



**Ministerio de Salud**

**Memoria Anual 2005**  
*4 años de gestión*

Abril del 2006



# Tabla de Contenidos

## Memoria Institucional 2002-2006

I Presentación.....	5
II Misión, Visión y Valores de la Institución.....	7
III Estructura Orgánica de la Institución.....	9
IV Organigrama de la Institución.....	14
<b>Capítulo 1</b> .....	15
Indicadores y Estadísticas en Salud.....	17
<b>Capítulo 2</b> .....	33
Inversión en Salud.....	35
<b>Capítulo 3</b> .....	41
Logros Institucionales.....	43
<b>3.1 Despachos</b> .....	41
3.1.1 Despacho Ministra de Salud.....	43
3.1.2 Despacho Viceministra de Salud.....	60
3.1.3 Despacho Viceministro de Salud.....	62
3.1.4 Dirección General de Salud.....	63
<b>3.2 Direcciones</b> .....	65
3.2.1 Dirección General de Auditoría.....	67
3.2.2 Dirección Registros y Controles.....	68
3.2.3 Dirección Desarrollo de la Salud.....	69
3.2.4 Dirección Informática.....	73
3.2.5 Dirección Vigilancia de la Salud.....	75
3.2.6 Dirección Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil.....	89
3.2.7 Dirección Servicios de Salud.....	90
3.2.8 Dirección SEPAN.....	95
3.2.9 Dirección Administrativa.....	96
3.2.10 Dirección Protección del Ambiente Humano.....	99
3.2.11 Dirección Investigación y Desarrollo Tecnológico.....	102
<b>3.3 Regiones</b> .....	101
3.3.1 Región Central Este.....	103
3.3.2 Región Central Norte.....	104
3.3.3 Región Central Sur.....	108
3.3.4 Región Central de Occidente.....	109
3.3.5 Región Chorotega.....	112
3.3.6 Región Huetar Atlántica.....	114
3.3.7 Región Huetar Norte.....	116
3.3.8 Región Brunca.....	119
3.3.9 Región Pacífico Central.....	124
<b>4. Acciones en Curso</b> .....	129
<b>5. Marco Jurídico Promulgado</b> .....	137
<b>6. Desafíos Institucionales</b> .....	149

DM –3257-2006

26 de abril del 2006

Licenciado

Gerardo González Esquivel

Presidente Asamblea Legislativa

Estimado licenciado:

Presento a su respetable consideración y de la honorable Asamblea Legislativa que usted preside, la Memoria Anual 2005 del Ministerio de Salud.

Esta describe, entre otros, una síntesis de los logros obtenidos en el período de nuestra gestión, y las normas jurídicas promulgadas. Asimismo, contiene los desafíos que debe enfrentar la institución en los próximos años para conducir y fortalecer su papel rector en la producción social de la salud y responder de manera eficiente y eficaz a las necesidades de la población.

De este informe es concluyente que Costa Rica presenta una baja prevalencia en tuberculosis y lepra, comparativamente con el resto de los países en el continente.

Como esfuerzo del Estado, se realizó la vacunación contra el virus de la Influenza, en adultos mayores de 65 años y niños de 6 meses a 5 años no cumplidos, obteniéndose una cobertura óptima que según datos preliminares supera el 90% de la población meta.

Para el período objeto de descripción se observa una tendencia hacia la reducción de la mortalidad infantil, siendo su punto más bajo un 9.2 por mil nacimientos en el año 2004. Esta tendencia de disminución del indicador refleja, en parte, la elaboración del plan de prevención de la mortalidad infantil y promoción de la salud materno perinatal, con un enfoque intra e intersectorial.

Por otro lado, el promedio de la esperanza de vida del costarricense es de 80.9 años, siendo la expectativa de los hombres mayor a los 74 años y en las mujeres mayor a 79 años. Es importante resaltar que "ningún país con estadísticas confiables supera la esperanza de vida de los hombres costarricenses a edades avanzadas como los 80 o 90 años".<sup>1</sup>

Cabe resaltar dentro del quehacer de la institución, los logros del Programa Nacional de Nutrición y Desarrollo Infantil, como uno de los programas de salud pública cuyas acciones desarrolladas, fundamentalmente en los CEN y CINAI, llegan directamente a la población materno infantil de escasos recursos económicos. Durante el año, en la modalidad de comidas servidas el Programa cubrió un promedio mensual de 31.435 beneficiarios(as). En relación con la modalidad de distribución de leche íntegra en polvo, se atendió un promedio total de 67.014 beneficiarios(as). Por último, con la modalidad de distribución de alimentos a familias (DAF) se cubrió a 15.389 personas, que equivale a más de 3000 familias con niños desnutridos moderados o severos.

Por otro lado, la fortificación de alimentos con vitaminas y minerales constituye una de las áreas de mayor impacto en el campo de la salud pública. Por medio de este tipo de intervenciones se ha logrado corregir las deficiencias de yodo, flúor, hierro, ácido fólico y vitamina A en la población (debido a restricciones de acceso físico y económico a una adecuada alimentación, sobre todo en los estratos socioeconómicos de más bajos ingresos). Un ejemplo de esto es la reducción del bocio endémico y las caries dentales mediante la yodo-fluoruración de la sal, por lo que ya no se considera como un problema de salud pública. Aún más, recientemente se ha producido una reducción del 35% de los defectos del tubo neural, a través de la fortificación de las harinas de trigo y maíz, leche y el arroz con ácido fólico.

En materia de protección el ambiente se actualizaron 40 reglamentos, 70 procedimientos y 38 guías técnicas, fortaleciendo con ello las actividades de regulación, de vigilancia y de control que, como ente rector, ejerce la institución sobre los factores socio-ambientales asociados a las actividades industriales, el comercio, los servicios y demás actividades humanas que generan peligros y riesgos a la salud de la población. Además, la Comisión Interna de Seguimiento de Rellenos Sanitarios de la institución ha logrado ejercer el control de los rellenos sanitarios, y ha

<sup>1</sup> Décimo informe del Estado de la Nación.

coordinado acciones con otras dependencias que también tienen competencia en este ámbito, como el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal, el Tribunal Ambiental Administrativo y las municipales del país, para ejercer un control más efectivo e integral de los sitios de disposición final de desechos sólidos. Asimismo, 19 cantones prioritarios se encuentran desarrollado el proyecto Ciudades Limpias con el propósito de controlar la calidad del agua y el manejo de los desechos sólidos.

Es importante señalar que, en el proceso de fortalecimiento institucional, se han logrado cambios organizacionales fundamentales, y se han establecido bases jurídicas e instrumentos y procedimientos técnicos, que le permiten al Ministerio de Salud ejercer con más propiedad sus funciones rectoras en el campo de la producción social de la salud. En el período se ha logrado, entre otros, lo siguiente:

- La creación de la Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico (rectoría en materia de investigación científica y tecnológica en seres humanos).
- La instauración de la Unidad de Gasto y Financiamiento (conducción, regulación, vigilancia, control y orientación del financiamiento del Sector Salud)
- La estructura orgánica de la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN) para el cumplimiento de sus obligaciones en el campo alimentario y nutricional.
- La formación de la Unidad de Gestión de Riesgo en el Sector Salud (prevención y mitigación de peligros, riesgos y desastres)
- La creación de la Auditoría General de Servicios de Salud, con el fin de dar respuesta ágil y oportuna a las obligaciones que le competen al Ministerio según la Ley 8239 sobre derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.
- Emisión e implementación del reglamento general de habilitación de establecimientos de salud y afines, que establece el piso básico de requisitos estructurales de planta física, recurso humano, recursos materiales, equipo y documentación, entre otros, como mecanismo para asegurar la equidad y calidad de la atención a la población usuaria.
- Reglamentación de la organización y funcionamiento del sistema nacional de vigilancia de la salud.
- Diseño e implementación de diversos instrumentos y procedimientos para la habilitación y acreditación de establecimientos de salud, según tipo.

Algunos retos que debe enfrentar la institución a futuro están relacionados con la necesidad de consolidar el Consejo Nacional Sectorial de Salud, como instancia de coordinación política y estratégica de alto nivel de las instituciones del Sector Salud. Asimismo, mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados: mejorar la esperanza de vida con calidad; disminuir las inequidades en salud; mejorar la cobertura y calidad de la atención en salud; mejorar la calidad de vida en la ciudad, reducir las vulnerabilidades ante los peligros y riesgos de emergencias y desastres, entre otros.

Aprovecho la ocasión para agradecer a usted y a los estimados diputados el apoyo que le han brindado a la institución en este período de gestión

Con toda consideración, me suscribo atentamente:


Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal  
**Ministra de Salud**



# Ministerio de Salud

Memoria Institucional 2002-2006

## Visión

*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.*

## Misión

*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, según los principios de equidad, solidaridad y universalidad.*

## Valores

*Mística*

*Motivación*

*Participación*

*Creatividad y  
productividad*

*Trabajo en  
equipo*

*Liderazgo*

*Negociación y  
concertación*

*Compromiso  
social*

## **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD PERÍODO 2002-2006**

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1. Estructura organizacional, período 1998-2002**

Durante este período, el Ministerio de Salud realizó las acciones necesarias para poder cumplir con el gran objetivo general de las instituciones que conforman el sector salud, el cual se orienta a la atención integral de la población, la producción social de la salud, la utilización racional de los recursos, el cumplimiento de su misión y de sus principios filosóficos, lo anterior con el propósito de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Entre las acciones ejecutadas por el Ministerio para lograr cumplir con dicho objetivo, se gestionó ante el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica la modificación parcial de la estructura orgánica de la institución, la cual fue aprobada por MIDEPLAN, el 25 de febrero de 1998, mediante oficio DM-113-98.

Sin embargo, durante el período de implementación en el que se enmarca el proceso de transformación institucional, se evidenció la necesidad de realizar una serie de ajustes técnicos a la estructura organizacional previamente aprobada. Las acciones realizadas en ese sentido, dieron como resultado que dicha estructura sufriera modificaciones de vital importancia para lograr la consolidación de su rol rector.

Estos ajustes fueron aprobados por MIDEPLAN mediante los oficios DM-068-2000 del 3 de julio del 2000 y el DM-005-2001 del 12 de febrero del 2001. Cabe destacar que estos actos administrativos se convirtieron en una base sólida y necesaria para que las autoridades ministeriales de turno dieran un importante giro hacia el

desarrollo institucional, para impulsar paralelamente al proceso de reorganización orgánica, la

reestructuración ocupacional y lograr con ello que ambas fueran concordantes con las nuevas necesidades institucionales como órgano rector, así como en el cumplimiento de los mandatos constitucionales relacionados con la eficiencia administrativa.

### **II. SITUACIÓN ACTUAL**

#### **2.1. Estructura organizacional, período 2002-2006**

Al igual que durante el período anterior, las autoridades ministeriales de turno, con base en la información obtenida de una serie de diagnósticos elaborados, determinaron - debido a nuevas necesidades y complejidades que conlleva el proceso de transformación del sector salud y de modernización del propio Ministerio- solicitar ante MIDEPLAN realizar ajustes a la estructura orgánica a medida que se avanza en la consolidación del proceso.

En ese contexto, se propusieron durante el período citado, ajustes a la estructura organizacional (Véase anexo n.º 1: Organigrama), los cuales fueron debidamente aprobados por MIDEPLAN, y se encontró que los principales cambios son:

##### **2.1.1. Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud**

Creada mediante DM-469-2005 de MIDEPLAN, del 14 de marzo del 2005.

Sobre esta unidad organizacional, MIDEPLAN externó las siguientes consideraciones:

“La normativa establecida para el sector salud menciona como una de las funciones estratégicas del Ministerio de Salud –órgano rector en este campo- la investigación científica y la innovación tecnológica en el área de la salud, como componente fundamental dentro de las políticas nacionales de desarrollo.

Los compromisos adquiridos a nivel internacional y las alianzas estratégicas para enfrentar los retos de la investigación en salud, persiguen el fortalecimiento del sistema institucional de salud del país a partir de la generación del conocimiento producto de la investigación, por ello es necesaria la creación de una plataforma estructural dentro del Ministerio de Salud que cumpla esa función.

...Por ello se propone y esta Dirección avala, la creación de la Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico como órgano especializado, cuya función consiste en ejercer por parte del Ministerio de Salud, esa rectoría en materia de investigación científica y tecnológica en salud...

La Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico propuesta estará conformada a su vez por tres órganos, la Unidad de Investigación en Salud, la Unidad de Desarrollo Tecnológico en Salud y la Unidad de Estudios Estratégicos, y se establecerá su ubicación en la estructura, al mismo nivel de las otras direcciones aprobadas por este Ministerio...<sup>2</sup>

### 2.1.2. Unidad de Gasto y Financiamiento

Creada mediante DM-701-2005 de MIDEPLAN, del 5 de mayo del 2005.

Sobre esta unidad organizacional, MIDEPLAN expresó lo siguientes consideraciones:

“ La normativa establecida para el sector salud menciona como una de las funciones del Poder Ejecutivo que ejerce por medio del Ministerio de Salud en su condición de órgano rector del sector; la definición de la política nacional de salud del país, así como la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país.

Los cambios en las formas de financiación de la atención a la salud están generando nuevos esquemas de responsabilidad estatal e individual, en los cuales las prácticas de contratación

y competencia plantean desafíos importantes a la capacidad rectora del Ministerio en el sector; rectoría que debe ser capaz de asumir responsabilidades tales como, dictar la política para garantizar que las modalidades de financiamiento permitan el acceso equitativo a los servicios de salud de óptima calidad para todos los habitantes, modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar la utilización del financiamiento sectorial y vigilar el proceso de financiamiento sectorial. Para modular el financiamiento es esencial establecer los criterios relativos a la asignación y distribución de recursos destinados al sector salud por los órganos o entes competentes. Asimismo mantener un sistema de información y conocimientos de financiamiento y gasto del sector salud es de gran relevancia para lograr la sostenibilidad financiera y garantizar a la población el acceso equitativo a servicios de salud de calidad.

La propuesta contempla la creación de una unidad de gasto y financiamiento dentro de la estructura del Ministerio de Salud, para que sea la unidad administrativa que en cumplimiento de la legislación y compromisos adquiridos en el Plan Nacional de Salud, Plan Nacional de Desarrollo y la Agenda Sectorial, exalte la rectoría del Ministerio en el área de conducción, regulación, vigilancia, modulación y orientación del financiamiento del sector salud, tanto del sector público como del privado....

...La Unidad de Gasto y Financiamiento dependerá jerárquicamente de la Dirección de Desarrollo de la Salud, junto a otras tres unidades que desarrollarán un trabajo conjunto y coordinado en función de cumplir con los objetivos de la Dirección y asegurar la adecuada continuidad de los procesos que ejecuta...<sup>3</sup>

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

Creada mediante DM-1297-2005 de MIDEPLAN, del 18 de agosto del 2005.

Sobre esta unidad organizacional, MIDEPLAN formuló las siguientes consideraciones:

<sup>2</sup> Oficio DM-469-05 del 14 de marzo del 2005, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

<sup>3</sup> Oficio DM-701-2005 del 5 de mayo del 2005, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

“ La Ley Orgánica del Ministerio de Salud (Ley N°5412) del 5 de noviembre de 1973, en su artículo quinto, inciso e), crea la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN), como un órgano adscrito al Despacho del Ministro de Salud, encargado de analizar e interpretar la información existente sobre la situación alimentaria y nutricional del país, promover la formulación de la política nacional de alimentación y nutrición, compatible con el plan nacional de salud, coordinar la política nacional de alimentación y nutrición con las políticas nacionales agropecuaria e industrial y estimular la ejecución de planes y proyectos que componen la política nacional de alimentación y nutrición.

Al Ministerio de Salud le compete ejercer la rectoría en alimentación y nutrición en Costa Rica por medio de la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, en forma intersectorial con la participación organizada de la sociedad civil y la comunidad académica y científica. Por ello se han creado mecanismos de coordinación intersectorial a fin de promover el desarrollo de una política nacional integrada hacia la atención de la seguridad alimentaria nutricional del país.

La propuesta plantea para la SEPAN una estructura organizacional que contempla la Secretaría como órgano superior de la organización a cargo de un director(a) técnico(a), con tres unidades, Unidad de Política Intersectorial de Alimentación, Unidad de Seguridad Alimentaria Nutricional y Unidad de Sistemas de Información en Alimentación y Nutrición; estructura que acoge con beneplácito esta dirección, a fin de que este órgano pueda cumplir cabalmente con las funciones que le han sido asignadas por ley”.<sup>4</sup>

#### **2.1.4. Unidad de Gestión del Riesgo en el Sector Salud**

Creada mediante DM-1298-2005 de MIDEPLAN, del 18 de agosto del 2005.

Sobre esta unidad organizacional, MIDEPLAN pronunció las siguientes consideraciones:

“Los compromisos asumidos por el Ministerio de Salud con los organismos internacionales en relación con importantes avances en la gestión de riesgos y desastres, enfocados hacia la prevención y mitigación de éstos, lo ha llevado desde su rol rector, a tomar injerencia en este tema y adoptar las medidas necesarias. Tal situación genera nuevos esquemas en el campo de la salud, que procuran disminuir el impacto sobre la vida humana y la infraestructura de salud, de ahí el interés mostrado en la conformación y desarrollo de una oficina de gestión del riesgo en el sector salud.

La propuesta contempla la creación de una unidad administrativa de Gestión del Riesgo en el Sector Salud dentro de la estructura del Ministerio de Salud, que busca no sólo consolidar un sector salud solidario, integrado, organizado y fortalecido en materia de prevención y respuesta a emergencias y desastre, sino, establecer una estructura formal que lidere y conduzca el ejercicio de la gestión del riesgo en situaciones de desastres o emergencias en el sector, y asumir la responsabilidad sectorial dentro del Sistema Nacional de Prevención de Riesgos y Emergencias.

La unidad propuesta tendrá un ámbito de acción y coordinación a nivel nacional sobre la prevención, preparación y respuesta a emergencias por fenómenos de origen natural y antrópico.

Tal unidad administrativa se crea sin subdivisiones, conformada por un equipo de profesionales interdisciplinarios y dependiente jerárquicamente de la Dirección General de Salud...”<sup>5</sup>

#### **2.1.5. Proveeduría Institucional**

Creada mediante DM-1425-2005 de MIDEPLAN, del 19 de setiembre del 2005.

Sobre esta unidad organizacional, MIDEPLAN opinó lo siguiente:

4 Oficio DM-1297-2005 del 18 de agosto del 2005, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

5 Oficio DM-1298-05 del 18 de agosto del 2005, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

“Las proveedurías institucionales en cuanto a su organización y funcionamiento se encuentran sujetas a lo dispuesto por la Ley de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos, Ley de la Contratación Administrativa, Reglamento General de Contratación Administrativa, Reglamento de las Proveedurías Institucionales del Poder Ejecutivo y demás normativa vigente que resulte aplicable. Dicha normativa resalta la importancia de la existencia de proveedurías institucionales en las estructuras organizacionales de los ministerios que conforman el Gobierno Central.

El Ministerio de Salud en acatamiento a la normativa vigente, crea la proveeduría institucional mediante decreto ejecutivo n.º30490 de fecha 28 de mayo del 2002, con el objetivo de contar con una estructura que garantice la disposición en forma eficiente y oportuna de los bienes y servicios que permitan desarrollar con calidad todas sus actividades institucionales.

La estructura organizacional propuesta para esta Proveeduría Institucional cumple con las directrices emanadas por la Dirección General de Administración de Bienes y Contratación Administrativa Central, como órgano rector del sistema, en cuanto a la gestión de las proveedurías por procesos, a saber: Planeamiento, Normalización y Asesoría, Central de Almacenamiento y Distribución y Contrataciones y Adquisiciones, además de una Comisión de Recomendación de Adjudicaciones.

La propuesta plantea la creación de la Proveeduría Institucional dependiendo jerárquicamente de la Dirección Administrativa, lo cual viene a modificar la estructura organizacional de esta Dirección Administrativa ya que esta nueva unidad administrativa provoca una reorganización en la Unidad de Recursos Materiales y Servicios, la que se denominará en adelante “Unidad de Infraestructura y Servicios”. La creación de la Proveeduría Institucional y la modificación de la unidad citada no generan un impacto presupuestario al Ministerio, debido a que el personal y equipo que se requiere es el que actualmente

forma parte de la Dirección Administrativa, por lo que se contiene así el gasto público...”<sup>6</sup>

#### **2.1.6. Unidad de Asuntos Internacionales en Salud**

Creada mediante DM-1480-2005 de MIDEPLAN, del 11 de octubre del 2005.

Sobre esta unidad organizacional, MIDEPLAN emitió las siguientes apreciaciones:

“Dentro de un proceso de fortalecimiento del Sector Salud en el país, la creación de la Unidad de Asuntos Internacionales en el Ministerio de Salud encuentra una especial relevancia, ya que, como Institución rectora en el campo de la salud, requiere contar con una instancia para la implementación de los diversos convenios y acuerdos bilaterales, regionales o multinacionales, que en materia de salud incluyan componentes de cooperación internacional.

La propuesta contempla esta Unidad de Asuntos Internacionales para que realice la gestión del manejo de las relaciones internacionales, así como de las oportunidades y beneficios de cooperación internacional en temas de salud que han sido prioritarios en los últimos años y que no pueden ser abordados desde el ámbito nacional. Esto con el fin de aunar esfuerzos nacionales en el sector salud tendientes a mejorar la calidad y las condiciones de vida de la población del país o para implementar las recomendaciones adoptadas por el país en el ámbito mundial. Por ello esta Dirección no tiene ninguna objeción en avalar la creación de esa unidad administrativa dentro de la estructura organizacional del Ministerio de Salud.

