadro No. 16  
**Venta de Drogas  
Estupefacientes Año 2002**

MES	CANTIDAD
Enero	¢ 39.799.775
Febrero	¢ 31.125.050
Marzo	¢ 39.826.200
Abril	¢ 34.192.000
Mayo	¢ 41.617.700
Junio	¢ 142.409.340
Julio	¢ 24.608.505
Agosto	¢ 26.106.625
Setiembre	¢ 28.960.395
Octubre	¢ 53.967.720
Noviembre	¢ 42.922.380
Diciembre	¢ 95.252.580
<b>TOTALES</b>	<b>¢ 600.788.270</b>

Fuente: Área de drogas estupefacientes y sicotrópicos.

## 6.2 Logros de las Direcciones del Nivel Central

### 6.2.1 Dirección General de Auditoría

#### Logros

Dentro de la labor realizada, sobresalen los estudios relacionados con la seguridad lógica y física de los sistemas de información, y la transferencia electrónica de fondos, con comentarios, conclusiones y recomendaciones importantes de acatar, con el fin de fortalecer la gestión del área de tecnología de Información e incrementar la seguridad de los sistemas.

En cuanto a los informes relacionados con la Dirección Administrativa, se destacan el de Ejecución Presupuestaria del Presupuesto de Gobierno Central para el 2001, y el Seguimiento de Recomendaciones del Sistema Contable; estudios que reflejan debilidades de control interno que van en detrimento del accionar de esa Dirección.

Como estrategia para fortalecer la emisión de permisos de funcionamiento se evaluaron algunas áreas rectoras. Los estudios reflejan deficiencias en el otorgamiento de permisos de funcionamiento que es necesario corregir, y que por los resultados de otros estudios efectuados da la impresión de ser un problema a nivel nacional, que debe atenderse en forma pronta, no sólo por los efectos en la salud de los habitantes, sino por el prestigio e imagen del Ministerio.

Adicionalmente, se impartieron charlas en el nivel central y regional, para dar a conocer el nuevo "Manual de Normas Generales de Control Interno" de la Contraloría General de la República; participaron aproximadamente 400 funcionarios.

Como respuesta a los cambios relacionados con la nueva Ley de Control Interno,

se aplicó un cuestionario a diversos funcionarios, incluyendo los Directores, con el propósito de contar con una evaluación preliminar del riesgo en la Institución.

Los principales productos generados se detallan seguidamente. Éstos fueron obtenidos según el "Manual para el Ejercicio de la Auditoría Interna" y la normativa vigente, y en general son estudios realizados a diferentes instancias organizacionales de la Institución:

#### a). Dirección Administrativa

- Seguimiento de la aplicación de las recomendaciones del sistema contable.
- Estudio sobre Consultorías y Servicios Contratados.
- Estudio sobre la Ejecución Presupuestaria de Gobierno Central en el 2001.
- Estudio sobre las sumas giradas de más a algunos Profesionales cubiertos por la Ley de Enfermeras y Ciencias Médicas.
- Informe sobre la custodia de valores en el Proceso de Tesorería.
- Estudio y Arqueo de las Cajas Chicas de C.T.A.M.S.
- Estudio sobre las Contrataciones Directas.
- Relación de hechos sobre la Unidad Ejecutora del Dengue y Malaria.

#### b). Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil

- Seguimiento de Recomendaciones al Informe de FODESAF; emitido por la Auditoría del Ministerio de Trabajo.

- Estudio del Centro de Educación Nutrición, Dulce Nombre de Cartago.
- Estudio en el Centro Infantil de Atención Integral de Quesada Durán
- Estudio en el Centro Infantil de Atención Integral de Guadalupe

#### **c). Dirección de Protección al Ambiente Humano**

- Estudio relacionado con la Evaluación realizada al Programa SANEBAR.
- Relación de Hechos sobre lo determinado en el Programa de SANEBAR.

#### **d). Dirección Sistemas de Información**

- Evaluación sobre la Seguridad Lógica y Física de las Transferencias Electrónicas de Fondos (TEF).
- Evaluación sobre la Seguridad Lógica y Física en la Dirección de Sistemas de Información, y el Sistema Integrado de Administración Financiera y TEF.

#### **e). Direcciones regionales**

- Seguimiento de Recomendaciones al Informe DGA-452-2001, Región Central Sur.
- Estudio en la Región Central Norte sobre los procesos de Contabilidad, Tesorería, Suministros y Combustible.
- Informe sobre los Permisos de funcionamiento Área Rectora de Tibás.
- Seguimiento de Recomendaciones al Informe de la Región Pacífico Central.
- Informe sobre Permisos de Funcionamiento Área Rectora de Belén-Flores.

- Relación de Hechos sobre Reparación del Vehículo 14-1903, Región Huetar Atlántica.

#### **f). Entes adscritos**

- Informe sobre la Administración del Patronato Nacional de Ciegos.
- Informe sobre la Evaluación del Convenio INCIENSA y el Ministerio relacionado con el Programa de Chagas.

#### **Dirección de Protección al Ambiente Humano (DPAH)**

##### **Logros**

Cada vez es más evidente el ligamen entre los factores del medio ambiente y la incidencia en la salud de las personas. Son muchas las variables que se podrían anotar como causales de enfermedades y anomalías en la salud de los seres humanos.

La Agenda 21, en la Carta de la Tierra, producto de la Conferencia de Río en 1992, muestra claramente la necesidad de proteger el medio ambiente como una forma directa de proteger la salud de las personas.

En Costa Rica, es el Ministerio de Salud el que por ley debe de controlar todos los factores tales como: radiaciones, sustancias peligrosas, prevención de desastres, condiciones óptimas de las construcciones e inclusive normar los temas relacionados con estos factores.

Programa Nacional de Letrinización en zonas rurales y en áreas urbano-marginales

El sector rural se va reduciendo cada vez más, pero aún persiste un segmento de la población que sigue siendo rural y que demanda servicios básicos sanitarios para elevar su calidad de vida. De esta forma surge el Programa de Letrinización.

En el 2002, se desarrolló un sistema de letrización que comprendió tres modalidades: Letrina Húmeda (LHU), Letrina Seca (LSE) e Inodoro (INO),

### **Vigilancia de la actividad bananera**

Durante 2002 se terminó la desconcentración de labores operativas de control de la actividad bananera hacia las áreas de salud. Se participó activamente en la (CAB), Comisión Ambiental Bananera.

Se puso en marcha el proyecto “Modelo de rectoría en zonas bananeras”, que implicará un desembolso de doscientos setenta y cuatro millones de colones en 2003 para fortalecer la actividad de rectoría en salud.

### **Convenios internacionales sobre sustancias tóxicas o peligrosas.**

La Unidad Técnica Especializada de esta Dirección, se abocó a implementar y darle un adecuado seguimiento a los siguientes Convenios: Convenio de Basilea sobre el Transporte Transfronterizo de Sustancias Peligrosas y su Disposición Final, Convenio de Estocolmo sobre los Compuestos Orgánicos Persistentes (COPs).

Se puso en marcha la Comisión Nacional del Convenio de Estocolmo, con la participación de los Ministerios de Salud, Agricultura y Ambiente, la academia, la Fiscalía Ambiental y el sector productivo

### **Normas y Reglamentos**

Fiel a su compromiso de proteger y mejorar el ambiente humano la institución aprobó los siguientes reglamentos:

1. Decreto N° 30222-S-MINAE “Reglamento Sobre Emisiones de Contaminantes Atmosféricos provocados por calderas, publicado en la Gaceta n° 60 del martes 26 de marzo del 2002.

2. Decreto N°30221-S “Reglamento sobre Inmisión de Contaminantes Atmosféricos” publicado en la Gaceta n° 57 del jueves 21 de marzo del 2002, alcance n° 25

3. Decreto n° 30965-S “Reglamento para la Gestión de Desechos Infectocontagiosos que se generan en establecimientos que prestan atención a la salud y afines”, publicado en la Gaceta n°23 del lunes 3 de febrero del 2003.

4. Requisitos para la utilización de combustibles alternos en hornos cementeros, publicado en la Gaceta n° 146 del 31 de julio del 2002

### **Regulación del uso de pólvora**

El uso de la pólvora ha sido una actividad tradicional en nuestro país, asociado a festividades de Navidad, Santos Patronos y fiestas familiares, produciendo graves accidentes principalmente en niños y adolescentes.

El Ministerio de Salud ha asumido un liderazgo en el control de la fabricación y uso de la pólvora. Por primera vez en la historia reciente, la Asociación Pro Ayuda al Niño Quemado del Hospital Nacional de Niños reportó cero casos de accidentes en menores de edad.

En coordinación con la Fuerza Pública se decomisaron aproximadamente 50 mil unidades explosivas equivalentes a 8.126 artículos pirotécnicos, por diferentes motivos: ausencia de permisos, no-etiquetado, deficiente almacenamiento. Se firmó un Convenio de Cooperación Interinstitucional. para el control del etiquetado de estos materiales. Se elaboraron Decretos Ejecutivos, normas, manuales de seguridad, formularios de inspección, talleres de capacitación. Se brindó apoyo logístico a las Direcciones Regionales en los aspectos de inspección, de fábricas

de pólvora y se coordinó con las aduanas de Peñas Blancas y Canoas el control fronterizo de estos productos.

### **Permisos y controles**

La Unidad de Permisos y Controles (UPC) tramitó, en su fase final de actividad operativa de dar permisos, 1052 Permisos Sanitarios de Funcionamiento (PSF), de los cuales sólo 492 fueron aprobados. De igual manera, se tramitaron 1235 visados sanitarios de planos constructivos, de los que se aprobaron 1011. El tema del agua para el consumo humano no escapó a estas acciones; se evaluaron 52 acueductos, se aprobaron 36 acueductos de agua potable y 16 acueductos para agua no potable.

La última acción realizada fue la de proceder a desconcentrar los trámites de los PSF hacia los niveles locales y regionales.

### **Control de radiaciones**

El Proceso para el Control de las Radiaciones (PCR) ha elaborado, revisado y actualizado normas técnicas relativas a las radiaciones ionizantes y no ionizantes, fiscaliza periódicamente todas las fuentes o equipos de emisiones de radiaciones.

En el 2002 se redactaron y enviaron a la Asesoría Jurídica 6 reglamentos, se realizaron 100 inspecciones, se autorizaron 174 desalmacenajes y 496 trabajadores fueron autorizados para laborar con equipos emisores de radiaciones. Se otorgaron 125 Permisos de Funcionamiento y se efectuaron 16 mediciones de campos electromagnéticos en líneas de transmisión de alto voltaje.

### **Vertederos de basura**

El Proceso de Control del Ambiente Humano le dio seguimiento a 30 vertederos de basura de conformidad con el Reglamento de Rellenos Sanitarios.

### **Reportes operacionales**

Este Proceso evaluó aproximadamente 1200 reportes operacionales de sistemas de tratamiento de aguas residuales y 50 beneficios de café, este último en cumplimiento con el Convenio Interinstitucional (ICAFE, MINSA, AYA).

### **Situación de las granjas porcinas y avícolas**

El proceso de desconcentración de funciones no permitió la evaluación de 100 granjas, lográndose únicamente un 50% de lo planificado.

### **Calidad del aire:**

En el aspecto de la calidad del aire, se inició el manejo interinstitucional de este factor mediante el establecimiento de tres estaciones de monitoreo en el Área Metropolitana de San José. En estas estaciones se midieron los siguientes parámetros: SO<sub>2</sub>, NO<sub>x</sub>, PM<sub>10</sub>.

### **Red Panamericana de Manejo Ambiental de Residuos REPAMAR**

Durante el 2002, REPAMAR desarrolló su labor mediante los grupos de trabajo específicos de Desechos Hospitalarios, Desechos Peligrosos Domiciliarios y Sistema de Información de los Desechos Comunes.

Se dictó el curso "Cómo comunicar resultados de investigaciones ambientales a las autoridades, uniéndolos entre salud, ambiente y población", con el auspicio de la GTZ.

En cuanto a los desechos hospitalarios, se completó el proceso de capacitación sobre desechos anatomopatológicos en todos los centros de salud de la CCSS. Se está tramitando el Decreto Ejecutivo que norma este tipo de desechos.

Dentro del marco de actividades de REPAMAR se ha incluido recientemente el Proyecto Ciudades Limpias, que es el producto de un esfuerzo conjunto para viabilizar la búsqueda de soluciones al problema del manejo de los desechos. Este proyecto de Ciudades Limpias se ubica dentro del Plan Nacional de Manejo de Desechos, con dos aspectos: a-Reciclaje y b- Rellenos Sanitarios, con miras a que las comunidades se organicen y le den solución propia al problema que los desechos implican.

### **Vigilancia de la calidad del agua.**

El agua es un recurso de la naturaleza que es patrimonio de todos y un deber del Estado protegerlo con la ayuda de

sus habitantes; artículo 268 de la Ley General de Salud.

La Dirección de Protección al Ambiente Humano mantiene una base de datos de 120 acueductos que esta Dirección ha evaluado, incluyendo la toma de muestras para verificar la calidad bacteriológica del agua.

Se propone un nuevo Reglamento para la Calidad del Agua Potable, en coordinación con varias instituciones públicas, que incluye parámetros actualizados para corroborar la calidad de este recurso hídrico para consumo humano y reafirma a la vez la fundamental acción de vigilancia del Ministerio de Salud.

## 6.2.2 Dirección Registros y Controles

### Logros

En la Unidad de Atención al Cliente se realizan los trámites de toda gestión de la Dirección, brindando sus servicios al cliente en forma personalizada. Durante el 2002 se atendieron 16342 trámites para el proceso de gestión de registro de alimentos, medicamentos, productos naturales y notificación de cosméticos. Se atendieron además 20600 consultas, tanto personales como telefónicas. Se dió seguimiento a 6000 trámites. Este año con la modalidad de que se llevó en forma sistematizada, permitiendo un monitoreo rápido y un seguimiento más oportuno. Además, se realizaron 2050 notificaciones de productos químicos y de cosméticos 2853.

### Unidad de Registros y Controles:

Se consolida el plan de mejora continua del proceso de registro y control de productos con el propósito de ser más oportuno y ágil; el cual se aplicó a medicamentos, productos naturales, cosméticos, alimentos.

En el 2002 se realizaron un total de 15244 registros de productos desglosados así: medicamentos 2444, para tener productos seguros y de calidad para la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de patologías que aquejan actualmente a la población. Productos químicos 3371 registros, con lo cual se detecta y conoce de cuales productos químicos peligrosos se manipulan en el país, asegurando de que las empresas dispongan de información técnica y riesgos para la salud, por la exposición ocupacional de estos productos y de personas que los utilizan. Se registraron 56 productos naturales. Su registro permite ofrecer a la población productos seguros y eficientes. Se registraron 9551 alimentos, lo que garantiza identificar productos que cumplan con la normativa vigente en el mercado.

En plaguicidas agrícolas se revisaron 145 procesos de evaluación de riesgo tóxico a la salud humana y contaminación ambiental, para que en el MAG se proceda a su registro. Asimismo, se autorizaron 75 registros de plaguicidas domésticos-industriales. Además, se elaboró una guía para la autorización de plaguicidas que se aplican por vía aérea. Se realizó un estudio y una evaluación de riesgo toxicológico de contaminantes en la síntesis de tres plaguicidas: pendimetalina, picloram y paraquat. Se preparó y realizó 12 seminarios de capacitación sobre uso seguro de plaguicidas, para personal administrativo del Centro de Salud de San Carlos y para trabajadores municipales de San José.

En el proceso de control se impartieron 45 capacitaciones en las 9 regiones de salud en las áreas de farmacias, botiquines, macrobióticas, productos naturales y sustancias químicas, como apoyo a la desconcentración de actividades de control del nivel central a las regiones, con el fin de agilizar los trámites, controles más oportunos y brindar mayor cobertura. Se realizaron 1041 inspecciones a fin de identificar el cumplimiento de la normativa en materia de productos y así velar por la protección de la salud de las personas que los consumen.

El control estatal es un proceso que garantiza el cumplimiento de la regulación en materia de medicamentos, materia prima y cosméticos para lo cual se efectuaron 491 análisis a medicamentos y 814 análisis a cosméticos.

En el proceso de atención de denuncias se atendieron 253, a fin de ejercer un control y atención de productos y establecimientos con denuncias.

**Drogas Estupefacientes.** Se realizan los trámites para el traslado de la distribución de drogas estupefacientes a la CCSS, para lo cual se elaboraron instru-

mentos para realizar un efectivo control de drogas estupefacientes y psicotrópicos, una vez que el proceso de traslado se concrete. Se elaboró el proceso para autorizar las licencias para el manejo de drogas estupefacientes, psicotrópicos a los profesionales y establecimientos farmacéuticos.

Se despacharon 1730 recetarios, 1803 proformas para venta de medicamentos y se elaboraron 293 actas para la destrucción de drogas estupefacientes.

Las principales actividades operativas de venta y compra de drogas estupefacientes se describen en el cuadro No. 17 y las referidas a el control en los cuadros No. 18 y No. 19:

**Cuadro N° 17**  
**Venta y Compra de Drogas Estupefacientes. 2002**

Drogas	Venta	Compra
Cocaína clorh. (fcosx5gr)	38 fcos.	30 fcos.
Codeína fosfato H2O kilo	383 kilos	584 kilos
Petidina ampollas	29882 amp.	30000 amp.
Fentanyl ampollas	273443 amp	200000 amp
Metadona amp. (caja x 6 amp)	6365cajas	7850 cajas
Metadona tab. (frasco x 25 tab.)	5605 fcos	7102 fcos
Morfina pura amp.	509196 amp	225000 amp
Morfina tab. A.P. (caja x 60 tab)	1440 cajas	3500 cajas.
Morfina tab. A.R. (caja x 30 tab.)	3323 cajas	5000 cajas
Ritalina tabletas (caja x 30 tab.)	51093 tab.	35000 cajas

Fuente: Unidad Registros y Controles.

**Cuadro N° 18**  
**Actividad de Control de Estupefacientes y Psicotrópicos**

Actividad	Cantidad
Certificados emitidos de importación	668
Certificados emitidos de exportación	464
Importaciones autorizadas	301
Exportaciones	350

Fuente: Unidad Registros y Controles.

**Cuadro N° 19**  
**Actividades de Control de Precusores**

Actividad	Cantidad
No. Importaciones Autorizadas	1046
No. Exportaciones Autorizadas	138
No. Solicitudes Import./ Export. denegadas	457
No. Registros Compradores Locales Otorgados	206

Fuente: Unidad Registros y Controles.

#### Unidad Técnica Especializada:

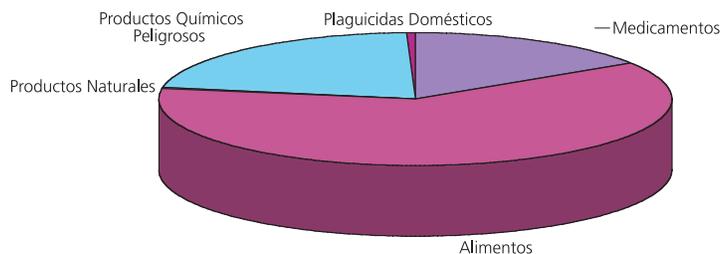
- Participación en la armonización de los procedimientos para el reconocimiento mutuo de los registros dentro de la Unión Aduanera, con el fin de facilitar el intercambio comercial entre los países del área centroamericana.
- Se instauró la Comisión de Inocuidad de Alimentos (CIIA), cuya secretaría técnica está a cargo de la Unidad Técnica de la Dirección de Registros y Controles, entre los logros de este año están: a) publicación del decreto de creación de la Comisión y juramentación de sus miembros, b) diseño del plan estratégico y operativo y los términos de referencia para los diferentes grupos de trabajo que conforman la comisión, c) divulgación del quehacer de la CIIA y de concientización sobre la importancia del tema de inocuidad de alimentos.
- Dentro de la Comisión Técnica Consultiva sobre el valor nutritivo de los alimentos, se dio seguimiento a la publicación del decreto N°30256-MEIC-S, RTCR 135:2002 Etiquetado Nutricional de los alimentos preenvasados y se participó en la elaboración de la Guía de etiquetado nutricional.
- Se participó dentro de la Comisión del Codex, en el subcomité del Co-

dex Alimentarius sobre nutrición y alimentos para Regímenes Especiales y Subcomité Higiene de Alimentos donde se revisaron cinco documentos y se enviaron las observaciones para que se analizaran en las reuniones respectivas a nivel mundial.

- En la Comisión de Ferias del Agricultor: a) se realizó el Foro Nacional sobre la situación actual y necesidad de modernización de las ferias del agricultor en el marco de la Política Nacional de Combate a la Pobreza; b) se elaboró la propuesta de decreto para crear la Comisión Intersectorial de Ferias del Agricultor con la participación de la FAO quien financió un Foro y un consultor nacional para la elaboración de un plan estratégico de modernización para estas ferias.
- En la Comisión de Marea Roja: a) se ha mantenido la vigilancia a través de monitoreo de las especies de bivalvos de interés comercial, esto ha permitido levantar las vedas establecidas. b) Se elaboró un decreto ejecutivo para ordenar la comercialización de bivalvos con miras a rastrear el origen o procedencia de los productos y así discriminar zonas afectadas de zonas libres de modo que las vedas sean selectivas.

- La Unidad Técnica además colaboró en la elaboración y actualización de normativas tendientes a mejorar y asegurar la calidad de los medicamentos.
- Se enviaron alrededor de 60 documentos localizados en las páginas web de los organismos regulatorios conteniendo alertas y comunicados de interés, que han implicado cambios en etiquetado y /o de las condiciones de registro de productos.
- Se revisaron y ajustaron los procedimientos internos para cumplir con la Ley 8220 de Protección de los ciudadanos contra el exceso de trámites.
- Se elaboraron los reglamentos de a) Buenas Prácticas de Manufactura de la Industria Farmacéutica, b) Buenas Prácticas de Manufactura de la Industria Alimentaria, c) Registro y Control de Equipo y Material Biomédico, d) Modificación al Reglamento de Medicamentos en cuanto a Fórmulas Infantiles, e) Decreto de prohibición de la venta de mini gelatinas que contengan konjac.

Gráfico N° 25  
Registro de Productos por Área. 2002



### 6.2.3 Dirección Desarrollo de la Salud

#### Logros

##### Vigilancia Nutricional

Con base en el decreto N° 29629-S, en enero del 2002 se inició la fortificación de la leche de ganado vacuno fluida o en polvo que se utiliza para el consumo humano con vitamina A, hierro y ácido fólico; esta fortificación se fundamentó en la necesidad de cubrir parte de los requerimientos diarios de dichos micronutrientes sobre todo en la población preescolar, dado que la leche es un alimento básico en la alimentación del preescolar.

Se publicó el decreto N° 30030-S mediante el cual se introduce la fortificación de la harina de trigo con fumarato ferroso por ser de mayor absorción intestinal que el hierro reducido que se utilizaba anteriormente, además se aumentó el nivel de ácido fólico.

Otro decreto publicado fue el N°30031-S para la fortificación del arroz con hierro, ácido fólico y otras vitaminas del complejo B. El propósito de dicho decreto fue cubrir el 100% de los requerimientos de ácido fólico con el fin de prevenir enfermedades congénitas del tubo neural, enfermedades cardiovasculares y algunos tumores como cáncer de mama y colon.

También se publicó el decreto N°30032-S mediante el cual se fortifican con yodo la sal destinada a la industria alimentaria y los consomés condensados y concentrados y los consomés deshidratados con yodo y con flúor. Esta medida se tomó debido a que las encuestas de consumo mostraron la sustitución de la sal por dichos productos.

El impacto de la fortificación de alimentos ya ha sido documentado a través de la disminución de los defectos del tubo neural en un 74% desde el año de 1979

que se inició la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico, además de la ya conocida reducción del bocio endémico y las caries dentales desde que se reinició la fortificación de la sal con yodo y flúor en 1978.

Lo anterior es una demostración de medicina basada en la evidencia, dado que se demuestra como una intervención de salud pública, de bajo costo, tiene un impacto importante en el mejoramiento de la salud a nivel poblacional.

##### Costa Rica da Vida al Corazón

Con el propósito de investigar la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT) se realizó una encuesta en el Cantón Central de Cartago, seleccionado como área demostrativa del proyecto Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN).

Se realizaron 1557 entrevistas en el hogar, se analizaron 894 muestras sanguíneas, 1055 evaluaciones de talla y se valoró el consumo de alimentos en 400 hogares.

Los hallazgos más importantes fueron los siguientes:

- El mayor porcentaje de alimentos consumidos por los hogares se refiere a aquellos ricos en azúcares y grasas, siendo bajo el consumo de vegetales y frutas. Asimismo, el consumo diario de frituras fue reportado por un 92% de los entrevistados. Es importante también señalar el alto consumo de pan y tortillas acompañados de productos de alto contenido calórico como son la natilla, margarina, mantequilla, mermeladas y jalea.
- Como resultado de lo anterior, se encontraron altos índices de sobrepeso

y obesidad los cuales aumentan directamente con la edad: 21% de obesidad en adolescentes y 60% en personas adultas; en ambos grupos fue mayor en las mujeres.

- El sedentarismo se presentó en el 37% de los encuestados, siendo mayor en los hombres que en las mujeres. Se observó un mayor porcentaje de personas activas en los hombres de 15 a 19 años y en las mujeres de 45 a 54 años.
- El 43% de los entrevistados era fumadores activos, siendo mayor en los hombres que en las mujeres. La edad promedio de inicio de consumo de cigarrillos fue a los 19 años. El 38% de los fumadores reportó consumir más de medio paquete de cigarrillos por día.
- Un 37% de los entrevistados era bebedores activos, siendo mayor en los hombres, la edad de inicio fue a los 18 años. En promedio los bebedores consumen 12 cervezas mensualmente y el 9% ingiere más de 5 bebidas alcohólicas por sentada, superando más de 30 tragos o cervezas en un mes.
- Los análisis de laboratorio demostraron que el 25% de la población presentó niveles altos de colesterol, observándose que esta prevalencia aumenta con la edad.
- La prevalencia de diabetes e hiperglicemia en ayunas fue de 3,9% y 5,0%, respectivamente y en ambos casos se encontró que aumenta conforme la edad. Además se observó que la diabetes es más frecuente en mujeres y la hiperglicemia en hombres.

En conclusión el estudio demostró en forma integrada que la población practi-

ca estilos de vida poco saludables caracterizada por una dieta inadecuada, sedentarismo y alto consumo de alcohol y tabaco. Todo lo anterior conduce a la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad y al padecimiento de enfermedades crónicas que ocupan la primera causa de morbi mortalidad en el país.

### Salud Escolar

Se desarrolló la galleta nutritiva y bebidas nutricionalmente mejoradas, en conjunto con la empresa privada y el INCAP. Estos productos fueron especialmente elaborados para ser consumidos por la población escolar ubicada en cantones y distritos prioritarios. Además, se revisaron y adecuaron los menús escolares según regiones para ajustarlos a las preferencias alimentarias de cada zona. Este trabajo se realizó en conjunto con la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Educación Pública. Asimismo, se establecieron alianzas estratégicas con la empresa privada para realizar programas educativos sobre salud y nutrición en el ámbito escolar y la Comisión de Guías Alimentarias determinó un listado de alimentos recomendados con el fin de mejorar las sodas escolares. También se revisaron las normas de salud escolar, en conjunto con la CCSS y el MEP, para el tiraje de la segunda edición.

### Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

La definición y medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), en los países de la región, forma parte de la iniciativa "La Salud Pública en las Américas", puesta en marcha por la OPS/OMS, con el propósito de mejorar la práctica de la salud pública en los niveles nacionales y subnacionales y fortalecer el liderazgo de las autoridades nacionales, respecto al conjunto del sistema de salud.

En Costa Rica, este proceso se inició en el 2001 con la medición de las FESP a nivel nacional. A partir de este primer análisis, se vio la necesidad de avanzar en el desarrollo de planes de acción dirigidos a atender en forma prioritaria las funciones esenciales que resultaron con menor nivel de desarrollo en el nivel nacional, las cuales fueron: Investigación Esencial para el Desarrollo e Implementación de Soluciones Innovadoras en Salud Pública y Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública. A la vez, se pensó en la conveniencia de iniciar un proceso en aras de contar con un instrumento ajustado para la medición de las FESP en el nivel regional.

En respuesta a lo anterior, se formularon los lineamientos de política y estrategias en salud para las funciones esenciales prioritarias: Investigación y Desarrollo de Recursos Humanos, y se definieron estrategias para llevar el proceso de medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública a las nueve regiones del país. Además, se conformaron y capacitaron equipos conductores del proceso de medición en el nivel regional; se realizaron 11 talleres "de expertos" (según función esencial) del nivel nacional y regional, con el fin de ajustar el instrumento de medición de FESP para ser aplicado en el nivel regional, y se diseñó una nueva versión de software para procesar la información regional.

Una vez realizada la revisión y validación final del instrumento de medición y el software, se procederá a capacitar a los equipos conductores regionales para la medición de las funciones esenciales de salud pública en cada región.

### **Análisis de contexto en salud**

El Análisis de Contexto en Salud (ACOS) constituye la primera etapa del proceso de planificación estratégica, ya que establece las bases sobre las cuales se cons-

truye, con la participación de todos los actores sociales integrados, el Plan Estratégico Local, que contribuirá a dar respuesta a los problemas y necesidades de salud de grupos específicos de población, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población. Con este propósito, en el 2002 se realizaron nueve talleres de capacitación a los equipos regionales, para la implementación de dicha metodología.

Se propuso la meta de desarrollar la metodología en el 100% de las áreas rectoras, lo cual se logró en un 80%, debido a que el proceso no se desarrolló de manera uniforme en todas las regiones, y a que algunas áreas no lo iniciaron hasta el mes de abril.

Por esta razón, en junio del mismo año se inició un proceso de fortalecimiento de la metodología de los equipos regionales, con el propósito de que estos desarrollaran las capacidades y destrezas requeridas para asesorar y acompañar a las áreas rectoras en un ACOS metodológicamente riguroso y con productos de calidad.

Los equipos regionales comenzaron el proceso con un diagnóstico del grado de avance y desarrollo del ACOS en todas las áreas rectoras, así como sobre las principales debilidades y fortalezas de la metodología y del proceso. Este diagnóstico se logró completar en cuarenta y seis áreas.

### **Atención a las poblaciones Indígenas y migrantes**

Para dar respuesta a las necesidades de salud de estas poblaciones, en octubre del 2002 el Ministerio de Salud, como Autoridad Sanitaria Nacional, condujo el proceso de formulación de la Política Nacional de Salud para las poblaciones migrantes e indígenas, con un enfoque de respeto a su particularidad e identidad

cultural, y sobre la base de una reivindicación filosófica política: el derecho a la diferencia, el respeto a los derechos humanos y al reconocimiento de la complejidad y la diversidad de las culturas.

La formulación de la Política Nacional de Salud, referida a estos grupos de población, fue un proceso dinámico y ampliamente participativo, que permitió conocer sus principales problemas y necesidades, y permitió definir los lineamientos de política y estrategias específicas, para dirigir y conducir a los actores sociales en la organización y gestión de planes, programas, proyectos y acciones específicas, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de esta población.

### **Política Nacional de Salud**

Durante el período, se desarrolló el proceso que generó la Política Nacional de Salud 2002-2006, mediante la ejecución de las siguientes actividades: la elaboración de una metodología como herramienta para orientar la formulación de la Política que consideró, entre otros aspectos, la definición de áreas de intervención según prioridades gubernamentales en el campo de la salud pública del país. La realización de 22 talleres para definir lineamientos de política y estrategias por Área de Intervención, en los cuales participaron 894 actores sociales representantes de organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas, empresa privada, colegios profesionales, universidades públicas y privadas, comunidades organizadas, organismos internacionales y municipalidades. Además, se realizó la validación interna del contenido del documento preliminar, con funcionarios y autoridades del Ministerio de Salud; la validación externa con representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Es importante señalar que para la formulación de la Política se utilizaron, entre otros, los siguientes insumos:

- Compromisos de Gobierno
- Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006
- Política Nacional de Salud 1998-2002
- Plan Nacional de Salud 1999-2004
- Medición de Funciones Esenciales de Salud Pública
- Plan Vida Nueva
- Políticas Universales
- Políticas y Planes de las Instituciones del sector
- Compromisos internacionales

La Política se rige por los siguientes principios: equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad e inclusión social. Además, las políticas y estrategias son permeadas por tres ejes transversales: enfoque de género, enfoque de derechos y participación social.

### **Rendición de cuentas:**

La rendición de cuentas del quehacer institucional constituye una obligación de la Institución ante la sociedad civil y política del país. Ésta tiene como soportes fundamentales los principios, las recomendaciones, los instrumentos y procedimientos de obtención y análisis de información del Sistema Nacional de Evaluación (SINE), del Sistema de Evaluación y Desarrollo Institucional (SEDI), del Físico Financiero de Hacienda y de la Memoria Anual Institucional.

Para el año 2002 se fijó una meta anual de cinco informes de resultados, de los cuales se emitieron tres (60%). Dos de éstos corresponden a la evaluación física financiera de los programas y subprogramas de la Institución según la Ley de Presupuesto de la República para el período

2002, remitidos en su oportunidad al Ministerio de Hacienda, y el tercero correspondió a la Memoria 2001, lográndose que ésta llegara a importantes actores de la sociedad civil y política y, en específico, a los organismos internacionales, la Asamblea Legislativa y los Ministerios.

El 40% de la meta que no se logró comprendía una evaluación del SINE (20%) y una evaluación del SEDI (20%). La evaluación SINE no se realizó por disposiciones emitidas por MIDEPLAN, las cuales tenían que ver con el hecho de que se estaba en una etapa de transición, propia del cambio de Gobierno. Con respecto de la evaluación SEDI, su realización se dificultó debido a problemas de ajuste del software y a que se decidió que éste funcionara en los tres niveles de gestión de la institución (central, regional y local), para lo cual el sistema no estaba completamente listo. No obstante lo anterior, se logró capacitar a los tres niveles en el funcionamiento y uso del programa de cómputo. El propósito de la Institución es que este sistema de evaluación funcione a partir del 2003.

Por otro lado, la rendición de cuentas es también un elemento clave para la planificación estratégica de las acciones rectoras, ya que se apoya en el seguimiento y la evaluación a la hora de generar información básica y oportuna para la toma de decisiones (pertinentes) de carácter político, técnico, administrativo y legal. Con la intención de obtener su consolidación, en el 2002 se logró capacitar en conceptos y en el manejo metodológico de los procedimientos e instrumentos referidos al seguimiento y evaluación, a los funcionarios de las nueve regiones y las correspondientes áreas rectoras de la Institución.

Con la consolidación del sistema de rendición de cuentas se procura un doble propósito: por un lado, generar una cultura de rendición de cuentas propiamente

te dicho y, por otro, tomar decisiones oportunas orientadas a consolidar los logros y resolver los problemas que enfrenta la Institución como ente rector de la salud de la población.

### **Promoción de la salud:**

Se elaboró y distribuyó el documento "Lineamientos de Promoción de la Salud en Rectoría", para la sensibilización y capacitación de los funcionarios de las Regiones y Áreas Rectoras de Salud, en función de las acciones a realizar en Promoción de la Salud. Además, se organizaron y realizaron las actividades para la celebración de fechas importantes en este tema:

- Día Mundial de la Salud
- Día Mundial del No Fumado.
- Semana Nacional de la Nutrición
- Semana Nacional de la Salud Bucodental.
- Día Mundial del Corazón

Para todas estas actividades se elaboró material educativo y divulgativo con el fin de dar a conocer los proyectos que desarrolla la Unidad de Promoción de la Salud y sensibilizar a la población para mejorar su salud.

Además, se publicaron y distribuyeron a nivel nacional 8.000 folletos de alimentación saludable, 8.000 desplegados sobre tabaquismo, 10.000 desplegados sobre violencia intrafamiliar. Asimismo, se realizaron seis programas informativos y educativos en la radio, prensa y televisión, sobre alimentación saludable y salud buco dental, y se elaboró y revisó el Plan Nacional de Salud Escolar en el que se incluyen componentes de promoción de la salud. Durante el 2002 se incorporaron 14 escuelas a la Red Nacional de Escue-

las Saludables con la finalidad de incorporar los estilos de vida saludables en esa población. Además, se elaboró el Plan Nacional de Salud Buco Dental 2003-2006.

Por otro lado, se elaboró, en conjunto con el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) e ICODER, la propuesta de Cantones Activos y Saludables con los componentes de actividad física, recreación y alimentación saludable bajo la estrategia de Cantones Ecológicos y Saludables, dirigida a toda la población; se asesoró a la Oficina de Salud de la Asamblea Legislativa y a la Oficina de Salud Ocupacional del Ministerio de Obras Públicas para que estas instituciones se conviertan en Centros de Trabajo Saludables; se realizaron las gestiones para conseguir la firma del Decreto Ejecutivo No.300092-S en la gaceta del 21 de enero 2002, donde se declara de interés nacional el premio nacional de Cantones Ecológicos y Saludables. El propósito que se persigue es que todas las instituciones del Estado, y en específico las que forman parte de la Comisión, aporten recursos para maximizar las acciones que se ejecutan con esta estrategia y que las empresas privadas puedan contribuir a este premio; se logró la participación de las municipalidades en el concurso de Premio Centenario de Cantones Ecológicos y Saludables, con la presentación de 13 proyectos de diferente índole. Esto demuestra un mayor compromiso de las municipalidades en la ejecución y apoyo de proyectos de salud y ambiente en sus municipios, así como la legitimación de proyectos desarrollados por grupos organizados de la comunidad; se elaboró, publicó y distribuyó el Directorio de Proyectos de Cantones Ecológicos y Saludables 2002 en el que se dan a conocer los proyectos que realizan las municipalidades en promoción de la salud. Este directorio es una consolidación de todos los proyectos en salud y ambiente que fueron presentados al Premio en el año 2002. El

directorio tiene como objetivo dar a conocer las experiencias que están desarrollando las comunidades con el apoyo de las municipalidades del país, además de servir como elemento motivador para que otros cantones puedan desarrollar proyectos similares; se asesoró al personal de salud del Hospital de Quepos en el Cantón de Aguirre, para desarrollar acciones de promoción de la salud en tabaco, alimentación saludable y actividad física; se conformó la Red de Espacios Libres de Humo de Tabaco, con la participación de 44 empresas, organizaciones y establecimientos de salud.

También se elaboró el siguiente material divulgativo en el marco del Proyecto Espacios Libres de Humo de Tabaco:

- 15.000 boletines
- 8.000 desplegables
- 4.000 afiches
- 2.000 carpetas
- 2.000 folletos
- 500 directorios
- 2.000 separadores
- 1.000 certificados

La finalidad es distribuirlo en todas las regiones de salud como apoyo a la divulgación del proyecto y que además pueda ser utilizado en ferias de la salud y otras actividades alusivas al tema.

A la vez, se capacitó a todas las regiones sobre el proceso para implementar el proyecto en los diferentes sectores sociales a nivel de lo regional y local y se certificaron 42 establecimientos de salud y centros de trabajo públicos y privados como espacios libres de humo de tabaco; se elaboró y se puso en funcionamiento una base de datos del proyecto "Espacios Libres de Humo de Tabaco", con el fin de tener información sobre los fumadores y no fumadores en los lugares que están certificados, además de otros datos de interés.

Por último, se realizó un diagnóstico de salud mental a nivel del sector salud con el fin de conocer el quehacer de las instituciones de salud en este ámbito, asimismo ver debilidades y fortalezas en el sistema nacional.

### **Comunicación y Educación en Salud:**

En este campo se desarrollaron acciones orientadas a lograr cambios de actitud y comportamientos en la población, con el propósito de contribuir al mantenimiento y mejoramiento de su salud.

En este sentido se elaboraron 6 estrategias sobre cómo educar e informar a la población en temas relacionados con el dengue, las vacunas, la leptospirosis, las diarreas, el tabaco, niñez y adolescencia. Para su implementación se coordinó con las Direcciones Regionales y Áreas de Salud.

Se produjo y divulgó el siguiente material educativo dirigido a apoyar las acciones que realizan los funcionarios de las regiones:

106.000.00 ejemplares de folletos sobre fumado, rubéola, varicela, hábitos higiénicos, hepatitis, leptospirosis, diarreas, salud buco dental; 305.000 volantes de dengue; 10.000 afiches de dengue; 4.400 afiches sobre tabaco, lavado de manos, Derechos de la niñez; 15.000.00 revistas Salud para Todos N° 19, en coordinación con la CCSS, y 6.000 ejemplares del Boletín Informativo del Ministerio de Salud.

Se aplicaron 3 sondeos para determinar necesidades en comunicación y educación en salud, y para obtener información sobre la donación de espacios por parte de los medios de comunicación, para la divulgación de spots educativos sobre vacunación, sarampión, polio y dengue.

En el sondeo realizado para conocer el aporte de los medios de comunicación social al Ministerio de Salud durante la Campaña contra el Dengue, se logró determinar que estos donaron ₡78.765.000.

Con respecto a la Jornada Nacional de Vacunación Sarampión, Rubéola y Poliomielitis, se realizaron dos sondeos: uno dirigido a los coordinadores regionales de vacunación y a la población en general y otro dirigido a los medios de comunicación social. Se logró determinar que la información de convocatoria a la población era la adecuada y que la población estaba informada sobre la Jornada.

En el dirigido a los medios de comunicación social se logró comprobar que los medios de comunicación social transmitían los mensajes según lo acordado con ellos.

Además, se coordinó con 5 comisiones institucionales, interinstitucionales e intersectoriales, para la planeación y ejecución de acciones en comunicación y educación dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población en los siguientes proyectos: Aire Limpio, Niñez y Adolescencia, CONAPRECOTA, Cantones Saludables, Costa Rica da Vida al Corazón.

También se coordinó con diferentes Direcciones y Unidades para el desarrollo de actividades informativas y educativas orientadas a fortalecer el compromiso de la institución con la producción social del país; se asesoró y elaboraron 4 protocolos de comunicación y educación para la capacitación de personal de las Áreas de Salud sobre "Uso de los Medios de Comunicación Social", "Uso del Cartón Reciclado para los CEN CINAI", "Cómo Elaborar una Charla Educativa", "Lineamientos Básicos de Comunicación para la Jornada Nacional de Vacunación"; se realizaron 17 talleres de capacitación en las diferentes regiones del país, orienta-



dos a formar multiplicadores para transmitir a la población conocimientos, actitudes y prácticas saludables sobre dengue, jornada nacional de vacunación; sensibilización de no fumado para periodistas de instituciones públicas y privadas; producción y manejo de ayudas audiovisuales, a grupos interinstitucionales

y apoyo a la implantación y funcionamiento de la planificación estratégica. Asimismo, se establecieron alianzas estratégicas con empresas públicas, privadas y con medios de comunicación social, para la producción, distribución y divulgación de material informativo y educativo, impreso y audiovisual.

## 6.2.4 Dirección de Informática

### Logros

La Dirección de Informática desarrolló sus actividades durante el período 2002 en función de tres objetivos fundamentales: el desarrollo y mejoramiento de los sistemas de información institucionales, la implementación de una plataforma de comunicaciones adecuada y el mejoramiento de los servicios de soporte técnico. Los funcionarios de cada una de las unidades de la Dirección asumieron un papel responsable, entusiasta y activo, que permitió alcanzar logros significativos para la Institución.

### Sistemas de Información

El desarrollo del Sistema de Gestión de Recursos Humanos, conformado por los módulos de Inventario de Recursos Humanos, Carrera Profesional y Dotación, fue implementado en modo multiusuario con posibilidad de acceso desde cualquier computadora en la red institucional, lo que permitirá una administración más eficiente de los recursos humanos institucionales.

La finalización del Sistema Integrado de Servicios Administrativos facilitará la labor administrativa, tanto del nivel central como de las sedes regionales, en las funciones que atañen a cada uno de los módulos que lo conforman: Transportes, Presupuesto, Tesorería, Y Suministros y Materiales.

Un nuevo Sistema para el Pago de Viáticos, diseñado en modo gráfico, permitirá ejercer un mejor control del gasto por este aspecto, y viene a subsanar una necesidad en tanto entra en funcionamiento el SIGAF (desarrollado por el Ministerio de Hacienda).

El Sistema de Información del Consultorio Médico (Expediente Médico Electrónico,

) desarrollado gracias al aporte de tres jóvenes del Colegio Técnico Profesional Don Bosco, que durante su práctica lograron llevar a cabo el proyecto coordinados por un profesional informático de la Unidad.

El Sistema de Correspondencia permite darle seguimiento a la correspondencia entrante y saliente, y facilita la generación de informes y reportes diarios.

### Sistemas Sustantivos:

La depuración en el nivel de programación del Sistema de Regulación para la Dirección de Registros y Controles, conformado por los cuatro subsistemas: Registros y Controles, Administrativo, Consulta Legal y Seguridad. Cada uno de los cuales está compuesto por diversos módulos, además de la capacitación y la implementación del sistema en su totalidad, fue otro de los logros alcanzados durante el año 2002.

Con respecto al sistema de regulación para la Dirección de Protección al Ambiente Humano se logró la finalización de los siete módulos que lo componen, a saber: ventanilla única, denuncias, permisos de funcionamientos, planos, administrativo, legal, y seguridad.

Así mismo, se inició el análisis en la Dirección de Servicios de Salud, a fin de desarrollar el sistema de regulación de servicios de salud, el cual contará con módulos para cada una de las unidades, acreditación, habilitación y evaluación.

El desarrollo del Sistema de Apoyo a la Vigilancia de la Salud (AVISA), compuesto por un subsistema operacional y otro gerencial, gracias al aporte del Center for Disease Control and Prevention (CDC) y la Agencies for International Development (USAID), el cual está diseñado para trabajar en Internet, se puso a funcionar como plan piloto en la Región Pacífico

Central. Este sistema se constituye en la herramienta técnica para llevar a cabo la comunicación de enfermedades de notificación obligatoria, permitiendo la obtención de información en forma más rápida y la producción de estadísticas actualizadas, que a su vez permitirán la optimización de la vigilancia de la salud.

### **Plataforma redes y telecomunicaciones**

Dentro del marco de la modernización de la red de comunicaciones, se avanzó significativamente en la implementación de una red diseñada con componentes de alta tecnología y cableado estructurado, enmarcados dentro de normas y estándares internacionales de calidad. En este contexto, la finalización de la primera etapa de la red del nivel central, la cual consiste en la conexión de 14 de los 25 pisos con que cuentan los edificios del Nivel Central, se ha constituido en un importante logro para la Dirección de Informática, toda vez que los 11 pisos restantes, que constituyen la segunda etapa de la red, se prevé estén también concluidos a finales de abril del 2003. Asimismo, se realizaron labores de coordinación y apoyo con las que logramos la instalación de redes locales en 5 de las 9 sedes regionales. El impacto institucional ha sido bastante significativo dado que ha permitido que el nivel central cuente con una red moderna y ágil, democratizando institucionalmente el uso de herramientas como el Internet, el correo electrónico y la mensajería instantánea; así como una comunicación más ágil y eficiente, evitando el uso del papel y reduciendo costos.

La conexión mediante línea dedicada de la Región Pacífico Central, permitió poner en funcionamiento el plan piloto del Sistema de Vigilancia de la Salud. Al finalizar el período siete solicitudes de línea dedicada para las sedes regionales restantes quedaron pendientes de ser aten-

didadas por el Instituto Costarricense de Electricidad.

El contar con una red moderna de cobertura nacional va a permitir la regionalización de los sistemas de regulación y los sistemas administrativos, y potenciará la implantación de mejores sistemas de información para el quehacer institucional.

### **Sitio Web:**

En aras de la renovación de la presencia en Internet del Ministerio de Salud, se registró un nuevo dominio para la publicación de un sitio propio para el Ministerio y diferenciado del actual Netsalud; además, se logró capacitar a 12 personas del nivel central en el uso de la herramienta denominada HERMES, la cual se utilizará en la construcción, actualización y mantenimiento de las páginas que sostendrán el sitio.

### **Internet y correo electrónico institucional:**

Se contrató al ICE un servicio de internet, y mediante una línea ADSL (Asymmetrical Digital Subscriber Line) se logró una mejora sustancial en la rapidez de acceso a Internet y la distribución del servicio a todas las microcomputadoras conectadas a la red institucional. Además, con la instalación de un administrador de cuentas en un servidor Compact Alpha Server de mayor capacidad, se permitió crear cuentas de correo electrónico bajo el dominio netsalud.sa.cr, para todas las Direcciones, Unidades y procesos del nivel central; ofreciendo un servicio mejorado, de mayor eficiencia y estabilidad.

### **Soporte Técnico**

Una mejora sustancial en la atención de los usuarios y en el mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos, ha caracterizado la labor de esta Unidad durante el período 2002. Para el logro de

este propósito fue fundamental el establecimiento de procedimientos, registros y formularios para el mayor control de las actividades de soporte y mantenimiento; el contar con un cuadro básico de repuestos y materiales, y la incorporación de dos compañeros, con amplia experiencia y conocimiento en lo que se refiere al soporte técnico de equipo informático.

En la lucha por la seguridad informática, un logro significativo fue poner en funcionamiento un esquema de protección antivirus, mediante un antivirus instalado en un servidor que permite controlar to-

do virus de las máquinas conectadas a la red, incluso las infecciones en las máquinas conectadas por línea dedicada en la red de área local de la sede de la Región Pacífico Central en Puntarenas.

Finalmente, la actualización constante de las especificaciones técnicas de equipos informáticos, y el trabajo consciente de los funcionarios, ha permitido que la adquisición de micro-tecnología se realice bajo estrictos controles de calidad, aceptación y actualización tecnológica, lográndose maximizar el rendimiento de las inversiones en tecnología y una mejor utilización de los recursos.

## 6.2.5 Dirección Vigilancia de la Salud

### Logros Dengue

Durante el año 2002 se notificaron 12.251 casos de dengue, siendo las Regiones Pacífico Central, Chorotega, Central Norte y Huetar Atlántica las que aportaron el mayor porcentaje de casos (88,1%).

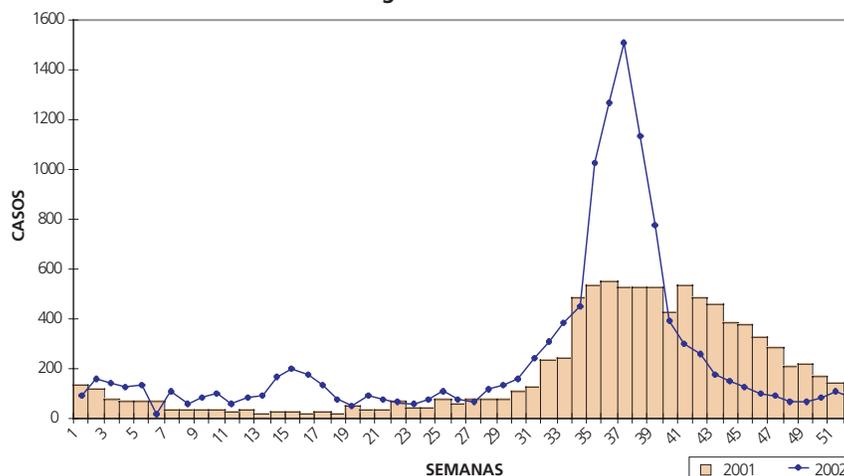
Comparando los casos reportados de dengue en el 2002 (12.251) con los del 2001 (9.416), se observa un incremento de casos del 30,1%; a partir de la semana epidemiológica 30, se evidencia un aumento de casos coincidiendo con el inicio de la época de lluvia, que favorece el aumento de la población del mosquito *Aedes aegypti*, transmisor de dengue; esto pone en evidencia la estacionalidad de la enfermedad.

Cuadro No. 20  
**Casos de dengue y tasas de ataque por región. Costa Rica 2002**

Región	Casos	%	Tasa de ataque x 10.000 hab.
P. Central	4.060	33,1	173,9
Chorotega	2.708	22,1	87,3
C. Norte	2.166	17,7	52,4
H. Atlántica	1.857	15,1	49,2
C. Sur	1.302	10,6	12,1
Occidente	109	0,9	13,9
C. Este	42	0,3	1,4
H. Norte *	7	0,06	0,5
<b>País</b>	<b>12.251</b>	<b>100</b>	<b>31,4</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica  
\* Casos importados de áreas con transmisión

Gráfico N° 26  
**Casos de Dengue. Costa Rica 2001-2002**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Ministerio de Salud.

La distribución de casos por sexo muestra que el 54,3% pertenece al sexo femenino y el 45,6% al sexo masculino. La distribución según grupo de edad, muestra que el grupo más afectado fue el de 15 a 44 años.

**Dengue Hemorrágico:** se registraron 27 casos de dengue hemorrágico, siendo

las regiones Pacífico Central (40,7%) y Huetar Atlántica (26,0%) las que aportaron el 67,0% de los casos; la distribución por sexo muestra que el 57,0% pertenece al sexo masculino y el 43,0% al sexo femenino; los grupos de edad más afectados fueron menores de 14 años (28,6%) y de 15 a 59 años (66,7%). No se registraron defunciones.

Serotipos Circulantes: se identificaron los serotipos Dengue 1 y 2.

Vigilancia Entomológica: a nivel nacional se obtuvo un índice de infestación promedio de 6,3, observándose variaciones en una misma área, en el mismo año, dependiendo de la época del año y de las actividades de control realizadas.

La clasificación promedio de depósitos con larvas de *A. aegypti* fue:

- Depósitos inservibles 69,0% (tarros, llantas, chatarra, floreros y plantas en agua)
- Depósitos útiles 31%, (barriles y depósitos destinados a mantener agua para uso doméstico).
- Se mantiene el control de brotes epidémicos de dengue mediante la concentración de esfuerzos en cada una de las regiones más afectadas del país, integrando diferentes actores sociales locales y nacionales para la movilización de recursos.
- El control de la enfermedad se realiza mediante un abordaje integrado.
- Mantenimiento en la Región Pacífico Central de la "Estrategia de redes comunitarias e institucionales", en los tres distritos de la Gran Puntarenas, con una participación sostenida en acciones de control del dengue y mejoramiento ambiental.
- Control de la mortalidad por dengue hemorrágico, mediante capacitación continua para un manejo clínico adecuado.