Dicha unidad administrativa dependerá jerárquicamente del Despacho Ministerial, como una unidad de línea y no de “staff”, por la naturaleza de sus funciones.”<sup>7</sup>

### **III. IMPACTO DE LAS MEDIDAS**

#### **3.1. Lecciones aprendidas**

Durante el corto tiempo de implementación de los actos administrativos aprobados por parte

<sup>6</sup> Oficio DM-1425-05 del 19 de setiembre del 2005, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

<sup>7</sup> Oficio DM-1480-05 del 11 de octubre del 2005, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

de MIDEPLAN, es necesario señalar algunas de las debilidades, que el proceso de implementación de las medidas ha evidenciado o generad:

- a) Las unidades organizacionales recientemente creadas no han podido lograr su consolidación debido, entre otros factores, a lo siguiente:
- No se definieron las estrategias para asignar debidamente a estas unidades la cantidad y calidad adecuada de recursos humanos requeridas para el logro de los objetivos planteados.
  - En los casos en que se ya se cuenta con un número mínimo de personal, se presenta la situación de que en una gran mayoría, estos no están debidamente calificados para un adecuado desempeño en las labores y responsabilidades asignadas. Esto fomenta en ninguna medida el ambiente de control establecido en la Ley General de Control Interno.
  - Debido al crecimiento organizacional que representa la creación de dichas instancias, se estima un impacto presupuestario, producto del eventual ajuste en la estructura ocupacional y salarial de los puestos que deban ser reclasificados. Esta situación no ha sido considerada ni proyectada presupuestariamente en la partida de servicios personales para el ejercicio económico del año en curso.
  - Se estima una atomización de la asignación de presupuesto que debe ser asignado a

cada instancia creada. Por ello las medidas obligan a realizar un análisis de la actual estructura presupuestaria de la institución a efectos de corregir o modificar lo que corresponda.

- b) Así también, se ha manifestado una entropía en el actual sistema de organización de trabajo de la Dirección Administrativa. Lo anterior se sustenta en el hecho de que se hayan efectuado —entre otras acciones— un número considerable de traslados y reubicaciones físicas de funcionarios(as) de esa Dirección, hacia las instancias recién creadas o algunas otras de la institución. Esto sin haber sido determinado, el beneficio o perjuicio, que dichas medidas tendrían sobre el desarrollo habitual de las funciones y responsabilidades asignadas a las unidades organizacionales en la que estos funcionarios(as) se encontraban destacados (as).

Adicionalmente se ha evidenciado, que dichas reubicaciones o traslados no han sido efectuados dentro de los procedimientos administrativos que corresponde, por lo que presupuestariamente se desconoce si la relación de puestos del Ministerio de Salud refleja por centro de costo dichos movimientos. De no ser así, lo anterior implicaría emprender las acciones necesarias para normalizar la situación presupuestaria-ocupacional de las unidades organizacionales involucradas en los movimientos realizados.

Por último, se encuentra en análisis, por parte del MIDEPLAN, la aprobación de la estructura orgánica correspondiente a la Auditoría General de Servicios de Salud.



**Capítulo I**  
*Indicadores y Estadísticas en 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 81 habitantes por km<sup>2</sup>, y es la provincia de San José la que tiene una mayor densidad (290.4 hab. por km. cuadrado).

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

La pirámide de edades de la población de Costa Rica ha cambiado en los últimos 50 años, y ha mostrado un paulatino ritmo de envejecimiento de la población, en que 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 sustancialmen-

te el perfil epidemiológico de la población y la demanda de servicios.

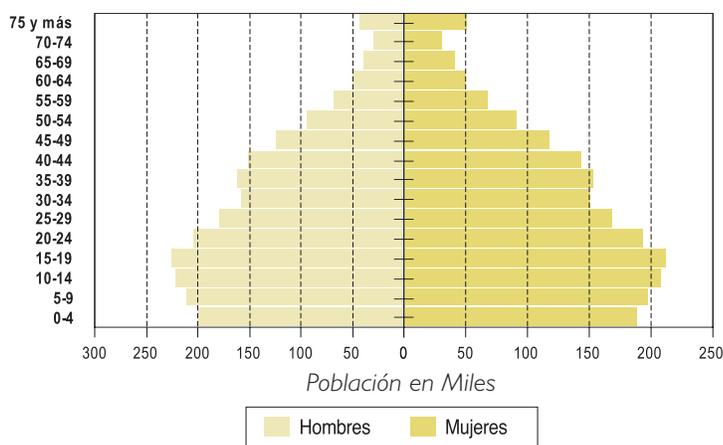
En los últimos años es evidente que la población de Costa Rica ha entrado en un proceso de envejecimiento relativo, el cual continuará en los años futuros.

De acuerdo a las estimaciones y proyecciones de población, Costa Rica en el año 2005 tuvo un total de 4.248.508 habitantes, y son el 50,8% de sexo masculino y el 49,14% femenino. Con respecto a los grupos de edad, los que presentan los mayores porcentajes son los de 15 a 19 años (10,24%) y el de 10 a 14 años (9,91%), los menores están en los grupos de 70 a 74 años (1,48%) y el de 65 a 69 años (1,95%). La esperanza de vida al nacer para el año 2004 es de 78,73 años, de acuerdo con el sexo, para los hombres la esperanza de vida es de 76,53 años y para las mujeres de 81,03 años.

**Gráfico N° 1**

Estructura de la población por grupos de edad y sexo. Costa Rica 2005

Grupos de Edad



Fuente: Proyecciones CCP-INEC Unidad de Estadística Ministerio de Salud

**Cuadro N° 1**  
Estructura de la Población por Grupos de Edad y Sexo.  
Costa Rica, 2005\* (cifras absolutas y relativas)

GRUPOS DE EDAD	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>TOTAL</b>	<b>4.325.838</b>	<b>100,00</b>	<b>2.199.852</b>	<b>100,00</b>	<b>2.125.986</b>	<b>100,00</b>
0-4	387.539	8,96	198.601	9,03	188.938	8,89
5-9	406.851	9,41	209.254	9,51	197.597	9,29
10-14	428.531	9,91	220.936	10,04	207.595	9,76
15-19	442.944	10,24	227.678	10,35	215.266	10,13
20-24	411.761	9,52	211.038	9,59	200.723	9,44
25-29	364.175	8,42	186.254	8,47	177.921	8,37
30-34	312.538	7,22	158.972	7,23	153.566	7,22
35-39	317.460	7,34	162.195	7,37	155.265	7,30
40-44	303.367	7,01	155.143	7,05	148.224	6,97
45-49	254.701	5,89	130.197	5,92	124.504	5,86
50-54	196.236	4,54	98.989	4,50	97.247	4,57
55-59	144.180	3,33	71.798	3,26	72.382	3,40
60-64	107.027	2,47	52.621	2,39	54.406	2,56
65-69	84.516	1,95	40.998	1,86	43.518	2,05
70-74	63.959	1,48	30.186	1,37	33.773	1,59
75 y más	100.053	2,31	44.992	2,05	55.061	2,59

Fuente: \*Estimaciones y proyecciones de población, CCP-UCR. Unidad de Estadística. Ministerio de Salud.

En cuanto a educación, en el año 2004 se mantuvo la tendencia de aumento en la cobertura del sistema educativo, especialmente en preescolar y secundaria. Esto se explica por un crecimiento de la inversión en la educación general básica, sobre todo en preescolar y en las modalidades de educación abierta. La educación preescolar mostró una tasa bruta de escolaridad del 90,3% en el año 2004, mientras que en secundaria se pasó DEL 53,6% aL 72,6 % en el mismo período.

En secundaria, y considerando solo la educación formal, las tasas brutas aumentaron del 68,8% en el año 2003 al 72,6% en el año 2004, y las netas pasaron del 60,9% a 63,8%.La deserción a secundaria en el año 2004 fue del 11,6%.

En cuanto al empleo la tasa de desempleo abierto, en el año 2004 fue del 6,5% en general; de acuerdo con el sexo, los hombres presentan una tasa del 5,4% y las mujeres, del 8,5%. Con respecto a la tasa neta de participación por sexo en ese mismo año, es para los hombres del 73,0% y para las mujeres, del 36,8%. Con respecto a la tasa de subempleo visible por sexo, les corresponde a los hombres el 4,6% y a las mujeres, el 7,0%.

Con respecto a la tasa de ocupación por sexo, en el año 2004 la tasa fue del 69% para los hombres y del 33,6% para las mujeres.

#### **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, que constituyen 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 los 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 20.000 y 30.000 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.

### Algunos indicadores demográficos.

Se presentan a continuación los principales indicadores demográficos actualizados de Costa Rica.

### Mortalidad Infantil:

Durante el año 2005 ocurrieron un total de 71.548 nacimientos y 700 muertes infantiles para una tasa del 9,78 por mil nacimientos. En comparación con el año anterior, ocurrieron 699 nacimientos menos que en el año 2004, y 32 muertes menos.

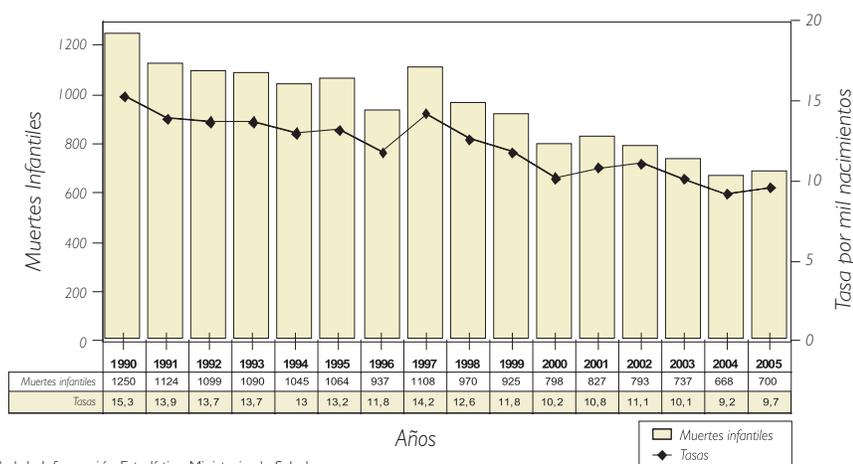
Del total de muertes, las defunciones neonatales representan el 72,57%, lo que da una tasa de defunción neonatal del 7,10 por mil nacimientos, la cual muestra un aumento de 0,37 con respecto al año 2004 que fue del 6,73 por mil.

Con respecto a la provincia, Cartago es la que registra la tasa de mortalidad infantil más alta y es, a su vez, la que muestra el mayor incremento al pasar del 8,03 en el 2004 al 12,39 por mil en el año 2005.

A continuación se muestra la tendencia que ha tenido este indicador desde 1990 al 2005.

**Gráfico N° 2**

Tendencias de la Mortalidad Infantil. Costa Rica. 1990-2005 (tasa por mil nacimientos)

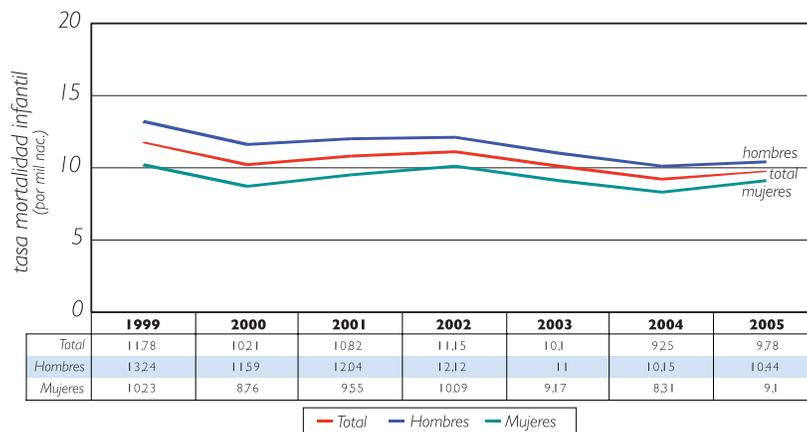


Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

En cuanto al sexo, la tasa nacional es más alta en niños (10,44) que en las niñas (9,10).

**Gráfico N° 3**

Mortalidad Infantil según Año y Sexo.. Costa Rica. 1999-2005 (tasa por mil nacimientos)



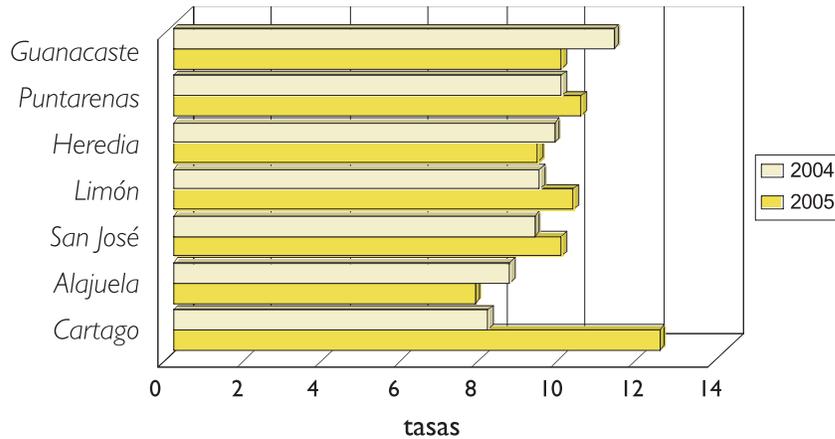
Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

En cuanto a la distribución de las muertes infantiles por provincia de residencia, la provincia que presenta la tasa más alta es la de Cartago con una tasa del 12,4 por mil nacimientos, segui-

da de Puntarenas, 10,4; en tercer lugar Limón con 10,2. La tasa más baja es la de Alajuela con 7,7.

**Gráfico N° 4**

Mortalidad Infantil según provincia.. Costa Rica. 2004-2005 (tasa por mil nacimientos)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

A continuación se presenta un cuadro donde se refleja la tasa trienal de mortalidad infantil del período 2003-2005, que fue del 9,7 por mil nacimientos; ocupa el primer lugar la provincia

de Limón con una tasa trienal del 10,7 por mil nacimientos, la sigue Guanacaste con el 10,4 y Puntarenas con el 10,2.

**Cuadro N° 2**

Mortalidad Infantil según provincia.. Costa Rica. 2004-2005 (tasa por mil nacimientos)

PROVINCIA	2003		2004		2005		TRIENIO 2003-2005		TASA
	DEFUNC.	NAC.-	DEFUNC.	NAC.-	DEFUNC.	NAC.-	DEFUNC.	NAC.-	
COSTA RICA	737	72938	668	72247	700	72247	2105	217432	9,7
SAN JOSÉ	253	24619	220	23898	231	23898	704	72415	9,7
ALAJUELA	137	13688	116	13524	106	13524	359	40736	8,8
CARTAGO	66	7661	60	7471	90	7471	216	22603	9,6
HEREDIA	54	6657	63	6479	61	6479	178	19615	9,1
GUANACASTE	49	5184	58	5162	54	5162	161	15508	10,4
PUNTARENAS	77	7432	75	7586	79	7586	231	22604	10,2
LIMÓN	101	7697	76	8127	79	8127	256	23951	10,7

Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

Dentro de las principales causas de muerte siguen privando las afecciones originadas en el período perinatal, 48,43 %, seguidas por las mal-

formaciones congénitas con el 34,57 % de las muertes.

**Cuadro N° 3**

Mortalidad Infantil según causa de muerte. Costa Rica. 2000-2005 (cifras porcentuales)

CAUSA DE MUERTE	AÑO				
	2001	2002	2003	2004	2005
<b>DEFUNCIONES INFANTILES TOTAL</b>	<b>827</b>	<b>793</b>	<b>737</b>	<b>668</b>	<b>700</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
<b>Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal</b>	<b>49,70</b>	<b>50,57</b>	<b>48,17</b>	<b>49,40</b>	<b>48,43</b>
<b>Malformaciones congénitas</b>	<b>33,01</b>	<b>29,76</b>	<b>32,56</b>	<b>30,69</b>	<b>34,57</b>
<b>Enfermedades sistema resp.</b>	<b>6,89</b>	<b>8,45</b>	<b>8,55</b>	<b>8,08</b>	<b>7,43</b>
<b>Ciertas enfermedades infecciosas y paras.</b>	<b>4,23</b>	<b>2,52</b>	<b>2,44</b>	<b>2,25</b>	<b>2,86</b>
<b>Enfermedades sistema circulatorio</b>	<b>1,33</b>	<b>1,89</b>	<b>1,36</b>	<b>1,95</b>	<b>1,00</b>
<b>Enfermedades sistema nervioso</b>	<b>1,57</b>	<b>1,77</b>	<b>1,09</b>	<b>1,80</b>	<b>1,29</b>
<b>otras causas</b>	<b>3,26</b>	<b>5,04</b>	<b>5,83</b>	<b>5,84</b>	<b>4,43</b>

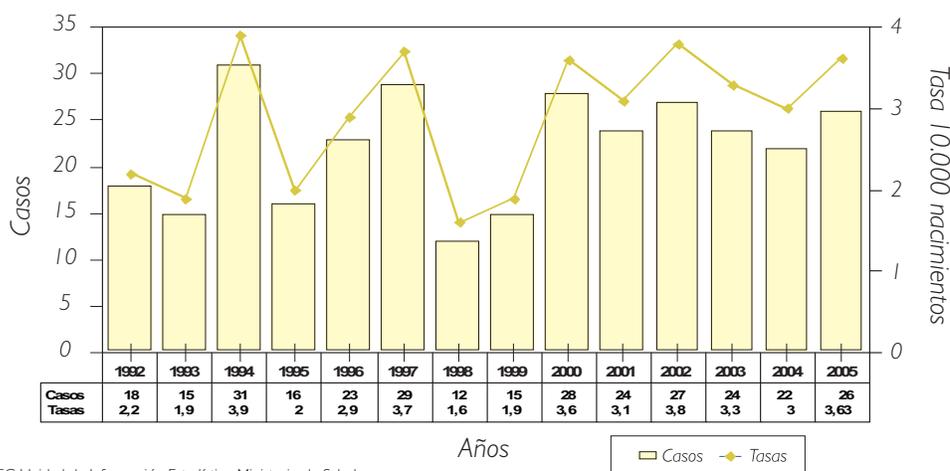
Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

• **Tendencia de la mortalidad materna**  
Según las estadísticas del INEC en el año 2005

ocurrieron 26 muertes maternas para una tasa del 3,63 por 10.000 nacimientos,

**Gráfico N° 5**

Tendencia de la mortalidad materna según año. Costa Rica. 1992-2005 (tasa por 10.000 nacimientos)



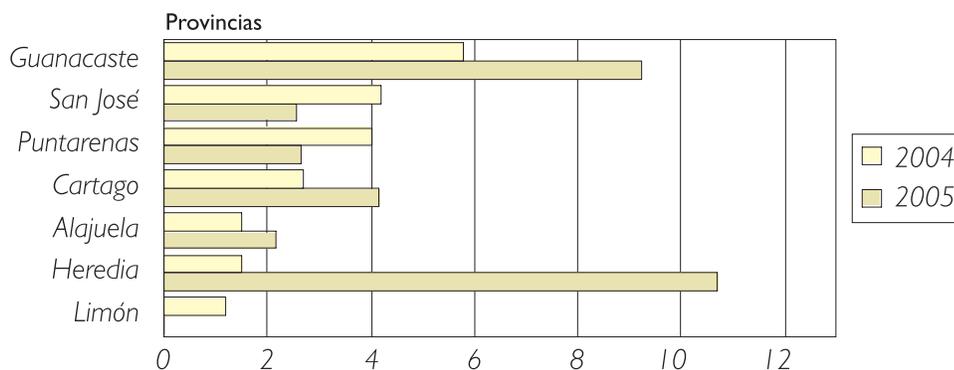
Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

De acuerdo con la provincia de residencia, la provincia que presentó en el año 2005 la tasa más alta es Heredia con un total de 7 muertes maternas, para una tasa del 10,68 por 10.000 nacimientos, seguida de Guanacaste con 5

muertes, con una tasa del 9,21; en tercer lugar Cartago con 3 muertes maternas, para una tasa del 4,13. La provincia de Limón no registró muertes maternas.

**Gráfico N° 6**

Mortalidad materna según provincia. Costa Rica. 2004-2005 (tasa por 10.000 nacimientos)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

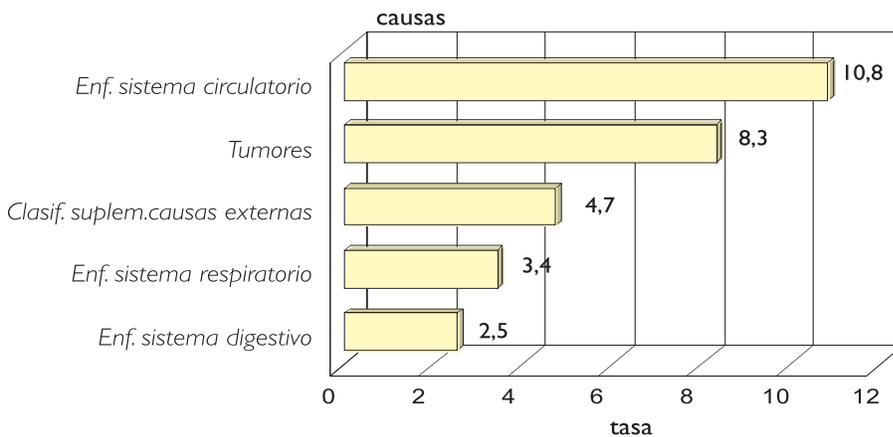
**Mortalidad general**

De acuerdo con los cinco grandes grupos de causas de muerte en el año 2005, Costa Rica presenta un perfil de salud que se caracteriza en primer lugar por enfermedades del sistema circulatorio, con un total de 4677 muertes, para una tasa del 10,8 por 10.000 hab. , seguida en su orden por los tumores, con un total de 3583,

para una tasa del 8,3; causas externas con 2033 muertes y una tasa del 4,7, seguidas por enfermedades del sistema respiratorio, con 1486 fallecidos y una tasa del 3,4; enfermedades del sistema digestivo, 1083 muertes, para una tasa del 2,5, y las demás causas con 3277, muertes con 7,6 .