## Malaria

En el año 2002, se reportaron 1.021 casos de malaria, siendo las regiones Huetar Atlántica (69,5%), Pacífico Central (13,5%) y Huetar Norte (10,6%) las que aportaron el 93,6% de los casos.

Comparando los casos por región, se observa un aumento de casos en la región Brunca, mientras que en el resto del país hubo un decremento de casos.

Cuadro No. 21  
Casos Malaria por región.  
Costa Rica 2001-2002

Región	2001		2002		Variación Relativa %
	No.	%	No.	%	
Brunca	8	0,6	17	1,7	+ 113
C. Norte	23	1,7	15	1,5	- 35
Chorotega	72	5,3	22	2,1	- 69,4
H. Norte	163	11,9	108	10,6	- 33,7
P. Central	165	12,1	138	13	- 16,4
H. Atlántica	902	66,2	710	69,5	- 21,3
Fuera Área	30	2,2	11	1,1	- 63,3*
País	1363	100	1021	100	-25.1

Fuente: Vigilancia Epidemiológica.

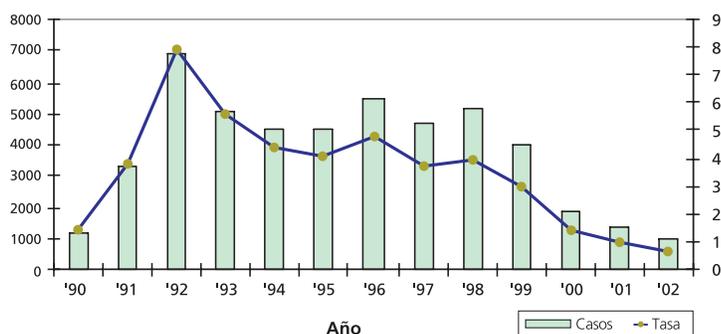
\*Casos infectados en área malárica pero detectados en Área Metropolitana

De 17.748 muestras examinadas, el 5,7% (1.021) fueron positivas, de éstas el 99,8% (1019) fueron *Plasmodium vivax*, y el 0,2% (2) *Plasmodium falciparum*.

Comparando los casos por año y tasa de Incidencia Anual, se observa una disminución de casos y tasas a partir del año 1998.

La distribución por sexo muestra que el 42,0 % pertenece al sexo femenino y el 58,0% al masculino. La distribución según grupo de edad muestra que el grupo más afectado es el de 15 a 49 años.

**Gráfico N° 27**  
**Casos y Tasas de Incidencia Anual de Malaria. Costa Rica 2001-2002**



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Ministerio de Salud.

### Logros

- Disminución de un 25.1% del número de casos respecto a los reportados en el año 2001, en el ámbito nacional, cuyo impacto se refleja en la Tasa de Incidencia Parasitaria Anual que decreció de 1.05 a 0.74 por mil habitantes.
- Se evaluó, dentro del contexto de la iniciativa Roll-Back Malaria de OPS-OMS, el “Proyecto Área Demostrativa Reducción y Prevención de la Malaria en el Cantón de Talamanca”, fortaleciéndose con las acciones de salud contempladas en el Convenio Fronterizo entre Costa Rica y Panamá.
- La descentralización del diagnóstico parasitológico de la malaria está en

franco desarrollo en las áreas de salud de la CCSS en la mayoría de las regiones, y se espera, a corto plazo, implementarla en el resto del país.

- En el último quinquenio, no obstante la vulnerabilidad y receptividad del país así como la extensión y características geográficas y productivas que favorecen la transmisión de la enfermedad, se disminuyó el número de casos de 5148 en 1998, a 1021 en el 2002 (% de Variación Relativa de - 80.2).

### Leptospirosis

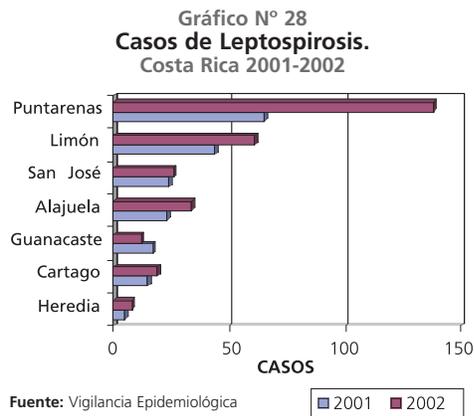
En el año 2002 se notificaron en el país 298 casos de leptospirosis. Comparando los casos por Región del año 2001 con el 2002, se observa un incremento de casos en seis de ellas, siendo la más importante en la Región Pacífico Central. (cuadro 22.)

**Cuadro No. 22**  
**Casos de Leptospirosis por región.**  
**Costa Rica 2001-2002**

Región	2001		2002		Variación Relativa %
	No.	%	No.	%	
Brunca	55	28,5	53	17,8	- 3,6
H. Atlántica	44	22,8	61	20,5	+ 38,6
P. Central	21	10,9	98	32,9	+ 366,6
H. Norte	17	8,8	22	7,4	+ 29,4
Chorotega	17	8,8	12	4,0	- 29,4
C.Este	16	8,3	21	7,0	+ 31,2
C.Sur	14	7,2	14	4,7	0
C. Norte	6	3,1	12	4,0	100
Occidental	3	1,5	5	1,7	+ 66,7
<b>País</b>	<b>193</b>	<b>100</b>	<b>298</b>	<b>100</b>	<b>+ 54,4</b>

Fuente: Vigilancia epidemiológica

Comparando los casos por provincia, se observa que seis de las siete provincias tuvieron un aumento en el número de casos. (Gráfico No. 28)



La distribución por grupo de edad refleja que el grupo más afectado es el de 10 a 34 años.

La distribución por sexo muestra que el 81,0% de los casos pertenece al sexo masculino y el 19,0% al femenino. Se registraron cuatro defunciones, para una tasa letal de 1,3 %.

### Logros

- Revisión y actualización del Protocolo para la prevención y control de la Leptospirosis.
- Mantener integrada y funcionando la "Comisión para la prevención y control integral de la leptospirosis".
- Control de la enfermedad mediante abordaje integrado.

### Marea Roja

El último evento de marea roja tóxica que se presentó en Costa Rica, se inició a finales del 2000, se prolongó durante el año 2001 y finalizó a mediados del

2002, registrándose 97 casos de intoxicación a lo largo del Litoral Pacífico.

Como respuesta oficial a la emergencia se creó, vía decreto ejecutivo, la Comisión Interinstitucional para la vigilancia de la marea roja, con representación del Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería, INCOPECA, Universidad Nacional y C.C.S.S.

Utilizando la infraestructura y recursos técnico-científicos en las Instituciones que la integran, la comisión coordinó las acciones de vigilancia mediante:

1. Límites de toxinas permitidos en los bivalvos,
2. Monitoreo de toxina en la carne de los moluscos en puntos establecidos.
3. Recomendar establecer o levantar la veda según los niveles de toxina en carne.
4. Información y divulgación a la población, utilizando medios de comunicación masiva, mediante folletos y desplegables, sobre la prevalencia del fenómeno, el peligro asociado al consumo y la prevención de la intoxicación por el consumo de moluscos expuestos a la marea roja tóxica.
5. Creación del decreto ejecutivo No. 30.472-S MAG, con el que se pretende ordenar la extracción y comercialización de bivalvos en el país.

### Tuberculosis

La tuberculosis es una de las enfermedades que nuevamente se encuentra ocupando un papel importante en nuestro país. Esta enfermedad acompaña a la humanidad desde hace mucho tiempo; estudios han documentado la presencia del bacilo *Mycobacterium tuberculosis*

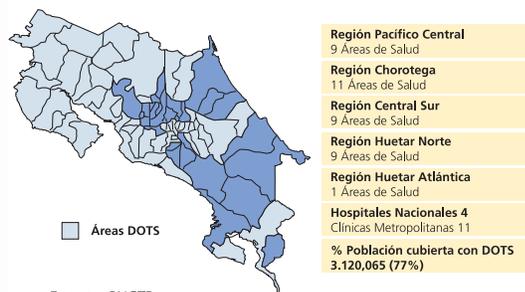
en fragmentos de la columna espinal de momias egipcias que datan de 2400 antes de Cristo.

La presencia de casos en la población se ha asociado a condiciones socioeconómicas bajas, y la mayoría de los casos se encuentran en continentes como África, Asia y Latinoamérica,

La Organización Mundial de la Salud estima que 8 millones de personas adquieren la enfermedad cada año; de ellos el 95% se encuentran en países en vías de desarrollo, y cerca de 3 millones de personas mueren cada año a consecuencia de la enfermedad.

Una de las barreras que se enfrentan para el control de la tuberculosis en los últimos años es la multirresistencia. Los países y principalmente Costa Rica, realizan esfuerzos importantes para el control del paciente tuberculoso, garantizando un tratamiento supervisado a través de la Estrategia DOTS y la adquisición de drogas de segunda línea para el tratamiento de multirresistencia. La OMS recientemente aprobó para Costa Rica el uso de éstas para el tratamiento de los multirresistentes.

**Gráfico N° 29**  
**Población cubierta con DOTS**  
Costa Rica 2001

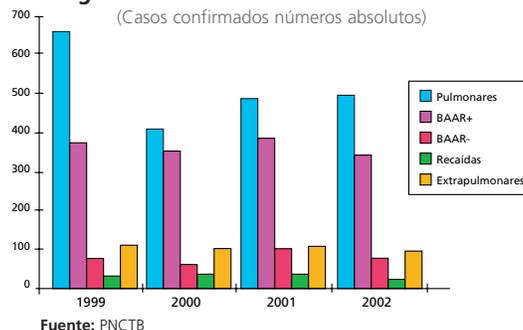


Fuente: PNCTB

En el periodo 1999-2002 se diagnosticaron y trataron 2774 enfermos de tuberculosis de ambas formas. La tasa de morbilidad global para este período corres-

ponde a 17.39 por 100,000 habitantes. La tuberculosis pulmonar representa el 84% de los casos.

**Gráfico N° 30**  
**Incidencia de Tuberculosis según forma clínica. Costa Rica 2000-2001**  
(Casos confirmados números absolutos)



Fuente: PNCTB

Las formas extrapulmonares más frecuentes son la tuberculosis ganglionar y la pleural. A partir de los 25 años se presenta el mayor número casos. El sexo masculino es el más afectado. El 90% de los enfermos son costarricenses.

Las Regiones de Salud con mayor incidencia corresponden a la Huetar Atlántica, Pacífico Central, Central Sur y Brunca.

En lo referente a la mortalidad por tuberculosis a pesar de que el Libro de Registro presenta algunos problemas de subnotificación y se suman además problemas en la certificación de la causa de muerte, de acuerdo con los datos proporcionados por el Programa de Control de TB y el INEC, la tendencia ha sido al descenso desde 1999, con una tasa promedio de 2.3 / 100,000 hab.

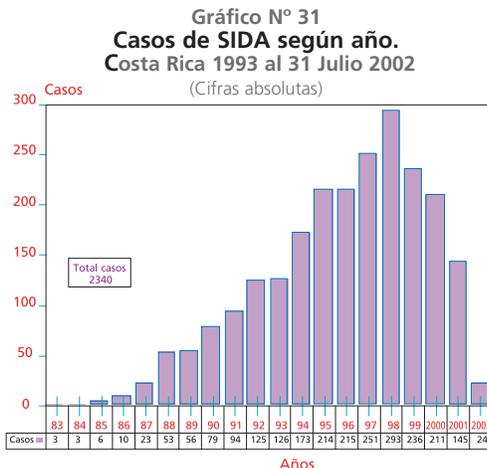
En el último cuatrienio se ha brindado vacunación con BCG a no menos del 90% de los recién nacidos.

## SIDA

### Situación del VIH/SIDA

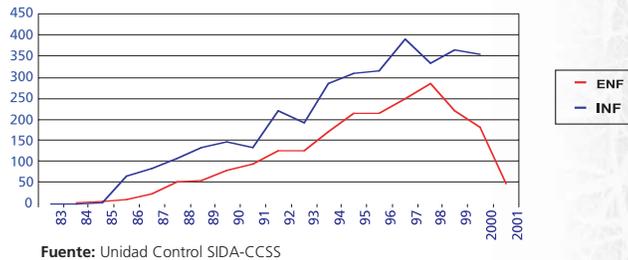
Al iniciar el análisis de la epidemia VIH/SIDA, debemos tener presentes las debilidades del actual sistema de información, el subregistro, deficiencia en el llenado del certificado de defunción y la codificación de la causa de muerte, el manejo limitado de datos por algunos grupos y, el desplazamiento de las personas afectadas a otras provincias, principalmente San José, para el tratamiento y por el estigma de la enfermedad en sus ciudades de origen.

La epidemia de SIDA en Costa Rica ha mostrado una tendencia creciente de 1983 hasta 1998, año en que se introduce el tratamiento antirretroviral, implicando una disminución de casos.



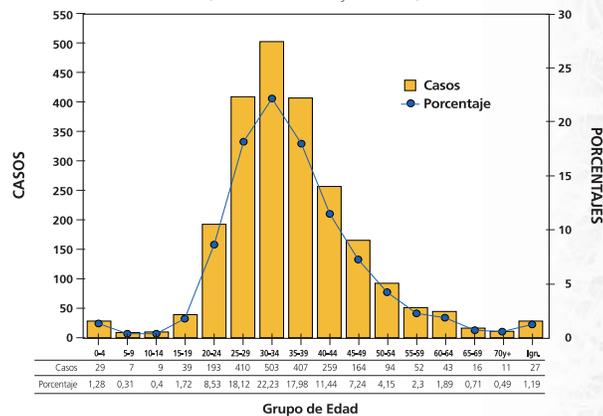
La disminución de los casos no se ve acompañada de la disminución de los infectados VIH, como lo podemos observar en el gráfico No. 32.

**Gráfico N° 32**  
**Tendencia anual del VIH/SIDA.**  
Costa Rica 1983-2001.



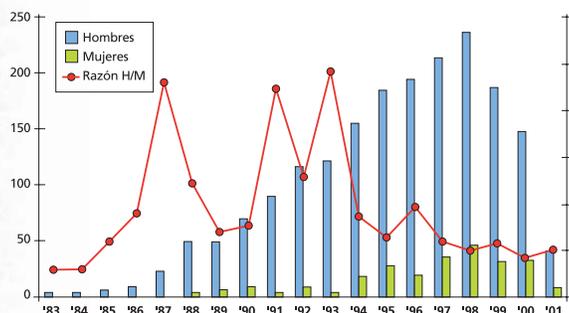
Los grupos de edad más afectados corresponden a los comprendidos entre 20 y 49 años, o sea la población adulta en edad reproductiva, sin obviar que se tienen casos en todos los grupos de edad, lo que nos debe llevar enfatizar la prevención.

**Gráfico N° 33**  
**Casos de SIDA según grupo de edad.**  
Costa Rica 1983-2001  
(Cifras absolutas y relativas)



En la epidemia costarricense, el sexo predominante es el masculino, aunque al igual que en otros países, la razón hombre/mujer ha venido disminuyendo de 12:1 en 1998 a 7:1 en el 2001.

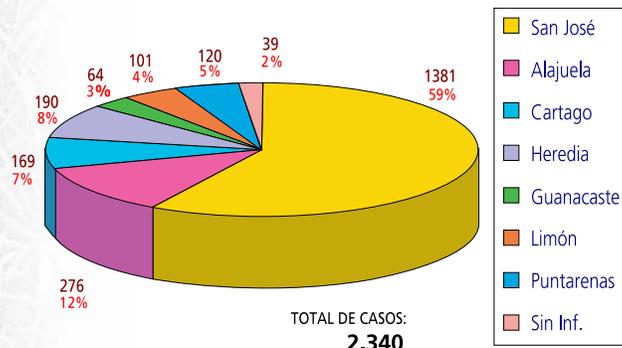
**Gráfico N° 34**  
**Evolución de la relación hombre/mujer en VIH/SIDA.**  
 Costa Rica 1983-2001 (Cifras absolutas y relativas)



Fuente: Unidad de Control SIDA y PAVE. CCS

La distribución geográfica de la epidemia, 2340 casos reportados a julio 2002, es heterogénea. El mayor número de notificados, 59% (1381 casos), corresponden a San José, 12% (276) a Alajuela, 8% (190) a Heredia, seguidos por Cartago, Puntarenas, Limón y Guanacaste.

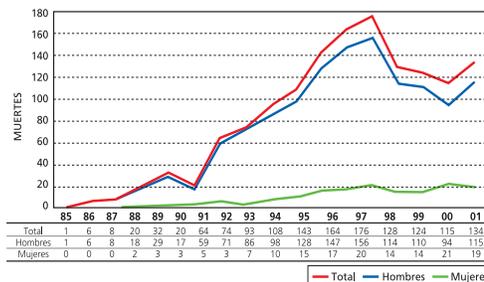
**Gráfico N° 35**  
**Casos SIDA reportados en Costa Rica por provincia acumulados al 31 de julio 2002.**



Fuente: Unidad Información Estadística, M. Salud. U. Control SIDA-CCS

La tendencia de la mortalidad fue en aumento de 1985 hasta 1997. En este año se introdujo la terapia antirretroviral. A partir de 1998 registra un descenso, con un leve aumento en el 2001. Esta misma tendencia la observamos en la mortalidad de ambos sexos, solo que en las mujeres para el año 2001 hay un leve descenso.

**Gráfico N° 36**  
**Tendencia de la mortalidad por SIDA según año y sexo.**  
 Costa Rica 1983-2001 (Cifras absolutas)



Fuente: INEC Unidad de Estadística, Ministerio de Salud.

**Logros:**

Gracias al gran interés y apoyo político de las nuevas autoridades de salud se logra:

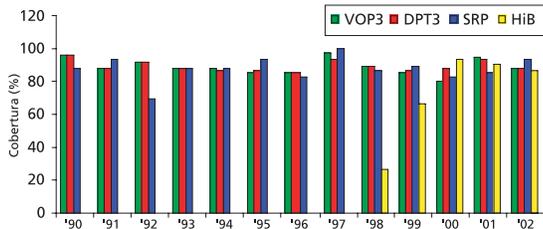
- Reactivación del CONASIDA (Consejo Nacional de SIDA).
- Designación de coordinadores nacionales de vigilancia epidemiológica VIH/SIDA-ITS, para el trabajo conjunto interinstitucional.
- Evaluación del sistema de información de este evento. Intervención para mejorar la calidad del mismo.
- Realización de talleres de sensibilización sobre VIH/SIDA-ITS a funcionarios de Salud.
- Difusión de diferentes materiales científicos y educativos sobre el tema a regiones y áreas de salud, para favorecer la prevención del evento.

**Coberturas de Vacunación.**

Según estipulan las recomendaciones internacionales, cada país debe asegurar que las coberturas de vacunación deben ser superiores al 95%, con el fin de disminuir el riesgo de transmisión de agentes infecciosos causantes de enfermedades. Para lograr esto, la cobertura nacio-

nal debe ser analizada por cada uno de los cantones de manera que todos logren sobrepasar el 95% aceptado.

**Gráfico N° 37**  
**Coberturas de vacunación nacionales.**  
Costa Rica 1990-2002



**Coberturas de vacunación nacionales. Costa Rica, 1990-2002.**

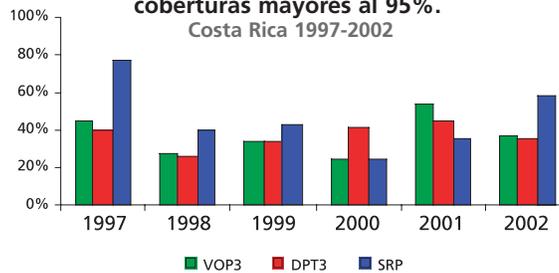
En los últimos diez años, el país ha logrado mantener coberturas por sobre el 80%; sin embargo, la meta propuesta no se ha podido alcanzar. Lo anterior se ha relacionado a un subregistro de vacunación, así como a sobregistro en el estimado de niños menores de 1 año en algunos cantones, en especial del área metropolitana. Lo anterior pone en evidencia la necesidad de actualizar el sistema de registro de vacunación así como el desarrollo de mecanismos para la evaluación.

Han sido logros importantes el aumento en las coberturas en la zonas costeras, postergadas y fronterizas del país, lo que evidencia la mejora en el acceso de la población a los servicios de salud. Así mismo se ha logrado disminuir el número de cantones con coberturas menores al 95% y, en la actualidad, alrededor de la mitad de los cantones tienen coberturas mayores a lo esperado.

Un gran logro durante el año 2002 fue el aumento de la cobertura en la vacuna de Sarampión, Rubéola y Parotiditis gracias a la exitosa campaña de vacunación de menores de 5 años. Esta campaña de seguimiento junto a la jornada de vacuna-

ción en personas de 15 a 39 años, han permitido disminuir no sólo el número de susceptibles de sarampión sino también de rubéola, lo cual es especialmente importante en mujeres en edad fértil de manera que disminuya la posibilidad de contagio, con el posterior riesgo de defectos por malformaciones en sus hijos durante etapas tempranas de la gestación.

**Gráfico N° 38**  
**Proporción de Cantones con coberturas mayores al 95%.**  
Costa Rica 1997-2002

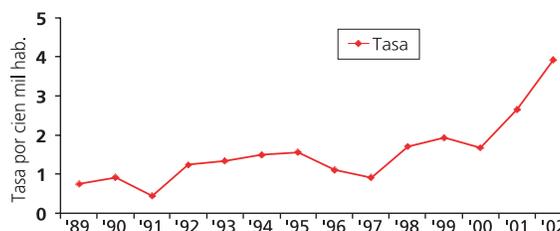


**Vigilancia de las Parálisis Flácidas Agudas.**

Con el firme objetivo de continuar en la lucha por la erradicación de la Poliomielitis, el país continúa desarrollando actividades de vigilancia de aquellas patologías que tienen semejanzas clínicas con la poliomielitis paralítica y que cursan con parálisis aguda no traumática, en especial en las poblaciones menores de 15 años.

En los últimos diez años, el país ha logra-

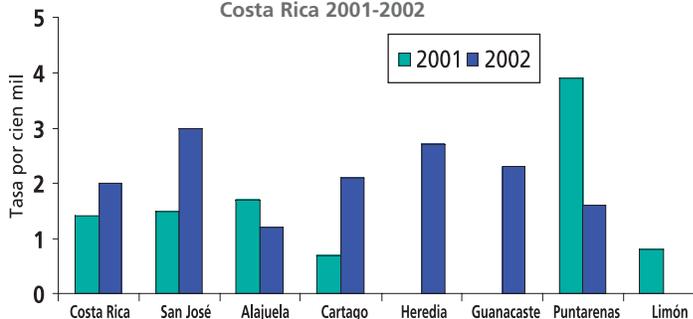
**Gráfico N° 39**  
**Tasa de notificación por parálisis flácida aguda.**  
(Tasa por 100 000 menores de 15 años)



do consolidar un adecuado sistema de vigilancia de dichos eventos. Durante el año 2002 hubo un total de 25 casos probables notificados, con una edad promedio de 7 años y una razón de masculinidad de 1,9. Para el año 2002, se logró al-

canzar una tasa de notificación 4 veces mayor a la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, lo que evidencia una mejora en el sistema y en la calidad de los servicios de salud. Otro gran logro para el año 2002, fue la

**Gráfico N° 40**  
**Incidencia de PFA por provincia.**  
Costa Rica 2001-2002



mejora en los indicadores de investigación de casos, de muestras adecuadas y de seguimiento de los sospechosos. Esto asegura que Costa Rica continúe manteniendo de la certificación y contribuya a la lucha global contra dicha enfermedad.

Para el logro de la meta mundial de erradicación de polio, Costa Rica debe mantener coberturas altas de vacunación, un sistema ágil de vigilancia y un oportuno plan de contención en los laboratorios.

**Tabla No. 1**

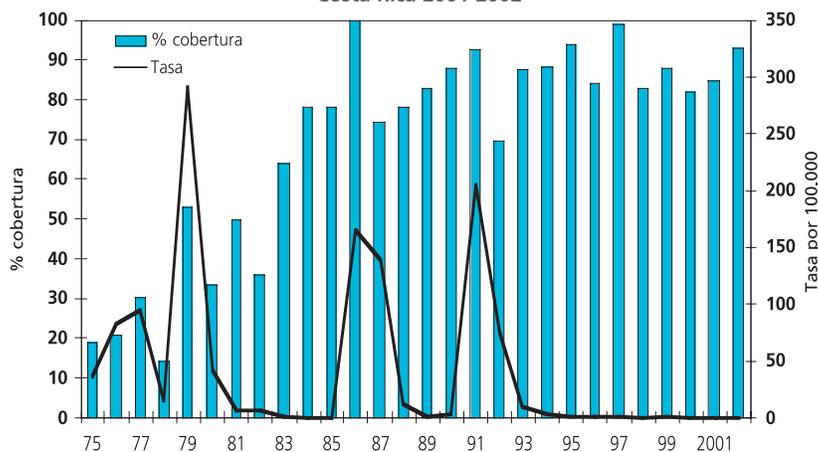
<b>Indicador</b>	<b>Obtenido</b>
Investigación en menos de 48 h	88%
Muestras adecuadas	81%
Resultados en menos de 28 días	92%
Unidades notificadoras	90%
Aislamientos de EV no polio	21%
Aislamientos de EV tipo polio	0%

## Sarampión y Síndrome de Rubéola Congénita.

Con el firme objetivo de continuar en la lucha por la erradicación del Sarampión para el año 2000, propuesta por las Américas en 1993, así como continuar con la iniciativa de eliminar el Síndrome de Ru-

béola Congénita, y como parte del seguimiento de la exitosa campaña de vacunación de adultos durante el año 2001, se realizó en el año 2002 una campaña de vacunación en niños menores de 5 años. Ésta permitió, en forma global, alcanzar coberturas nacionales cercanas al 95% en la mayor parte del país.

**Gráfico N° 41**  
**Incidencia de PFA por provincia.**  
Costa Rica 2001-2002

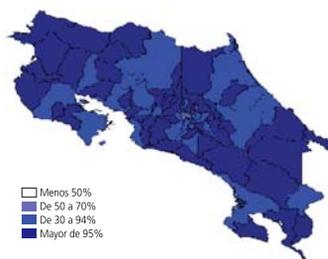


**Fuente:** Dirección de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud.  
Gráfico realizado por la Dra. Ana Morice, INCIENSA.

Durante el año 2002, ingresaron al sistema de registro de notificación un total de 87 casos sospechosos con diagnósticos de enfermedad febril eruptiva, mientras que se procesaron un total de 460 muestras serológicas provenientes de dichos eventos. Los indicadores de laboratorio demuestran que el 98% de las muestras fueron tomadas en menos de los 30 días recomendados; alrededor del 60% se recibieron en menos de 5 días, y el 80% tuvo el resultado en menos de 4 días.

Se logró descartar el 100% de los casos sospechosos de sarampión y el 99.5% de los casos sospechosos de rubéola. Hubo dos casos sospechosos de rubéola que se debieron clasificar finalmente como compatibles clínicos, debido a la falta de investigación, de muestra adecuada y por no poder dárseles seguimiento, pues se dieron direcciones incorrectas. No hubo ningún confirmado por laboratorio. Sin embargo, se reportaron 5 casos positivos, los cuales fueron todos descartados por tratarse de reacciones postvacunales.