**Gráfico N° 7**

Mortalidad por los primeros grandes grupos de causas. Costa Rica. 2005 (tasa por 10.000 habitantes)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

**Cuadro N° 4**

Mortalidad por los cinco grandes grupos de causas. Costa Rica. 2004-2005 (tasa por 10.000 habitantes)

CAUSAS	2004		2005	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
<b>TOTAL</b>	<b>15949</b>	<b>37,5</b>	<b>16139</b>	<b>37,3</b>
Enfermedades del sistema circulatorio	4577	10,8	4677	10,8
Tumores	3555	8,4	3583	8,3
Clasif. suplementaria de causas ext.	1844	4,3	2033	4,7
Enfermedades del sistema respiratorio	1527	3,6	1486	3,4
Enfermedades del sistema digestivo	1113	2,6	1083	2,5
Las demás causas	3333	7,8	3277	7,6

Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

**Mortalidad por algunas enfermedades crónicas**

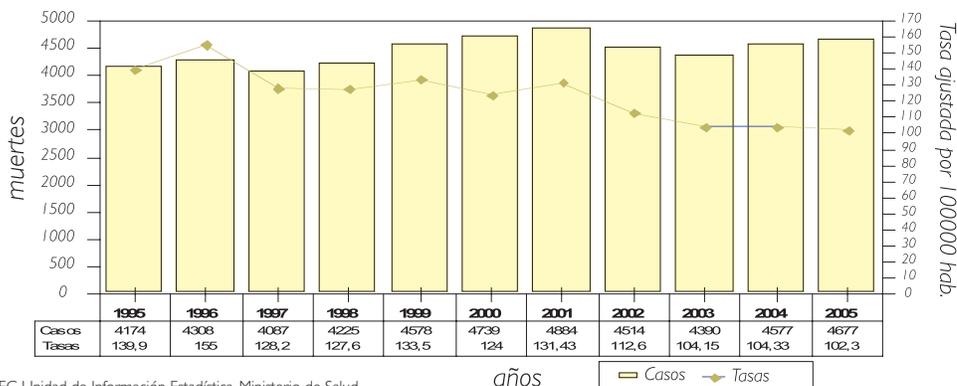
• **Enfermedades del sistema circulatorio**

Dentro de los cinco grandes grupos de causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio (CIE-X I 00- I 99) han constituido la prin-

cipal causa de muerte de la población costarricense. A continuación se presenta el gráfico de mortalidad por esta causa desde 1995 al 2005 en que se observa un aumento de 100 muertes con respecto al año 2004.

**Gráfico N° 8**

Mortalidad por los primeros grandes grupos de causas. Costa Rica. 2004-2005 (tasa por 10.000 habitantes)



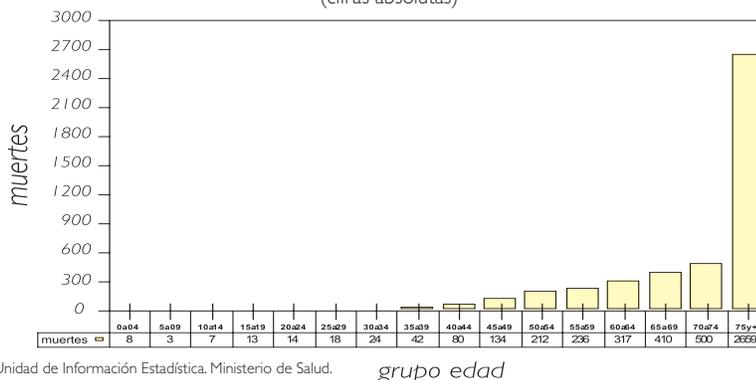
Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

Con respecto a los grupos de edad de 45 años y más, ocurre el 95.5% de las muertes por esta

causa. En cuanto al sexo, el 54,6% de las muertes corresponden al sexo masculino.

**Gráfico N° 9**

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según grupo de edad. Costa Rica 2005. (cifras absolutas)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

**Enfermedades cardiovasculares:**

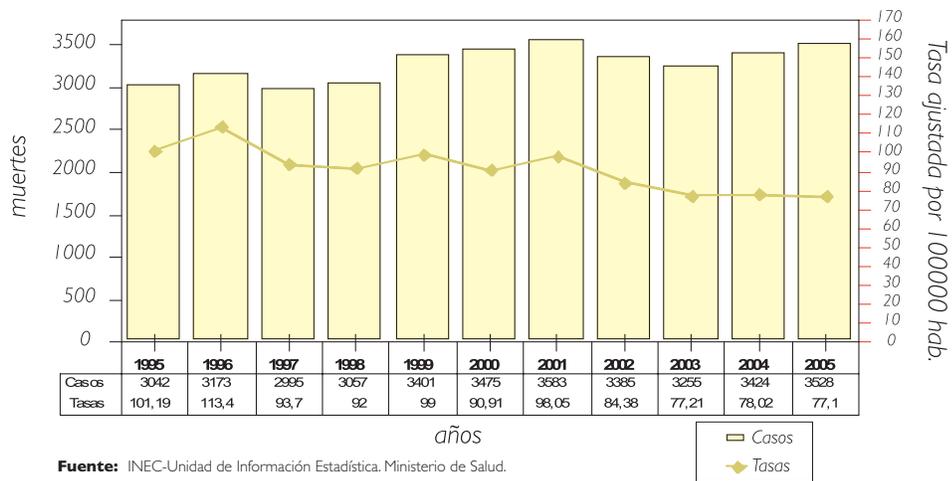
Las enfermedades cardiovasculares se ubican dentro del sistema circulatorio y corresponden a los códigos de la CIE X I 00- I 52.

De acuerdo con la tendencia que ha tenido la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, en Costa Rica en el año 2005 fallecieron 3528 personas, con una tasa ajustada del 78,02 por

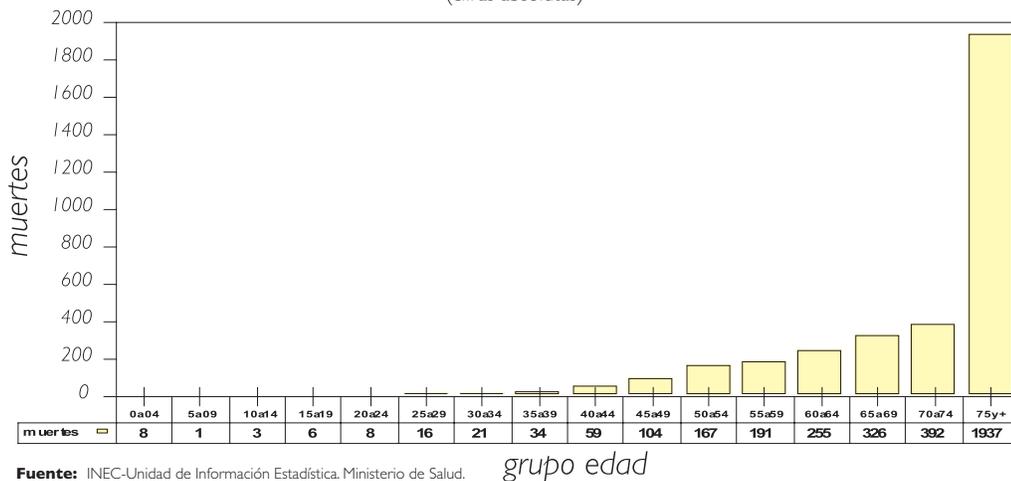
100.000 habitantes. En comparación con el año anterior, fallecieron 169 personas más por esta causa.

Con respecto al grupo de edad, el que presenta el mayor porcentaje de casos es el de 75 y más años con un 55% de las muertes por esta causa. En cuanto al sexo, el 55,8% de las muertes corresponde al sexo masculino.

**Gráfico N° 10**  
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares según año. Costa Rica. 1995-2005  
(tasa ajustada por 100.000 habitantes)



**Gráfico N° 11**  
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares según grupo de edad. Costa Rica. 2005  
(cifras absolutas)



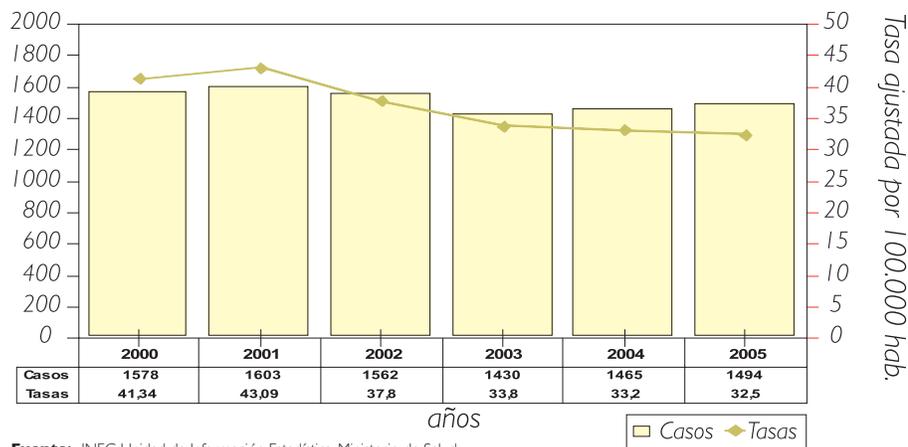
### Mortalidad por infartos:

En el año 2005 se registró un total de 1494 muertes por infartos, con una tasa del 33,2 por 100.000 habitantes.

En relación con el sexo, 891 corresponden al sexo masculino (59,6%) y 603, al femenino (40,3%).

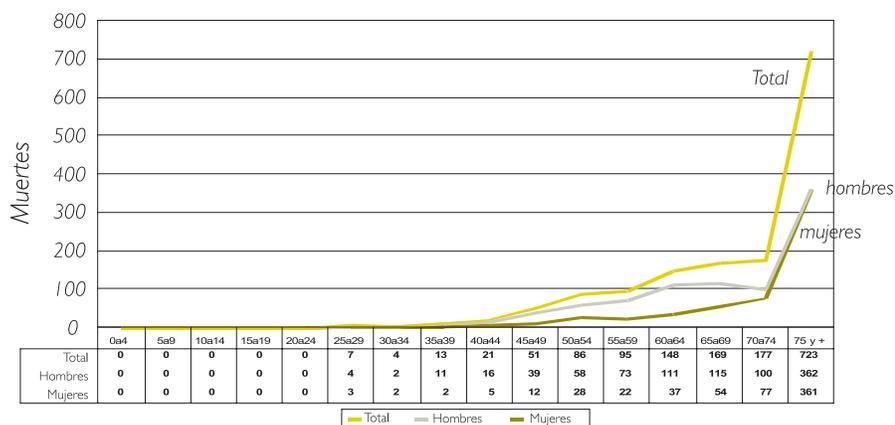
**Gráfico N° 12**

Mortalidad por infartos según años. Costa Rica. 2000-2005  
(tasa ajustada por 100.000 habitantes)



**Gráfico N° 13**

Mortalidad por infartos según grupo de edad y sexo. Costa Rica 2005.  
(cifras absolutas)



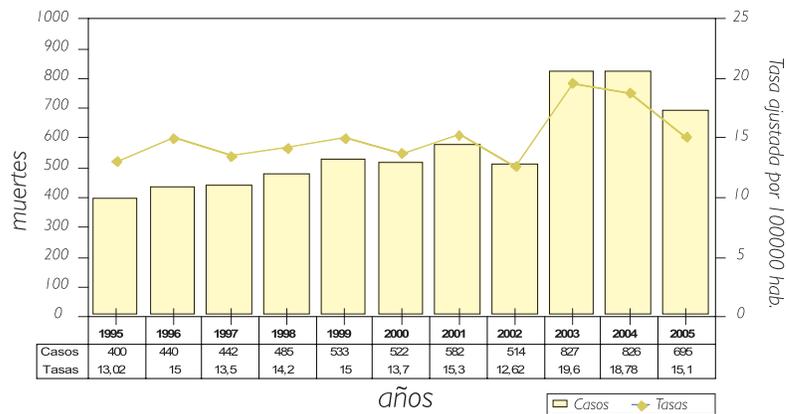
**Mortalidad por diabetes:**

En el siguiente gráfico se muestra la tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus correspondiente al período de 1995 al 2005, en que se visualiza una disminución de las muer-

tes por esta causa en un 15,8% con respecto al año anterior. Se presentaron un total de 695 defunciones con una tasa ajustada del 15,1 por 100.000 hab.

**Gráfico N° 14**

Mortalidad por diabetes. Costa Rica. 1995-2005  
(tasa ajustada por 100.000 habitantes)



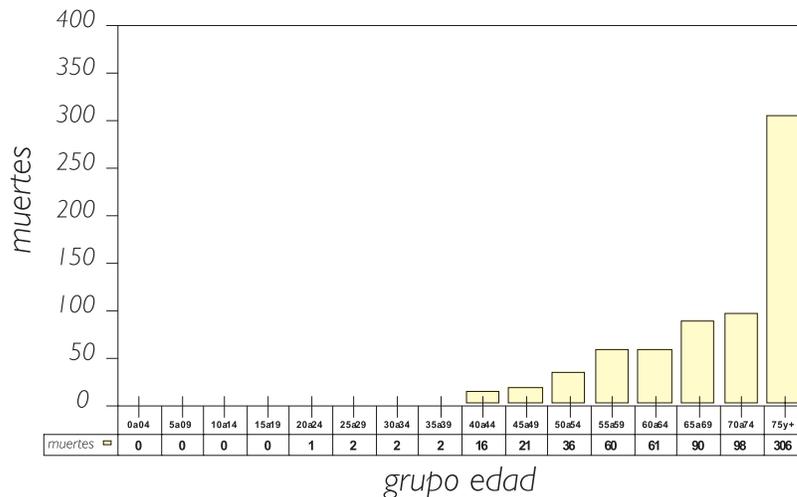
Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

Con respecto al grupo de edad en que se presentan las muertes por diabetes, los mayores de 60 años y más presentan el 80% del total de

casos por esta causa. En cuanto al sexo, el 44,7% corresponden al sexo femenino.

**Gráfico N° 15**

Mortalidad por diabetes según grupo de edad. Costa Rica. 2005 (cifras absolutas)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

## Mortalidad por suicidios y homicidios.

### • Suicidios:

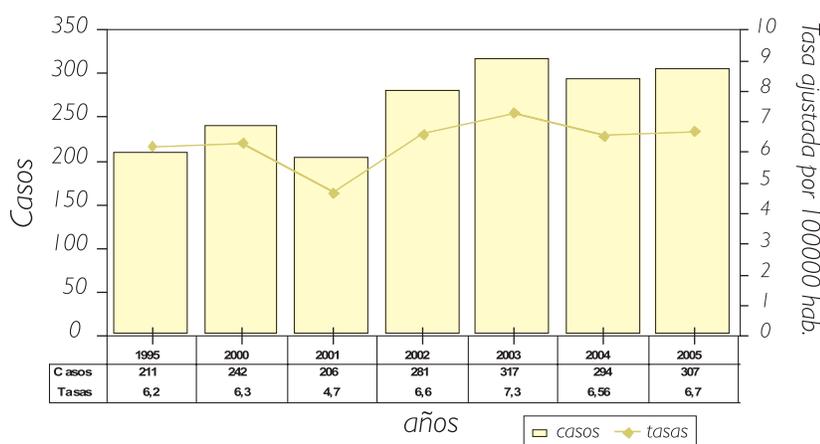
En Costa Rica en el año 2005 se presentaron un total de 307 suicidios para una tasa ajustada del 6,7 por 100.000 habitantes, lo cual representa un aumento del 4% de los casos con respecto

al año anterior. Con respecto al sexo, 255 fueron hombres (83,0%) y 52 mujeres (16,9%).

En cuanto a la provincia de residencia, la que presenta una mayor tasa es la de Puntarenas con una tasa del 9,3 por 100.000 hab., seguida por Cartago con el 9,2 y Limón con el 8,3.

**Gráfico N° 16**

Mortalidad por suicidios según año. Costa Rica. 1995-2005  
(tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

**Cuadro N° 5**

Mortalidad por suicidios según provincia. Costa Rica. 2004-2005  
(tasa por 100.000 habitantes)

PROVINCIA	2004		2005	
	N°	Tasa	N°	Tasa
<b>COSTA RICA</b>	<b>294</b>	<b>6,9</b>	<b>307</b>	<b>7,1</b>
SAN JOSÉ	106	7,1	90	5,9
ALAJUELA	56	6,9	60	7,3
CARTAGO	32	6,7	45	9,2
HEREDIA	29	7,1	22	5,3
GUANACASTE	21	7,5	21	7,4
PUNTARENAS	26	7,0	35	9,3
LIMÓN	24	6,0	34	8,3

Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

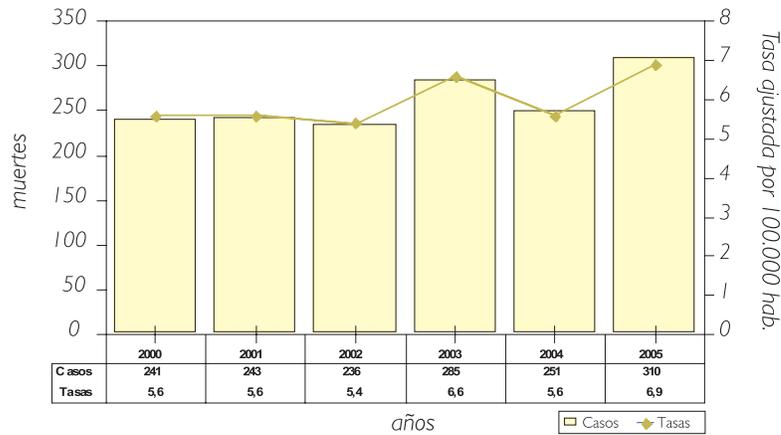
### • Homicidios

En el año 2005 se registraron un total de 310 homicidios, para una tasa ajustada del 6,9 por 100.000 habitantes, de los cuales 255 fueron hombres (82,25%) y 55, mujeres (17,7%).

Con respecto al grupo de edad, el que presenta la mayor tasa es el grupo de 20 a 24 años, para un total de 49 homicidios, con una tasa del 12 por 100.000 hab.

**Gráfico N° 17**

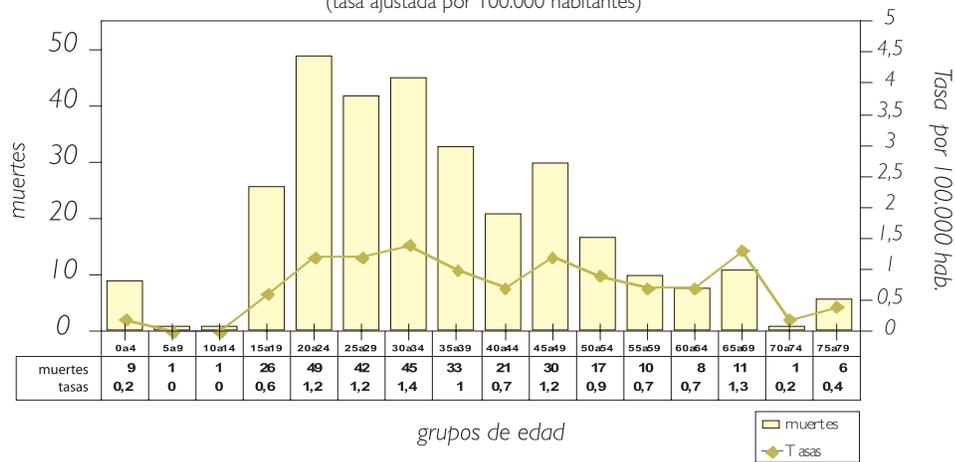
Mortalidad por homicidios según año. Costa Rica. 2000-2005  
(tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 18**

Mortalidad por homicidios según año. Costa Rica. 2005  
(tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

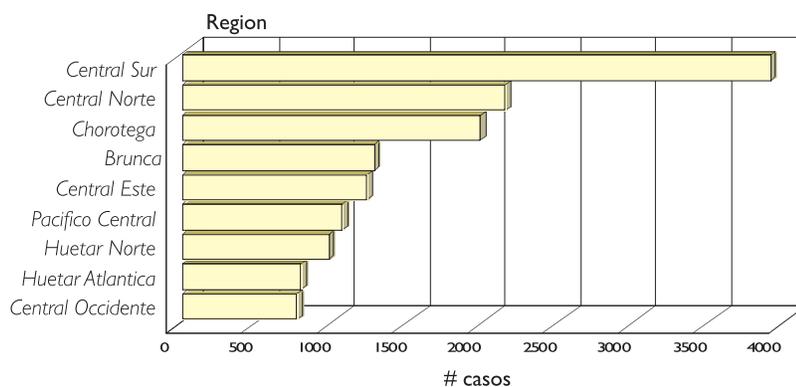
**Accidentes de tránsito:**

De acuerdo con lo notificado por los establecimientos de Salud, en el año 2005 se notificaron un total de 16.177 casos de accidentes de

tránsito, de los cuales la región que más notificó casos fue la Central Sur, con un total de 4282 casos (26.47%); le sigue la Chorotega con 2325 (14,37%).

**Gráfico N° 19**

Casos registrados de accidentes de tránsito según región de salud. Costa Rica. 2005  
(cifras absolutas)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

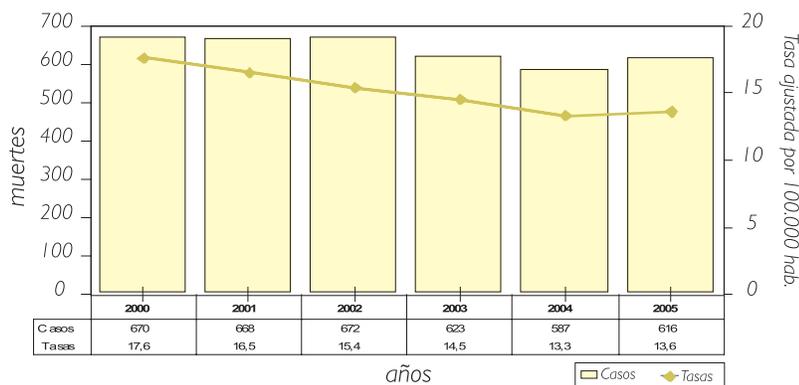
**Mortalidad por accidentes de tránsito:**

Con respecto a la mortalidad, en el año 2005 fallecieron 616 personas por accidentes de tránsito, lo que representa un 3,8% de las muertes totales. A continuación se muestra la tendencia

de la mortalidad ajustada por accidentes de tránsito de los años 2000 al 2005, en que se aprecia un aumento del 4,9% de la mortalidad en el año 2005 con respecto al año anterior.