**Gráfico N° 42**  
**Distribución de Coberturas SRP.**  
Costa Rica 2002



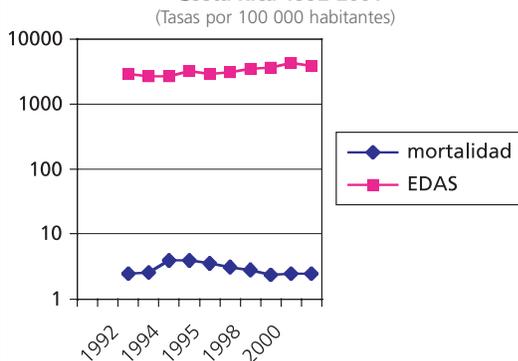
**Fuente:** Dirección de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud.  
Gráfico realizado por la Dra. Ana Morice, INCIENSA.

Se debe continuar con el mejoramiento y consolidación del sistema de notificación de los casos sospechosos, de manera que haya una correlación más estrecha con el laboratorio, a la vez que se utilice éste como fuente importante de información por medio de mecanismos ágiles de comunicación.

## Enfermedad diarreica aguda (EDA)

Las EDAs muestran una tendencia creciente de su incidencia en los últimos 10 años, pasando la tasa por cien mil habitantes, de 2917 en 1992 a 3939 en el 2001, lo que representa un incremento del 32%; sin embargo, los egresos muestran una tendencia descendente, pasando de 8151 en 1990 a 4821 en el año 2000, lo cual representa un descenso del 40.8%; este descenso se da en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de los mayores de 80 años y los de 5 a 9 años, donde se observa un incremento. La mortalidad ha tendido a mantenerse constante, excepto en los años 1994, 1995 y 1996, cuando se observa un incremento; la letalidad ha descendido en los últimos 8 años, pasando de 0.12% en 1994 a 0.06% en el año 2001. Es importante anotar que, al revisar la información, se nota que existe un importante subregistro de la información en algunas áreas del país, lo cual dificulta conocer a ciencia cierta cual es el comportamiento mensual de esta enfermedad; aún así, se puede observar un incremento en los casos notificados en los meses de marzo y junio. Tanto la incidencia como la mortalidad se da mayormente en las edades extremas, menores de 5 años y mayores de 65, siendo más frecuente en varones en el primer grupo, relación que se invierte en los adultos mayores. Las provincias con mortalidad más alta en el año 2001 son Puntarenas, 4.2 por 100 mil habitantes, Guanacaste, 2.8, y Alajuela, 2,7.

Gráfico N° 43  
Tendencia de la enfermedad diarreica.  
Costa Rica 1992-2001

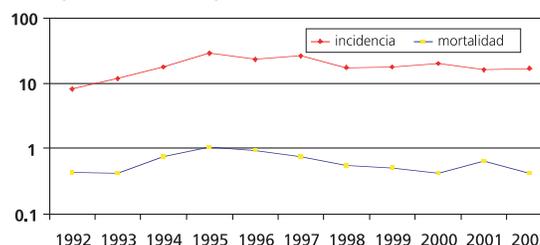


Fuente: Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud.

## Vigilancia de las intoxicaciones agudas con plaguicidas.

Durante el año 2002 se registraron un total de 674 casos de intoxicación aguda por plaguicidas. Hubo una tendencia a la estabilización en la curva de incidencia con respecto a los últimos 5 años. Los hombres fueron 3.3 veces más afectados que las mujeres durante el 2002.

Gráfico N° 44  
Incidencia y mortalidad de intoxicaciones agudas por plaguicidas. Costa Rica 1992-2002.

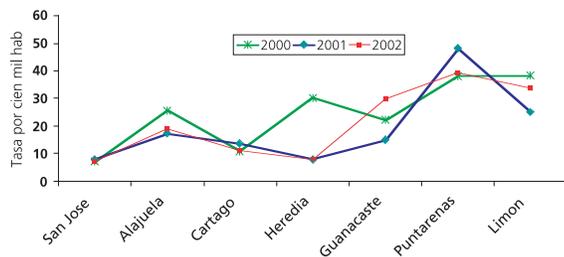


La incidencia durante el año 2002 aumentó en un 4% con respecto al 2001. Puntarenas, Limón y Guanacaste son las provincias con mayores incidencias durante los últimos tres años.

La mortalidad durante el año 2002 disminuyó en un 35% con respecto al año 2001. Las provincias más afectadas fueron Puntarenas, Alajuela y Limón. Las muertes fueron causadas por intentos de suicidio (70%) y exposiciones accidentales no laborales (5%). En un 25% de las defunciones no se reportó la causa.

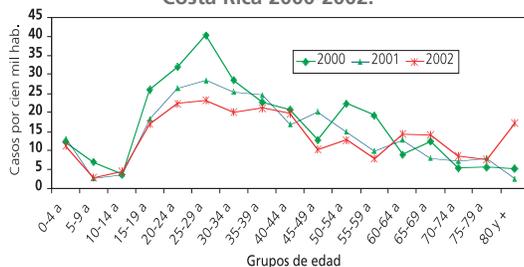
La tasa de letal nacional para el año 2002 (2.5%) mostró una disminución de un 38% con respecto al año 2001. Las regiones con mayores mortalidades durante el año 2002 fueron la Región Brunca (5.3%), la Región Central Norte (3.3%) y la Región Chorotega (3%).

**Gráfico N° 45**  
**Tasa de incidencia de intoxicaciones por plaguicidas por provincia. Costa Rica 2000-2002.**



El grupo de edad más afectado es el de 15 a 44 años. Un 25% del total de las intoxicaciones se presentaron en personas de 15 o menos años. Dentro de éstas, un 37% fue por exposición accidental, un 8.5% por intento de suicidio y 4% fue por exposición laboral.

**Gráfico N° 46**  
**Tasa de incidencia de intoxicaciones por plaguicidas según grupo de edad. Costa Rica 2000-2002.**



En cuanto al modo de intoxicación para el año 2002 con respecto al 2001, las intoxicaciones laborales, las accidentales no relacionadas con el ambiente de trabajo y los intentos de suicidio, mostraron una disminución de un 9%. Las intoxicaciones ignoradas aumentaron en un 14% para el año 2002, lo que evidencia la falla en la calidad de la notificación de dichos eventos.

En cuanto a las intoxicaciones laborales, los cultivos más frecuente relacionados fueron: el banano (34.9%), el arroz (10.1%), el café (8.3%) y la piña (8.0%).

Los plaguicidas más frecuentemente relacionados con las intoxicaciones fueron el paraquat/gramoxone, el metomil, el carbofuran y el fenamifos, cada uno con un 19%, 13.5%, 10% y 6%, respectivamente.

En el año 2002, se elaboró el informe de situación epidemiológica del año 2001; este permitió conocer mejor el sistema de vigilancia por medio de investigaciones que demuestran el subregistro del mismo; se propone fortalecer la vigilancia como base fundamental del programa nacional de plaguicidas y se realizan actividades con otras instituciones para la mejora de la notificación a nivel nacional. Se debe continuar realizando actividades de supervisión capacitante e investigación, de manera que el sistema adquiera solidez y demuestre la realidad del país.

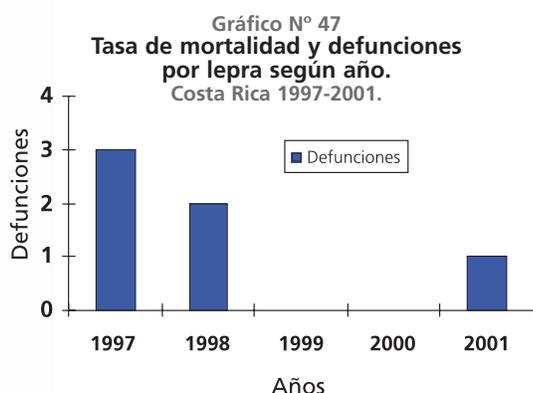
### Enfermedad de Hansen

En noviembre de 1999, la Organización Mundial de la Salud celebró la 3era. Conferencia Regional OPS/OMS sobre la eliminación de la Lepra en América, y en su transcurso se anunció la creación de la Alianza Global para su eliminación, como problema de salud pública en todos los países para el año 2005.

En nuestro país esta enfermedad es de declaración obligatoria por decreto desde 1983 y se ha reportado una tasa de prevalencia menor: de un caso por diez mil habitantes desde 1990. De 1995 a 1999, la incidencia ha sido menor de 1 por cien mil habitantes.

La mortalidad por Lepra disminuyó de 0.08 en 1997 a 0.02 en el 2001. En 1997 se presentaron 3 muertes, en 1998 disminuyó a 2 y durante 1999 y el 2000 no ocurrió ninguna defunción por esta causa; sin embargo, en el 2001 hubo una muerte de sexo masculino.

De 1990 y hasta 1998 el país ha venido logrando la eliminación de esta enfermedad a nivel nacional y subnacional. La presente administración está reorientando las estrategias de eliminación, conformando una Comisión Nacional para la eliminación de la Lepra, con representación de funcionarios del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social. Desde aquí se está fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica de Lepra: empleando indicadores más sensibles, replanteando las investigaciones de los casos, y destinando los recursos según sea necesario; además, dando acceso a los tratamientos medicamentosos de forma gratuita desde el sistema público de salud.



## Rabia

En Costa Rica no se han reportado casos de rabia en humanos transmitida por perros desde 1970; sin embargo la rabia en bovinos es endémica, lo que indica que hay vampiros infectados que están transmitiendo la enfermedad en bovinos.

En el año 2002 se presentaron dos defunciones humanas en la zona sur del país, ambas con antecedentes de haber recibido mordiscos por un gato con historial de cazar murciélagos y que presentó un comportamiento compatible con la rabia; no se pudo tomar muestra para examen de laboratorio.

De uno de los casos se tomó muestra y se envió al laboratorio del CDC para su caracterización, encontrándose que la variante era de vampiro.

Se debe continuar con el programa para lo cual es necesario conformar una comisión técnica, interinstitucional, con clara definición de responsabilidad, que revise y replantee las actividades, integrando además a las comunidades, con el objetivo de que no aparezcan casos de Rabia en humanos.

**Cuadro No. 23**  
**Casos de rabia por Especie. Costa Rica 1992-2002**

CASOS								
Año	Humanos	Caninos	Felinos	Bovinos	Murciélagos	Suinos	Equinos	Total
1992	0	0	0	0	0	0	0	0
1993	0	0	0	3	0	0	0	3
1994	0	0	0	9	0	0	0	9
1995	0	0	0	4	0	0	0	4
1996	0	0	0	0	0	0	0	0
1997	0	0	0	3	0	0	0	3
1998	0	0	0	0	0	0	0	0
1999	0	0	0	2	0	0	1	2
2000	0	0	0	1	0	0	0	1
2001	2	0	0	2	0	0	0	4
2002	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>27</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica, MAG

Como medida preventiva se aplicaron, en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el Colegio de Médicos Veterinarios; 9.500 dosis de vacunas antirrábica canina, en la zona fronteriza con Nicaragua.

Se extendieron 1582 permisos de importación y exportación para perros y gatos, como medidas de protección y control.

### **Vigilancia en desastres**

Costa Rica, por sus condiciones físico geográficas y geológicas, se encuentra expuesta a fenómenos naturales como las inundaciones, sequías, deslizamientos, huracanes, actividad volcánica y terremotos, además de grandes incendios, explosiones en industrias y derrames de sustancias tóxicas.

Estas situaciones hacen que sea necesario trabajar en la prevención, mitigación y atención de desastres, a través de la capacitación, el fortalecimiento de los niveles de atención en salud, principalmente en el nivel local, dado que es allí donde se da una primera respuesta.

En el país existe legislación general y específica que permite a las Instituciones tomar las medidas necesarias para la atención de los desastres, pero es importante la participación de todos los niveles de la administración en el logro de una adecuada preparación y una respuesta coordinada del sector.

Se están confeccionando los instrumentos para activar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y control de enfermedades después del desastre. Los encargados de vigilancia epidemiológica conocen el estado de salud del área donde ocurrió o está ocurriendo el evento.

El 100% de las áreas rectoras cuenta con datos demográficos, de incidencia y mortalidad de los eventos que se originan

después y durante un desastre, pero no cuentan con un plan de vigilancia que contenga alternativas de solución para el manejo de estos grupos en riesgo para cualquier tipo de desastre. La vigilancia sanitaria de los suministros de agua, aguas residuales, disposición de excretas y basuras, así como la vigilancia de la calidad e inocuidad de alimentos, son otras actividades de importancia.

### **Sistema de información automatizado para la Vigilancia de la Salud.**

Dada la gran cantidad y diversidad de información que se genera en el sector salud, se hizo necesario organizarla en un sistema de información automatizado que nos permitiera recolectarla, procesarla, almacenarla y recuperarla. De esta manera podría utilizarse con mayor eficacia.

En el año 2000, el Ministerio de Salud tomó en cuenta la asistencia técnica financiera ofrecida por el gobierno de los Estados Unidos mediante el proyecto Post-Mitch, y decidió crear un sistema de información automatizado para la vigilancia de la salud, de ámbito interinstitucional bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud como ente Rector.

El sistema facilitaría la recolección de información de vigilancia, siendo una herramienta de ayuda para el análisis, presentación y comunicación de la información epidemiológica, e inclusive para la toma de decisiones, tanto en el Ministerio de Salud como en la Caja Costarricense del Seguro Social.

El objetivo del proyecto es el de desarrollar e implementar un sistema de información automatizado que apoye las actividades de vigilancia de la salud, en el nivel local, regional y central, mediante la integración de bases de datos existentes, el diseño del sistema de información y el desarrollo de aplicaciones, utilizando las



diversas fuentes de datos. Cuenta con una aplicación local funcionando en su totalidad para los usuarios finales, que respondió a necesidades locales como la detección, la notificación y la investigación de eventos a vigilar. Permite apoyar

la toma de decisiones en el nivel local mediante el análisis de la información. Los reportes apoyan los procesos de la vigilancia según la aplicación y el nivel correspondiente.

## 6.2.6 Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil

### Logros

Dentro de los principales logros obtenidos por la Dirección durante el año 2002 se encuentran la publicación y divulgación del Manual de Normas Técnicas de ejecución de actividades para los establecimientos CEN y CINAI. Este documento servirá de guía para el quehacer diario del personal de cada uno de los establecimientos.

Se elaboró el documento preliminar de normas de inocuidad de alimentos, las cuales serán aplicadas en los establecimientos CEN y CINAI. Para la confección de este documento se contó con la participación del personal en Nutrición del Equipo Asesor Local de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil. Este manual cubre los aspectos de control de proveedores, higiene, manipulación y almacenamiento de alimentos para asegurar la entrega de alimentos inocuos a los beneficiarios.

Se elaboró, también, un documento preliminar de normas y procedimientos para el personal que conforma el Equipo Asesor Local de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil que permitirá guiar su quehacer.

Con el fin de mejorar la calidad de la evaluación del desarrollo, se diseñó y validó una escala ampliada para niños de 6 meses a menos de 7 años de edad, con el fin de aplicarla en los beneficiarios del programa. También se revisó y validó el Test de Lenguaje con el objetivo de que la valoración permita detectar aquellos que presenten alguna dificultad en el área de lenguaje y poder ejercer una intervención oportuna.

Se revisaron y actualizaron, además, los instrumentos que llenan los funcionarios de los establecimientos CEN y CINAI, con el objetivo de evitar duplicidades de in-

formación, agilizar la recolección de los datos y favorecer la toma de decisiones en ese nivel de atención.

Se logró fortalecer aún más el mantenimiento preventivo de equipo antropométrico (principalmente balanzas) de diferentes establecimientos del programa de las nueve regiones de salud, así como también de algunos centros educativos del Ministerio de Educación Pública.

Se brindó capacitación al personal de los establecimientos en aspectos de valoración de la agudeza visual y auditiva y en salud buco-dental, orientada a mejorar la calidad de la evaluación.

Con el fin de determinar cuáles han sido las fortalezas y debilidades que ha tenido el desarrollo de las actividades educativas dirigidas a padres, madres y comunidad en general en temas de nutrición, salud y desarrollo, se realizaron tres análisis FO-DA con personal de los diferentes niveles de gestión. Como producto de estos análisis se elaboró una propuesta de formar facilitadores de los procesos educativos grupales que funcionen de apoyo al personal.

Se implementó el proceso de adecuación de ambientes en Centros Demostrativos tanto con la metodología "Montesori" como con la de "Juego Trabajo" en 24 establecimientos, con el fin de mejorar la calidad de los servicios brindados a la población.

Se han desarrollado actividades educativas dirigidas al personal de los establecimientos CEN y CINAI ubicados en las regiones Chorotega, Pacífico Central, Huetar Atlántica y Brunca, sobre el tema de protección y conservación de los recursos marinos y costeros en coordinación con la Asociación de Educadores Marinos de Puntarenas. También se han desarrollado actividades educativas con los niños beneficiarios del servicio de atención integral, en relación con acciones de conser-

vacación del medio ambiente, entre ellas la separación de desechos sólidos reciclables y biodegradables, así como también la elaboración de abono orgánico con los desechos biodegradables generados en los servicios de alimentación de los CEN y CINAI.

Se planificó la capacitación de 65 maestras y técnicas de Atención Integral de la Región Central Norte y 10 funcionarios del Equipo Asesor Local de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil de la Región Central Occidente, con el propósito de formar agentes multiplicadores en el tema de educación física y recreación, en coordinación con el Instituto del Deporte y Recreación (ICODER).

En respuesta al convenio suscrito en el año 2001 entre Ministerio de Salud y DI-NADECO, se implementó el proceso de inducción y conformación de las Asociaciones Específicas Pro CEN CINAI en todas las regiones del país, se espera que dicho proceso concluya en el 2003.

Se logró obtener el financiamiento necesario para publicar el "Manual de Hidroponía Popular para Costa Rica", el cual será el primer manual de difusión masiva en el país sobre esta materia. Este manual se coeditará entre la Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, el Instituto de Desarrollo Agrario (PROINDER) y la Editorial de la Universidad Estatal a Distancia.

Durante el año 2002, el Programa Nacional de Nutrición atendió a un promedio de 83652 beneficiarios con las diferentes modalidades de alimentación complementaria, en los 680 Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI) distribuidos en todo el país.

Con la modalidad de comidas servidas se cubrió un promedio anual de 30740 beneficiarios, de los cuales el 92% eran ni-

ños y niñas de 6 meses a menos de 7 años de edad y el 8% restante eran mujeres gestantes o en periodo de lactancia. En relación con la modalidad de distribución de leche íntegra en polvo, se atendió un total de 46326 beneficiarios en promedio; el 88% fueron niños y niñas de 6 meses a menos de 7 años y el 12% mujeres gestantes o en periodo de lactancia. Por último, con la modalidad de distribución de alimentos a familias (DAF), se cubrió a 6586 personas lo que equivale a 2195 familias con niños desnutridos moderados o severos.

Con el servicio de atención integral, donde se ejecutan acciones de promoción del crecimiento y desarrollo, se atendieron un promedio de 16488 niños y niñas de dos a menos de 7 años de edad (cuadro 24).

El 82% de la población atendida con la modalidad de comidas servidas, el 95% de la población cubierta con leche íntegra en polvo y el 96% de la población atendida con DAF, tuvo un ingreso per cápita inferior a 25.000 colones mensuales durante el año 2002. En relación con la ocupación del jefe de hogar, el 76%, el 81% y el 72% de la población atendida con las modalidades de comidas servidas, distribución de leche íntegra en polvo y de DAF respectivamente, era personal no técnico o técnico no calificado. La escolaridad de la mayoría de las madres de los beneficiarios de las tres modalidades fue de tercer grado a secundaria incompleta. (cuadro 26)

Es importante resaltar que el 20%, el 18% y el 25% de las madres de los beneficiarios de las modalidades de comidas servidas, distribución de leche en polvo y de DAF, respectivamente, eran madres jefes de hogar (cuadro 26).

Del total de beneficiarios de comidas servidas, el 4% de los niños presentaron alguna discapacidad en el año 2002, el 13% proviene de hogares con presencia

de riesgo social y el 22% vive en condiciones de hacinamiento. Estos valores son más altos en los beneficiarios de distribución de leche íntegra en polvo y en los beneficiarios de DAF (cuadro 26).

El 24% y el 68% de los beneficiarios de comidas servidas y de distribución de leche íntegra en polvo respectivamente

presentó algún grado de desnutrición durante el año 2002 (cuadro 27). En cuanto a la evaluación del desarrollo se refiere, las áreas de lenguaje y cognoscitiva fueron las que presentaron mayor problema tanto en los beneficiarios de comidas servidas como en los beneficiarios de distribución de leche íntegra en polvo (cuadro 27).

**Cuadro No. 24**  
**Población Promedio atendida en el Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil según modalidad y grupo. Costa Rica 2002**

Grupo de Población	Comidas Servidas	Distribución de Leche en Polvo	Distribución de Alimentos a Familias (DAF)	Atención Integral
TOTAL	30740	46326	6586	16488
Niños(as)	28420	40914	4391	16488
Mujeres gestantes y lactantes	2297	5412	2195	-

Fuente: Datos Básicos de CEN-CINAI, Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, Ministerio de Salud, 2002

**Cuadro No. 25**  
**Población Promedio atendida en el Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil según modalidad y año. Costa Rica 2002**

AÑO	Comidas Servidas	Distribución de Leche en Polvo	Distribución de Alimentos a Familias (DAF)	Atención Integral
1999	26804	75140	5703	11054
2000	28420	71438	5090	12869
2001	28381	77459	5352	13506
2002	30740	46326	6586	16488

Fuente: Datos Básicos de CEN-CINAI, Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, Ministerio de Salud, 2002

**Cuadro No. 26**  
**Características de los Beneficiarios del Programa Nacional de Nutrición según modalidad de atención. Costa Rica 2002**

Característica	MODALIDAD					
	Comidas Servidas		Distribución de Leche en Polvo		Distribución de Alimentos a Familias (DAF)	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>INGRESO PER CÁPITA</b>	28084	100	42079	100	1428	100
< ¢25.000	22989	82	40011	95	1378	96
¢25.000 - < ¢37.500	2845	10	1009	2	37	3
> ¢37.500	2250	8	1059	3	13	1
<b>OCUPACIÓN DEL JEFE</b>	26874	100	39747	100	1418	100
Desocupado	1167	4	1931	5	101	7
Ama de casa	3265	12	5430	13	298	21
No técnico y técnico no calificado	20474	76	32077	81	1012	72
Técnico calificado	1246	5	287	1	2	0
Semiprofesional y profesional	722	3	22	0	0	0
<b>NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE</b>	26765	100	39793	100	1427	100
Menos de 3er grado	2690	10	7352	18	408	29
3er grado - secundaria incompleta	19995	75	31245	79	992	69
secundaria completa	2773	10	1095	3	26	2
parauniversitaria y universitaria	1307	5	1017	0	1	0
<b>MADRES JEFES DE HOGAR</b>	5152	20	7125	18	348	25
<b>NIÑOS CON DISCAPACIDAD</b>	27716	100	40073	100	1368	100
Sí	970	4	1132	3	109	8
No	26746	96	38941	97	1259	92
<b>RIESGO SOCIAL</b>	27667	100	40463	100	1427	100
Sí	3678	13	5853	15	343	24
No	23989	87	34610	85	1084	76
<b>HACINAMIENTO</b>	28153	100	40361	100	1398	100
Sí	6152	22	12454	31	637	46
No	22001	78	27907	69	761	54
<b>NACIONALIDAD</b>	28792	100	42405	100	1464	100
Costarricense	27767	96	40843	96	1401	96
Extranjero	1025	4	1562	4	63	4

Fuente: Datos Básicos de CEN-CINAI, Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, Ministerio de Salud, 2002

**Cuadro No. 27**  
**Estado Nutricional (según indicador peso / edad) de los Beneficiarios del Programa Nacional de Nutrición según modalidad de atención. Costa Rica 2002**

Estado Nutricional	MODALIDAD			
	Comidas Servidas		Leche Integra en Polvo	
	No.	%	No.	%
Sobrepeso	995	4	44	0
Normal	19875	72	11251	32
Desnutrido Leve	5739	21	20009	57
Desnutrido Moderado	880	3	3644	10
Desnutrido Severo	30	0	232	1
<b>TOTAL</b>	<b>27519</b>	<b>100</b>	<b>35180</b>	<b>100</b>

FUENTE: Informe semestral de estado nutricional y evaluación de desarrollo de los niños. Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, Ministerio de Salud, 2002

**Cuadro No. 28**  
**Situación de Desarrollo de Niños Beneficiarios del**  
**Programa Nacional de Nutrición según**  
**Área y Modalidad de Atención. Costa Rica 2002**

Estado Nutricional	MODALIDAD			
	Comidas Servidas		Leche Integra en Polvo	
	No.	%	No.	%
<b>MOTORA GRUESA</b>	22835	100	12459	100
Superior	6018	26	1698	14
Adecuado	15813	70	9726	78
Bajo	1004	4	1035	8
<b>MOTORA FINA</b>	22834	100	12459	100
Superior	5068	22	1594	13
Adecuado	16368	72	9508	76
Bajo	1398	6	1357	11
<b>LENGUAJE</b>	22773	100	12451	100
Superior	4090	18	1198	10
Adecuado	15826	69	9110	73
Bajo	2857	13	2143	17
<b>SOCIO-AFECTIVA</b>	22837	100	12464	100
Superior	5689	25	2087	17
Adecuado	15676	69	9061	73
Bajo	1472	6	1316	10
<b>COGNOSCITIVA</b>	22834	100	12461	100
Superior	3470	15	1417	11
Adecuado	15643	69	8777	70
Bajo	3721	16	2267	19
<b>HÁBITOS</b>	22871	100	12452	100
Superior	5605	25	2243	18
Adecuado	15714	68	8632	69
Bajo	1552	7	1577	13

FUENTE: Informe semestral de estado nutricional y evaluación de desarrollo de los niños. Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, Ministerio de Salud, 2002

## 6.2.7 Dirección Servicios de Salud

### Habilitaciones

Se elaboraron 19 normas y se publicaron 8 en el Diario Oficial La Gaceta. Se han definido 37 normas pendientes de elaborar de las que se tiene un 25 % de avance en su confección. Se elaboraron los procesos de trabajo para la Habilitación de establecimientos tipo A, B1 y B2 y los correspondientes diagramas de flujo en el marco de la Ley 8220. Se evaluaron 34 (100%) establecimientos tipo A. Se brindó asesoría técnica para la habilitación de 59 establecimientos tipo, a equipos de trabajo regionales y locales, dando como resultado el 100% de respuesta a las solicitudes. Se obtuvo la publicación del Reglamento General para la Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines, mediante Decreto No.30571-S. Se recibieron 19 denuncias y se da seguimiento a 20 del año 2001, lo que permite mejorar la calidad de atención en los servicios.