**Gráfico N° 20**

Mortalidad por accidentes de tránsito según año. Costa Rica. 2000-2005  
(tasa ajustada por 100.000 habitantes)



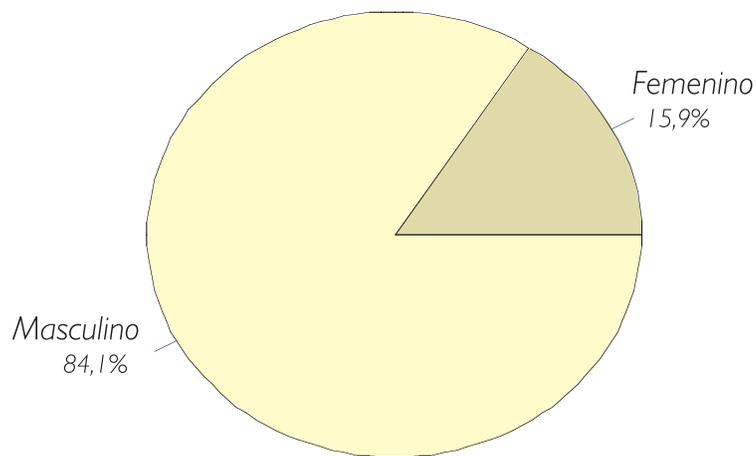
Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

De acuerdo con el sexo en el que se presentan las muertes por esta causa, en el sexo masculino se registra un total de 518 (84%) y en el feme-

nino, 98 muertes (15,9%). La edad en la que presenta la mayor cantidad de muertes por esta causa es la de 25 a 29, con 71 muertes.

**Gráfico N° 21**

Mortalidad por accidentes de tránsito según sexo. Costa Rica. 2005  
(cifras porcentuales)



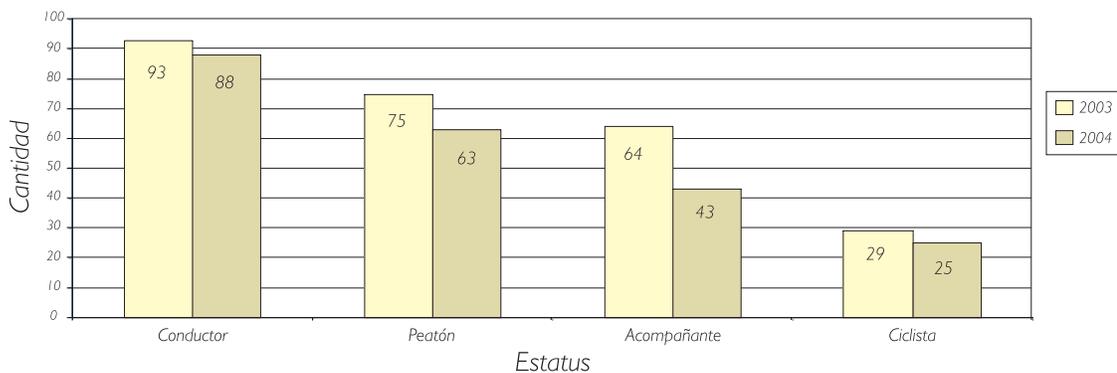
Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

En el año 2005, según información proporcionada por el Consejo de Seguridad Vial, las personas que fallecen "in situ" de acuerdo con el estatus de las personas son: 23,43%, conductores; el 23,19% peatones; acompañantes, el 10,87% y ciclista, el 9,66%. El sexo masculino domina la

mortalidad "in situ" con un 88,49% de los casos reportados; el femenino es del 11,51%. A continuación se presenta un gráfico que refleja las personas fallecidas en accidentes de tránsito en los años 2002 y 2004 de acuerdo con el estatus en el accidente.

**Gráfico N° 22**

Clasificación del estatus de las personas fallecidas en accidentes de tránsito. 2003-2004



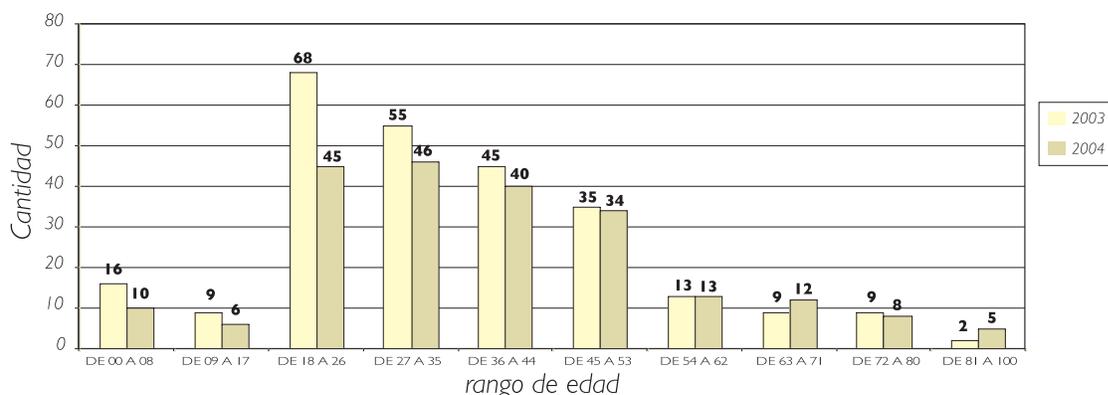
Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

Con respecto a los muertos “in situ” por accidentes de tránsito en el año 2005, el grupo de edad que presenta un mayor porcentaje es el de 25 a 29 años con un 9,66 %, lo sigue el de

20 a 24 años con un 8,21 % y, en tercer lugar, el de 35 a 39 con un 7,49% de los fallecidos por esta causa.

**Gráfico N° 23**

Clasificación de las personas fallecidas en accidentes de tránsito según la edad. 2003-2004



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

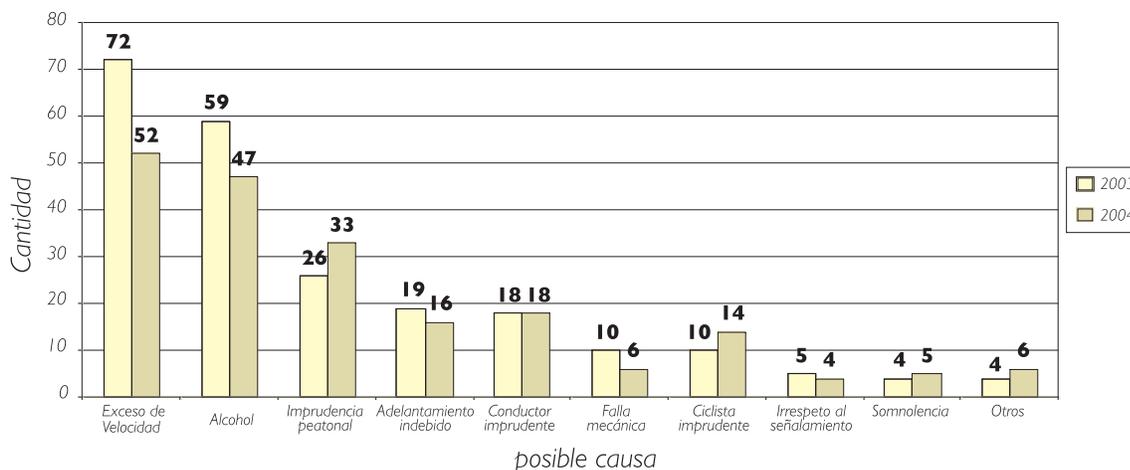
Se muestra un gráfico de los años 2003 y 2004 que presenta los fallecimientos por grupo de edad

En cuanto a la posible causa del accidente, en el año 2005, el primer lugar lo ocupa el exceso

de velocidad con un 29,8%, seguido por la imprudencia peatonal con un 16,82%, y, en tercer lugar, el alcohol con 15,26%. El siguiente gráfico refleja las posibles causas de los años 2003 y 2004.

**Gráfico N° 24**

Clasificación de los accidentes mortales de tránsito según la posible causa. 2003-2004



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

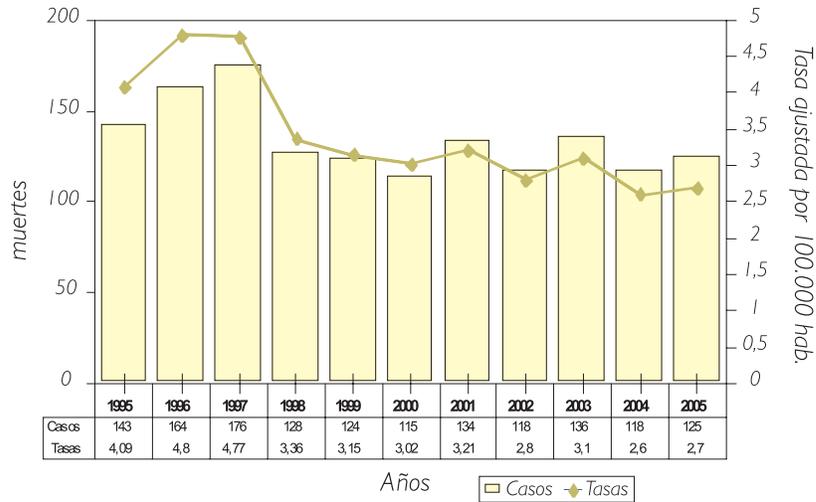
**Mortalidad por “SIDA”:**

En el gráfico siguiente se presenta la mortalidad por “SIDA” en el 2005, cuando se registró un total de 125 muertes, con un incremento del 5,9% con respecto al año anterior; para una tasa ajustada del 2,7 por 100.000 hab.

Con respecto al sexo, del total de muertes 107 son masculinas, lo que representa un 85,6%, y 18, femeninas.

**Gráfico N° 25**

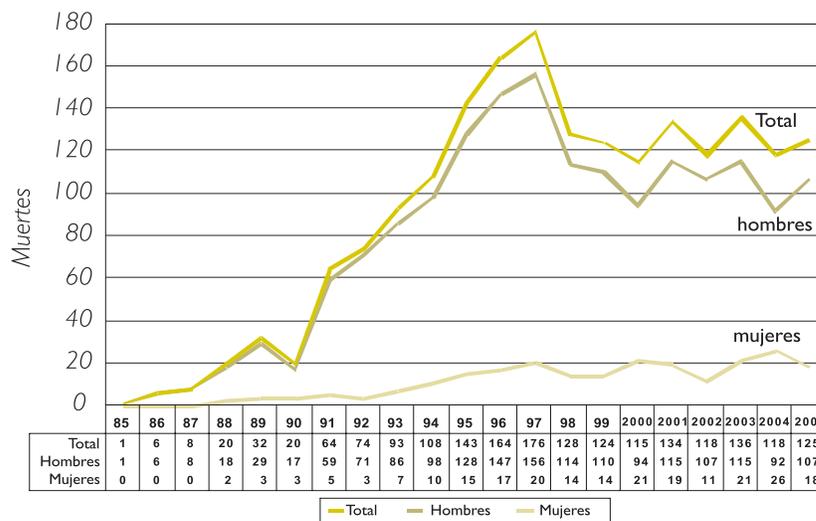
Mortalidad por SIDA según año. Costa Rica 1995-2005  
(tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 26**

Tendencia de la mortalidad por SIDA según año y sexo. Costa Rica 1985-2005  
(cifras absolutas)

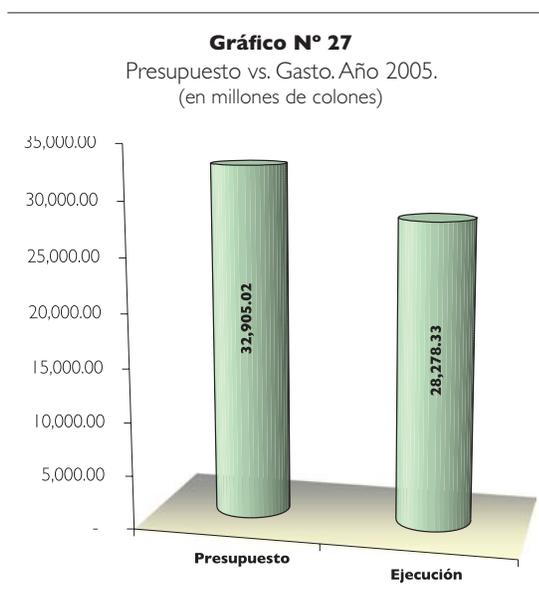


Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

**Capítulo 2**  
*Inversión en Salud*

El Ministerio de Salud en el año 2005 tuvo un presupuesto total de  $\$32.905,02$  millones, de los cuales se ha ejecutado un 85,9% ( $\$28.278,33$  millones), administrados por medio de cuatro organismos presupuestarios, a saber:

**El Gobierno Central:** con un 79,92% ( $\$22.599,86$  millones) de los recursos totales que obtiene la institución; de ello, un 65,99% ( $\$14.913,97$  millones) corresponde a la **partida Servicios Personales (salarios)**, de los cuales las subpartidas que lo distribuyen son cargos fijos por  $\$12.087,5$  millones,  $\$1.123,78$  millones a sueldo adicional (aguinaldo),  $\$935,9$  a salario escolar; entre otros; por otro lado, la **partida Transferencias Corrientes** tiene un gasto de  $\$5.998,26$  millones, que incluye  $\$3.284,26$  millones por transferencias a instituciones públicas como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Patronato Nacional de Ciegos, Consejo Nacional de Rehabilitación, Patronato Nacional de Rehabilitación, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), entre otras, aparte de los aportes a la Caja Costarricense de Seguro Social; luego, en la **partida Servicios No Personales** se invierte un 4,89% ( $\$1.106,06$  millones) de esa ejecución, los cuales se distribuyen en gastos de viaje dentro del país ( $\$632,7$  millones), seguros ( $\$178,15$  millones), telecomu-



nicaciones ( $\$99,8$  millones), entre otros; en ese mismo orden se ha invertido en las partidas Materiales y Suministros, un 1,21% ( $\$272,54$  millones), en Servicio de la Deuda, un 0,64% ( $\$143,59$  millones), entre otros.

**Cuadro N° 6**

Gasto del Ministerio de Salud según organismo y partida presupuestaria. Costa Rica 2005.  
(Tasa ajustada por 100.000 habitantes)

Partida Presupuestaria	GOBIERNO		C.T.A.M.S.		OCIS-DESAF		FIDEICOMISO		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
Serv. Personales	14,913.97	65.99%	0.00	0.00%	0.00	0.00%	0.00	0.00%	14,913.97	52.74%
Serv. No Personales	1,106.06	4.89%	274.66	14.96%	0.00	0.00%	206.40	51.41%	1,587.13	5.61%
Mater. Y Sumin	272.54	1.21%	97.42	5.31%	2,498.47	72.61%	86.01	21.42%	2,954.45	10.45%
Maq. Y Equipo	97.27	0.43%	38.17	2.08%	0.00	0.00%	108.66	27.07%	244.09	0.86%
Desembolsos financieros	0.00	0.00%	0.00	0.00%	0.00	0.00%	0.00	0.00%	0.00	0.00%
Const. Adic. Y Mejoras	0.00	0.00%	100.13	5.45%	0.00	0.00%	0.00	0.00%	100.13	0.35%
Transf. Corrientes	5,998.26	26.54%	245.17	13.35%	942.59	27.39%	0.40	0.10%	7,186.42	25.41%
Transf. Capital	68.16	0.30%	1,080.39	58.85%	0.00	0.00%	0.00	0.00%	1,148.55	4.06%
Serv. De la Deuda	143.59	0.64%	0.00	0.00%	0.00	0.00%	0.00	0.00%	143.59	0.51%
<b>TOTALES</b>	<b>22,599.86</b>	<b>79.92%</b>	<b>1,835.94</b>	<b>6.49%</b>	<b>3,441.06</b>	<b>12.17%</b>	<b>401.48</b>	<b>1.42%</b>	<b>28,278.33</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Ejecución Presupuestaria al 31 de diciembre del 2004 (C.T.A.M.S., Asignaciones Familiares, Gobierno Central y Fideicomiso 872 MS-BNCR)

**Nota:** No se incluyen los componentes devengados en el 2005 ya que serán hasta el 2006.

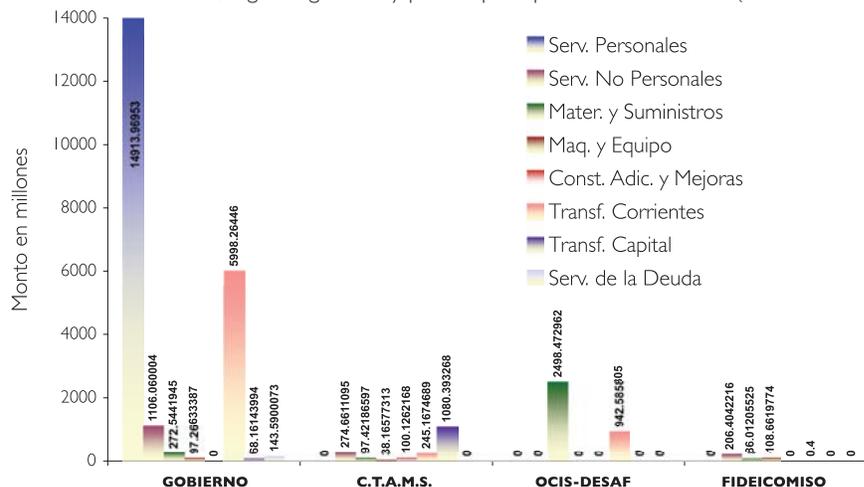
**Calculo Realizado:** Columna % = gasto por partida / total del organismo.

La Oficina de Cooperación Internacional de la Salud y Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (OCIS-DESAF), que tiene una ejecución de un 12,17% (¢3.441,06 millones), de los cuales un 72,61% (¢2.498,48) corresponde a la partida Materiales y Suministros, específicamente la subpartida Productos Alimenticios, la cual gasta ¢2.369,7 millones en compra de leche en polvo y ¢128,8 millones en otros materiales de construcción; además, hace transferencias por ¢942,6 millones a las subvenciones de las asociaciones que administran recursos para hacerlos llegar a los CEN CINAI que están distribuidos en todo el territorio nacional.

El Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), cuyo gasto alcanza el 6,49% (¢1.835,94 millones), en la **partida Transferencias de Capital** ejecuta un 58,85% (¢1.080,39 millones) en razón de transferencias que se hacen al programa de Registros y Controles del Fideicomiso 872 por ¢716,57 millones y al programa de Fortalecimiento de Zonas Bananeras por ¢318,98 millones, y otra transferencia a organismos internacionales (Fondo Global) por ¢44,85 millones; en la partida Servicios No Personales se invierte un 14,96% (¢274,66 millones), de los cuales la subpartida con más movimiento es la de 195 Honorarios, Consultorías y Servicios Profesionales, por ¢174,50 millones, entre otras.

Gráfico N° 28

Gasto del Ministerio de Salud, según organismo y partida presupuestaria. Año 2005. (En millones de colones)



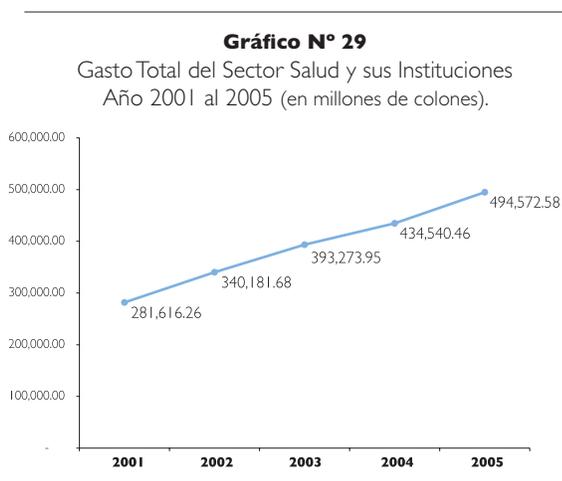
El Fideicomiso 872 Ministerio de Salud – Banco Nacional de Costa Rica ha ejecutado un 1,42% (¢401,48 millones), de los cuales se ha ejecutado principalmente en la partida Servicios No Personales con un 51,41% (¢206,40 millones), de los cuales se han gastado en honorarios, consultorías y servicios profesionales ¢49,02 millones, en información y publicidad ¢46.222,52, en comisiones y otros cargos ¢25,33 millones; por otro lado, en la partida Maquinaria y Equipo se ha gastado un 27,07% (¢108,66 millones), de los cuales ¢41,96 millones son por adquisición de equipo y mobiliario de oficina, ¢26,65 millones por equipo de cómputo; en ese mismo orden se ejecuta un 21,42% (¢86,01 millones) de ad-

quisición de diésel (¢18,85 millones), productos de papel y cartón (¢17,61 millones), gasolina (¢12,85 millones) y otros.

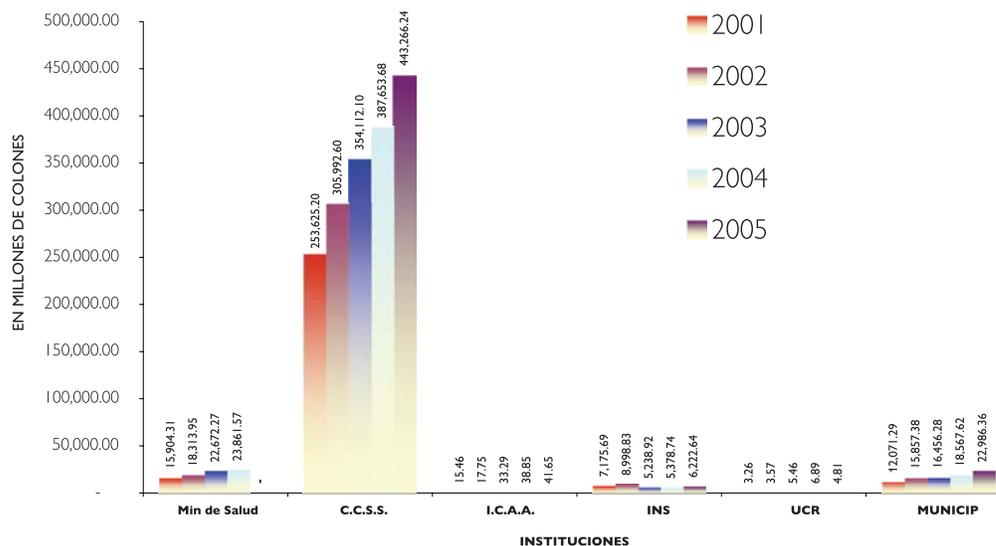
### Gasto anual del Sector Salud y sus Instituciones

En el último quinquenio (2001 al 2005) el gasto nacional en salud creció de ¢281.616,26 millones a ¢494.572,58 millones; sin embargo, este ha tenido un crecimiento en promedio del 2,74%. En el último año el crecimiento es del 3,09%, lo cual obedece principalmente a un aumento en este último año en la CCSS de ¢55.612,56 millones, así mismo se puede visualizar en el gráfico 4 que esa institución aporta un 89,63% (¢443.266,24

millones) lo cual la ubica como la que otorga mayores contribuciones en este sector, seguida del Ministerio de Salud con  $\text{¢}28.278,33$  millones. Esto refleja un aumento con respecto al año 2004 de  $\text{¢}4.416,76$  millones; en ese mismo orden, las municipalidades han invertido en el año 2004 un total de  $\text{¢}22.986,36$ , luego el Instituto Nacional de Seguros ha ejecutado un 1,26% (6.222,64 millones) en este sector, y la Universidad de Costa Rica ha invertido  $\text{¢}4,81$  millones, y su participación ha disminuido.



**Gráfico N° 30**  
Gasto Quinquenal del Sector Salud.  
(Ministerio de Salud y sus instituciones).



**Cuadro N° 7**  
Gasto Anual del Sector Salud y sus Instituciones. Costa Rica 2001-2005.  
(En millones de colones corrientes)

AÑO	Min. De Salud		C.C.S.S.		I.C.A.A.		INS		UCR		MUNICIP		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
2001	15,904.31	5.65	253,625.20	90.06	15.46	0.01	7,175.69	2.55	3.26	0.00	12,071.29	4.29	281,616.26	14.49
2002	18,313.95	5.38	305,992.60	89.95	17.75	0.01	8,998.83	2.65	3.57	0.00	15,857.38	4.66	340,181.68	17.50
2003	22,672.27	5.77	354,112.10	90.04	33.29	0.01	5,238.92	1.33	5.46	0.00	16,456.28	4.18	393,273.95	20.23
2004	23,861.57	5.49	387,653.68	89.21	38.85	0.01	5,378.74	1.24	6.89	0.00	22,986.36	5.29	434,540.46	22.35
2005	28,278.33	5.72	443,266.24	89.63	41.65	0.01	6,222.64	1.26	4.81	0.00	22,986.36	4.65	494,572.58	25.44

**Cuadro N° 8**

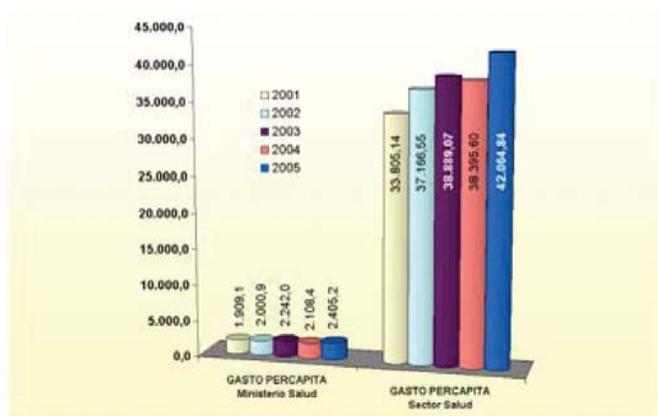
Gasto del Sector Salud vs. PIB deflatados. Costa Rica 2001-2005.  
(En millones de colones constantes)

AÑO	Total Sector Salud deflatado		PIB DEFLATADO	PIB	INDICE SUBYACENTE
	₡	% PIB			
2001	148,014.57	5.70%	2,596,738.98	5,394,595.40	2.08
2002	163,936.03	6.11%	2,680,956.52	6,058,894.70	2.26
2003	176,790.42	6.27%	2,818,597.74	6,970,815.00	2.47
2004	176,540.35	5.91%	2,987,177.92	8,126,742.00	2.72
2005	160,274.56	5.22%	3,068,457.17	9,468,594.00	3.09

**FUENTE** Informes de Liquid Presup al 31 de dic de cada institución de los últimos cinco años  
 PIB: Producto Interno Bruto (deflatado según Índice subyacente\*)  
 \*Índice Subyacente: (Base: Enero 1995), Banco Central de Costa Rica  
**CALCULOS REALIZADOS:** Columna %= gasto anual real de cada institución / total sector salud

**Gráfico N° 31**

Gasto Quinquenal Per Cápita  
Ministerio de Salud y Sector Salud



**Gasto del Sector Salud vs. PIB Deflatado y Gasto Percápita**

Para el año 2005 la relación del gasto/PIB deflatado, utilizando el índice subyacente de inflación; brinda una noción de los esfuerzos institucionales destinados a la comunidad nacional (excluyendo al sector privado) en cuanto a la atención de la salud relacionada con la disponibilidad total de los recursos reales. De acuerdo con el cuadro 8 “Gasto del Sector Salud vs PIB (deflatado)”, se puede evidenciar con estos indicadores que en el último bienio se ha mantenido un esquema decreciente, posiblemente debido a los esquemas políticos de austeridad. Con respecto al gasto per cápita para el año en estudio se puede observar en el cuadro y

gráfico señalados, la población nacional, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, tiene una disminución de ₡0,35 millones con respecto al año 2004. En el caso del Ministerio de Salud se invierte un total de ₡2.405,2 por habitante; de ese mismo orden, se puede observar que el sector Salud, que involucra instituciones como son la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Instituto Nacional de Seguros y la Universidad de Costa Rica, en su totalidad, para el año 2005 emplea ₡42.064,84 en relación con la producción de bienes y servicios por habitante.

**Cuadro N° 9**  
Gasto Per cápita. Costa Rica 1999-2003.  
(En millones de colones constantes)

AÑO	Índice Subyacente Inflacionario	GASTO TOTAL (Ministerio Salud)	GASTO TOTAL (Sector Salud)	POBLACION TOTAL (en millones)	GASTO PERCAPITA Ministerio Salud	GASTO PERCAPITA Sector Salud
<b>2001</b>	2.08	7,655.69	135,558.62	4.01	1,909.1	33,805.14
<b>2002</b>	2.26	8,103.61	150,524.53	4.05	2,000.9	37,166.55
<b>2003</b>	2.47	9,167.37	159,017.43	4.09	2,242.0	38,889.07
<b>2004</b>	2.72	8,770.89	159,725.71	4.16	2,108.4	38,395.60
<b>2005</b>	3.09	9,164.07	160,274.56	3.81	2,405.2	42,064.84

**FUENTE** [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr)

\*Índice Subyacente: (Base: Enero 1995), Banco Central de Costa Rica

**CALCULO REALIZADO:** Cálculo del gasto per cápita = gasto real anual a valor constante / población total.

**Capítulo 3**  
*Logros Institucionales*

## **3.1 Despachos**

### 3.1.1 Despacho del Ministerio de Salud

#### **LOGROS**

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

- Constitución del Consejo Nacional del Agua y su Secretaría Técnica, en agosto del 2002. Este Consejo esta integrado por el ministro del Ambiente, el ministro de Agricultura, el ministro de Educación, el ministro de Economía, Industria y Comercio, el presidente ejecutivo del ICE, el presidente ejecutivo de ICAA, el gerente general de SENARA y la ministra de Salud, quien lo preside. La Secretaría Técnica esta integrada por los representantes de las instituciones anteriores, más las universidades públicas, y es coordinada por el Ministerio de Salud.
- Coordinación institucional para el diseño y ejecución de la política nacional del agua y la estrategia hídrica centroamericana.
- Coordinación interinstitucional de la formulación de Ley del Recurso Hídrico, que se encuentra en primer debate en la Asamblea Legislativa.
- Creación de los Consejos de Cuenca, mediante la organización local en el tema de la gestión del agua.
- Consecución de empréstitos internacionales para la construcción del alcantarillado sanitario de San José y de otras zonas del país, así como para la modernización del sector de Agua Potable y Saneamiento.
- Diseño y ejecución de la estrategia nacional orientada a trabajar interinstitucionalmente la gestión del riesgo asociado a los episodios de contaminación del agua y desastres naturales.

##### **Plan de superación de la pobreza y desarrollo de las capacidades vida nueva.**

Dentro de las prioridades del Gobierno se encuentra el “Plan de Superación de la Pobreza y Desarrollo de Capacidades Vida Nueva”, el cual ha sido coordinado por el Consejo Social de Gobierno. El Despacho Ministerial ha brindado una contribución importante en la ejecución de dicho plan:

- En setiembre del 2004, la ministra de Salud asumió como recargo la coordinación del Consejo Social, y logró de esta manera apoyar la ejecución de dicho plan a nivel nacional.
- Apoyo a la constitución de los Consejos de Desarrollo Regional, mediante una estrecha coordinación con MIDEPLAN, para que los Consejos Sociales Regionales (COSORE), se convirtieran en los Consejos de Desarrollo Social.
- En el marco de una directriz del Consejo Social de Gobierno, en la cual se nombraba a los ministros(as) y presidentes ejecutivos como padrinos y madrinan de cada una de las regiones del país, se le asignó a la ministra de Salud la región Brunca. En su función como madrina de esa zona logró:
- La realización de seis ferias de Promoción Vida Nueva en al región.
- La capacitación de más de 100 mujeres para el desarrollo de microempresas.
- Apoyo en las gestiones para la donación de \$220.000.000 para la construcción de colegio

- de La Palma de Puerto Jiménez, el cual se empezará a construir a partir de mayo del 2006.
- Apoyo permanente al Consejo de Desarrollo Peninsular para el desarrollo de varios proyectos.
- En el tema de manejo de desechos sólidos en la región se ha logrado:
  - Conformación de la Comisión Técnica Regional para el manejo de los desechos sólidos de la región Brunca, con integración interinstitucional.
  - Apoyo en las gestiones para la consecución de ₡15.000.000 donados por el IFAM, para la contratación de una empresa para la realización un estudio integral de manejo de desechos sólidos.
  - Consecución de los recursos mediante coordinaciones con la cooperación alemana para el financiamiento de un plan de capacitación integral en manejo de desechos sólidos.
  - Apoyo en la consecución de recursos y el diseño de una estrategia regional para el manejo integral de los desechos sólidos.
- Aprobación de importantes acuerdos o compromisos internacionales en los más diversos ámbitos de la salud a los que el país se comprometió con su cumplimiento o seguimiento, como: a) el Convenio Marco del Control del Tabaco (2003); b) la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (2004); o c) el Reglamento Sanitario Internacional (2005).
- Elección de nuestro país, representado por el Ministerio de Salud, como miembro del Comité Ejecutivo de la OPS para el período 2003-2006. La integración de dicho Comité, además de permitir la permanencia de un país centroamericano dentro de él mismo, propició una mayor y activa participación e injerencia del país en el análisis y la toma de decisiones de diversos temas de carácter técnico y administrativo de la organización, como el "Grupo de Trabajo Una OPS para el Siglo XX" y el "Grupo de Trabajo sobre la Racionalización de los Mecanismos de Gobernanza de la OPS".
- Suscripción de importantes acuerdos de cooperación a nivel bilateral como: a) Convenio de Colaboración entre los Ministerios de Salud de la Rep. de Nicaragua y la Rep. de CR para el fortalecimiento de las Acciones de Salud en el Cordón Fronterizo (2004); b) Acuerdo Complementario de Cooperación en Materia de Salud entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos (2004); c) Memorando de Entendimiento sobre Cooperación en Salud entre el Ministerio de Salud de la República de Costa Rica y el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba (2004); y d) Memorando de Entendimiento para la Cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Ministerio de Salud de Costa Rica (2005).
- Participación en importantes proyectos de cooperación financiera con distintos organismos como: a) Banco Mundial (BM-Préstamo): "Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud"; b) Banco Interamericano de

#### **Asuntos Internacionales y Cooperación Internacional en Salud**

- Activa participación del Ministerio de Salud en diversos foros multinacionales de discusión de temas sanitarios más importantes a nivel global, hemisférico y regional como: a) la Asamblea Mundial de la Salud OMS (anual); b) el Consejo Directivo de la OPS (anual); c) la Reunión Iberoamericana de Ministros de Salud (anual); d) el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) (semestral); e) la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Rep. Dominicana (RESSCAD) (anual); f) la Reunión de Ministros de Salud y Agricultura de las Américas (RIMSA) (bienal); y g) la Reunión de Ministros de Salud y Ambiente de las Américas (MISAMA) (bienal), entre las más relevantes.

Desarrollo (BID-Préstamo): "Programa Desarrollo del Sector Salud", en el componente: Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud para ejercer la función rectora; c) Unión Europea (UE-Donación): formulación de cinco proyectos en materia de Seguridad Alimentaria y Nutricional para los cantones de los Chiles, Upala y la Cruz, en el marco del Programa de Desarrollo Fronterizo para América Central (recursos donados por la UE para ser administrados por el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE); d) Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y Malaria (FM-Donación): "Fortalecimiento de la respuesta de Costa Rica al VIH/SIDA".

- A nivel bilateral, mediante el apoyo de la OPS, nuestro país participó en una serie de proyectos de Cooperación Técnica entre Países (TCC) , con los cuales la experiencia del Costa Rica en diversos temas sanitarios ha sido compartida o ampliada con otros países como: a) Panamá (en vigilancia epidemiológica, desastres e inmunizaciones); b) Belice (en sanidad agropecuaria e inocuidad de alimentos); c) Brasil (en fortalecimiento de los modelos nacionales de promoción y protección de la salud de los pueblos indígenas); d) Ecuador (en el modelo de atención de salud y fortalecimiento de la participación social en salud); e) México (en arbitraje médico, registro de cáncer e inocuidad de alimentos), entre otros.
- Igualmente, el Ministerio ha desarrollado o participado en otros importantes proyectos de cooperación técnica a nivel bilateral como: a) GTZ/Alemania: "Proyecto Aire Limpio San José, II Fase"; b) AECI/España: "Instalación de Sistemas Sanitarios para la Eliminación de Excretas" en cantones prioritarios; c) SWISS-CONTACT/Suiza: "Control de la Contaminación Ambiental en Costa Rica"; d) JICA/Japón: "Proyecto Ciudades Limpias", entre otros.
- Con el fin de ordenar y optimizar el manejo de los asuntos internacionales, incluyendo los relacionados con la movilización de los recur-

sos externos a través de la cooperación internacional, y luego de que, durante casi la totalidad de la presente administración 2002-2006, el manejo de estos temas fue delegado en su gran mayoría de manera directa a las distintas instancias, de acuerdo al ámbito o temática, a inicios del año 2005, el Ministerio de Salud se propuso la creación dentro de su estructura organizativa de una Unidad de Asuntos Internacionales en Salud (U.A.I.S.). Dicha propuesta fue aprobada por MIDEPLAN en octubre del año 2005 y en la actualidad se encuentra en estudio por la Dirección General de Servicio Civil el documento sobre la propuesta de la estructura funcional, organizacional y ocupacional de la U.A.I.S., el cual aún no ha sido avalado por dicha institución.

#### **Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)**

- Creación del Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS), como órgano asesor y de consulta del ministro de Salud en materia de investigación en que participan seres humanos, mediante Decreto Ejecutivo N.º 31078-S "Reglamento para las Investigaciones en que Participan Seres Humanos", publicado en La Gaceta del 27 de marzo del 2003.
- A partir de abril del 2003 se nombró a sus siete representantes y respectivos suplentes. Actualmente están representados en este Consejo un profesional en Filosofía de la Universidad de Costa Rica, una médica de la Medicatura Forense del Poder Judicial, una médica de la Subárea de Investigación y Bioética, CENDEISS, Caja Costarricense de Seguro Social, un microbiólogo del Ministerio de Ciencia y Tecnología, una médica del Ministerio de Salud, un economista y una administradora como representantes de la comunidad. Cuenta además con una médica como secretaria técnica y un abogado como asesor legal. Se realizan reuniones todos los viernes de 8:30 a. m. a 12:30 p. m., en las oficinas del Ministerio de Salud.
- Acreditación de los Comités Éticos Científicos (CEC), que son los entes encargados de

conocer, aprobar o rechazar los proyectos de investigación en que participan seres humanos y velar por el estricto cumplimiento de la normativa establecida. Actualmente existen siete CEC acreditados:

**Públicos:**

- Universidad de Costa Rica
- INCIENSA
- IAFA
- Caja Costarricense de Seguro Social
- Universidad Nacional

**Privados:**

- UCIMED
- CIMA
- Autorización de la importación de medicamentos para investigaciones. Actualmente se está en proceso para cambiar este procedimiento para que la autorización sea vía electrónica, a fin de cumplir con lo establecido por el Ministerio de Hacienda y PROCOMER.
- Diseño de una base de datos que contempla las investigaciones que se realizan en el país, el lugar donde se están llevando a cabo, los investigadores que las desarrollan y el CEC que las aprueba y da seguimiento.
- Autorización, previa revisión del protocolo, ocho investigaciones clínicas de fase II, dos de las cuales ya culminaron, una fue suspendida por el patrocinador y cinco están en proceso. Hasta el momento no se ha tenido que suspender ninguna investigación ni a ningún investigador.
- Se participó en la revisión de la Ley General de Salud, en la cual se incluyó un capítulo sobre la investigación en seres humanos.
- Se ha dictado una serie de lineamientos y recomendaciones para que el documento de "Consentimiento Informado" sea comprensible por el lego, se incluyan claramente el propósito del estudio, métodos utilizados, duración, beneficios, posibles molestias y riesgos

sobre la salud, alternativas terapéuticas existentes, confidencialidad de los datos y muestras biológicas recolectadas, responsabilidades y derechos de los participantes.

- Se ha tenido participación en actividades académicas correlativas al trabajo y se ha estimulado la participación de especialistas cooperantes en la realización del trabajo.
- Un factor positivo que se ha logrado es el fortalecimiento y la consolidación del CONIS como ente regulador de la investigación en salud en que participan seres humanos, lo cual ha mejorado la relación y comunicación con los diferentes Comités Éticos Científicos (CEC) acreditados, investigadores y casas farmacéuticas, y se ha manteniendo comunicación ágil, clara y transparente con ellos.
- Se está trabajando con el apoyo de la Dirección de Informática y la Universidad de Costa Rica en la elaboración de una página web que facilite la comunicación y el acceso a la información sobre las investigaciones en Costa Rica y la normativa vigente.
- Se están realizando encuentros con los CEC para valorar su actuación y del CONIS, con el fin de identificar aspectos positivos y negativos que se están presentando, de manera que se pueda mejorar su funcionamiento y la atención de las situaciones que se presentan con las investigaciones en que participan seres humanos.
- Entre los aspectos que han limitado el cumplimiento de las funciones del CONIS están: la falta de recursos humanos en la Secretaría Técnica, así como la falta de recursos materiales y financieros. Esto, aunado a las limitaciones del tiempo de los miembros del CONIS para realizar trabajo de campo en la supervisión y control de las investigaciones, investigadores y CEC, para verificar el cumplimiento de las normas.

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

- Se Incrementó de manera significativa el número de laboratorios públicos y privados que integran las diferentes redes de vigilancia. Así, del año 2002 al 2005, la Red de Bacteriología pasó de 65 a 72, la de Tuberculosis de 75 a 83 y la de Química Clínica de 123 a 135. En estas redes, el 82% de laboratorios correspondían al sector público (CCSS, OIJ, UCR, MAG, AyA) y un 18% al sector privado en el 2002, mientras que en el 2005 la proporción fue del 78% y 22%, respectivamente, y se observaron mayor número de laboratorios del sector privado en la vigilancia, lo que significa mayor cobertura de la población y representación de los diferentes estratos socioeconómicos.
- Se fortaleció, a nivel nacional e internacional, la vigilancia basada en laboratorio, de nuevos agentes y eventos de importancia para la salud pública, como los causantes de neumonías e infecciones respiratorias y meningitis (*Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Bordetella pertussis*), virus (influenza, enterovirus y otros virus), brucelosis humana, resistencia a los antimicrobianos (gérmenes nosocomiales y comunitarios), enfermedades febriles eruptivas (dengue, sarampión, rubéola, leptospirosis,) y enfermedades vectoriales (Chagas y malaria), y aumentaron la cantidad de análisis de laboratorio (26,875 análisis de diagnóstico en el 2002 y 31,587 análisis en el 2005). Se logró de esta forma ampliar la cobertura de las enfermedades de mayor riesgo y prioritarias para la salud pública.
- Se colaboró en el establecimiento del tamizaje para *T. cruzi* en bancos de sangre, con una cobertura del 80% de los donadores, y se detectaron a la fecha, 50 casos positivos que se encuentran bajo tratamiento y seguimiento.
- Se desarrolló un Sistema de Información Científico (SIC), que facilita el análisis y divulgación de información de interés epidemiológico, que generan los CNR y sus redes de vigilancia, de manera expedita y segura entre

los que toman decisiones de las diferentes instituciones del Sector Salud, y se estableció el intercambio electrónico de datos de casos sospechosos, los cuales se envían diariamente a los epidemiólogos y autoridades de Salud de todo el país, así como resúmenes de resultados semanales (SINTER). Lo anterior, ha permitido intervenciones viables y oportunas de control y prevención.