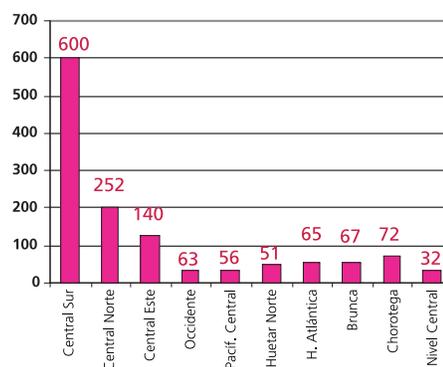
A nivel nacional, la desconcentración de la Habilitación tipo B1 y B2 a las Áreas rectoras de salud, ha permitido certificar a 1169 diferentes tipos de establecimientos. Entre ellos se cuentan 2 hospitales privados; 101 consultorios médicos; 130 farmacias; 68 laboratorios químico clínicos; 86 sedes de EBAIS; 18 ambulancias; 271 Centros de atención integral al niño/a y 167 Hogares comunitarios.

### Habilitación en odontología

El registro nacional actualizado es de 1415 establecimientos, para los cuales se elaboraron las normas con estándares básicos. Se cuenta con 1.211 clínicas dentales fijas privadas, 871 habilitadas, esto da un 72% que trabajan a derecho, con un promedio de dos visitas por establecimiento para lograrlo. El 28% restante con deficiencias en planta física y equipo (autoclave). Hay 171 clínicas den-

tales públicas, 17 habilitadas para un 10% trabajando a derecho, el 90% restante está por debajo de la definición de piso básico que establece el Ministerio de Salud. En este momento se están elaborando 6 normas para 6 establecimientos tipo de odontología.

Gráfico N° 48  
Registro Nacional de Establecimientos Odontológicos por Región de Salud.  
Costa Rica Noviembre 2002



Fuente: Regiones de Salud y Nivel Central.

### Habilitación de establecimientos de atención integral a la persona adulta mayor

De los centros evaluados en este periodo el 26% (40) tuvo una habilitación completa en tanto que el 74.2% fue provisional. (Cuadro 28)

Cuadro No. 29  
Tipo de Establecimientos de Atención al Adulto Mayor según condición de habilitación. 2002

Tipo	Habilitación					
	Provisional		Completa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hogar albergue	87	56,1	24	15	111	72
Centro Diurno	28	18,1	16	10	44	28
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>74,2</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

Fuente: U. Habilitación, DSS.

### Evaluación de la Atención Integral del Primer Nivel

La evaluación de establecimientos de salud se realiza a través de encuestas en las que se establece una lista de requisitos mínimos que todos los servicios de ese nivel de complejidad deben cumplir para brindar una atención con calidad.

La lista de requisitos por área temática con su peso predeterminado en la evaluación es la siguiente: Planta física (6.8%), Recursos Materiales (12.8%), Recursos Humanos (11%), Normas y Procedimientos (18.3%), Programación y Administración (23.7%), Suministros

(5.5%), Educación para la Salud (12.8%), y Participación Social (9.1%). La valoración por área se ejecuta a través de juicio de expertos que asignan un puntaje por área e ítem evaluado para totalizar el cumplimiento del establecimiento y los puntos críticos a mejorar.

Como se demuestra en el cuadro 30, en el año 2002 se evaluaron 283 sedes de EBAIS para una cobertura de un 41%, a nivel nacional, siendo la Región Chorotega la que obtuvo un mayor porcentaje de cobertura (82.9%), seguida por la Huetar Norte (75%), y las de menor cobertura la Huetar Atlántica (10%), y la Central Occidente (7.3%).

**Cuadro No. 30**  
**Cobertura de la Evaluación de la Atención Integral del I Nivel, según Regiones de Salud. Costa Rica 2002**

Región de Salud	EBAIS		% Cobertura
	Existentes	Evaluados Reportados	
TOTAL	690	283	41%
Central Norte	125	68	54%
Central Sur	150	23	15,33%
Central Occidente	41	3	7,3%
Central Este	83	28	33,7 %
Chorotega	82	68	82,9%
Brunca	53	12	22,6 %
Pacífico Central	65	43	66,1 %
Huetar Atlántica	80	8	10 %
Huetar Norte	40	30	75 %

Fuente: Direcciones Regionales MS.

En el cuadro 31 se presentan los resultados generales de la evaluación de sedes de EBAIS por rubro, en general se nota un leve aumento en el cumplimiento de los estándares a nivel nacional, Al analizar por rubro, los Recursos Humanos han presentado valores críticos, por debajo del 70% de cumplimiento, en los años

2000-2001, y aumentó levemente en el 2002

Otros indicadores de tipo estructural, como los Suministros, descendieron levemente de 91% en el 2001 a 88.5% en el 2002. Los Recursos materiales mejoraron, al pasar de 87% en el 2000 a 94%



en el 2002, y las condiciones de Planta Física mejoran importantemente, al alcanzar en el último año un 86% de cumplimiento de los estándares y elevando

su calificación en 12 puntos porcentuales, con respecto a los estándares del año 2000 (74).

**Cuadro No. 31**  
**Resultados de la Evaluación de la Atención Integral del I Nivel, según rubro, promedio nacional**

Tipo	2000	2001	2002 *
I Planta Física	74	82	86,3
II Recursos Materiales	87	93	94,3
III Recursos Humanos	61	69	72,7
IV Normas y Procedimientos	66	73	78
V Programa y Administrac.	77	82	77,8
VI Suministros	83	91	88,5
VII Educ. para la Salud	81	86	91,3
VIII Prom. Partic.	57	62	64,9
<b>Promedios</b>	<b>73,3</b>	<b>79,8</b>	<b>81,7</b>

Fuente: Direcciones Regionales MS.

\* Sin información de las regiones Central Occidente, Huetar Atlántica y Pacífico Central

En cuanto a normas y procedimientos, que evalúan el proceso de atención, se pasa de 73% a 78%. Los rubros de Programación y Administración, Educación para la Salud, y el de Promoción y Participación Social en Salud valoran especialmente indicadores de proceso, y el primero resulta fundamental para la organización del servicio.

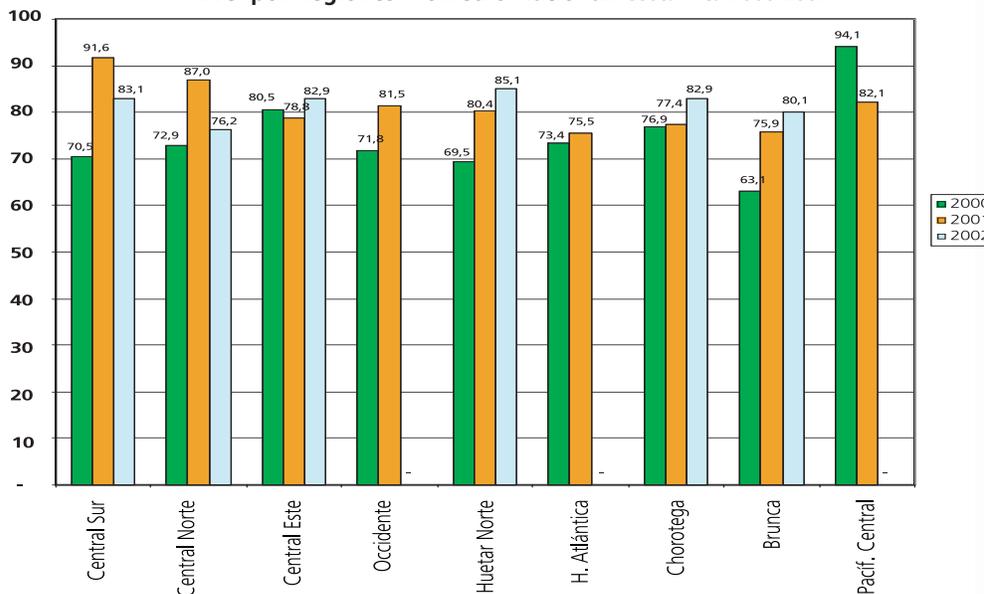
El rubro de Programación y Administración ha mantenido un porcentaje de cumplimiento de los estándares desde el 2000, conservando un modesto nivel de apenas aceptable, 78% en el 2002. En Educación para la Salud hubo un incremento sustancial de 86 % a 91.3%. Pero un rubro que continúa siendo crítico, a pesar de un aumento leve por año, es el de Promoción y Participación Social en Salud, que en el 2000 era de 57%, 2001 de 62% y para el 2002 de 64.9%.

En el gráfico N° 49 podemos ver el cumplimiento global por regiones; de seis regiones que enviaron la información, cuatro de ellas tuvieron un incremento de sus cumplimientos promedio, y las regiones Central Norte y Central Sur descendieron.

### **Eventos y/o Enfermedades Trazadoras**

Esta metodología se describe como un análisis del proceso y resultado de la atención en servicios y sistemas de salud. El concepto central de la metodología es que para conocer la calidad de la atención, basta con evaluar algunos problemas específicos, frecuentes y discretos, pues los defectos y virtudes de los modelos de atención que determinan la calidad de atención, se reproducen en diferentes instancias y en la atención de diferentes patologías o programas.

Gráfico N° 49  
Resultados de la Evaluación de la Atención Integral en el  
I Nivel por Regiones Promedio Nacional. Costa Rica 2000-2002



Fuente: Direcciones Regionales, Ministerio de Salud.

El proceso de atención de la trazadora de Cáncer de Cérvix, está normado mediante el decreto N° 28791-S del 25 de agosto del año 2000, y este es la base sobre la cual la Dirección de Servicios de Salud construye los instrumentos de recolección de la información, que consisten de cuatro plantillas a aplicar en diferentes momentos y circunstancias como se detalla a continuación:

**Plantilla 1.** Se aplica a usuarias post-consulta y recoge información referente a historial de citologías, educación, resultados de los exámenes previos, atención integral y satisfacción de usuarias. Se toman 30 encuestas en cada sector.

**Plantilla 2.** Se basa en la revisión de expedientes clínicos de mujeres mayores de 15 años. Se revisan 30 expedientes de mujeres mayores de 15 años en cada sector.

**Plantilla 3.** Se basa en una entrevista CAP al personal de salud.

**Plantilla 4.** Evalúa el registro de coberturas y seguimiento de los resultados de las citologías. Se aplica un instrumento por sector, al personal encargado.

Se describen a continuación los resultados más relevantes de la aplicación de esta trazadora en la región Huetar Norte: En general se escogieron dos sectores por área de la C.C.S.S., uno rural y otro urbano, lo que implica que se evaluaron un total de 16 EBAIS, obteniéndose 480 formularios de la plantilla 1, 482 formularios de la plantilla 2, 16 formularios de la plantilla 3 y 16 formularios de la plantilla 4, aplicados todos por personal de las 6 áreas rectoras.

### Resultados Generales

El manejo local de las coberturas no es del conocimiento de los equipos locales, pues sólo en 4 de los 16 sectores evaluados llevaban la tarjeta índice o un registro local para identificar coberturas del PAP, tanto en forma general como por

**Cuadro No. 32**  
**Hospitales Públicos de la CCSS Comparación de**  
**Resultados por servicio en tres evaluaciones.**  
**Cifras en porcentajes. 1997-2001**

Servicio	EVALUACION				
	I	II	Incremento	III	Incremento
	Cumplimiento			Cump.	
Obst. y Atención al RN	54,9	61,1	6,2	60,6	-0,5
Cirugía		41,1		50,2	9,1
Medicina		39,6		48,3	8,7
Ginecología		41,5		50,8	9,3
Pediatría		56,0		56,1	0,1
Emergencias	62,8	67,9	5,1	78,0	10,1
Anestesiología	59,0	61,0	2,0	69,5	8,5
Farmacia	64,4	66,1	1,7	77,2	11,1
Enfermería	64,1	76,0	11,9	85,0	9,0
Dx Imágenes	59,7	69,6	9,9	65,3	-4,3
Lab. Clínico	71,1	76,2	5,1	73,1	-3,1
Esterilización	76,8	80,0	3,2	84,8	4,8
Nutrición	49,9	54,7	4,8	47,0	-7,7
T. Social	79,4	82,5	3,1	88,4	5,9
Inf. Intrahosp.	45,4	76,5	31,1	65,8	-10,7
Dirección		83,3		92,4	9,1
Administración	70,9	76,5	5,6	77,4	0,9
REMES	66,3	73,3	7,0	74,4	1,1
Calidad	25,9	49,6	23,7	41,3	-8,4
Seg. Hig. Laboral	23,3	34,1	10,8	27,6	-6,5
Lavandería y - Ropería	61,1	66,3	5,2	64,9	-1,4
Doc. Edilicia	25,6	28,0	2,4	20,7	-7,4
<b>TOTAL</b>	<b>56,8</b>	<b>59,8</b>	<b>3,0</b>	<b>61,1</b>	<b>1,3</b>

Fuente: Unidad de Acreditación, Dirección de Servicios de Salud. Ministerio de Salud. 2001.

grupos de edad. La captación en el programa es de un 86% de las mujeres postconsulta; se evidencia que la periodicidad de la toma excede el periodo normado de una vez cada 2 años, pues un 40% se le realiza cada año, por lo que los recursos eventualmente se están destinando a pacientes de bajo riesgo. Se evidenció que los resultados se entregaron a la usuaria antes de los tres meses, pero hay un inadecuado seguimiento de los casos, pues en sólo 3 de los 12 sectores evaluados se tenía información de registro para poder dar seguimiento a las pacientes. Otro punto crítico es el conocimiento de las usuarias sobre el PAP, que no supera el 50 % de las usuarias entrevistadas; tampoco se cumple con la atención integral en las consultas .

### Acreditación

La Acreditación de Establecimientos de Salud se inicia en 1995. Este es un proceso voluntario de evaluación externa que incluye estándares de estructura y proceso dirigidos al mejoramiento continuo de la calidad de atención.

Los resultados señalan una línea base de partida y demuestran la capacidad nacional de cuantificar los avances y comparaciones entre establecimientos, a lo largo del tiempo.

### Hospitales

En el cuadro 32 se compara los resultados de la I y III evaluación en los hospitales públicos y privados del país.

Entre la I y II evaluación, los hospitales mejoraron, en promedio, un 3,0%.

Las áreas con mayor incremento fueron: Infecciones Intrahospitalarias (31,1%), Mejoramiento Continuo de la Calidad (23,7%), Farmacia (11,9%) y Seguridad e Higiene Laboral (10,8%). Los resultados de la tercera evaluación difieren y muestran disminución en el cumplimiento de los estándares en diez áreas. Aún así, algunas áreas mejoraron más: Emergencias y Farmacia (más del 10%). En promedio, en la tercera evaluación, se logró un incremento del 1,3%.

Si se desglosan los resultados por tipo de hospital (nacionales, regionales y periféricos), el incremento obtenido entre la I y la II evaluación, se produjo fundamentalmente por el aporte de los hospitales periféricos, a diferencia de lo encontrado entre la segunda y tercera evaluación.

### Hospitales Nacionales

El resultado entre la I y II evaluación fue una disminución de un 0,9% y entre la II y III evaluación, como promedio, hay un incremento en el cumplimiento de los estándares de un 7,0%.

Solamente dos áreas se encuentran por debajo del 50% de cumplimiento de los estándares: Seguridad e Higiene Laboral y Documentación Edilicia.

### Hospitales Regionales

En promedio, entre la I y II evaluación, mejoran en un 1,5% y entre la II y III evaluación, en un 2,0%.

A diferencia de los hospitales nacionales, seis de las áreas evaluadas están por debajo del 50% de cumplimiento.

### Hospitales Periféricos

Los hospitales periféricos mostraron en la III evaluación una mayor disminución en el cumplimiento de estándares. Ocho de las 22 áreas evaluadas no cumplen ni siquiera con el 50% de los estándares.

### Niveles de Riesgo

Para la III evaluación, los estándares para la acreditación de hospitales se clasificaron en cuatro diferentes niveles (0, 1, 2,

**Cuadro No. 33**  
**Establecimientos de Atención al Adulto Mayor**  
**según condición de acreditación.**  
Costa Rica 2002

Adulto Mayor	No.	%	Tipo	No.	Tipo de Acreditación			
					1	2	3	4
Hogares Albergue	108	69,7	Mixto	80	49	11	1	19
			Privado	28	21	1	0	6
Centros Diurnos	47	30,3	Mixto	45	25	3	0	17
			Privado	2	0	0	0	2
Total General	155	100	Total	155	95	15	1	44
			%	100	61,3	9,7	0,6	28,4

Fuente: Unidad de Acreditación, DSS.

3). Estos responden al riesgo que implica para la seguridad del usuario/a. El Nivel 0 es el de mayor riesgo para el/la usuario/a y el Nivel 3 es el de menor riesgo.

El establecimiento logra la acreditación si cumple el 100% de los estándares del Nivel 0 (máximo riesgo), 90% de los del Nivel 1, 80% de los del Nivel 2 y 70% del Nivel 3.

En promedio, los hospitales públicos cumplen el 60,73% de los estándares de mayor riesgo para el paciente (Nivel 0). Los hospitales nacionales están por encima de los hospitales públicos (77,36%), los regionales están muy cercanos a los hospitales públicos (63,08%) y los periféricos se encuentran por debajo de los públicos (53,6%).

Los hospitales privados cumplen con un 71,63% de los estándares de mayor riesgo (Nivel 0) y un 82,04% de los de menor riesgo.

### **Servicios Odontológicos**

La acreditación de establecimientos odontológicos comenzó en septiembre de 1996. En ese momento, 61 establecimientos iniciaron el proceso. Actualmente ocho establecimientos están Acreditados, entre estas, 6 clínicas odontológicas privadas y dos Públicas: la Clínica Dental del Hospital de los Chiles y la de la Clínica Moreno Cañas.

### **Adulto Mayor**

La acreditación de los establecimientos de atención al adulto mayor se realiza según el nivel de riesgo de los estándares.

El cuadro 33 nos muestra los resultados obtenidos hasta el año 2002.

La posibilidad de acceder a recursos públicos de estos establecimientos está condicionada por la obtención de la acreditación.

Por otro lado, de 1998 al 2002 se atendieron un total de 52 denuncias sobre 98 diferentes tipos de abuso, relacionados con la atención recibida por el adulto mayor, en 52 centros de atención integral para personas adultas mayores. De estos tipos de abuso 39 corresponden a una mala atención en general, 26 a abuso por negligencia, 13 por abuso emocional, 2 por abuso físico, 2 por abuso patrimonial y 16 corresponden a "otras". Con respecto a los abusos por negligencia, emocional, físico y patrimonial, se orientó a los interesados para que presentaran las denuncias ante el Ministerio Público y/o en la Alcaldía más cercana, según sea el caso. En relación a la "mala atención y negligencia en general", la Institución está aplicando las normas respectivas de acreditación y llevando un control regular, con el fin de que estos establecimiento corrijan las deficiencias.

### **Cuidados Paliativos**

De un total de 20 establecimientos de cuidado paliativos evaluados se han acreditado 11 y a 9 se les ha denegado la acreditación.

### **Consejo Nacional de Atención Integral**

El Consejo de Atención Integral (CAI) fue creado con la publicación de la Ley General de Centros de Atención Integral en el año 2000 (No. 8017) y su objetivo es autorizar, supervisar, fiscalizar y coordinar el adecuado funcionamiento de las modalidades de atención integral de las personas menores de doce años.

La Dirección de Servicios de Salud funge como la Secretaría Ejecutiva de dicho Consejo.

En total, se han evaluado 427 establecimientos durante el 2002, de los cuales 54 están pendientes. El gráfico anterior muestra los resultados obtenidos de los 427 restantes.

## Mortalidad infantil

En el periodo comprendido entre 1990 y el 2002 la Tasa de Mortalidad Infantil ha disminuido en 4,15 puntos en términos relativos y han descendido, en forma absoluta, las defunciones de menores de un año, de 1250 a 793 en el mismo periodo. El 2002 es el año que históricamente ha registrado menos defunciones infantiles en todo el periodo.

Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil, del 2001 al 2002, registra un aumento no significativo, que se explica por una disminución importante de 5287 nacimientos entre el 2001 al 2002.

Al analizar los nacimientos, defunciones de menores de un año y las tasas, para los trienios comprendidos entre 1979 al 2002, se observan dos trienios, el de 1988 a 1990 y el comprendido entre el 2000-2002, con las mayores reducciones registradas, de -3,17 puntos y de -2,15 puntos respectivamente. Es importante señalar que lo común que comparten esos dos periodos, fueron las intervenciones del Plan de Supervivencia Infantil (1986-1990) y las del Plan Nacional de Prevención de la Mortalidad Infantil en el periodo 1999-2002.

## Composición de la mortalidad infantil por grupos de edad al morir.

En el periodo comprendido entre el año 2000 y el 2002, la distribución de las edades al morir de los menores de un año, mantienen una proporción semejante. Aproximadamente un 30% se registra durante las primeras 23 horas de vida, un 52% antes de los primeros 7 días y un 31% después de los 29 días de edad y hasta antes de cumplir el primer año de vida.

En el periodo 1987-2002, la Tasa de Mortalidad Infantil ha descendido en 6.29 puntos, de los cuales 3,8 correspon-

den al periodo postneonatal y 2,4 al periodo neonatal. En los años 2001 y 2002 se registran aumentos en las tasas de mortalidad infantil y en los componentes neonatal y postneonatal de la misma; contribuyendo el componente neonatal en mayor cuantía al aumento de la tasa de mortalidad infantil.

Lo anterior confirma que si se quiere mantener esta tasa en descenso, será necesario intervenir con mayor fuerza en los determinantes neonatales de la misma.

## Distribución geográfica de la mortalidad infantil

Las tasas más altas en el trienio 2000-2002, corresponden a las provincias de Limón, Puntarenas y San José, con tasas de 12,36; 12 y 11,3 por mil respectivamente.

Según grado de urbanización para los años 2001 y 2002, las áreas geográficas con tasas más altas corresponden a la Urbana de la Bajura y al Área Metropolitana. Para el trienio 2000-2002, el Área Urbana Metropolitana presenta la tasa más alta (11,49), en segundo lugar se encuentra el Área Urbana de la Bajura(11,33), y en tercer lugar el Área Rural de la Bajura(11,09).

El Área Urbana Metropolitana ha venido incrementando su participación en la mortalidad infantil; en 1998 la tasa se ubicaba en 10,97 y actualmente es de 11,49, con el valor más alto para el trienio 2000-2002.

Al estudiar la distribución de la Mortalidad Infantil por regiones de planificación de MIDEPLAN, las regiones que presentan una tasa mayor de 12 por mil n.v., son las de San José con 12,21 por mil n.v; la Huetar Atlántica con 12,84, y en primer lugar la Chorotega con 12,98. En esta última región los cantones de Upala

y La Cruz son los que elevan el promedio regional. Se debe anotar que estos son los cantones con valores más bajos de cobertura de la seguridad social en el país.

### **Características de la natalidad y la mortalidad infantil**

El Ministerio de Planificación, con base en el Censo del 2000, construyó el Índice de Rezago Social (IRS), que identifica los hogares con 2 o más Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Al estudiar los cantones agrupados por cuartiles del IRS, se observa que a mayor grado de necesidades básicas insatisfechas, mayor es la tasa de natalidad, y que el cuarto cuartil de menor desarrollo concentra también los mayores riesgos para la mortalidad infantil.

A nivel nacional, en promedio, el 20,4% de los nacimientos corresponden a madres adolescentes menores de 20 años. Esta proporción se eleva al 26,9% en Limón, al 25,1% en Puntarenas y al 22,9% en Guanacaste.

El 17% de las madres son extranjeras y de ellas el 15% son de nacionalidad nicaragüense.

Al analizar los riesgos de muerte por nacionalidad materna se observa que son las madres costarricenses las que presentan las tasas más elevadas (11,15) y a las extranjeras corresponden tasas menores de 9 por mil nacimientos vivos.

### **Causas de la mortalidad infantil**

La principal causa de muerte en la mortalidad infantil del país, corresponde a las afecciones originadas en el periodo perinatal, que concentra el 51% del total de

defunciones de menores de un año en el 2002. Las malformaciones congénitas se atribuyen el 30% de las mismas en ese mismo año; el 8% son causadas por enfermedades respiratorias y el 2,5% por enfermedades infecciosas y parasitarias.

En las afecciones perinatales, los trastornos asociados a la duración corta de la gestación (prematuridad) es la causa simple que reporta el mayor aumento en la tasa, seguida por otras causas del periodo perinatal, lo que conduce a que sean las afecciones asociadas al periodo perinatal, la gran causa de la mortalidad infantil, que registra el mayor incremento entre el 2000 y 2002.

En todos los periodos de la vida infantil, las causas menos prevenibles (Perinatales y congénitas) constituyen un peso importante en su estructura y las tradicionalmente consideradas como prevenibles como las diarreas y las infecciones respiratorias agudas concentran solamente 40 defunciones infantiles, que representan el 5% del total de defunciones.

Al analizar estas grandes causas de muerte en el primer año de vida, según su distribución por provincias para el año 2002, las provincias de Puntarenas y Limón concentran los mayores riesgos para las Causas perinatales y la de Puntarenas para las Malformaciones congénitas.

### **Lugar de defunción**

En los Hospitales Nacionales se tiene una tasa promedio de 8 por mil n.v, estando por encima del promedio el H. Calderón Guardia con 10,1 por mil n.v. ( Hospital de referencia en Perinatología); por debajo el H. de las Mujeres con 6,4 y el H. San Juan de Dios con 7,1.

En los Hospitales Regionales la tasa promedio de mortalidad infantil es de 5,1 por mil n.v..En ese grupo corresponden las tasas más altas a los hospitales de San Carlos (6,5) y Limón (9,1).

En los Hospitales Periféricos, las tasas más altas en relación con el promedio del grupo de 3,5 por mil n.v., corresponden a los hospitales de Heredia (6,8); La Anexión (8), Upala (6) y Golfito (6,2).. Estos hospitales además, superan los valores promedios de las tasas específicas de mortalidad infantil de los H. Regionales.

Principales Problemas en la Calidad de Atención Identificados en los Análisis de la Mortalidad Infantil

- Captación tardía de la embarazada y falta de seguimiento a embarazadas

alto riesgo.

- Baja cobertura de control prenatal con criterios de calidad.
- Baja captación de familias de riesgo.
- Baja captación y pobre seguimiento de mujeres en riesgo reproductivo.
- Baja captación de niños con bajo peso al nacer y desnutridos.
- Deficiente coordinación entre primer y segundo nivel.
- Población indocumentada.
- Población no asegurada.

## 6.2.8 Dirección Asesoría Legal

### Logros

Le ha correspondido a la Dirección de Asuntos Jurídicos atender y resolver durante el último año, alrededor de 730 Reclamos Administrativos, 502 Recursos de Apelación, 75 Incidentes de Suspensión de Actos Administrativos, y 195 Recursos de Amparo, 15 Órganos Directores de Procedimiento, y consultas sobre aspectos legales vía telefónica, en forma personal y por escrito se atendieron en promedio 30.000.

En el marco del proceso de reforma institucional, y del fortalecimiento de sus organismos adscritos, la Dirección participó en la emisión de diversos decretos y, en la Asamblea Legislativa, tramitó varias leyes.

En el capítulo referido a “Leyes y decretos aprobados y/o en trámite” se podrá ver en detalle la participación en este campo.