- Se crearon y desarrollaron canales ágiles de comunicación y de intercambio de muestras, materiales e información entre los laboratorios de la red y los CNR, por medio de una unidad de servicio especializada (USEC).
- Se aumentó la participación de los laboratorios que conforman las redes de vigilancia, en los diversos programas de evaluación de la calidad del diagnóstico que coordinan los CNR, y se lograron en este período porcentajes de respuesta superiores al 95% en las diferentes redes, lo que garantiza un avance significativo en la calidad del diagnóstico de los laboratorios del país.
- Se amplió el número de pruebas de laboratorio a evaluar, con las que participan los CNR en programas internacionales. A la fecha, los resultados logrados en las diferentes evaluaciones han sido satisfactorios e incluso se han ubicado nuestros laboratorios en posiciones destacadas a nivel sub-regional y mundial, lo cual garantiza que los servicios que brindan los CNR del INCIENSA sean de calidad.
- Se apoyó la rectoría de la institución en actividades de regulación y control químico y microbiológico de alimentos, en el control de la fortificación de alimentos y la vigilancia de las zonas con agua fluorurada.
- Se incorporó al Centro Nacional de Registro de Malformaciones Congénitas como miembro de la International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems, lo cual permite el intercambio de información y elaboración de proyectos con otros 36 registros del mundo.

- Se publicaron en revistas científicas nacionales e internacionales un total de 31 artículos en temas de nutrición, factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, enfermedades crónicas, enfermedades infecto contagiosas, enfermedades vectoriales, validación y transferencia tecnológica, salud perinatal, salud reproductiva y salud oral. La divulgación de conocimiento obtenido a través del proceso de investigación apoya la toma de decisiones en el área de la salud pública y el desarrollo de intervenciones para prevenir y controlar enfermedades prioritarias.

### **Dengue**

Esta enfermedad, hasta 1950, se consideraba erradicada en nuestro país. En octubre de 1993 reaparece en las provincias de Puntarenas y Guanacaste, y se contabilizaron 4.612 casos con un solo serotipo Dengue-1. Desde esta fecha, la transmisión del dengue se extendió a otras provincias y se introdujeron nuevos serotipos; y se presentaron emergencias epidemiológicas importantes durante 1994, 1997, 2003 y el 2005. Entre los esfuerzos nacionales por controlar y prevenir esta enfermedad está la designación del INCIENSA como Centro Nacional de Referencia responsable de la vigilancia del dengue logrando a corto plazo, la estandarización de los procedimientos de laboratorio requeridos (IgM ELISA, cultivo, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) e inhibición de la hemaglutinación (IHA)).

Desde octubre de 1993 a la fecha, se ha realizado en todo el país el diagnóstico de laboratorio en apoyo a la vigilancia de esta enfermedad (incluyendo, entre otros, la confirmación de brotes, y la identificación de los serotipos circulantes). Como parte de la vigilancia se han desarrollado programas de capacitación con las instituciones del sector, establecimiento de vínculos de colaboración con centros expertos en varios países, confirmación de muertes causadas por esta enfermedad en Costa Rica y publicaciones generales y técnico-científicas sobre la enfermedad.

En el 2004 se observó una reducción del 52% con respecto al 2003; sin embargo, en el 2005 se

presentó el pico epidémico más alto desde que se inició la epidemia en 1993, que alcanzó 37.798 casos. Actualmente, la situación epidemiológica de esta enfermedad representa un riesgo mayor en cuanto a la cantidad de casos, dada la introducción del dengue a las áreas urbanas de mayor densidad poblacional rodeadas de cinturones de pobreza. Esta situación podría agravarse considerando que el INCIENSA ha documentado la circulación de diferentes serotipos del dengue, por lo que el país ya cuenta con un significativo número de personas susceptibles a sufrir una segunda infección con el cuadro clínico más grave de la enfermedad (fiebre hemorrágica y síndrome de shock por dengue). Lo anterior demandaría de una mayor coordinación e integración de esfuerzos de la población con los gobiernos locales y las demás instituciones del sector Salud, así como la asignación de recursos significativamente mayor para hacer frente a los costos de atención de la enfermedad.

### **Niñez y adolescencia**

a) El INCIENSA ha sido pionero en el estudio del perfil de lípidos, de la calidad de la dieta y de los factores psicosociales asociado al patrón alimentario de adolescentes. Los primeros estudios sobre calidad de la dieta de los adolescentes se iniciaron a finales de los 90, y evidenciaron que dista notablemente de las recomendaciones dietéticas vigentes, así como de los lineamientos establecidos para disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez.

A partir de lo anterior, los hallazgos de recientes investigaciones han señalado la necesidad de intervenir a corto plazo el ambiente escolar; particularmente las sodas escolares, de forma tal que se permita a los niños y adolescentes tener acceso a alimentos con bajo contenido de grasa, sacarosa y carbohidratos con alto índice glicémico. Actualmente, con base en los resultados de estos estudios, la División de Alimentación y Nutrición del Escolar y el Adolescente (DANEA), del Ministerio de Educación, está modificando el reglamento de sodas escolares con el fin brindar las oportunidades necesarias para que los adolescentes adopten una dieta saludable.

Adicionalmente, los estudios han permitido identificar aspectos del medio social tales como el ambiente familiar y las normas del grupo de pares como elementos esenciales que deben considerarse al momento de realizar intervenciones orientadas a modificar el patrón alimentario de los adolescentes. Esto es un elemento de fundamental importancia para la salud pública ya que puede sustentar y orientar la ejecución de programas de prevención y promoción de la salud, hacia la apropiación de nuevas formas de intervención en nutrición y alimentación, y contribuir a replantear el concepto de alimentación saludable como un elemento atractivo para la cultura y lógica juvenil.

b) Otro de los logros del INCIENSA es el apoyo que se le dio al ente rector en los programas de fortificación de alimentos, los cuales también tienen un impacto en la salud de la niñez.

El sistema de vigilancia alimentaria nutricional ha implementado estrategias nacionales de fortificación de los alimentos tales como la harina de trigo, de maíz, leche y arroz para mejorar las deficiencias de micronutrientes, en especial el ácido fólico, en los problemas de enfermedades congénitas, las cuales desde hace diez años han reducido su incidencia, así como lo mostraron los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENM) de 1996, en que la prevalencia fue del 24,7% en mujeres en edad fértil. Luego de la fortificación de la harina de maíz y trigo, se realizó una evaluación en dos comunidades centinela sobre alimentación y nutrición, y se reportó un amplio porcentaje de disminución de la deficiencia encontrada en la ENM, 96. Por otra parte, el Hospital Nacional de Niños reporta una gran mejoría en el nacimiento de niños mielomenigoceles (la más grave de las espinas bífidas) y otros padecimientos. No obstante, se espera que la situación de los problemas de espina bífida hayan mejorado aún más, dadas las estrategias establecidas por las autoridades de salud para mejorar los niveles de folatos en la población, que incluyen la fortificación de la leche y el arroz con ácido fólico.

Es importante resaltar que el arroz estará fortificado con ácido fólico y vitamina B12; la concen-

tración de estas vitaminas tienen una relación inversamente proporcional con el contenido de homocisteína y, por tanto, previenen las enfermedades cardiovasculares. El efecto que estas ejerzan en el mejoramiento de la salud de la población, en lo referente a este tema, podrá evaluarse en un futuro dado que se trata de enfermedades crónicas.

c) Con respecto al Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC), con sede en el INCIENSA, el principal aporte a la salud de nuestra población de niños y adolescentes en el último cuatrienio es la vigilancia epidemiológica de los defectos congénitos, tales como los defectos de tubo neural (DTN), el segundo defecto congénito en letalidad en Costa Rica y el mundo. Esta función justificó en parte la fortificación de algunos alimentos y el ácido fólico en 1987, lo que permitió, a su vez, evaluar el impacto de esta política de salud en el año 2004, y se documentó una disminución de más del 100% en la tasa de prevalencia de este tipo de defectos. Con base en este trabajo, se realizó en nuestro país, en octubre del 2005, el primer Taller Centroamericano de Prevención de los Defectos de Tubo Neural, coordinado por el INCAP y el CDC, para iniciar la conformación de la Estrategia Centroamericana de Vigilancia Epidemiológica y Prevención de aquellos. En este contexto, nuestro país, específicamente INCIENSA, está asignado como coordinador centroamericano para dicha estrategia.

Por otro lado, en el 2006 se inicia, como iniciativa de INCIENSA y en conjunto con el Hospital Nacional de Niños, el primer estudio prospectivo analítico sobre las cardiopatías congénitas, que permitirá caracterizar a nivel nacional este tipo de defectos congénitos, los cuales están a la cabeza en mortalidad infantil por malformaciones congénitas.

En materia de salud oral, durante los últimos cuatro años, el INCIENSA, con base en los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Oral de 1999, ha implementado talleres de capacitación dirigidos a los profesionales en odontología de la CCSS. Dichos talleres versan sobre

los nuevos criterios de diagnóstico temprano de la caries dental. Además, se identificaron las comunidades de alto riesgo que debían recibir atención individualizada.

Al mismo tiempo, el Sistema de Vigilancia de la Fluoruración de la Sal ha sido modificado y ampliado en los últimos cuatro años, al incluir, además de las plantas fortificadoras, los comercios expendedores de sal de consumo humano, con el fin de vigilar adecuadamente la dosis de flúor necesaria para la salud dental en los niños y jóvenes del país. Todos estos esfuerzos están encaminados a reforzar la atención que en materia de salud bucodental requieren la niñez y adolescencia del país.

**Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)**

En conjunto, la gestión institucional busca, mediante diversas acciones desplegadas en diferentes ámbitos, contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población nacional, con beneficio directo a las familias, al desestimular el consumo y la inversión de recursos que los individuos realizan para mantenerlo; de esta manera la situación socioeconómica de las familias podría, eventualmente, alcanzar mayores estándares, al

tiempo que se lograría mantener una población laboral “más sana” y con ello lograr mejorar o incrementar la productividad del país.

A continuación, se describen los resultados de los programas del IAFA, y en ellos se hace referencia a las acciones estratégicas que el Instituto ejecuta dentro de los compromisos contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo, los cuales, a su vez, están estrechamente vinculados con la Política Nacional de Salud y la Agenda Concertada, y hacen a la vez un recuento final de las metas obtenidas en el período 2002-2005 en las diferentes áreas temáticas.

En cuanto a la promoción de la salud, el Instituto ejecuta el programa de prevención y atención al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

A pesar de que la institución ha sido afectada a lo largo del período 2002-2005 con asignaciones insuficientes de presupuesto, logró alcanzar y sobrepasar las metas propuestas en el último cuatrienio. Entre el año 2002 y el 2005 se presentó un crecimiento del 159%, en cuanto a la acción estratégica relativa a las personas capacitadas durante el período, tal y como se detalla en el siguiente cuadro.

<b>Indicador</b>	2002		2003		2004		2005	
	<b>Meta</b>	<b>Alcanzando</b>	<b>Meta</b>	<b>Alcanzando</b>	<b>Meta</b>	<b>Alcanzando</b>	<b>Meta</b>	<b>Alcanzando</b>
<b>Personas Capacitadas</b>	459.131	450.147	450.512	540.944	543.666	595.392	543.791	716.410

Para el año 2002, a pesar de haber realizado acciones en 65 cantones, cinco menos en comparación al 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 un 133%, y se beneficiaron principalmente niñas y 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.

En los últimos años se definió como acción prioritaria la capacitación por medio del proyecto “Aprendo a Valerme por Mí Mismo” dirigido a estudiantes y docentes de los niveles de cuarto, quinto y sexto grado de las escuelas de primaria de las diferentes localidades y regiones del país. Se inició en el año 2003 con los niños de cuarto grado, en el 2004 con quinto grado y en el año 2005 culminó con los sextos grados, por lo cual se ha capacitado a la población objetivo por tres años consecutivos.

La estrategia de formación de agentes multiplicadores conlleva un seguimiento a las actividades que desarrollan dentro de sus esferas o ámbitos de acción, de manera que se posibilite la multiplicación de conocimientos con los conceptos adecuados y precisos que se recibieron en las capacitaciones originales. Ello posibilita mantener y motivar la actitud emprendedora de los agentes y ampliar, por consiguiente, el radio de cobertura de la acción preventiva, cubriendo poblaciones a las que el Instituto no puede abarcar principalmente por escasez de recursos humanos y económicos (intervención en la comunidad, en el medio laboral y con organizaciones no gubernamentales y del Gobierno).

Otro componente del programa de prevención y atención lo constituyen las actividades de divulgación y movilización, desarrolladas principalmente en los medios de comunicación y también con la participación de diferentes grupos de la sociedad civil en acciones organizadas por el IAFA a nivel comunitario, las cuales permiten dar permanencia y sostenibilidad a los proyectos de prevención y al proceso de sensibilización de niños, adolescentes, jóvenes, padres de familia y otros actores sociales, en cuanto a la trascendencia de la prevención del consumo, por lo cual constituyen un aspecto fundamental para la promoción de la salud.

<b>Indicador</b>	2002	2003	2004	2005
	<b>Alcanzado</b>	<b>Alcanzado</b>	<b>Alcanzado</b>	<b>Alcanzado</b>
<b>Actividades de movilización y divulgación</b>	539	883	1532	1257

A lo largo del período 2002-2005, se incrementaron gradualmente las actividades de movilización y divulgación de manera que los resultados logrados en el año 2002 refleja un total alcanzado de 539 actividades, mientras que para el año 2005 el total alcanzado fue de 1.257 actividades, es decir, un crecimiento del 233%. Ello permite ampliar positivamente la cobertura poblacional en busca de calar en todos los estratos sociales y económicos, cuya consigna básica se concentra en la promoción de estilos de vida saludables, a partir de la reducción del consumo de sustancias psicoactivas. En estas actividades se han visto involucradas 940.963 personas en el cuatrienio.

El otro componente del programa de prevención y tratamiento es precisamente la atención a las personas con problemas de consumo de drogas y sus familias que asisten al IAFA, en procura de una atención especializada que les permita superar sus problemáticas adictivas.

Es considerable la cantidad de personas que asisten al IAFA, y el Instituto, a pesar de las limitaciones económicas que padece, hace el mayor esfuerzo para generar resultados efectivos y brindarles las mejores opciones a estas personas.

<b>Características</b>	<b>Consulta externa</b>				<b>Emergencias</b>			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
<b>Atenciones</b>	3.087	4.134	4.957	3.745	4.781	6.246	6.442	5.932
<b>Pacientes</b>	942	1.178	1.536	1.162	3.355	4.361	4.216	4.035

La atención a personas con problemas de consumo de drogas crece año con año, ya que la institución es la única organización pública especializada, cuya atención es gratuita, y además es la entidad fiscalizadora de los servicios que brindan tanto otras entidades públicas como las

organizaciones no gubernamentales que atienden a esta población.

Otra acción estratégica del IAFA es su función rectora de regulación y aprobación conferida por la legislación vigente, la cual busca incrementar la

capacidad de la respuesta nacional al problema del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, mediante el mejoramiento de la calidad de los servicios brindados por los programas públicos

y privados que desarrollan diversas organizaciones no gubernamentales, que atienden personas con dependencia de drogas.

	2002	2003	2004	2005
	<b>programas</b>	<b>programas</b>	<b>programas</b>	<b>programas</b>
<b>Organizaciones no gubernamentales</b>	71	80	70	66

En razón de lo anterior, el comportamiento de los programas aprobados durante el período 2002-2005 muestra un decrecimiento leve en la cantidad de programas supervisados, que atienden personas con problemas de adicción. En el año 2002 se fiscalizaron 71 programas, mientras que en el año 2005 se fiscalizaron 66 programas de organizaciones no gubernamentales.

para la atención a la población con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el país y que vienen a complementar los servicios que brinda el IAFA.

Sin embargo, la oferta de servicios de tratamiento y rehabilitación ha crecido en la última década, dichos servicios son provistos por diversas ONG en todo el territorio nacional. Lo anterior ha permitido que se amplíen las alternativas

Es importante reseñar que, para lograr el objetivo anteriormente señalado, durante el cuatrienio 2002-2005, el IAFA dotó de recursos económicos a programas ejecutados por las ONG, con recursos del FODESAF y los otorgados por la Ley 7972, recursos necesarios para lograr una mayor cobertura y mejora en la prestación de servicios de las ONG.

	<b>FODESAF</b>				<b>Ley 7972</b>			
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005
<b>Número de ONG</b>	28	5	--	--	6	7	13	19
<b>Recursos asignados</b> (cifras en millones)	¢150,6	¢44,5	--	--	¢30,1	¢15,4	¢30,4	¢253,5

Por otra parte y como apoyo fundamental a las políticas preventivas con el fin de favorecer estilos de vida más saludables, el Instituto tiene, como uno de sus objetivos estratégicos, lograr que disminuya la exposición de la población a

uno de los factores de riesgo de mayor incidencia para el consumo de drogas, alcohol y tabaco como lo es la publicidad en los diferentes medios de comunicación.

<b>Control de la publicidad de bebidas alcohólicas</b>	2002	2003	2004	2005
<b>Resoluciones</b>	768	650	778	952

En el material publicitario contraventor de bebidas alcohólicas, se presentó un aumento en el número de infracciones, lo que muestra una tendencia creciente de las infracciones a la Ley y reglamento, y esta misma situación se presenta de forma paralela al aumento de la oferta por medio de la publicidad de nuevas marcas y de las existentes. En resumen, durante el período

2002-2005, se experimentó un comportamiento ascendente. En el año 2002 la cantidad de resoluciones emitidas fue de 768, mientras que en el 2005 fue de 952 resoluciones.

En relación con los proyectos nacionales de investigaciones para la formulación de políticas nacionales, de programas y proyectos de pre-

vección y tratamiento, el Instituto ha logrado mantener una producción constante durante los

últimos cuatro años, tal como se detalla:

	2002	2003	2004	2005
<b>Estudios o investigaciones</b>	22	18	18	19

#### **Prensa, imagen y relaciones públicas.**

- Se realizaron 139 conferencias de prensa orientadas a informar y explicar a la opinión pública sobre las acciones y responsabilidades de la institución que como ente rector le compete en el campo de la producción social de la salud. Estas conferencias generaron aproximadamente 3,700 notas periodísticas relacionadas con salud pública, que en forma gratuita se dispusieron al público, por parte de los medios de prensa (publicity).
- Se emitieron 318 boletines de prensa, que se distribuyeron en los medios de prensa de cobertura local y nacional y a público interesado; versaron sobre temas concernientes a las políticas institucionales en el campo de la salud, normas y procedimientos empleados por el ente rector para cumplir a cabalidad sus responsabilidades.
- Se desarrollaron 20 campañas (a través de medios de información masiva: prensa escrita, radio y televisión) sobre la lucha contra el dengue, vacunación, sida, prevención de quemados por pólvora, alimentos de consumo humano, manipulación de alimentos, manejo de sustancias químicas y productos naturales. Dichas actividades se realizaron con financiamiento interno y aportes tanto de instituciones del Estado, organismos no gubernamentales y la empresa privada.
- Se atendieron aproximadamente 47.000 consultas (tanto personales, como vía telefónica y correo electrónico) realizadas por representantes de medios de prensa escrita, radio, televisión, estudiantes, diferentes entes públicos, privados y público en general.

- Se produjeron 287 discursos dirigidos a diversos públicos, en diferentes campos de la salud, a partir de información generada en análisis e investigaciones realizadas en este campo.
- Se participó en 320 eventos en salud, intra- y extraintitucionales, y se brindó asesoría, servicio y organización de eventos. Tal gestión implicó el montaje de sonido, fotografía y maestro de ceremonias, entre otros.

#### **Registro nacional de tumores**

##### **Situación epidemiológica del cáncer en Costa Rica**

La OMS estima que la incidencia mundial de cáncer podría aumentar hasta en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos al año 2020. Esta es una de las principales conclusiones a las que llega el Informe Mundial sobre Cáncer; uno de los documentos más completos sobre salud realizados hasta la fecha a nivel mundial.

La adopción de modos y estilos de vida no adecuados por parte de la población tales como el descuido de su estado de salud, el consumo del tabaco, no practicar ejercicio en forma regular y una mala dieta, aunado a una mayor expectativa de vida de las personas, son factores que exponen a la población a riesgo de padecer este terrible mal.

Ante el panorama anteriormente expuesto nuestro país no es la excepción. Cada año se diagnostican en Costa Rica más de 7.500 nuevos casos de cáncer y mueren más de 3.500 personas a causa de neoplasias malignas.

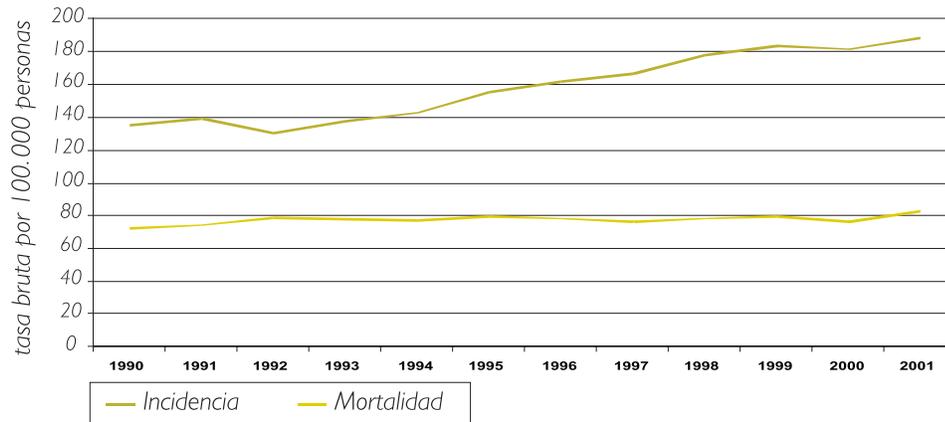
A continuación se presenta la tendencia de la incidencia y mortalidad por todos los tumores malignos en Costa Rica, en que se aprecia un

incremento en las tasas de incidencia de un 40% desde inicios de la década de los noventa a inicios de la década actual. Respecto a la morta-

lidad, como se logra apreciar, no hay cambios significativos en el mismo período.