### Dirección Administrativa

#### Logros

Se elaboraron ocho manuales de Normas y Procedimientos para la Unidad de Recursos Financieros, programados para el 2002; así como 10 manuales que estaban pendientes del año 2001, todo ello orientado hacia el mejoramiento del flujo de los recursos financieros-contables en los 3 niveles de gestión. También se ejecutaron desconcentraciones presupuestarias al nivel local, por un monto de ₡75.645.000,00, dirigidas a la asignación de partidas presupuestarias a las 89 Áreas Rectoras de Salud, y por ₡548.593.555,00 hacia las regiones del Ministerio de Salud para utilizarlos en la compra de Materiales y Suministros; así como Servicios Personales; y se consolidó

el Fideicomiso No. 872 con el Banco Nacional de Costa Rica; el cual permitirá poner en ejecución la suma de ₡505.472.000,00 a partir de enero del 2003. A la vez se remodeló la siguiente infraestructura:

- Oficinas de la Plataforma de Servicios de la Dirección Administrativa
- Oficinas del Archivo Central y Centro de Documentación
- Oficinas de la Tesorería General
- Salas del Centro de Convenciones del Ministerio de Salud
- Ventanilla Única de la Dirección de Protección al Ambiente Humano
- Oficinas de la Dirección de la Región Huetar Atlántica

Asimismo, se realizaron remodelaciones eléctricas en la Dirección de Protección al Ambiente Humano y en la sede de la Dirección de la Región Huetar Atlántica; se instaló el sistema de aire acondicionado en la Dirección de la Región Huetar Atlántica; se adquirieron los terrenos de las Direcciones de la Regiones Huetar Norte y Central Norte; se concluyó en forma exitosa el Plan de Capacitación 2002; se capacitaron 465 funcionarios en diversos temas de necesidad institucional; y se implementaron las normas de aplicación relacionadas al contenido de las Resoluciones DG-100-01 y DG-153-01, lo cual normalizó la situación ocupacional de 2941 funcionarios del Ministerio de Salud en propiedad.

Por último, se logró resolver el Concurso No. 06-01, el cual permitió seleccionar 34 Directores de Área, 106 Técnicos de la Salud 1 y 19 Inspectores de Salud 1, mediante resolución de nóminas.

## 6.3 Logros del Nivel Regional

### 6.3.1 Región Central Norte

#### Logros

##### Dirección y Conducción

Se reforzó el proceso de planificación estratégica, lograndose la coordinación e involucramiento de actores sociales en la identificación y análisis de necesidades en salud, y sus correspondientes soluciones. También se reforzó las alianzas estratégicas y los mecanismos de que promueven la concertación y negociación en todas las instancias del nivel regional y local.

Los Planes en Salud estratégicos y operativos, y las correspondientes evaluaciones, han facilitado el cumplimiento de las metas y la identificación de las limitaciones que obstaculizan el consecución de las actividades.

##### Regulación del Desarrollo de la Salud.

Se alcanzaron las metas habilitación de establecimientos de salud y fines, así como las visitas con solicitud presentada..

En estos procesos es importante rescatar la participación de los actores sociales claves, tanto públicos como privados, en la consecución de estos resultados..

Con respecto al análisis de la mortalidad infantil, se logró el fortalecimiento del proceso de planificación de las Comisiones de Análisis de la Mortalidad Infantil. Dichas comisiones, elaboraron sus planes cuatrienales 2003-2006, con base en los puntos críticos que identificaron, y en los lineamientos de los planes regional y nacional para ese periodo. Persisten limitantes, como el reporte tardío de casos y autopsias por los hospitales nacionales,

incumplimiento de la normativa vigente, y limitaciones presupuestarias para la capacitación. Además, la labor de las comisiones de análisis de la mortalidad materno-infantil permitió identificar y denunciar situaciones en que no se respetaron los derechos de las embarazadas y de los niños y niñas menores de un año. Con relación a la Comisión de Mortalidad Materna, los procesos de análisis de las muertes materno – infantiles están incluidos como parte de los compromisos de gestión de la Caja Costarricense de Seguro Social lo que ha facilitado la participación de esta Institución en el proceso.

##### Vigilancia de la Salud

Se logró el control y el seguimiento de los Eventos de Notificación Obligatoria; se mantuvo el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se tomaron las medidas preventivas y correctivas. Se analizaron las coberturas del programa de inmunización, en forma mensual retroalimentando a las áreas y solicitando planes de intervención en los cantones con bajas coberturas, lo que permitió que a nivel regional se alcanzaron coberturas superiores al 90%, para todos los biológicos, en menores de 1 año y con SRP en niños de 1 año.

Se ha logrado el control de la malaria, por medio del trabajo integrado de manejo del ambiente, el vector y la enfermedad. Lo anterior ha permitido el descenso progresivo de los casos de Malaria. En el año 2002 sólo se dieron 15 casos. Para reforzar las acciones de Vigilancia Epidemiológica, se inició la capacitación de pequeños agricultores, en el marco del proyecto PLAGSALUD. Lo anterior contribuyó al mejoramiento del reporte y la investigación de las intoxicaciones causadas por plaguicidas y disminuir los riesgos laborales.

En la parte de investigación se inició con un estudio para determinar y confirmar si existió un efecto de conglomerado en el cáncer, en el distrito de Tacares de Grecia. Además, se iniciaron coordinaciones con diferentes instituciones para realizar en el 2003 una investigación sobre contaminantes cancerígenos. Otro logro importante fue la consolidación de las comisiones interinstitucionales de Vigilancia de la Salud, en el nivel regional y local.

### **Promoción de la Salud**

Las estrategias de Promoción de la Salud como son el Proyecto C.A.R.M.E.N., Empresas Saludables, Escuelas Promotoras y Saludables, Cantones Activos Saludables, así como el desarrollo de acciones de educación para la prevención y atención de la violencia intra familiar y el desarrollo del Plan Vida Nueva, han permitido el involucramiento de los diferentes actores sociales en todas las acciones relacionadas con los procesos de participación social que conllevan a la conservación y protección de la salud de la población.

### **Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano**

La atención, monitoreo y control de los establecimientos que utilizan agroquímicos, de edificaciones, de los acueductos y abastecimiento del agua de consumo humano, los vertidos de aguas industriales, así como el seguimiento a establecimientos alimentarios, granjas avícolas, porcinas, e inspecciones a empresas bananeras, viveros y piñeros, han generado impactos positivos en la calidad del ambiente y, por ende, en la calidad de vida de la región.

### **Alimentación y Nutrición**

Para el año 2002, el programa de CEN-CINAI logró servir 2460 comidas a niños y niñas menores de 7 años. Además se sirvieron 137 comidas para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, ubicados bajo línea de pobreza.

Se desarrollaron 10436 evaluaciones de crecimiento y 6951 en desarrollo en niños y niñas de los CEN-CINAI.

En 50 CEN-CINAI, se están ejecutando acciones enfocadas a la actividad física y la recreación.

### **Nueva Vida**

La Región Central Norte, está desarrollando proyectos específicos, los cuales se describen a continuación: En el cantón central de Alajuela y cantón de Sarapiquí se inició en el mes de octubre el desarrollo del Plan Nueva Vida, como estrategia gubernamental para la disminución de la pobreza. Se participó en la elaboración del diagnóstico de las comunidades seleccionadas y en la formulación del plan de acción por ejecutar.

En el cantón de Sarapiquí, se está ejecutando el Proyecto Protección de la Lapa Verde.

En el programa CEN-CINAI, en los cantones de Heredia, Belén, Poás, Atenas, Grecia y el distrito de San Rafael de Alajuela, se están realizando los siguientes proyectos: Integración de los componentes de alimentación saludable, actividad física y habilidades para la vida, dirigidos a niños y usuarias. En los cantones de Alajuela y Sarapiquí se está efectuando el proyecto Atención Integral en Cantones Prioritarios para el Plan Vida Nueva. En Belén el proyecto Derechos Humanos y Educación para la Paz



## LOGROS REGIÓN CENTRAL NORTE. AÑO 2002

ACCIONES ESTRATÉGICAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
Atención de solicitudes por denuncias sónicas.	198
Resolución de denuncias sónicas.	198
Atención de solicitudes por denuncias físico-sanitarias.	7675
Resolución de denuncias físico-sanitarias.	5295
Atención de denuncias por contaminación con desechos sólidos.	1050
Resolución de denuncias por contaminación con desechos sólidos.	1025
Atención de solicitudes por denuncias de contaminación del aire.	387
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento de establecimientos comerciales.	3118
Total de Establecimientos comerciales con permiso de funcionamientos.	3118
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento para industrias de diferente tipo.	2282
Total de industrias de diferente tipo con permisos de funcionamiento.	2271
Monitoreo y control de eventos sociales, económicos y deportivos.	402
Rellenos sanitarias con permiso de funcionamiento.	1
Rellenos sanitarios en proceso de mejoramiento bajo vigilancia técnica y sanitaria.	1
Cierre Técnico de Vertederos	1
Establecimientos Adulto Mayor Habilitados.	5
Establecimientos Adulto Mayor en proceso de Habilitación.	12
Establecimientos de Atención a Población Indigente Mayor de 18 años Habilitados.	1
Establecimientos de Adulto Mayor cerrados.	1
Establecimientos de Odontología Habilitados.	84
Establecimientos de Odontología en proceso de Habilitación.	22
Establecimientos tipo CEN-CINAI en proceso de Habilitación.	5
Establecimientos de atención a Niños y Niñas Privados Habilitados.	4
Establecimientos de Atención a Niños y Niñas privados en procesos de habilitación.	23
Hogares Comunitarios Habilitados.	1
Hogares Comunitarios en proceso de Habilitación.	30
Hogares comunitarios Cerrados.	11
Hospitales en proceso de Habilitación.	3
Laboratorios Clínicos Microbiológicos Habilitados.	6
Laboratorios Clínicos Microbiológicos en proceso de Habilitación.	4
EBAIS en proceso de Habilitación.	13
Evaluación de la Atención del Primer Nivel realizadas.	62
Consultorios Médicos Habilitados.	52
Establecimientos de Salud Públicos y privados notificando oportunamente.	17
Control y seguimiento de los brotes presentados.	5
Control y análisis de las coberturas del Programa ampliado de Inmunizaciones.	13
Ejecución de planes para control de la malaria.	1
Ejecución de planes para el control del dengue.	12
Acciones de Promoción de la Salud desarrolladas en la Región (especificar por acción).	6
Total de casos de Mortalidad Infantil.	96
Análisis de casos de Mortalidad Infantil.	85
Total de casos Mortalidad Materna.	3
Análisis de casos de Mortalidad Materna.	3
Planes de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil ejecutados.	21
Comidas servidas a niños y niñas menores de 7 años ubicados bajo línea de pobreza.	2460
Comidas servidas a mujeres embarazadas y en período de lactancia, ubicadas bajo línea de pobreza.	137
Evaluaciones de crecimiento en niños de los CEN – CINAI.	10436
Evaluaciones de desarrollo en niños de los CEN-CINAI.	6951
CEN-CINAI ejecutando acciones enfocadas a la actividad física y la recreación.	50

### 6.3.2 Región Chorotega

#### Logros

#### Dirección y Conducción

El fortalecimiento de la rectoría en los procesos de dirección y conducción se logró por medio del desarrollo de un plan de capacitación para los funcionarios de las áreas rectoras y del nivel regional, en los temas sobre elaboración de normas, contraloría en regulación, gerencia de la salud, planificación y gestión de la capacitación y protocolo y etiqueta

La implementación del proceso de Planificación Estratégica, a partir del análisis de contexto, y de la formulación de los planes locales de salud, de los planes operativos anuales y de los planes estratégicos quinquenales, ha logrado involucrar a diferentes actores sociales en el desarrollo del mismo.

#### Regulación

Está en proceso de acreditación el Hospital de Upala, según el cronograma previsto.

La evaluación en el primer nivel de atención identificó debilidades y permitió diseñar medidas correctivas para el año 2003.

#### Mortalidad Materno Infantil

Se realizó, en conjunto con la CCSS, los análisis de los casos reportados, lográndose identificar los puntos y áreas críticas que estaban incidiendo sobre la mortalidad infantil en la región.

La consolidación de las COLAMIS, permitieron analizar a profundidad la situación de la mortalidad infantil en cada área de salud.

Se logró impartir un curso de capacitación a funcionarios de las áreas rectoras y áreas de salud en la "Identificación del Síndrome de Muerte Súbita", gracias a la colaboración de la fundación Rose Mas-suh

De los análisis de las muertes maternas presentados en la región surge la necesidad de evaluar la calidad de la atención materno-infantil en nuestra región, lográndose así iniciar un proceso de evaluación de la maternidad del Hospital de Upala como punto de partida para el análisis de calidad de nuestras maternidades en los hospitales regionales.

#### Vigilancia de la Salud

El análisis de las coberturas de vacunación en las áreas de salud de la región, ha permitido detectar debilidades y la definición de estrategias para superar las mismas en el año 2003

Con las acciones de control y monitoreo de la malaria, se logró alcanzar la cifra más baja de incidencia de casos de los últimos seis años; en el año 2002 fue de sólo 28 casos.

El establecimiento de los canales endémicos a nivel regional y por áreas rectoras, de las enfermedades más importantes de la región (dengue, diarreas, malaria, etc) como herramienta de análisis epidemiológico para la detección oportuna de brotes a nivel local, permite una mayor oportunidad para la toma de intervenciones a nivel primario en las diferentes áreas de salud afectadas.

Se consolidaron las CILOVE en todas las áreas rectoras de la región. Se logró capacitar a los funcionarios de todas las áreas rectoras y las áreas de salud, en las Normas de Violencia Intra familiar, los Protocolos de Violencia Intra familiar y el Código de Niñez y Adolescencia.

## Promoción de la Salud

El principal logro en este ámbito, es la participación y coordinación interinstitucional en la promoción y seguimiento de proyectos y programas, lográndose fortalecer en forma concreta las siguientes 8 estrategias de promoción: 1) Juegos comunales, 2) Barrios Limpios y Saludables, 3) Guardianes de la Salud, 4) Jóvenes Comprometidos con la Vida, 5) Escuelas Promotoras y Saludables, 6) Estilo de Vida Saludable para Adolescentes, 7) Redes de Violencia Intra Familiar 8) Vigilantes de Cuadras para la prevención y promoción (prevención y control del dengue).

## Protección del Ambiente Humano

La incorporación de un profesional en medicina veterinaria reforzó la capacidad resolutoria en el control de mataderos y granjas avícolas y porcinas, farmacias veterinarias y subastas ganaderas.

Se ha mejorado la respuesta hacia el público, mediante la atención de consultas y entrega de material impreso con información sobre normativa sanitaria en manejo de desechos sólidos y líquidos, en emisiones atmosféricas, salud ocupacional, planes de emergencia en establecimientos, y prevención en el uso de juegos pirotécnicos y otros explosivos.

Cabe destacar dentro de estos alcances de la Unidad el haber logrado evaluar y dar seguimiento a la totalidad de los sitios de desechos sólidos de la región, así como el seguimiento del 100% de las

denuncias por contaminación sónica y atmosférica.

Se mantiene el desarrollo de actividades del Proyecto SANEBAR, mediante la incorporación de un funcionario específico a nivel regional. Asimismo, se logró la instalación de 250 letrinas, y 150 bombas de agua, lo que representa un mejoramiento importante en las condiciones sanitarias de las familias beneficiadas en la región.

## Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil

Se desarrollaron centros modelos en diversos CEN-CINAI de la región, orientados a mejorar la calidad de los servicios que ahí se brindan. Además, se implementó un proyectos de huertas en los patios de los CEN-CINAI, lo que ha contribuido a mejorar la disponibilidad de alimentos en esos establecimientos. También se desarrolló un plan de capacitación a nivel regional, para personal del programa, con el objetivo de mantener actualizados los conocimientos en temas de alimentación y nutrición.

## Convenio Interfonterizo

Se logró la consolidación de las acciones de cooperación entre los Ministerios de Salud de Costa Rica y Nicaragua, con la firma de un convenio para el fortalecimiento de diversas acciones de salud en el campo de la vigilancia epidemiológica, inmunizaciones y enfermedades crónicas, entre otras.



## LOGROS REGIÓN CHOROTEGA. AÑO 2002

ACCIONES ESTRATÉGICAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
Atención de solicitudes por denuncias sónicas	72
Resolución de denuncias sónicas	72 (100%)
Atención de solicitudes por denuncias físico sanitarias	13968
Resolución de denuncias físico sanitarias	12571 (90%)
Atención de denuncias por contaminación por desechos sólidos	3408
Resolución de denuncias por contaminación con desechos sólidos	3067 (90%)
Atención de solicitudes por denuncias por contaminación del aire	10
Resolución de denuncias por contaminación del aire	10 (100%)
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento de establecimientos comerciales	12528
Total de establecimientos comerciales con permiso de funcionamiento	14428
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento para industrias de diferentes tipos	742
Total de industrias de diferentes tipos con permiso de funcionamiento	840
Total de letrinas instaladas	250
Bombas de agua instaladas	125
Monitoreo y control de eventos sociales, económicos y deportivos	72
Rellenos sanitarios con permiso de funcionamiento	1
Rellenos sanitarios en proceso de mejoramiento, bajo vigilancia técnica y sanitaria	4
Establecimientos de Adulto Mayor en proceso de Habilitación	7
Establecimientos de Adulto Mayor cerrados	1
Establecimientos de Odontología habilitados	24
Establecimientos de Odontología en proceso de Habilitación	31
Establecimientos tipo CEN CINAI en proceso de habilitación	20
Establecimientos de atención a niños y niñas privados en proceso de habilitación	2
Hogares Comunitarios habilitados	1
Hogares Comunitarios en proceso de habilitación	7
Hospitales en proceso de acreditación	3
Bancos de Sangre en proceso de habilitación	1
Evaluación de la atención del primer nivel realizadas	72
Consultorios Médicos Habilitados	7
Farmacias Habilitadas por oficio de acuerdo al Decreto 30571-S	11
Establecimientos de salud públicos y privados notificando oportunamente	97
Control y seguimiento de los brotes presentados	9
Control y análisis de Coberturas del programa ampliado de Inmunizaciones	4
Ejecución de acciones para el control de la Malaria	12
Ejecución de planes para el control del Dengue	12
Acciones de promoción de la Salud desarrolladas en la Región	8
Total de casos de Mortalidad Infantil reportados	70
Análisis de casos de Mortalidad Infantil	67
Total de casos de Mortalidad Materna reportados	3
Análisis de casos de Mortalidad Materna	2
Planes de Reducción de Mortalidad Materno Infantil ejecutados	13
Comidas servidas a niños y niñas menores de 7 años ubicados bajo línea de pobreza	3715
Comidas servidas a mujeres embarazadas y en período de lactancia, ubicadas bajo línea de pobreza.	383
Evaluaciones de crecimiento, en niños y niñas de los CEN CINAI	6302
Evaluaciones de desarrollo, en niños y niñas de los CEN CINAI	3347

### 6.3.3 Región Brunca

#### Logros

#### Dirección y Conducción

Con la elaboración del análisis del contexto, se realizó un proceso de planificación estratégica y planificación operativa, lo cual impulsó el fortalecimiento del papel rector mediante la dirección y conducción de las acciones en salud llevadas a cabo por los actores sociales involucrados en la producción social de la salud en la región.

Con la implementación de mecanismos de gestión y control administrativo, se logra desarrollar un sistema de información gerencial en salud integrados y dinámicos que permiten medir el desarrollo organizacional y monitorear eventos en la salud pública, como base para la toma de decisiones, mejoramiento y agilización de procesos e introducir una atención de calidad a la población; así como lograr el mejoramiento del control, supervisión y capacitación del recurso humano, como elemento fundamental en el desarrollo de los procesos institucionales.

#### Regulación de los Procesos de la Salud

Se ha instaurado un proceso tendiente a la motivación y concientización de los profesionales tanto del sector público como el privado para que se involucren activamente en el proceso de regulación de servicios, lo que ha generado que un 100% de los consultorios médicos y odontológicos estén habilitados.

#### Mortalidad Infantil

Las Comisiones Locales de Mortalidad Infantil están debidamente integradas con personal básico.

El primer nivel de atención está incorporado al proceso de mortalidad infantil, con poca participación en el área Osa.

Las Comisiones Locales de Mortalidad Infantil llevan un cronograma de reuniones para el análisis de casos, aunque no en todas se ha alcanzado el 100 % del análisis. Estas comisiones presentan avances significativos en el Plan de Reducción de la Mortalidad Infantil.

El análisis de los casos se viene realizando con porcentaje del 100% en las comisiones de Osa y Corredores. Con porcentajes aceptables está Pérez Zeledón, y con porcentajes menor a la meta establecida están las de Golfito, Coto Brus y Buenos Aires.

Por otro lado existe una mejor coordinación y comunicación entre la CORAMI y las COLAMI de la región.

#### Vigilancia de la Salud

La región presentó en 1998 un brote de Dengue de casi 9500 casos. A partir de un análisis FODA, se inicia un proceso de readecuación de la metodología de intervención, y una readecuación de las funciones del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, lo que ha dado que tengamos dos años consecutivos con los índices de Dengue más bajos del país, y que desde esa fecha no se han presentado brotes.

#### Promoción de la Salud

Se ha iniciado un proceso orientado a impulsar acciones de promoción de la salud en el ámbito escolar, mediante la conformación y seguimiento del trabajo que realizan las Comisiones Intersectoriales de Salud Escolar en las seis áreas de salud de la Región Brunca.

Se ha retomado en algunas áreas de salud (y en otras se ha iniciado) el proceso



de trabajo intersectorial para la producción social de la salud, en el marco del Proyecto Cantones Ecológicos y Saludables.

Se ha iniciado el proceso de integración de acciones de promoción de la salud, conjuntamente ICODER, IAFA y el Ministerio de Salud.

### **Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano**

Se logró proveer a la región de las herramientas técnicas necesarias para la detección precoz y el control inmediato de los riesgos y los daños a la salud.

Por otro lado, en materia de pólvora, se ha capacitado al personal respectivo y se ha coordinado con los diferentes Instituciones que tienen relación con la actividad, como por ejemplo la Fuerza Pública, para la atención de solicitudes de permisos de funcionamiento, decomisos y vigilancia de eventos importantes. Respecto al PLAGSALUD, se reforzó el sistema de vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones por plaguicidas, y su notificación, clasificación, alertas, investigación y elaboración de bases de datos digitales. También se educó al personal de salud y a la población general sobre los efectos de los plaguicidas y su uso adecuado. Además, se fortaleció la coordinación intersectorial a través de la consolidación de las comisiones locales y regionales.

## LOGROS REGIÓN BRUNCA. AÑO 2002

ACCIONES ESTRATÉGICAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
Atención de denuncias por contaminación sónica	75
Resolución de denuncias sónicas	50
Atención de solicitudes por denuncias físico-sanitarias	500
Resolución de denuncias físico sanitarias	300
Atención de denuncias por contaminación con desechos sólidos	35
Resolución de denuncias por contaminación con desechos sólidos	20
Atención de solicitudes por denuncias por contaminación del aire	6
Resolución de denuncias por contaminación del aire	3
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento de establecimientos comerciales	1665
Establecimientos de adulto mayor en proceso de habilitación	7
Establecimientos de adulto mayor cerrados por el Ministerio de Salud	1
Establecimientos de Odontología habilitados	30
Establecimientos de Odontología en proceso de habilitación	25
Establecimientos de Odontología cerrados	3
Establecimientos tipo CENCINAI en proceso de habilitación	26
Hogares comunitarios habilitados	1
Hogares comunitarios en proceso de habilitación	46
Evaluación de atención del primer nivel realizadas	13
Establecimientos de salud públicos y privados notificando oportunamente	11
Control y seguimiento de los brotes presentados	4
Control y análisis de las coberturas del Programa Ampliado de inmunizaciones	4
Ejecución de planes para el control de la malaria	1
Ejecución de planes para el control del Dengue	7
Acciones de Promoción de la Salud desarrolladas en la Región Brunca	7
Total de casos de Mortalidad Infantil	64
Total de casos de mortalidad infantil analizados	64
Total de Casos de Mortalidad Materna	1
Análisis de casos de Mortalidad Materna	1
Planes de reducción de la Mortalidad Infantil ejecutados	7
Total de establecimientos comerciales con permisos de funcionamientos	1615
Total de industrias de diferente tipo con permisos de funcionamientos	400
Total de letrinas instaladas	405
Bombas de agua instaladas	15

### 6.3.4 Región Pacífico Central

#### Logros

#### Dirección y Conducción

La ejecución, evaluación y ajuste de los planes locales de salud, planes estratégicos y planes operativos, han fomentado y enriquecido de manera importante la coordinación intersectorial y las alianzas estratégicas con las comunidades y las instituciones relacionadas con la producción social de la salud tales como la CCSS, MAG, ONG's locales, empresas privadas y otras, con el objetivo de fortalecer el desarrollo institucional y el rol rector del Ministerio de Salud en la Región

#### Regulación de los Procesos de la Salud

El desarrollo de planes, programas, proyectos y ejecución de talleres relacionados con la regulación de procesos de salud, han generado la organización y fortalecimiento gradual de los servicios de salud, lo que conlleva de manera implícita el impacto positivo de la rectoría en la región

#### Vigilancia de la Salud

En el nivel local y regional se fortaleció la capacitación de las comisiones en protocolos y normas de eventos prioritarios de vigilancia en la región (dengue, malaria y tuberculosis), articulándose el trabajo interinstitucional con mayor eficacia.

La región fue elegida como plan piloto para la automatización del sistema de información de la vigilancia epidemiológica. Actualmente el proyecto ha dotado a la región de la infraestructura necesaria para su implementación.

El desarrollo del proyecto PLAGSALUD, La implementación de la boleta de notificación comunitaria en el Cantón de Montes de Oro y en las localidades de Monteverde, los planes correctivos de intervención para aumentar las bajas coberturas de vacunación, la capacitación entomológica al 50% de las áreas rectoras, así como el manejo integral del dengue y la malaria en todas las áreas rectoras de la región, es el resultado del abordaje integral y de la capacitación permanente de las acciones de vigilancia epidemiológica en todas las áreas rectoras.

#### Promoción de la Salud

Dentro de las estrategias de promoción de la salud, cabe destacar los eventos de educación para la salud y participación social y capacitación en el desarrollo del proyecto PLAGSALUD, concretamente en las áreas de salud donde opera el proyecto.

Los efectos de las ferias de la salud, los talleres educativos dirigidos a población escolar, amas de casa, agricultores y empresarios productores sobre temas referidos a vigilancia epidemiológica, notificación comunitaria, uso de plaguicidas, legislación ambiental, huertas hidropónicas y abono orgánico, han permitido el establecimiento de redes comunitarias y favorecido la dirección y la conducción en la región.

#### Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano

La capacitación en el campo de la gestión ambiental a los técnicos de Protección al Ambiente Humano, ha permitido el desarrollo del profesionalismo y la capacidad del personal para solucionar los problemas de ambiente y salud de las comunidades.

La Coordinación Interinstitucional e Incorporación de los técnicos y profesionales en gestión ambiental en las diferentes comisiones ambientales, equipos rectores de salud, redes comunitarias y otros, han fomentado la búsqueda de Soluciones integrales a los problemas de ambiente y salud.