**Gráfico N° 32**

Incidencia y mortalidad anual por todos los tumores para ambos sexos. Costa Rica 1990-2001  
(Tasas por 100.000 personas)



Fuente: Registro Nacional de Tumores.

Los tumores constituyen la segunda causa de muerte en el país solo superado por las enfermedades del sistema circulatorio. El cáncer explica más del 20% de todas las defunciones actualmente.

piel, estómago y colon. Para las mujeres el cáncer de mama y cuello uterino, y en los hombres los tumores de la próstata.

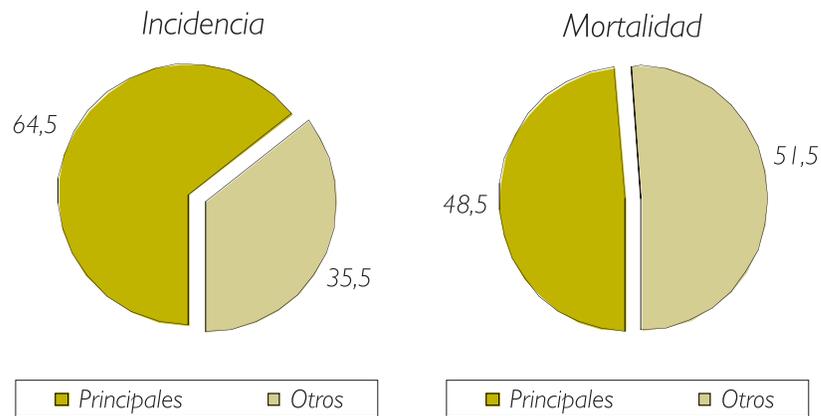
**Tumores más frecuentes :**

Los principales tipos de cáncer que afecta a la población son, para ambos sexos, el cáncer de

El gráfico N° 33 presenta la distribución porcentual acumulada de la carga de la incidencia y mortalidad de los principales tipos de tumores descritos anteriormente.

**Gráfico N° 33**

Distribución porcentual según incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer: Costa Rica 2001-2004

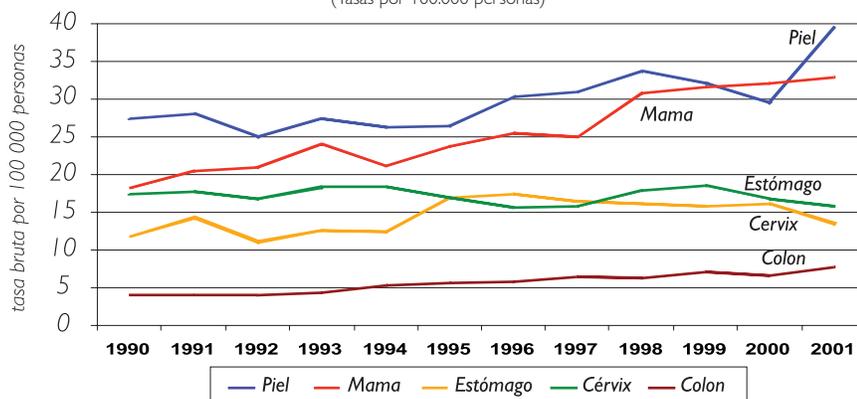


Fuente: Registro Nacional de Tumores. Ministerio de Salud e INEC.

Se presenta seguidamente la incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer en las mujeres en el país.

**Gráfico N° 34**

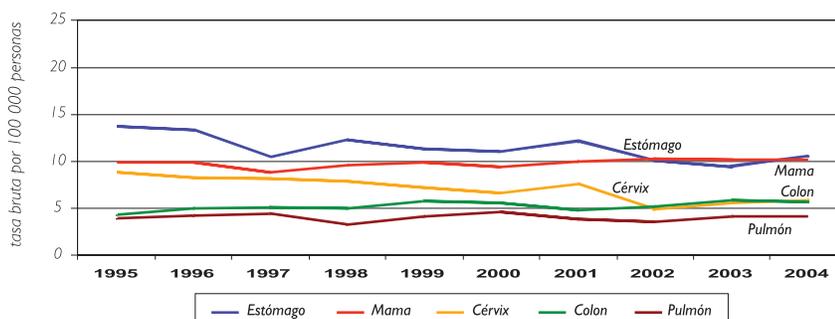
Incidencia de los tumores malignos más frecuentes en mujeres. Costa Rica 1990-2001  
(Tasas por 100.000 personas)



Fuente: Registro Nacional de Tumores. Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 35**

Mortalidad de los tumores malignos más frecuentes en mujeres. Costa Rica 1995-2004  
(Tasas por 100.000 personas)

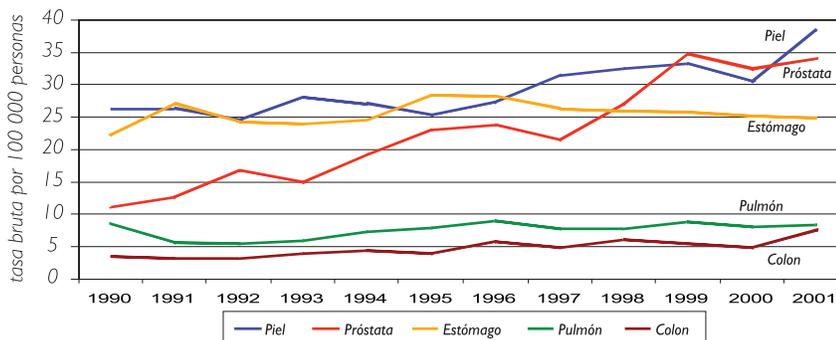


Fuente: Registro Nacional de Tumores. Ministerio de Salud.

A continuación se presenta la tendencia de la incidencia y mortalidad del cáncer en los hombres.

**Gráfico N° 36**

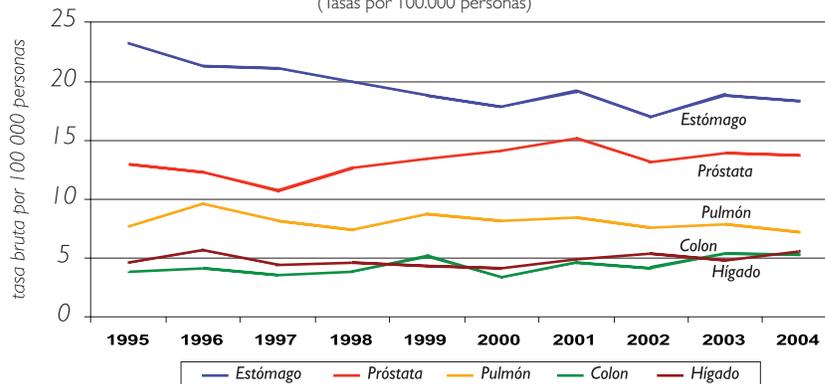
Incidence de los tumores malignos más frecuentes en hombres. Costa Rica 1990-2001  
(Tasas por 100.000 personas)



Fuente: Registro Nacional de Tumores. Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 37**

Mortalidad de los tumores malignos más frecuentes en hombres. Costa Rica 1995-2004  
(Tasas por 100.000 personas)



Fuente: Registro Nacional de Tumores. Ministerio de Salud.

**Cáncer de mama**

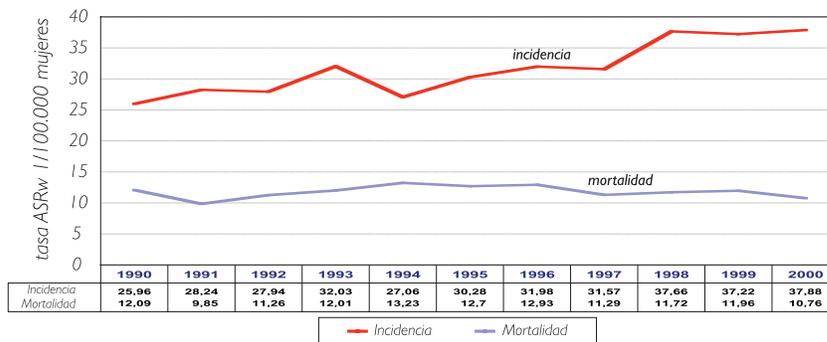
Actualmente se diagnostican más de 650 casos nuevos y es el segundo tipo de cáncer más importante entre las mujeres. La tendencia de la incidencia ha mostrado un incremento de más del 45% en sus tasas en el período comprendido entre 1990 y el inicio del nuevo milenio. Respecto a la edad, se hace un diagnóstico importante a partir de la cuarta década de vida y aumenta su riesgo conforme aumenta la edad.

Su distribución geográfica muestra una concentración en la zona urbana del Valle Central.

Su mortalidad ha disminuido en cerca de un 10% en los últimos años, aunque se ubica entre los más importantes con más de 200 defunciones al año sobre todo en los grupos de edad más avanzados y manteniendo el mismo patrón geográfico que muestra su incidencia.

**Gráfico N° 38**

Tendencia de la incidencia y mortalidad de cáncer de mama femenina. Costa Rica 1990-2000  
(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



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

**Cáncer de cuello uterino**

Es el tipo de cáncer que presenta el mayor número de casos nuevos de tumores en las mujeres actualmente, con cerca de 900 diagnósticos al año. Afortunadamente la mayoría de ellos son detectados in situ y solo aproximadamente 300 de ellos son invasores.

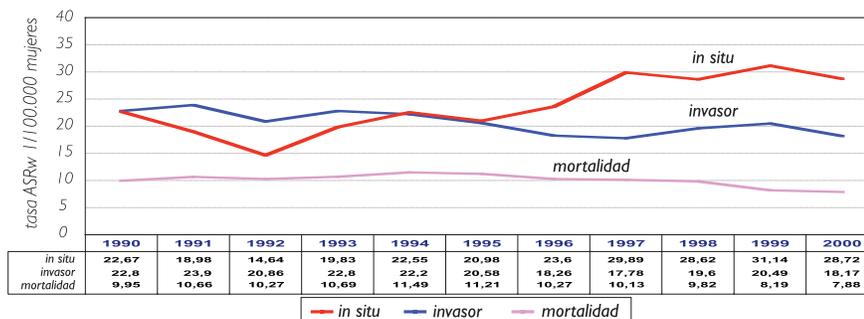
Se observa un diagnóstico importante de casos a partir de la tercera década de vida y el riesgo aumenta conforme aumenta la edad. Al contrario del cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino tiene una distribución rural sobre todo en las zonas litorales del país.

Su mortalidad ha disminuido en los últimos años como lo refleja el descenso en las tasas de mortalidad en más de un 25% durante el reciente

quinquenio. Mueren más de 100 mujeres al año por este cáncer.

**Gráfico N° 39**

Tendencia de la incidencia por carcinoma de cuello de útero -in situ e invasor- y mortalidad por año. Costa Rica 1990-2000 (Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



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

### Cáncer de próstata

Es uno de los principales tipos de tumores que afectan a los hombres. Sus tasas de incidencia casi se han triplicado en los últimos 10 años, y se detectaron cerca de 700 nuevos casos al año actualmente.

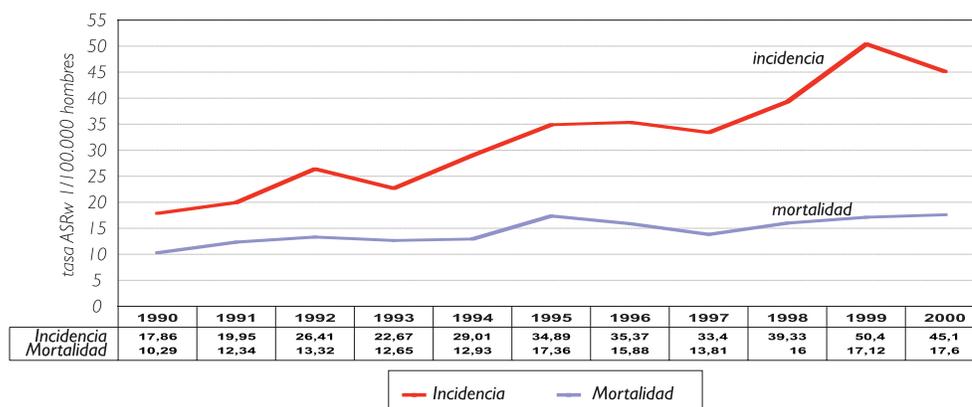
Afecta a los hombres a partir de los cincuenta años y aumenta en forma directamente proporcional conforme aumenta la edad. Su distribu-

ción geográfica en el país lo ubica principalmente en el Valle Central.

Respecto a la mortalidad, ocupa el segundo lugar aproximadamente con 300 defunciones al año, y se ubica en el segundo lugar por mortalidad en cáncer en el sexo masculino, con una tendencia creciente, como lo muestra la tendencia de las tasas de mortalidad que se han incrementado en más del 50% en los últimos años.

**Gráfico N° 40**

Tendencia de la incidencia y mortalidad por cáncer de próstata. Costa Rica 1990-2000 (Tasas ajustadas por 100.000 hombres)



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

### Cáncer de estómago

Actualmente Costa Rica se ubica entre los 10 países con la mayor incidencia y mortalidad por

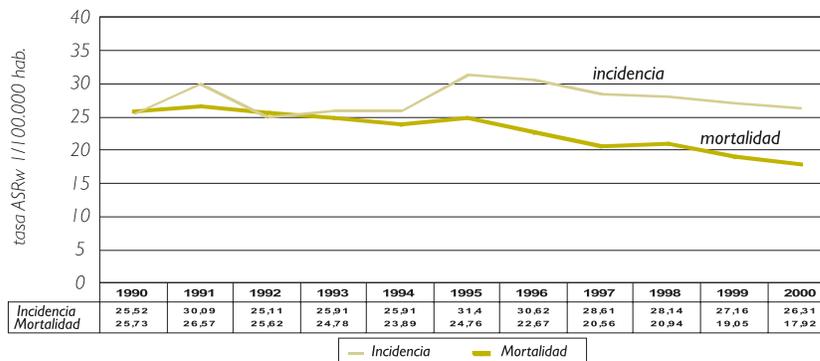
este cáncer a nivel mundial. Sin embargo, su tendencia ha mostrado un descenso de casos nuevos y muertes en los últimos años.

Se diagnostican más de 750 casos al año sobre todo en hombres con una relación de 2 a 1 con respecto a las mujeres. Afecta a ambos sexos sobre todo a partir de la quinta década de vida y se distribuye principalmente en la región occidental del Valle Central y la región sur del país.

Hoy en día ocupa el primer lugar por mortalidad para ambos sexos con más de 600 muertes al año; sin embargo, afortunadamente, sus tasas de mortalidad muestran una tendencia al descenso.

**Gráfico N° 41**

Tendencia de la incidencia y mortalidad por cáncer gástrico.  
Costa Rica 1990-2000 (Tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



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

**Cáncer de colon**

Es uno de los tipos de cáncer que experimentó un gran incremento durante la década de los noventa en su tendencia de incidencia y mortalidad.

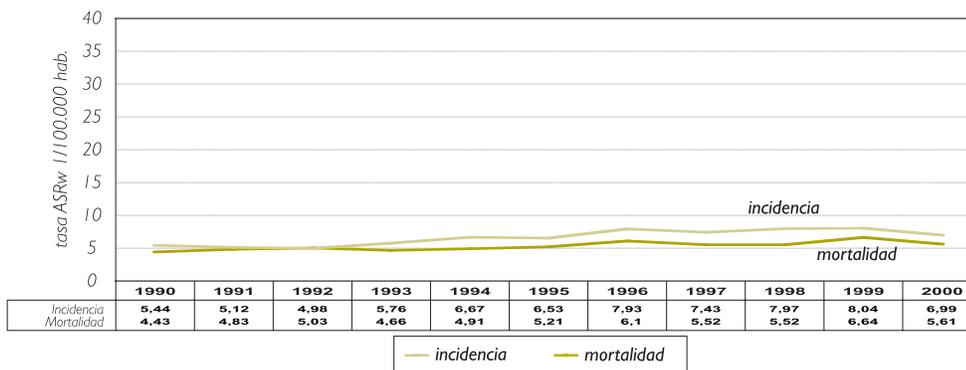
más de 300 casos nuevos en una relación del 50% para ambos sexos. La incidencia ha aumentado en un 50% en los últimos años.

Se ubica en los principales cinco tipos de cáncer para ambos sexos en el país. Se diagnostican

Respecto a la mortalidad sus tasas se han incrementado en cerca de un 40% para ambos sexos y cada año mueren más de 200 personas por este tipo particular de cáncer.

**Gráfico N° 42**

Tendencia de la incidencia y mortalidad por cáncer de colon.  
Costa Rica 1990-2000 (Tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



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

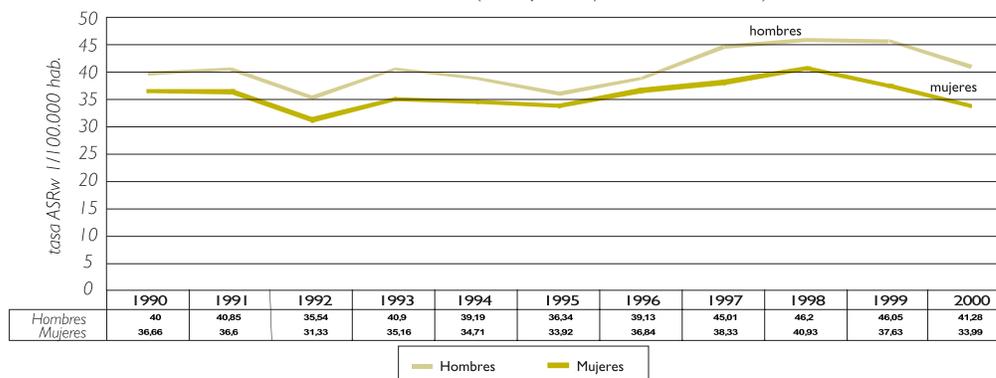
## Cáncer de piel

A pesar de ser uno de los más frecuentemente diagnosticados con un incremento en sus tasas de más del 25% y la detección de más de 1.500 casos nuevos para ambos sexos, su mortalidad es muy baja.

Su forma más agresiva: el melanoma, solo se presenta en el 5% de todos los casos nuevos detectados (60 muertes al año en la actualidad).

**Gráfico N° 43**

Tendencia de la incidencia y mortalidad por cáncer de piel según sexo.  
Costa Rica 1990-2000 (Tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



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

## Auditoría General Servicios de Salud

- Publicación en laGaceta #177 del 14 de setiembre de 2005, del Reglamento #32612 – S., de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, la cual se establece, por ley y no por decreto, una instancia para la protección de derechos y obligaciones de los usuarios en la atención médica y para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud públicos y privados.
- Se realizaron 61 visitas de inspección en todo el territorio nacional a establecimientos de

salud públicos, para determinar el cumplimiento de normas y leyes de la Contraloría General de Servicios de Salud.

- Se elaboró y se presentó ante MIDEPLAN la estructura organizacional de la Auditoría General de Servicios de Salud.
- Participación con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) de México, para capacitación en resolución alternativa de conflictos en el Sector Salud, en Costa Rica y en el istmo centroamericano.

## 3.1.2 Despacho Viceministra de Salud

---

La gestión del despacho de la Sra. Viceministra se caracterizó por concentrarse en el componente de deporte y recreación, según el contexto del área temática definida como salud y deportes del Plan Nacional de Desarrollo.

### LOGROS

- Promulgación del Decreto No. 30461-S-MI-DEPLAN que da el marco legal para la integración del ICODER al Sector Salud y la posibilidad de coordinar sus programas y acciones. 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 n.º 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 estrategia denominada "Pirámide del Desarrollo del Deporte y la Recreación Costarricense", que basa su actuación en la recreación como elemento prioritario para la promoción de la salud integral de la población, y según esta premisa el proceso de integración se estructuró alrededor de cuatro componentes institucionales: ICODER, IAFA, Unidad de Promoción de la Salud y Dirección de los CEN-CINAI.

- Se estructuró el programa "Costa Rica en Movimiento Da Vida al Corazón" y se logró fundamentar que el ejercicio, la actividad física y la alimentación saludable juegan un rol fundamental en la promoción de la salud y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de numerosas enfermedades de tipo físico y mental.
- Ejecución del programa "Cantones Activos y Saludables", que se desarrolló en 27 cantones

del país y posteriormente con "Costa Rica en Movimiento Da Vida al Corazón", que abarca cincuenta y seis cantones.

- La integración de las políticas deporte y salud, promoción de la actividad física, la creación y fortalecimiento de redes de para estilos de vida saludable; mediante la creación de la "Red de Actividad Física" y el programa "Costa Rica en Movimiento Da Vida al Corazón".
- Se realizó el III Curso Internacional de Actividad Física y Salud Pública, del 22 al 25 de agosto del 2005, organizado por el Ministerio de Salud y el Instituto Costarricense de Deporte y la Recreación en conjunto con el Centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta (CDC) y la Unión Internacional de la Promoción de la Educación y la Salud (UI-PES) con la participación de 60 funcionarios de Costa Rica, México, Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua.
- Se desarrolló una campaña de sensibilización contra el fumado por medio de mensajes, cuñas de radio y rótulos en los grandes centros comerciales, cines, comercio, instituciones públicas, bancos estatales y privados, entre otros, para la aplicación y acatamiento de lo que dispone la Ley 7501 de Regulación del Fumado.
- Se logró la certificación de 112 nuevos establecimientos públicos y privados como espacios libres de humo de tabaco.
- Se puso en marcha un plan de acción para la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, el cual se encuentra en la Comisión Permanente de Relaciones Internacionales y Comercio Exterior de la Asamblea Legislativa.