También se elaboró un plan operativo interinstitucional para el control del robo de ganado y trasiego de la carne, a nivel de mataderos y carnicerías, así como 8 planes de trabajo para la atención de eventos masivos (carnavales, ferias, actividad taurina y otros) y un plan de trabajo para el control de la actividad piro-técnica en los eventos festivos. Asimismo, 2 planes operativos para el control

de la contaminación sónica en bares y restaurantes, y la participación activa de una funcionaria del nivel local en la elaboración de las normas y protocolos para la atención y prevención de la violencia intra familiar.

### Vigilancia Nutricional

En relación al subprograma de comidas servidas, este se brinda a niños en edad pre-escolar de CEN-CINAI, donde reciben desayuno, refrigerios, almuerzo y atención integral. La meta de atención a los niños ubicados bajo línea de pobreza fue del 10%, aunque para los años 2001 y 2002 este porcentaje disminuyó debido a limitaciones de Recurso Humano y Material

### LOGROS REGIÓN PACIFICO CENTRAL. AÑO 2002

ACCIONES ESTRATÉGICAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
Atención y resolución de denuncias sanitarias	1410
Establecimientos adulto mayor habilitados	10
Establecimientos adulto mayor acreditados.	09
Establecimientos adulto mayor con planes de mejoramiento	10
Establecimientos adulto mayor supervisados y bajo control.	10
Establecimientos de Odontología habilitados	31
Establecimientos de Odontología con planes de mejoramiento.	57
Establecimientos de Odontología supervisados y bajo control	57
Hospitales acreditados.	2
Hospitales con planes de mejoramiento	2
Hospitales supervisados y bajo control	2
EBAIS con planes de mejoramiento	43
EBAIS supervisados y bajo control	43
Permisos de funcionamiento sanitario de establecimientos comerciales	1800
Permisos de funcionamiento sanitario de industrias de diferente tipo	119
Letrinas instaladas	704
Bombas de agua instaladas	28
Monitoreo y control de eventos sociales, económicos y deportivos	102
Rellenos sanitarios habilitados	1
Rellenos sanitarios bajo vigilancia técnica y sanitaria.	6
Planes de salud locales	8
Planes de salud regionales	1
Comidas servidas a niños y niñas menores de 7 años ubicados bajo línea de pobreza	1724
Comidas servidas a mujeres embarazadas y en período de lactancia, ubicadas bajo línea de pobreza.	151
Evaluaciones de crecimiento en niños y niñas de los CEN CINAI	6120
Evaluaciones de desarrollo en niños y niñas de los CEN CINAI	4970

### 6.3.5 Región Huetar Atlántica

#### Logros

##### Dirección y Conducción

Se ha logrado mejorar las funciones administrativas, así como cooperación y las relaciones del nivel regional con las áreas rectoras de salud, y se ha fomentado la participación de los diferentes actores sociales en los procesos de planificación estratégica.

##### Regulación de los Procesos de Salud

Se realizaron varias actividades de capacitación sobre normas de regulación y marco legal que respalda la evaluación, la habilitación y la acreditación; a la vez se reorganizaron las actividades de regulación de los establecimientos de salud y afines.

##### Vigilancia de la Salud

Con el objetivo de fortalecer las acciones de vigilancia de la salud, se han diseñado herramientas para el manejo de la información epidemiológica y se ha recons-

truido la base de datos de información Epidemiológica. Se ha reinstalado la Comisión Regional de Vigilancia de la Salud, y se ha capacitado a los funcionarios sobre así como la capacitación sobre investigación de brotes.

##### Promoción de la Salud

En la región se han implementado los proyectos " Cantones Activos y Saludables y "Centros de Trabajo Saludables

##### Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano

La aplicación de los alcances de la Ley # 8220, la asesoría en la implementación de una ventanilla única, así como la programación de asesorías técnicas y legales y la realización de auditorías, ha permitido el establecimiento de procedimientos e instrumentos utilizados en la resolución de conflictos y denuncias (Conciliaciones), y la implementación de protocolos de protección al ambiente humano. También se revisó y actualizó el proyecto CORBANA, para el fortalecimiento de las Áreas Rectoras de Salud en Zonas bananeras.

#### LOGROS REGIÓN HUETAR ATLANTICA. AÑO 2002

ACCIONES ESTRATÉGICAS	NÚMEROS ABSOLUTOS Y RELATIVOS
Atención y resolución de denuncias sanitarias	811
Establecimientos adulto mayor habilitados	8
Establecimientos adulto mayor con planes de mejoramiento	5
Establecimientos adulto mayor supervisados y bajo control.	5
Establecimientos de Odontología habilitados	11
Establecimientos de Odontología con planes de mejoramiento.	32
Establecimientos de Odontología supervisados y bajo control	43
Hospitales con planes de mejoramiento	2
Hospitales supervisados y bajo control	2
Atención de denuncias físico-sanitarias	811
Resolución de denuncias físico-sanitarias	100%
Atención de solicitudes de permisos de funcionamiento de establecimientos comerciales	1338



## LOGROS REGIÓN HUETAR ATLANTICA. AÑO 2002

ACCIONES ESTRATÉGICAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
Total de establecimientos comerciales con permisos de funcionamiento	1338
Atención de solicitudes de permisos de funcionamiento para industrias de diferentes tipos	285
Total de industrias de diferentes tipos con permisos de funcionamiento	285
Letrinas instaladas	890
Monitoreo y control de eventos sociales económicos y deportivos	146
Rellenos sanitarios en proceso de mejoramiento, bajo vigilancia técnica y sanitaria.	4
Establecimientos adulto mayor en proceso de habilitación	8
Establecimientos de Odontología habilitados	11
Establecimientos de Odontología en proceso de habilitación	32
Establecimientos privados de atención a niños y niñas en proceso de habilitación	6
Establecimientos privados de atención a niños y niñas cerrados.	1
Hogares comunitarios habilitados	1
Hogares comunitarios en proceso de habilitación	6
Hogares comunitarios cerrados .	1
Hospitales en proceso de acreditación	2
Bancos de Sangre en proceso de habilitación	2
Evaluaciones de la atención en el primer nivel realizadas	8
Consultorios médicos habilitados	24
Farmacias habilitadas por oficio	12
Establecimientos de salud públicos y privados notificando oportunamente	89
Control y seguimiento de los brotes presentados	8
Control y análisis de coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones	84
Control de acciones para el Control de la Malaria	6
Ejecución de planes de Control del Dengue	6
Acciones de Promoción de la Salud desarrolladas en la Región	6
Total de casos de Mortalidad Infantil reportados	94
Casos de Mortalidad Infantil analizados	69
Total de casos de Mortalidad Materna reportados	2
Planes de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil ejecutados	6
Comidas servidas a niños y niñas menores de 7 años ubicados bajo línea de pobreza	3107
Comidas servidas a mujeres embarazadas y en período de lactancia, ubicadas bajo línea de pobreza.	329
Evaluaciones de crecimiento y desarrollo en niños y niñas de los CEN CINAI	18315
Evaluaciones de crecimiento y desarrollo en niños y niñas de los CEN CINAI	18315
EBAIS habilitados	8
EBAIS con planes de mejoramiento	30
EBAIS supervisados y bajo control	80
Permisos de funcionamiento sanitario de establecimientos comerciales	1338
Permisos de funcionamiento sanitario de industrias de diferente tipo	285
Permiso de funcionamiento sanitario y técnico de establecimientos deportivos.	3
Letrinas instaladas	890
Monitoreo y control de eventos sociales, económicos y deportivos	146
Rellenos sanitarios bajo vigilancia técnica y sanitaria.	4
Planes de salud locales	6
Planes de salud regionales	1
Comidas servidas a niños y niñas menores de 7 años ubicados bajo línea de pobreza	3107
Comidas servidas a mujeres embarazadas y en período de lactancia, ubicadas bajo línea de pobreza.	329
Evaluaciones de crecimiento y desarrollo en niños y niñas de los CEN CINAI	18315

### **6.3.6 Región Huetar Norte**

#### **Logros**

#### **Dirección y Conducción**

Se desarrolla en la región un proceso de fortalecimiento de la capacidad local para liderar procesos participativos en el análisis de contexto, en la planificación estratégica local y en la elaboración Plan Operativo local Anual (P.O.A.). Los efectos del mismo han reforzado el proceso de recabación y análisis de información básica y la elaboración de planes estratégicos y operativos interinstitucionales a nivel de áreas rectoras de la regional.

#### **Regulación de Servicios de Salud**

Los logros para el descenso de los casos de mortalidad infantil en la región, se fundamentan en los esfuerzos que han hecho las COLAMIS Y LA CORAMI para identificar los puntos críticos en la prestación de los servicios, y en el mejoramiento en la atención del parto y recién nacido, así como en la apertura de los servicios de Ginecología, Obstetricia y pediatría en el Hospital de Los Chiles, las guardias médicas de los Pediatras y Ginecólogos en el hospital de San Carlos, en la elaboración de los Planes de Reducción de la Mortalidad Infantil en las áreas de salud, y en la participación de voluntarios comunales en la identificación de mujeres embarazadas y niños menores de un año que son referidos a los EBAIS u otros establecimientos de salud.

En relación con la mortalidad materna, se presentaron dos casos. La primera muerte se consideró prevenible en el nivel hospitalario y la segunda en el primer nivel.

#### **Vigilancia de la Salud**

El principal avance en el campo de la vigilancia epidemiológica es el de la clasi-

ficación de las diarreas por edades y sectores, lo que permite direccionar las medidas correctivas tendientes a reducir su incidencia.

Cabe destacar el trabajo conjunto Caja Costarricense de Seguro Social - Ministerio de Salud, en la coordinación de acciones relacionadas con la jornada de vacunación contra Polio, Sarampión, Rubéola y Parotiditis, realizada a principios del año 2002.

Con respecto al control de enfermedades transmitidas por vectores, fue fundamental el aporte empresarial y comunal al proyecto, sobre todo en zonas de ingreso de migrantes que laboran en actividades agrícolas.

#### **Plagsalud**

El proyecto generó algunas actividades de importancia durante el año 2002. Se realizaron 4 capacitaciones a agricultores, y se distribuyó información relacionada con el manejo seguro de plaguicidas, así como la utilización de la información como base para la toma de decisiones.

#### **Promoción de la Salud**

La región se ha planteado el objetivo de desarrollar acciones de promoción de la salud articuladas con la sociedad civil e instituciones públicas para incidir sobre los factores determinantes de la salud, así como incentivar la participación activa de la población en el desarrollo de ambientes saludables, mediante el desarrollo de los proyectos: "Cantones Activos y Saludables", "Espacios Libres del Humo del Tabaco", "Centros Educativos Promotores de la Salud", y "Salud Sexual y Reproductiva".

### **Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano**

Dentro de las acciones de protección al ambiente humano, es importante destacar el hecho de que para su ejecución fue necesario establecer amplios procesos de coordinación interinstitucional y generación de alianzas, especialmente en temas como el de la calidad del agua, disposición de desechos sólidos, permisos de funcionamiento, entre otros.

### **Saneamiento Básico Rural**

Se instalaron un total de 113 bombas de agua y 87 letrinas. En este aspecto, es importante resaltar el hecho de que estas instalaciones se realizaron con material en existencia desde el 2001, por cuanto la intervención del programa en el nivel central paralizó las entregas de materiales para el 2002, afectando seriamente el servicio a las comunidades. Quedan pendientes solicitudes que constan de 300 inodoros, 530 letrinas de fibra de vidrio, 100 bombas PVC, además de los materiales accesorios como cemento, varilla, tanques RIB-LOC entre otros, las cuales serían cubiertas en el período 2003 de contarse oportunamente con el recurso solicitado.



## LOGROS REGIÓN HUETAR NORTE. AÑO 2002

ACCIONES ESTRATÉGICAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
Atención de denuncias sónicas	78
Resolución de denuncias sónicas	67
Atención de solicitudes por denuncias físico-sanitarias	541
Resolución de denuncias físico-sanitarias	489
Atención de solicitudes por denuncias de contaminación del aire	20
Resolución de denuncias por contaminación del aire	20
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento de establecimientos comerciales	969
Total de establecimientos comerciales con permiso de funcionamientos	1245
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento para industrias de diferente tipo	60
Total de industrias de diferente tipo con permiso de funcionamientos	45
Total de letrinas instaladas	87
Bombas de agua instaladas	113
Rellenos sanitarios con permiso de funcionamiento	1
Rellenos sanitarios cerrados	1
Rellenos sanitarios en proceso de mejoramiento bajo vigilancia técnica y sanitaria	1
Control de acueductos prioritarios.	52
Control de calidad del agua en piscinas públicas	26
Establecimientos de Adulto Mayor Habilitados	1
Establecimientos de Adulto Mayor en proceso de Habilitación	2
Establecimientos de Odontología habilitados	20
Establecimientos de Odontología en proceso de Habilitación	19
Establecimientos tipo CEN CINAI en proceso de habilitación	26
Establecimientos de Atención a Niños y Niñas privados habilitados	1
Establecimientos de Atención a Niños y Niñas privados en proceso de habilitación	5
Hogares Comunitarios en proceso de Habilitación	7
Laboratorios Clínicos Microbiológicos Habilitados	3
Evaluación de la Atención del Primer Nivel realizadas.	30
Areas rectoras aplicando metodología de trazadoras	6
Establecimientos de salud públicos notificando oportunamente	47
Control y seguimiento de los brotes presentados.	3
Control y análisis de las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones	114
Ejecución de planes para el control de la malaria	8
Ejecución de planes para el control del dengue	8
Acciones de Promoción de la Salud desarrolladas en la Región.	26
Total de casos de Mortalidad Infantil reportados	35
Análisis de casos de Mortalidad Infantil	33
Total de casos de Mortalidad Materna reportados.	2
Análisis de casos de Mortalidad Materna	2
Planes de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil ejecutados	9
Plan de capacitación y desarrollo integral del recurso humano.	1
Beneficiarios de comidas servidas a niños y niñas menores de 7 años ubicados bajo línea de pobreza	1473
Beneficiarios de comidas servidas a Mujeres embarazadas y en período de lactancia, ubicadas bajo línea de pobreza.	105
Evaluaciones de crecimiento y desarrollo en niños y niñas de los CEN CINAI	1473
CEN CINAI ejecutando acciones enfocadas a la actividad física y la recreación	36
Beneficiarios de comidas servidas a niños y niñas en edad escolar ubicados bajo línea de pobreza	154
Familias beneficiarias del programa de la leche.	8490

### 6.3.7 Región Central Este

#### Logros

#### Dirección y Conducción

Con la finalidad de desarrollar en la región un proceso de fortalecimiento de la capacidad local y regional para liderar procesos de planificación, se elaboró el Análisis de Contexto, los Planes Estratégicos Interinstitucionales y los Planes Operativos Anuales en las Áreas, logrando con ello la participación activa de los diferentes actores sociales en procesos de rectoría de la Región.

#### Regulación de Servicios

Con las actividades de Regulación se logró un incremento significativo en las evaluaciones de atención en el primer nivel, así como la implementación de planes de mejoramiento de los establecimientos de atención al adulto mayor, la sensibilización de los centros dedicados a la atención y cuidado de niños menores de 10 años (hogares comunitarios, centros de atención integral), además de la habilitación de establecimientos de atención odontológica e implementación de planes de mejoramiento y habilitación de farmacias.

#### Vigilancia de la Salud

EN relación a este proceso, se impartió un curso de Epidemiología de Campo, y se elaboraron y ejecutaron planes locales de lucha contra el dengue.

Se ejecutó un proyecto de Brucelosis, con participación interinstitucional (Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Ciencia e Investigación en Educación, Nutrición y Salud).

#### Mortalidad Infantil

Se analizan los casos de muertes infantiles y se elaboraron planes de acción, logrando con ello, la reducción de la mortalidad infantil.

#### Mortalidad Materna

Se registraron y analizaron dos casos, con el 100% de cumplimiento.

#### Atención al Adulto Mayor

Con la finalidad de implementar una red de apoyo permanente entre los administradores de establecimientos de atención a la persona adulta mayor, se implantó un proceso sostenido de comunicación, concertación, articulación y sensibilización entre los prestadores del servicio y el ente rector, orientada a facilitar las acciones de regulación, en forma oportuna y dentro de la normativa vigente.

#### Protección al Ambiente Humano

En este ámbito de acción es importante mencionar la elaboración de planes de mejoramiento en salud ocupacional en las empresas de la región, la capacitación a funcionarios institucionales y líderes comunales en aspectos orientados a mejorar el registro, control y prevención de las intoxicaciones, causadas por plaguicidas de uso agrícola (Proyecto PLAGSALUD).

Se elaboró una estrategia para garantizar a la población el suministro de agua potable, y la manipulación higiénica de los alimentos, así como la realización de una serie de actividades de negociación con los caficultores de la zona de Los Santos, con el propósito de disminuir los riesgos a la salud y al ambiente originados por el "beneficiado del café".



## LOGROS REGIÓN CENTRAL ESTE. AÑO 2002

ACCIONES ESTRATÉGICAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
Atención y resolución de denuncias sanitarias	725
Establecimientos adulto mayor habilitados.	2
Establecimientos adulto mayor con planes de mejoramiento	9
Establecimientos adulto mayor cerrados .	1
Establecimientos de Odontología habilitados	70
Establecimientos de Odontología con planes de mejoramiento.	27
Hospitales con planes de mejoramiento	2
Hospitales supervisados y bajo control	2
Establecimientos cuidados paliativos en proceso de habilitación	2
Centros de Atención Integral con habilitación provisional	6
Centros de Atención Integral con Habilitación en proceso.	7
Hogares Comunitarios habilitados	2
Hogares Comunitarios en proceso de habilitación.	15
Centros de Atención farmacodependencia con habilitación provisional.	2
Farmacias habilitadas.	26
Farmacias con habilitación en trámite.	5
EBAIS evaluados	26
Permisos de funcionamiento sanitario de establecimientos comerciales	1277
Permisos de funcionamiento sanitario de industrias de diferente tipo	152
Permiso de funcionamiento sanitario y técnico de establecimientos deportivos.	12
Letrinas instaladas	54
Monitoreo y control de eventos sociales, económicos y deportivos	79
Rellenos sanitarios bajo vigilancia técnica y sanitaria.	8
Planes de salud locales	9

### 6.3.8 Región Central Sur Logros

#### Dirección y Conducción

Se ha venido fortaleciendo conceptual y operativamente las funciones de rectoría en la región. Esto ha facilitado la dirección y la conducción los esfuerzos de los

actores involucrados en la producción social de la salud, y garantizar que las actividades, establecimientos, productos y equipos, relacionados directa o indirectamente con la salud de las personas, cumplan con las normas y reglamentos técnicos, jurídicos y administrativos vigentes, con el fin de propiciar el mejoramiento de la salud de la población

## LOGROS REGIÓN CENTRAL SUR. AÑO 2002

ACCIONES ESTRATÉGICAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
Atención de solicitudes por denuncias sónicas	100%
Resolución de denuncias sónicas	92%
Atención de solicitudes por denuncias físico-sanitarias	100%
Resolución de denuncias físico-sanitarias	85%
Atención de denuncias por contaminación con desechos sólidos	95%
Resolución de denuncias por contaminación con desechos sólidos	90%
Atención de solicitudes por denuncias de contaminación del aire	100%
Resolución de denuncias por contaminación del aire	95%
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento de establecimientos comerciales	100%
Establecimientos de Adulto Mayor Habilitados	72%
Establecimientos de Adulto Mayor en proceso de Habilitación.	27%
Establecimientos de Odontología habilitados	90%
Establecimientos de Odontología en proceso de Habilitación	21%
Establecimientos tipo CEN CINAI habilitados	1
Establecimientos tipo CEN CINAI en proceso de habilitación	8%
Establecimientos de Atención a Niños y Niñas privados habilitados	9.4%
Establecimientos de Atención a Niños y Niñas privados en proceso de habilitación	30.9%
Hogares Comunitarios habilitados	45%
Hogares Comunitarios en proceso de Habilitación	55%
Laboratorios Clínicos Microbiológicos Habilitados	77 (60%)
Laboratorios Clínicos Microbiológicos en proceso Habilitación	13 (14%)
Evaluación de la Atención del Primer Nivel realizadas.	21 (47%)
Establecimientos de salud públicos y privados notificando oportunamente	90%
Control y seguimiento de los brotes presentados.	100%
Control y análisis de las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones	100%
Ejecución de Planes para el control del dengue	100%
Acciones de Promoción de la Salud desarrolladas en la Región (especificar por acción)	1
Total de casos de Mortalidad Infantil reportados	252
Análisis de casos de Mortalidad Infantil	153
Total de casos de Mortalidad Materna	11
Análisis de casos de Mortalidad Materna	6
Planes de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil ejecutados	22
Total de establecimientos comerciales con permiso de funcionamientos	90%
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento para industrias de diferente tipo	100%
Total de industrias de diferente tipo con permiso de funcionamiento	100%
Monitoreo y control de eventos sociales, económicos y deportivos	100%
Rellenos sanitarios con permiso de funcionamiento	100%
Rellenos sanitarios en proceso de mejoramiento bajo vigilancia técnica y sanitaria	100%
Comidas servidas a niñas y niños menores de 7 años ubicados bajo línea de pobreza	4308
Comidas servidas a mujeres embarazadas y en período de lactancia, ubicadas bajo línea de pobreza	192
Evaluaciones de crecimiento y desarrollo en niños y niñas de los CEN CINAI	4330
CEN CINAI ejecutando acciones enfocadas a la actividad física y la recreación	100%

### 6.3.9 Región Central Occidente

#### Logros

#### Dirección y Conducción

En cuanto al proceso de Dirección y Conducción, nuestra Región consideró de vital importancia realizar acciones que promuevan nuestro quehacer diario. Por este motivo se realizó la I Feria Regional de la Rectoría de la Salud, mediante la cual se vieron fortalecidos y divulgados todos los procesos que desarrolla este Ministerio.

Los principales logros obtenidos con esta actividad fueron los siguientes: hubo una participación activa de los funcionarios del nivel regional y locales y de diferentes actores sociales, especialmente empresas e instituciones que cumplen con la legislación sanitaria vigente. Además, se presentaron los procesos de rectoría desarrollados en la región, y hubo una participación y colaboración muy activa de los medios de comunicación. También se distribuyó en la comunidad material educativo en salud.

En Planificación Estratégica se logró contar con 5 documentos de Análisis de la Situación de Salud (1 por cada Área Rectora), lo que permitió confeccionar de 5 Planes Operativos Anuales y 5 Planes Estratégicos 2002-2006 con base a las prioridades encontradas en cada cantón de manera que la respuesta Institucional satisfaga las necesidades de la población a la cual atiende.

Como parte del proceso de Investigación y Desarrollo Tecnológico, la Región Central de Occidente fue pionera en el desa-

rollo de este proceso, dado que se lograron desarrollar 6 investigaciones científicas con el objetivo de mejorar la calidad del análisis de la Mortalidad Infantil.

#### Mortalidad Infantil

Se logró el cumplimiento de los Planes de Acción de las COLAMIS, ya que mediante la evaluación de casos se tomaron las decisiones pertinentes orientados a mejorar los servicios de atención materno/ infantil.

Además, se impartieron cursos a los funcionarios con el propósito de ampliar sus conocimientos científicos en el campo, y se desarrollaron seis investigaciones científicas

#### Protección del Ambiente Humano

Se notó un mejoramiento de las condiciones físico sanitarias de las granjas porcinas, lográndose con ello proteger el ambiente y la salud de población. También, el Ministerio incrementó las acciones de rectoría orientados a controlar la calidad del agua de los acueductos rurales, municipales y los administrados por las asociaciones administrativas de del Instituto de Acueductos y Alcantarillados.

Mejoramiento de la calidad de agua de acueductos rurales y municipales. Asimismo, se han desarrollado acciones tendientes a rescatar las cuencas hidrográficas del Río Damas y Ocloro.

Por otro lado, en el marco del proyecto "PLAGSALUD", se capacitó a los agricultores sobre el manejo adecuado de los plaguicidas.

## LOGROS REGIÓN CENTRAL OCCIDENTE. AÑO 2002

ACCIONES ESTRATÉGICAS	NÚMEROS ABSOLUTOS
Atención de solicitudes por denuncias sónicas	143
Resolución de denuncias sónicas	136
Atención de solicitudes por denuncias físico-sanitarias	478
Resolución de denuncias físico-sanitarias	361
Atención de denuncias por contaminación con desechos sólidos	266
Resolución de denuncias por contaminación con desechos sólidos	260
Atención de solicitudes por denuncias de contaminación del aire	107
Resolución de denuncias por contaminación del aire	105
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento de establecimientos comerciales	241
Establecimientos de Adulto Mayor Habilitados	5
Establecimientos de Odontología habilitados	49
Establecimientos de Odontología en proceso de Habilitación	8
EBAIS en proceso de habilitación	2
Establecimientos tipo CEN CINAI en proceso de habilitación	23
Establecimientos de Atención a Niños y Niñas privados en proceso de habilitación	15
Hogares Comunitarios en proceso de Habilitación	7
Laboratorios Clínicos Microbiológicos Habilitados	12
Evaluación de la Atención del Primer Nivel realizadas.	12
Establecimientos de salud públicos y privados notificando oportunamente	18
Control y seguimiento de los brotes presentados.	9
Control y análisis de las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones	26
Ejecución de Planes para el control de la malaria	4
Ejecución de Planes para el control del dengue	5
Acciones de Promoción de la Salud desarrolladas en la Región (especificar por acción)	37
Total de casos de Mortalidad Infantil reportados	22
Análisis de casos de Mortalidad Infantil	18
Total de casos de Mortalidad Materna	2
Análisis de casos de Mortalidad Materna	2
Planes de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil ejecutados	5
Total de establecimientos comerciales con permiso de funcionamientos	673
Atención de solicitudes para permisos de funcionamiento para industrias de diferente tipo	184
Total de industrias de diferente tipo con permiso de funcionamiento	218
Monitoreo y control de eventos sociales, económicos y deportivos	78
Rellenos sanitarios en proceso de mejoramiento bajo vigilancia técnica y sanitaria	3
Comidas servidas a niñas y niños menores de 7 años ubicados bajo línea de pobreza	1621
Comidas servidas a mujeres embarazadas y en período de lactancia, ubicadas bajo línea de pobreza	173
Evaluaciones de crecimiento y desarrollo en niños y niñas de los CEN CINAI	2723
CEN CINAI ejecutando acciones enfocadas a la actividad física y la recreación	2



## Capítulo 7

---

# Acciones Institucionales en Curso







### Acciones Institucionales en Curso.

En este capítulo se detallan todas aquellas acciones que, en el 2002, las diferentes instancias orgánicas de la Institución tuvieron en curso.

El Consejo Nacional del Sector Salud le está dando seguimiento a las acciones del plan "La mortalidad Infantil: la Promoción de la Salud Materna y Perinatal, Costa Rica 2002-2006" Nacional, y a las acciones de los proyectos: "Notificación de Enfermedades Cardiovasculares" y el de "Promoción de la Salud".

En el ámbito de la comunicación y la educación se está asesorando a las Direcciones, Unidades y Regiones, en la implementación de estrategias en comunicación y educación en salud. Además, se están negociando espacios educativos con los medios de comunicación social, así como con las empresas públicas y privadas, para la divulgación de temas de salud y producción de material educativo e informativo, impreso y audiovisual. También se están elaborando los lineamientos rectores en comunicación y educación, para la producción y validación de material educativo en salud y se están ejecutando talleres de capacitación en los 3 niveles de gestión, para el uso de los medios de comunicación social y para la producción de material educativo e informativo, impreso y audiovisual.

En promoción de la salud se está diseñando un conjunto de indicadores positivos de salud, con el propósito de evaluar las acciones y para apoyar la toma de decisiones oportunas de carácter técnico, administrativo o político en este campo. Además, está en revisión Una Guía Metodológica para la implementación del Proyecto "Centros de Trabajo Saludables", el cual contempla los com-

ponentes de alimentación saludable, actividad física, no fumado y manejo del estrés. Asimismo, se está elaborando un marco conceptual y metodológico para la prevención y manejo del estrés en el ámbito laboral y está en proceso de aprobación un proyecto de Salud Mental para la población escolar y docente, así como un proyecto de Promoción de la Salud en el ámbito escolar para presentar a la Presidencia Ejecutiva de la CCSS con el objetivo de buscar financiamiento para la reproducción de módulos de educación en salud.

Por otro lado, se están realizando acciones de inducción orientadas a fortalecer el proceso de planificación estratégica local, visto éste como un proceso participativo de actores sociales en la identificación y priorización de problemas y necesidades, en la identificación, diseño y ejecución de alternativas de solución y en el seguimiento y evaluación de las fortalezas y debilidades de las alternativas, con el propósito de consolidar los logros y corregir las debilidades, todo en aras de mantener y mejorar la salud de la población.

En el ámbito del VIH/SIDA se está creando una secretaría ejecutiva que dé seguimiento a los planes y proyectos en VIH/SIDA del país, así como la definición de estrategias de comunicación y concertación con los actores involucrados en este campo; y se está dando seguimiento a la fase de análisis e interpretación de datos para contar con estimaciones sobre el gasto en VIH/SIDA del país e implemen-

tando el Estudio Multicéntrico de prevalencia de VIH/ ITS y patrones socio-conductuales, en poblaciones específicas, el cual viene a fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica del país.

En violencia familiar se está consolidando la cobertura de la atención integral y el proceso de vigilancia en todas las regiones. Además, a nivel local se está fortaleciendo el trabajo de promoción del derecho de las personas a una vida libre de violencia y se mantiene una coordinación permanente con diferentes actores involucrados en el tema, con el fin de abordar el evento de manera proactiva y con participación comunitaria.

En informática se están definiendo las normas y procedimientos para las actividades en este campo en la Institución. En este sentido, se trabaja en normas de seguridad a nivel de todas las aplicaciones, sobre todo en el manejo de las claves de acceso. Además se definen estándares para el desarrollo de sistemas, bases de datos y seguridad.

A fin de finalizar exitosamente el desarrollo del Sistema de Regulación de Servicios de Salud, se está haciendo el análisis de requerimientos del mismo y se pretende regularizar el licenciamiento de software, en concordancia con el decreto ejecutivo 30151-J que así lo exige, para lo cual se concluyó el inventario de equipos y software, y se realizan evaluaciones para definir el tipo de licenciamiento de mayor conveniencia para la Institución.

En cuanto a población indígena, y población migrante, se están elaborando, con apoyo técnico y financiero de la OPS, versiones enriquecidas del Análisis de Situación de Salud de estas poblaciones, que sirva de insumo en la identificación de asuntos críticos y definición de lineamientos de política y estrategias dirigidas a mejorar la salud de estos grupos de población.

Además, en seguimiento al cumplimiento de la Política Nacional de Salud para la Población Migrante y como parte de los objetivos de la Comisión de Incidencia Política del Foro Permanente de Población Migrante, se están llevando a cabo las acciones necesarias para iniciar un proceso de capacitación y sensibilización a los jefes y funcionarios de las instituciones públicas meta sobre el tema migratorio.

Las principales actividades para el cumplimiento de este objetivo son: Una Mesa Redonda de amplia difusión y con la participación de autoridades de alto nivel, tres talleres de capacitación (uno para tomadores de decisión, uno para mandos medios y otro para funcionarios de atención primaria), cinco reuniones de seguimiento con las instituciones meta y los funcionarios contraparte.

Por otro lado, está en proceso la remodelación de 400 metros cuadrados que dotará al INCIENSA de sala para laboratorio de cómputo, sala de búsquedas bibliográficas electrónicas, aula y centro de documentación. Además, en el marco del proyecto de enfermedad de Chagas, financiado por el Gobierno de Taiwan, se inició el programa de tamizaje para la enfermedad de Chagas en ocho bancos de sangre de la seguridad social y se están fortaleciendo las estrategias de comunicación, mediante la inclusión de temas pertinentes para la vigilancia epidemiológica basada en laboratorios, en el Boletín INCIENSA, y aumento de la cobertura de su distribución. Asimismo, con el afán de estandarizar la información requerida para el procesamiento de análisis de laboratorio con fines de vigilancia epidemiológica, se están implantando los instrumentos respectivos en los servicios de salud.

Se inició la discusión sobre la necesidad de incorporar en la Constitución Política, el Derecho a la Alimentación, en concordancia con el Protocolo de San Salvador.

## Capítulo 8

---

# Leyes y Decretos Aprobados o en Trámite







### Leyes y Decretos Aprobados o en Trámite.

En el marco del proceso de reforma institucional, y del fortalecimiento de sus organismos adscritos, el Ministerio emitió diversos decretos, y tramitó, ante la Asamblea Legislativa, la aprobación de varias leyes.

De estos instrumentos jurídicos, los más relevantes que han sido aprobados, son los siguientes:

Decreto Ejecutivo No 30049-S de 4 de diciembre del 2001 publicado a la Gaceta No 10 de 15 de enero del 2002 que reglamentó la Ley 7997 que autorizó a la Junta de Protección Social de San José para donar recursos provenientes de su superávit, a las Fundaciones y Asociaciones Pro Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Dentro de la Constitución del Sector Salud, por medio del Decreto Ejecutivo No 30461-S- MIDEPLAN de nueve de mayo del 2002 publicado en La Gaceta No 22 de mayo del 2002 se adicionó el artículo 2° del Decreto Ejecutivo 14313 SPPS-PLAN de 15 de febrero de 1983 "Constitución del Sector Salud" se incluyó: El Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación".

Como parte de los Derechos fundamentales de las personas físicas y siempre dentro de la reforma del sector público y privado, la Asamblea Legislativa emite la Ley de los "Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados", Ley No 8239 de 2 de abril del 2002, publicada en el Diario Oficial La Gaceta No 75 de 19 de abril del 2002, mediante la cual se crea la Auditoría General de Servicios de Salud, como órgano de desconcentración máxima del Ministerio de Salud, encausado dentro de la modalidad de que se promueva

el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud. En virtud de que el artículo 19 de la ley en comentario indicó expresamente que: "El Poder Ejecutivo reglamentará esta Ley en un plazo de noventa días hábiles a partir de su publicación." esta Dirección elaboró el reglamento a la relacionada ley, para su puesta en vigencia. A la fecha dicho proyecto de reglamento, por disposición de la señora Ministra, se mantiene en estudio.

Mediante ley No 7927 de 12 de octubre de 1999 que vino a reformar la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No 5412 de 8 de noviembre de 1973, se autorizó al Ministerio de Salud para que suscriba los fideicomisos que estime convenientes en el Sistema Bancario Nacional, para financiamiento de los programas y actividades del Ministerio. Con fundamento en dicha reforma se formalizó el Contrato de Fideicomiso No. 872 entre este Ministerio y el Banco Nacional de Costa Rica suscrito el 24 de enero del 2002, debidamente aprobado por la Contraloría General de la República el 24 de mayo del 2002, a fin de poner en funcionamiento dicho instrumento.

Valga señalar que con motivo de la promulgación por parte de la Asamblea Legislativa de la Ley No 8220 de 4 de marzo del 2002, publicada al Alcance No 22 a La Gaceta No 49 del 11 de marzo del 2002, relacionada con la protección al ciudadano de exceso de requisitos y trámites administrativos, se elaboró en

coordinación con las Direcciones de Registros y Controles y de Protección al Ambiente Humano se establecieron las medidas orientadas a lograr un equilibrio de la administración frente al administrado.

Con el Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento por parte del Ministerio de Salud, emitido mediante Decreto Ejecutivo No 30465-S de 9 de mayo del 2002, publicado en La Gaceta de 29 de mayo del 2002, se regula lo concerniente al permiso previo de funcionamiento que deben tener los establecimientos comerciales, industriales o de servicios, a los cuales hace referencia la Ley General de Salud. Para efectos de mayor claridad se clasifican los establecimientos en tres grandes grupos, según sea el riesgo sanitario y ambiental .

Por medio del Decreto Ejecutivo No 30571-S de 25 de junio del 2002, publicado en La Gaceta No. 138 de 18 de julio del 2002, se promulgó el Reglamento General de Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines. En beneficio y protección de la salud de la población, de interés público de el Ministerio de Salud es que los servicios de salud y afines cuenten con la habilitación extendida por el Ministerio, para lo cual deberá cumplirse con el trámite ahí establecido.

Con fundamento en la Ley No 8220 de 4 de marzo del 2002 y conexo con el Reglamento General de Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines la Dirección de Asesoría Legal se ha avocado a la revisión y actualización de normas de lo que corresponde a Servicios de Salud y entre ellas, en el periodo correspondiente al año 2002, se han publicado las siguientes:

- Norma para la Habilitación de Atención a Población en Situación de Indigencia de 18 años y más, promulgado mediante Decreto 30696-S de 23

de agosto del 2002, publicado en La Gaceta No 182 de 23 de setiembre del 2002.

- Norma para la Habilitación de Hogares Comunitarios, promulgado mediante Decreto Ejecutivo No 30695 de 23 de agosto del 2002, publicado en La Gaceta No 182 de 23 de setiembre del 2002.
- Norma para la Habilitación de Servicios de Atención Extra-Hospitalaria de Soporte Avanzado (Bases y Ambulancias), promulgado mediante Decreto Ejecutivo No 30827-S de 18 de octubre del 2002, publicado en La Gaceta No 221 de 15 de noviembre del 2002.
- Norma para la Habilitación de Laboratorios de Microbiología y Química Clínica, promulgado mediante Decreto Ejecutivo No 30700-S de 22 de agosto del 2002, publicado en La Gaceta No 183 de 24 de setiembre del 2002.
- Norma para la Habilitación Divisiones de Inmunohematología y Bancos de Sangre, promulgado mediante Decreto Ejecutivo No 30697-S de 23 de agosto del 2002, publicado en La Gaceta No 182 de 23 de setiembre del 2002.
- Norma para la Habilitación de Establecimientos de Consulta Externa General y de Especialidades Médicas, promulgado mediante Decreto Ejecutivo No 30699-S de 23 de agosto del 2002, publicado en La Gaceta No 183 de 24 de setiembre del 2002.
- Norma para la Habilitación de los Establecimientos Sede de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Ebais) de 23 de agosto del 2002, publicado en La Gaceta No 182 de 23 de setiembre del 2002.

- Norma para la Habilitación de Establecimientos que Brindan la Atención en Medicina y Cirugía General y/ o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con Internamiento con más de 20 camas, promulgado mediante Decreto Ejecutivo No 30694-S de 23 de agosto del 2002, publicado en La Gaceta No 182 de 23 de setiembre del 2002.

Con asidero legal de la Ley 8220 y la Ley No 8017 de 29 de agosto del 2001, "Ley General de Centros de Atención Integral" y el Reglamento General de Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines, como ya se indicara anteriormente, se emitió la Norma para la Habilitación de Centros de Atención Integral, promulgado mediante Decreto Ejecutivo No 30186-S de 1° de octubre del 2001, publicada en La Gaceta No 47 de 7 de marzo del 2002.

Acorde con el proceso de reforma del Ministerio de Salud, para el cumplimiento de la Rectoría, se procedió a la revisión y actualización de la normativa existente relacionada con la Inscripción de Cosméticos y se promulgo mediante Decreto Ejecutivo No 30060-S de 30 de noviembre del 2001, publicado en La Gaceta No 10 de 15 de enero del 2002 el Reglamento para Notificación, Importación y Control de Productos Cosméticos.

Dentro de la gama de productos a cuyo conocimiento corresponde que se encuentran en la Dirección de Registros y Controles, por medio del Decreto No 30446-S de 18 de abril del 2002, publicado en La Gaceta No 88 de 9 de mayo del 2002, se reformó el artículo 3 del Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos.

Siempre dentro de la Jurisdicción de Registros y Controles mediante Decreto Ejecutivo No 30103-S de 3 de diciembre del 2001, se estableció que para efectos de

productos alimenticios y fórmulas infantiles, se fijó la tasa prevista en el artículo 206 de la Ley General de Salud en la suma de US \$100 ( cien dólares ) o su equivalente en moneda nacional.

Asimismo por medio del Decreto Ejecutivo No 30069-S de 20 de diciembre del 2001, publicado en La Gaceta No 10 de 15 de enero del 2002, se levantó la veda para pianguas (*Anadara Tuberculosa*) en todo el litoral pacífico, con excepción de Quepos y Parrita.

Siempre dentro del campo de los alimentos se promulgó el Decreto Ejecutivo No 30082-S de 10 de diciembre del 2001 publicado a La Gaceta No 12 de 17 de enero del 2002 , Reglamento de Registro de Personas dedicadas a la Capacitación Sanitaria para Manipulación Higiénica de Alimentos, el cual va dirigido a aquellas físicas o jurídicas que deseen impartir cursos a manipuladores y de los requisitos para hacerlo.

Por medio del Decreto No 30083-S-MAG de 22 de octubre del 2001 se crea el Consejo Ministerial para la Inocuidad de Alimentos (CMIA) y la Comisión Intersectorial para la Inocuidad de Alimentos (CIIA), como instancias consultivas, de análisis, de deliberación y recomendación del Poder Ejecutivo.

Conexo con el campo de los alimentos mediante Decreto Ejecutivo No 30094-S de 18 de diciembre del 2001 publicado en La Gaceta No 14 de 21 de enero del 2002 se publicó el Reglamento para el Control de la Publicidad de Alimentos, el cual establece los lineamientos a seguir en cuanto a publicidad de alimentos.

Según Decreto Ejecutivo No 30029-MEP-S de 2 de noviembre del 2001 publicado a la Gaceta No 1 de 2 de enero del 2002 se promulgó el Reglamento para el Funcionamiento y Administración de las Sodas de los Centros Educativos y tiene por objeto regular la administración y funcio-

namiento de las sodas de los centros educativos dependientes del Ministerio de Educación Pública.

Por medio del Decreto Ejecutivo No 30030-S de 3 de diciembre del 2001 publicado a la Gaceta No 1 de 2 de enero del 2002 se reformó los artículos 1 y 4 del Reglamento para el Enriquecimiento de la Harina de Trigo de Calidad Alimentaria (Decreto Ejecutivo No 26371-S de 18 de diciembre de 1997, a fin de prevenir anemias nutricionales en niños escolares y en mujeres en edad fértil.

Mediante Decreto Ejecutivo No 30031-S de 3 de diciembre del 2001 publicado a la Gaceta No 1 de 2 de enero del 2002 se promulgó el Reglamento para el Enriquecimiento del Arroz, a fin de combatir anemias por deficiencia de hierro.

En materia de agua se han emitido las siguientes regulaciones:

- Decreto Ejecutivo No 30046-S de 26 de noviembre del 2001, publicado a la Gaceta No 10 de 15 de enero del 2002, se promulgó el Reglamento Técnico para Sulfato de Aluminio en el Tratamiento de Agua, en el mismo se definen las características que deben presentar el sulfato de aluminio empleado para tratamiento de agua de consumo humano, así como los métodos de ensayo para determinar estas características.
- Decreto Ejecutivo No 30047-S de 22 de noviembre del 2001, publicado a la Gaceta No 10 de 15 de enero del 2002, se promulgó el Reglamento Técnico de la Cal para Tratamiento de Agua, que define las características que debe presentar la cal empleada para tratamiento de agua, así como los métodos de Análisis para determinar esas características.

- Decreto Ejecutivo No 30045-S de 26 de noviembre del 2001 publicado en La Gaceta No 4 de 7 de enero del 2002, Reglamento Técnico para la Regulación del Cloro Líquido para Tratamiento de Agua, para efectos de procedimiento de análisis y determinación de su pureza.

En particular, dentro del campo de Vigilancia de la Salud, mediante Decreto Ejecutivo No 30159-S de 6 de febrero del 2002, publicado en La Gaceta No 38 de 22 de febrero del 2002, se ordenó la realización de una Jornada Nacional de Vacunación Polio y Sarampión-Rubéola, en niños menores de cinco años. Dicha jornada se realizó del 4 al 24 de marzo del 2002.

En materia de ambiente por medio del Decreto Ejecutivo No 30836-S de 3 de octubre del 2002, publicado al Alcance No 85 a La Gaceta No 227 de 25 de noviembre del 2002, se derogó el Decreto Ejecutivo No 27443-S de 13 de noviembre de 1998, con fundamento en el Voto No 2002-06782 de las 15:29 horas del 9 de julio del 2002, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia dispuso que la Sala reconsidera los criterios vertidos en su jurisprudencia respecto a la aplicación del Decreto Ejecutivo No 27443-S en el sentido de que todos los proyectos de Relleno Sanitario deben estar sujetos a un Estudio de Impacto Ambiental.

Dentro de este campo, mediante Decreto Ejecutivo No 30131-MINAE-S de 20 de diciembre del 2001, publicado en La Gaceta No 43 de 1 de marzo del 2002, se emitió el Reglamento para la Regulación del Sistema de Almacenamiento y Comercialización de Hidrocarburos, el cual, dentro de sus objetivos, establece los requisitos jurídicos y técnicos así como los procedimientos por los cuales se regirán la distribución, el almacenamiento y comercialización de combustibles derivados de los hidrocarburos.

Siempre en materia de ambiente, por medio del Decreto Ejecutivo No 30043-S de 18 de setiembre del 2001, publicado a la Gaceta No 9 de 14 de enero del 2002, se promulgó el Reglamento para el Registro de Plaguicidas de Uso Doméstico e Industrial y Fertilizantes de Uso Doméstico, el cual tiene como fin principal regular el registro de los fertilizantes de uso doméstico.

Dentro de este campo se emitió el Decreto Ejecutivo No 30050-S de 4 de diciembre del 2001, publicado en La Gaceta No 10 de 15 de enero del 2002, mediante el cual se prohíbe la fabricación, importación, tránsito, registro, comercialización y uso de materia prima o producto elaborado que contenga bifenilos policlorados en el territorio nacional.

También se emitió el Decreto Ejecutivo No 30051-S de 4 de diciembre del 2001, publicado en La Gaceta No 10 de 15 de enero del 2002, mediante el cual se prohíbe la fabricación, importación, tránsito, registro, comercialización y uso de materia prima o producto elaborado que contenga bifenilos polibromurados en el territorio nacional.

Se presentaron a la Asamblea Legislativa Proyectos de Ley para darle personalidad jurídica instrumental al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), a la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS) y al Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza (INCIENSA). Dicho proyecto se concretó mediante la Ley No. 8270 de 2 de mayo del 2002, publicada a La Gaceta No 94 de 17 de mayo del 2002.

En ese mismo sentido, se preparó por parte de esta Dirección Proyecto de Ley para dotar de personalidad jurídica instrumental al Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el cual se formalizó por medio de la Ley No 8289 de 10 de julio del 2002, publicado en el Alcance 54 de la Gaceta No 147 de 1 de agosto del 2002.

Asimismo, al Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), se le gestionó por medio del Decreto Ejecutivo No 30630-S de 19 de julio del 2002, publicado en La Gaceta No 164 de 28 de agosto del 2002, una reforma a los artículos 24 y 75 del Reglamento Autónomo de Servicio de dicho Instituto.

Se preparó el Reglamento para la aplicación de la Ley 7972 que le asigna recursos al IAFA, para ser distribuidos a las diferentes ONGs, el cual se encuentra pendiente de trámite de publicación. Este reglamento tiene el propósito de regular la asignación de recursos a ONG's según el Artículo 15 de la Ley 7972, con el fin de desarrollar con calidad sus funciones.

Se elaboró un Borrador de reforma a la Ley de Licores No. 10 para actualizar y reformar la entrega de patentes y expendio de licores.

Se reformó el Instructivo para la presentación, trámite y aprobación de solicitudes de financiamiento, para la distribución de recursos según la Ley 7972 de cargas tributarias. El fin del mismo es mejorar el control y la fiscalización de la asignación de recursos Ley 7972 a las ONG's.

Se participó en la reforma a la Ley No. 7633 de Regulación de Horarios de Funcionamiento en expendios de Bebidas Alcohólicas, para establecer sanciones económicas por infracciones a dicha Ley.

Además, se participó emitiendo criterios jurídicos y técnicos en varios proyectos de ley como reforma a la Ley de Tránsito, Ley de Fumado, entre otras, que tienen alguna relación con el quehacer de la Institución para mejorar y actualizar la legislación vigente.



## Capítulo 9

---

# Desafíos Institucionales







### Desafíos Institucionales.

El Ministerio y sus organismos adscritos, tienen varios desafíos para los próximos años.

Es imprescindible reforzar los mecanismos de autoridad, así como las capacidades resolutorias de los funcionarios en el ejercicio de las acciones de dirección y conducción, vigilancia de la salud, regulación e investigación científica y desarrollo tecnológico. También, se hace necesaria la consolidación de la planificación estratégica local; vista como un proceso participativo que permite la interacción de diferentes actores sociales en la identificación de problemas y necesidades, en la priorización de los mismos, en la definición y ejecución de soluciones y en el seguimiento y la evaluación de resultados. Todo con el objetivo de permitir la toma de decisiones oportunas tendientes a consolidar logros y superar debilidades. A la vez, se debe consolidar el proceso de desconcentración de las funciones rectoras hacia los niveles regionales y locales, tanto con relación a los procedimientos administrativos y financiero contables, como técnicos.

Asimismo, se debe promover de manera continua la calidad y la agilización de la ejecución de las funciones rectoras, de acuerdo con las responsabilidades del Estado, cuales son: proteger y mejorar la salud y la calidad de vida de la población, dentro de un marco de derechos y según las tendencias y procesos de la globalización de la economía del país. La consolidación del Consejo Nacional Sectorial de Salud, como instancia de coordinación política de alto nivel, de las Instituciones del Sector Salud, constituye uno de los retos más importantes, no só-

lo del Ministerio de Salud, sino de las instituciones que lo conforman. De igual modo, es necesario fortalecer de manera operativa y conceptual la rectoría a nivel local.

Igualmente, es impostergable la consolidación y validación constante de un liderazgo en la sociedad civil y política, de las acciones rectoras que lleva a cabo el Ministerio de Salud, con énfasis especial en el Sector Salud, propiamente dicho. También, es necesario impulsar, de manera permanente, un proceso de negociación y concertación para la modulación de la inversión en salud, acorde con la capacidad del país, el perfil epidemiológico imperante, las prioridades gubernamentales, la Política Nacional de Salud, la Agenda Sanitaria y el Plan Nacional de Desarrollo, a fin de mantener y mejorar la salud de la población.

De igual modo, es necesario impulsar un proceso concertado de formación y desarrollo del recurso humano en el Sector Salud, para el corto, mediano y largo plazo, acorde con las necesidades actuales y futuras de salud de la población; así como institucionalizar la medición de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), como eje estratégico para la toma de decisiones oportunas de carácter político, administrativo, técnico y legal, que coadyuven en la orientación y fortalecimiento de la salud pública.

Un punto crítico a considerar es la implantación y funcionamiento de un siste-

ma nacional de información en salud, base para la toma de decisiones, y para el monitoreo y evaluación de las políticas y las correspondientes acciones estratégicas (planes, programas y proyectos de salud).

Por su parte, el Instituto Costarricense de Investigación y Educación en Nutrición y Salud (INCIENSA), como organismo adscrito al Ministerio, tiene como principales retos, por un lado, ampliar los Centros Nacionales de Referencia para incluir temas como VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual, malaria, fiebre del Oeste del Nilo., y por otro, incrementar los análisis a evaluar en el programa de evaluación externa de la calidad de lípidos y glucosa. En último, pero no por ello menos importante, lograr que el 80% de los recursos requeridos para el financiamiento de la Institución provengan del Gobierno Central. Asimismo, lograr que el Sistema de Información Científico del INCIENSA establezca interfaces con otros sistemas de información del Sector Salud para el uso efectivo de la información.

En cuanto a alimentación y nutrición, es urgente que la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN) coordine los esfuerzos de los diferentes actores sociales en el campo

agrícola y económico, con el fin de garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de la población, en el marco de la globalización económica, los cambios climáticos regionales y los desplazamiento demográficos.

Otros retos pendientes se orientan hacia el mejoramiento de la equidad y la ética en la atención de la salud, el fomento de la investigación en salud pública; aumentar la asignación presupuestaria de la Institución, y fomentar la participación social activa, comprometida y permanente, en los procesos de identificación, análisis y priorización de los problemas y necesidades en salud, así como en la identificación, diseño e implementación de soluciones viables y factibles a los mismos, sin dejar de lado el monitoreo y la evaluación necesarios para medir el impacto de dichas acciones sobre los principales indicadores de salud y en la calidad de vida de la población.

Por último en el marco de la Ley de Derechos y Deberes del Usuario, se hace indispensable el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud, por medio de la creación y funcionamiento de la Auditoría General de los Servicios de Salud, como órgano del Ministerio de Salud.



Dra. Rocío Sáenz Madrigal  
Ministra de Salud

MS.c Delia Villalobos Álvarez  
Viceministra de Salud

Dr. Eduardo López Cárdenas  
Viceministro de Salud

Dr. Cesar Gamboa Peñaranda  
Director General de Salud

#### **Comité Editorial**

MS.c. Miguel Hernández Garbanzo  
Coordinador

Lic. Manuel Mora Calderón  
Lic. Ricardo Ulate Carranza  
Licda. Karen Tasies Coto  
Lic. Mariano Zúñiga Garro

#### **Comité Operativo**

MS.c. Miguel Hernández  
Coordinador

Licda. Ana León Vargas  
Licda. Rosa María Vargas  
Dra. María del Carmen Oconitrillo  
Licda. Karen Tasies Coto  
Lic. Sergio Hernández Marín  
Lic. Manuel A. Mora Calderón  
Licda. Bernardita Ivola Bonilla  
Licda. Norma Meza Rojas  
Lic. Douglas Mata P  
Lic. Mariano Zúñiga Garro  
Dra. Jessica Salas Martínez  
MS.c. Gilda Granados  
Ing. Federico Paredes.  
Licda. Isabel Zúñiga Gómez  
MS.c Germana Sánchez H.

#### **Colaborador**

Lic. Roger Prendas Lépiz

#### **Fotografía**

Alex Ulate Carranza

#### **Diseño y Montaje**

Otto Segura

#### **Impresión**

Departamento de Publicaciones  
Ministerio de Salud