- Se conformó la Comisión Nacional de Salud Mental .
- Se elaboró el Plan Nacional de Salud Mental y el Programa Nacional de Salud Mental Infantil, que nacen derivados de la Política de Salud Mental definida por el Ministerio de Salud y los compromisos adquiridos en la Agenda Concertada 2002-2006.
- Se implementó un plan de distribución de alimentos a madres adolescentes embarazadas y madres adolescentes lactantes, y se fortalecieron las acciones educativas de actividad física para 17.000 niños que atiende el programa de CEN SINAI (CEN-CINAI-ICODER Y IAFA).
- Se elaboró un documento de planificación estratégica y recomendaciones en perspectiva para la gestión del Consejo de la Madre Adolescente, que permitirá no solo la atención a la madre adolescente, sino también la ejecución de acciones preventivas.
- Se elaboró el reglamento a la Ley General de Protección a la Madre Adolescente, el cual se encuentra en etapa de formalización para ser publicado.
- Se elaboró el Plan Estratégico Nacional de Cantones Ecológicos y Saludables 2005-2015, fruto del trabajo 3 talleres donde participaron representantes de 13 gobiernos locales, ONG e instituciones del Estado
- Durante este período se presentaron y se desarrollaron 52 proyectos comunales de mejoras al ambiente, la salud o social, conforme a la estrategia “Cantones Ecológicos y Saludables”.
- Conformación de una base de datos de personas adultas mayores con diabetes que sufrieron algún tipo de amputación provocada por esta, que permite establecer acciones de prevención a personas con este tipo de padecimientos.
- Firma del convenio CONAPAM-MINISTERIO DE SALUD, para ejecutar el plan piloto “Programa de Nutrición en la Persona Adulta Mayor” para la atención de personas adultas mayores pobres y con mala nutrición.
- Se dio atención y seguimiento a la habilitación de 146 centros de atención para adultos mayores.
- Se ofreció asesoría a las 81 Municipalidades del país para la conformación de los Comités Cantonales de la Persona Joven.
- Se realizó el Primer Seminario de Capacitación para dichos comités, en coordinación con el IFAM, con asistencia de 41 cantones.
- Se desarrolló el Proyecto de Inserción Laboral en el que se han capacitado 435 jóvenes en condiciones de pobreza, riesgo social y población con adicciones, que tienen la posibilidad de obtener capacitación laboral y desarrollar alternativas productivas juveniles. El proyecto tiene un presupuesto de 88 millones de colones.
- De acuerdo a la Agenda Concertada 2002-2006, se conformó una Comisión Interinstitucional de Comunicación, integrada por el Minsalud (Coordinador), el ICODER, el ICAA, el MINAE, el ICE y el CONARE, con el fin de apoyar y desarrollar conjuntamente actividades de comunicación y educación para la salud.
- Investigación y publicación del documento “El Estado de Salud de la Persona Adulta Mayor”, que será utilizado en la definición de políticas públicas que beneficiarán a este grupo etéreo.
- Se realizaron 56 talleres de “Manejo Clínico”, “Actualización en Lactancia Materna” y “Educación para la Vida” en coordinación con los locales de lactancia materna en los hospitales y con la asistencia de 937 personas.

- Realización de 4 “Talleres Nacionales de Actualización en Lactancia Materna” para profesionales en salud y elaboración de mensajes para afiches, prensa, radio y televisión, además de la promoción de la lactancia materna en ferias de la salud.
- Implementación de un “Banco de Leche Materna Humana”, con el fin de promover este alimento a los niños que permanecen internados en el hospital y no pueden ser amamantados por sus madres, con la participación de la CCSS, la Facultad de Microbiología y la Escuela de Nutrición de la UCR.
- En total, el Consejo de Atención integral otorgó acreditación a 616 centros infantiles de julio del 2003 a diciembre del 2005. Se impartieron seis cursos de capacitación a personas interesadas en trabajar como madres comunitarias. Con ello se logró garantizar el adecuado funcionamiento de dichos centros en torno a los derechos de los niños.
- Ejecución del proyecto del Centro Nacional de Atención Integral en Adicciones a Sustancias Psicoactivas para Personas Menores de Edad, como de la Presidencia de la República, que tendrá como objetivo la desintoxicación y tratamiento para dicha población con dependencia de drogas psicoactivas y conductas delictivas que sufren deterioro. Este proyecto cuenta con un presupuesto inicial de 600 millones de colones y el apoyo del ICD, IAFA, PANI, CCSS, FODESAF.
- Creación de la Comisión Gerencial de Informática Institucional, cuyo logro principal fue la elaboración y publicación del “Reglamento para el Funcionamiento de la Comisión” y la gestión de compra de 221 nuevos equipos.

### 3.1.3 Despacho Viceministro de Salud

#### LOGROS

##### Fondo Global

- Aprobación por parte del Fondo Global para el Desarrollo de la segunda fase del proyecto de “Fortalecimiento de la respuesta de Costa Rica al VIH/SIDA”, cuyo nuevo receptor principal es HIVOS.
- Mantenimiento de CTAMS, en la ejecución de la campaña publicitaria para prevención del VIH/SIDA en medios masivos y realización de la contratación para la auditoría externa.
- Celebración del día mundial de lucha contra el VIH/SIDA, el 1 de diciembre del 2005, con realización de charlas en el Ministerio de Salud a los funcionarios y una plaza pública.

#### CONASIDA

- Elaboración de la propuesta para la conformación de la secretaría técnica.
- Realización de dos talleres de validación del plan estratégico nacional.
- Entrega de informe UNGASS.
- Realización de taller con el CONAES.
- Elaboración de propuesta de seguimiento de las recomendaciones del “Proyecto manos a la obra” del Consejo de la persona joven.

#### MCP

- Ampliación del MCP a otros sectores.
- Aprobación de la campaña de publicidad.

### **Poblaciones Móviles**

- Selección de “Visión Mundial” para el desarrollo del proyecto mesoamericano de poblaciones móviles en Peñas Blancas.
- Coordinación con autoridades de la CCSS para el desarrollo de las actividades de dicho proyecto.

### **Multicéntrico**

- Coordinación de taller de refrescamiento para inicio de estudio multicéntrico para el 14 de marzo del año 2006.

- Inicio del trabajo de campo coordinado para el 20 de marzo en Puntarenas.

### **SICA**

Participación en el desarrollo del proyecto del Banco Mundial para la prevención de las ITS-VIH/SIDA, con el nombramiento del laboratorio clínico del Hospital San Juan de Dios como laboratorio nacional de referencia para VIH.

## 3.1.4 Dirección General de Salud

---

### **LOGROS**

#### **Junta de Relaciones Laborales**

La Junta de Relaciones Laborales del Ministerio de Salud es un órgano paritario, deliberativo y de concertación que regula las relaciones entre el Ministerio de Salud, representado por su administración, y los trabajadores, representados por sus organizaciones sindicales. Su funcionamiento ha tenido los siguientes resultados:

- Participación en la elaboración y análisis del nuevo Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud.
- Incorporación de los capítulos XXIV y XXV al “Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud”, los cuales tienen relación con las manifestaciones del hostigamiento sexual y hostigamiento o acoso laboral, respectivamente.
- Discusión, análisis y definición en cuanto a la creación de la Unidad de Gestión del Riesgo, uso de los recursos provenientes del Pro-

yecto BID–Ministerio de Salud, Fideicomiso CORBANA y Fideicomiso 872 Banco Nacional – Ministerio de Salud.

- Gestión y trámite de denuncias presentadas por los trabajadores.
- Negociación estable con la Administración a fin de optimizar las condiciones laborales y de salud ocupacional de los trabajadores del Ministerio de Salud.
- Nombramiento conjuntamente con la Administración, de las Juntas Regionales de Salud Ocupacional.

#### **Comisión de Becas**

En busca de contribuir al logro de la gestión rectora del Ministerio de Salud, la Comisión de Becas ha aprobado 20 diferentes carreras universitarias, de las cuales se ha beneficiado a 52 funcionarios, para una inversión total de \$19.276.654,00 entre el año 2002 y el primer cuatrimestre del 2006, información que se detalla en el siguiente cuadro:

**Cuadro N° 10**  
Becas según carreras. Costa Rica 2002-2006.

Carrera	Cantidad becados	Inversión				
		2002	2003	2004	2005	I Cuat 2006
Gestión Ambiental	4			¢ 260.000,00	¢ 750.000,00	
Ciencias de la computación	3		¢ 228.062,00	¢ 217.500,00	¢ 57.000,00	
Ingeniería de Sistemas	1				¢ 212.000,00	
Derecho	2			¢ 92.000,00		¢ 69.000,00
Administración de Empresas	7	¢ 321.150,00		¢ 549.500,00	¢ 465.000,00	¢ 182.000,00
Ingeniería Informática	5	¢ 605.400,00	¢ 398.500,00	¢ 357.200,00	¢ 361.500,00	¢ 94.000,00
Gestión del Riesgo	2				¢ 312.000,00	¢ 290.505,00
Administración de Negocios	6			¢ 1.057.500,00	¢ 1.606.000,00	¢ 626.950,00
Contaduría Pública	4	¢ 524.150,00	¢ 148.500,00	¢ 166.000,00	¢ 260.000,00	
Tecnología de Alimentos	1		¢ 71.625,00		¢ 348.750,00	¢ 64.250,00
Salud Pública	2				¢ 385.236,00	¢ 44.000,00
Ciencias Médicas	2				¢ 6.301.476,00	
Ingeniería Industrial	1	¢ 78.000,00				
Administración de Recursos Humanos	4	¢ 220.500,00	¢ 429.400,00			
Terapia del Lenguaje	1	¢ 154.000,00				
Epidemiología	2	¢ 327.500,00	¢ 138.000,00			
Educación Especial	1	¢ 80.000,00				
Psicología	2	¢ 37.500,00	¢ 44.500,00	¢ 62.500,00		
Economía de la Salud	1				¢ 934.369,00	
Mantenimiento y Reparación de Computadoras	1		¢ 78.000,00			
<b>TOTALES</b>	<b>52</b>	<b>¢ 2.348.200,00</b>	<b>¢ 1.536.587,00</b>	<b>¢ 2.762.200,00</b>	<b>¢ 11.058.962,00</b>	<b>¢ 1.570.705,00</b>

**Fuente:** Ministerio de Salud, Proceso Desarrollo de Recursos Humanos

Los 52 funcionarios becados se encuentran distribuidos de la siguiente forma: 3 de la Región Huetar Norte, 2 de la región Central Norte, 2 de la región Brunca, 5 de la región Central Este, 4 de la región Central Sur, 2 de la región Pacífico Central, 1 de la región Central de Occidente y 33 del Nivel Central.

Además, se aprobó beca para cursos cortos a 39 funcionarios del Nivel Central y 27 funcionarios del nivel regional, para una inversión de ¢7.013.622,00.

Hasta la fecha se han invertido un total de ¢26.290.276,00 con financiamiento del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social.

#### **Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes**

La Junta de Vigilancia de Drogas y Estupefacientes ha estado cumpliendo con sus funciones, de

acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, en cuanto a la vigilancia y control de la importación, existencia y venta de drogas estupefacientes y psicotrópicos, con la participación constante y activa de los representantes ante ella. Entre sus logros se encuentran los siguientes:

- Se han realizado diversas actividades de divulgación de la legislación vigente que regula la materia, en diversos ámbitos como en los sorteos de servicio social para profesionales en Medicina, Odontología y Farmacia, en las universidades que imparten estas carreras, en el Congreso Médico Nacional del año 2005, con las empresas de servicio "courier" y aduanas. También se han elaborado circulares con la normativa vigente para los profesionales que, de una u otra manera, están involucrados en el manejo, distribución, prescripción y despacho de estos medicamentos. En el nuevo

formato de los recetarios se está incluyendo información sobre normativa y legislación en la materia.

- Se elaboró y publicó en La Gaceta N.º 15, del 20 de enero del 2006, el “Reglamento para el Otorgamiento y el Control de Licencias para el Manejo de Psicotrópicos y Estupefacientes”. Su objetivo es establecer un sistema de control adecuado del manejo de estos medicamentos. Entrará en vigencia en los próximos seis meses.
- Se revisó y actualizó el “Reglamento de la Junta de Vigilancia de Drogas”, el cual se encuentra en la Oficina de Leyes y Decretos para ser publicado.

#### **Comisión Nacional del Proyecto Visión 2020**

- Se consolidó el trabajo de la Comisión al integrar representantes institucionales convocados de Club de Leones, Fundación Científica Santo Domingo, ASEMBIS, Asociación de Oftalmólogos de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, Concilio Mundial de Optometristas, Instituto Hellen Keller; con la coordinación del Ministerio de Salud.
- Se celebró por primera vez el Día Mundial de la Visión con la juramentación de la Comisión Nacional y se convocó a la prensa nacional.
- Se realizaron 8 reuniones de trabajo durante el año y se atendió una consulta de la señora ministra de Salud sobre una campaña que se quería desarrollar en el país por parte de Adaptive Eye Care.
- Se realizaron 8 programas radiales con apoyo de la Fundación Científica Santo Domingo.
- Se inició el proceso de elaboración del plan de trabajo de la Comisión, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.
- Se integraron subcomisiones de trabajo en 4 áreas de acción sobre salud visual y ocular.
- Se desarrolló una representación audiovisual sobre el proyecto y su importancia.

#### **Comisión de Servicio Social Obligatorio**

- Se cumplió con la realización de los sorteos de plazas de servicio social para profesionales en Ciencias de la Salud, tal y como se estipula en el Decreto Ejecutivo N.º 25068-S, en los meses de enero y agosto de cada año.
- Se realizaron los sorteos extraordinarios para profesionales en Enfermería y Farmacia por solicitud expresa de los colegios profesionales y atendieron todas las situaciones que se le presentaron relacionadas con este servicio.
- Se analizó, con la participación de diversos actores sociales involucrados en el tema (universidades públicas y privadas, sindicatos y colegios profesionales), la situación de este servicio, y se concluyó lo siguiente: el contexto nacional y el modelo de salud han cambiado; se perdió el espíritu de la ley, se ve al servicio social simplemente como un aspecto económico sin trasfondo social, llegando incluso a la venta de las plazas durante los sorteos; no hay equidad ni justicia en la distribución de las plazas para las diferentes profesiones ya que prácticamente solo existen plazas para médicos y odontólogos; los profesionales que obtienen plaza para cumplir el año de servicio social no se pueden incorporar hasta tanto lo hayan cumplido, lo cual los pone en cierta desventaja con aquellos que no la obtuvieron, que sí se incorporan de inmediato. Aunado a esto, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social acordó no crear más plazas de servicio social, eliminar las plazas que tienen más de dos años de prórroga y hacer un estudio de las plazas que quedan para definir, si deben mantenerse o no como servicio social, situación que lleva a la disminución de las plazas existentes ya que es esta institución la única que aporta plazas para la realización de este servicio. Ante esta situación, la Comisión de Servicio Social Obligatorio ha planteado a la Sra. ministra de Salud que se valore la posibilidad de derogar la Ley N.º 7559, “Ley de Servicio Social Obligatorio para los Profesionales en Ciencias de la Salud”, ya que, a pesar de considerar que el servicio social es necesario para la formación integral del pro-

fesional, tal y como se está desarrollando en estos momentos no puede continuar.

### **Gestión del Riesgo**

- Conformación y reconocimiento ante MIDEPLAN de la Unidad Gestión del Riesgo.
- Elaboración de planes conjuntos de atención de emergencias y desastres en el cordón fronterizo con Panamá.
- Incorporación del tema de salud mental en situaciones de desastre en el Plan Nacional de Salud Mental.
- Desarrollo de cursos a nivel central y regional sobre capacitación en procedimientos para atención de emergencias tecnológicas.
- Presentación de las herramientas para la planificación local ante emergencias tecnológicas así como los "Protocolos de Comunicación Interinstitucional y Apoyo Técnico" para estos eventos.
- Publicación del "Reglamento para el otorgamiento de autorización para el funcionamiento de equipos de teleterapia y braquiterapia", para el eficaz control de emisores utilizados para tratamiento de enfermedades.
- Elaboración del "Reglamento sobre protección contra las radiaciones ionizantes", y el "Reglamento para el licenciamiento de personas que realizan prácticas con emisores de radiaciones".
- Elaboración de procedimientos internos para las diferentes actividades de control de radiaciones, como inspecciones, autorizaciones, desalmacenajes.
- Elaboración de los procedimientos iniciales para la desconcentración de la actividad de radiología dental hacia las áreas rectoras del Ministerio de Salud.
- Conformación del Consejo Nacional para la Calidad en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica.
- Coordinación de la comisión interinstitucional que atiende el problema de contaminación por hidrocarburos en el Acuífero Colima Superior y consolidación de reportes diagnósticos.
- Revisión de la reglamentación vigente y propuesta en materia de transporte de materiales peligrosos por vías terrestres, y reglamento para la distribución y uso de gas licuado de petróleo, en consulta con los actores sociales y ministerios competentes.
- Coordinación de la Autoridad Nacional sobre Armas Químicas (ANAQ) y elaboración de proyecto de Reglamento para el control de las armas químicas.
- Elaboración de decreto de conformación de la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel que establecerá un "Plan de acción para reducir el riesgo en instituciones públicas".
- Elaboración del "Plan de evaluación del riesgo interno" y la "Guía Técnica de Inspección" para la Comisión Interinstitucional de alto Nivel de Reducción del Riesgo en Instituciones Públicas.
- Coordinación del "Programa de Regulación de la Actividad Pirotécnica".
- Atención de emergencias tecnológicas y las originadas por fenómenos naturales.
- Creación de la figura regional de puntos focales para la atención de emergencias y desastres.

## 3.2 Direcciones

### 3.2.1 Dirección General de Auditoría

#### Logros

A efecto de brindar un servicio de asesoría constructiva, eficiente, eficaz y de protección a la señora Ministra, a los titulares subordinados y salvaguardar los recursos de la institución, esta Auditoría procedió a ejecutar los planes de trabajo elaborados para el 2002-2006, con el propósito de contribuir a alcanzar las metas y los objetivos institucionales, realizando los estudios de auditoría mediante un enfoque sistemático y profesional que permitió evaluar y mejorar la efectividad de la administración del riesgo y el control.

El año 2002 la Contraloría General de la República emitió el Manual de Normas Generales de Control Interno y se promulgó la Ley General de Control Interno. Esta Dirección procedió a efectuar la divulgación del “Manual de Normas Generales de Control Interno para la Contraloría General de la República y las Entidades y Órganos Sujetos a su Fiscalización”, e impartió charlas que abarcaron a las direcciones del Nivel Central y Regional, con las que se logró capacitar aproximadamente a 472 funcionarios.

En cuanto a la ejecución de los planes de trabajo, en el área de Protección al Ambiente se fiscalizaron siete áreas rectoras de diferentes regiones, dos de la Central Sur, tres de la Central Norte y dos de la Central Este. En la ejecución de estos estudios se evaluó que los procedimientos utilizados para brindar los permisos sanitarios de funcionamiento se hubieran emitido de acuerdo con la normativa vigente. Por medio de las recomendaciones formuladas, se logró que la Dirección General de Salud emitiera directrices a todas las regiones sobre el otorgamiento de los permisos de funcionamiento y que la Dirección de Protección al Ambiente confeccionara los respectivos manuales de procedimientos sobre ese tema.

En cumplimiento al artículo 22 inciso a) de Ley General de Control Interno se efectuaron estudios sobre las transferencias de fondos realizadas a la Cruz Roja Costarricense con base en la Ley 8114 y en la Asociación de Industrias de la Buena Voluntad de Costa Rica. En lo concerniente al Fideicomiso 872-Ministerio del Ministerio de Salud-Banco Nacional de Costa Rica, se realizaron varios estudios relacionados con su funcionamiento, los procedimientos de compras y los aspectos presupuestarios.

En atención al reglamento de visado emitido por la Contraloría General de la República, se realizaron dos informes, en los cuales se emitió una serie de recomendaciones que permitieron fortalecer los procedimientos de control en el proceso de visado.

A solicitud del señor Viceministro y en cumplimiento a los convenios establecidos, se efectuaron tres estudios de las transferencias realizadas por el CTAMS (Fondo Global) a saber: a la Asociación Costarricense de Personas Viviendo con VIH SIDA, a la Fundación para el Desarrollo de la Lucha contra el SIDA (FUNDESIDA) y a la Asociación Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC), y también al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (C.T.A.M.S.), como receptor principal del Fondo Global.

En este período en relación con los sistemas de información, se evaluó el sistema de información administrativo financiero (SIAF) e implementación del COBIT, la seguridad física y lógica en la transferencia electrónica de fondos y de los procedimientos establecidos para su operación y un estudio relacionado con INTEGRA tendiente a evaluar los procedimientos utilizados en el pago de salarios y otorgamiento de otras remuneraciones, así como del SIGAF sobre los procedimientos, documentos y perfil de Auditoría.

En cuanto a la fiscalización de los presupuestos de OCIS-DESAF y CTAMS (Consejo Técnico de Asistencia Médico Social), se realizaron varios estudios relacionados con contratación administrativa, el registro contable y presupuestario de las cuentas por pagar. En el área operativa se efectuaron estudios sobre la selección de beneficiarios, la distribución y control de la leche íntegra y la distribución de raciones de alimentos.

En la Dirección de Registros y Controles se efectuaron trabajos relacionados con la contratación del servicio de distribución de drogas,

estupefacientes, la emisión de las actas del Consejo Técnico de Inscripción de Medicamentos, y se atendió una denuncia sobre la importación e ingreso al país de un contenedor de pólvora con supuestas anomalías de registro.

En cumplimiento al reglamento de aprobación de los documentos presupuestarios, se realizó un estudio especial relacionado con la aplicación de las guías de presupuesto en el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), ente adscrito al Ministerio de Salud.

### 3.2.2 Dirección Registros y Controles

#### Logros

- En el cuatrienio 2002-2006, la Dirección ha realizado su función reguladora con acciones de normalización, registro y control sobre los productos que inciden directamente en la población. Entre ellos, medicamentos, alimentos, cosméticos, productos naturales, productos químicos, plaguicidas domésticos e industriales, equipo y material biomédico
- Formulación de la Política Nacional de Medicamentos, la cual está en proceso de oficialización y cuyo objetivo es proporcionar un marco integral de acciones y planes de trabajo para ser realizados en conjunto y coordinadamente entre todas las organizaciones involucradas en el ciclo del medicamento. Se destacan áreas de interés como accesibilidad, calidad, uso racional, financiamiento y gasto, legislación, recursos humanos, investigación. La formulación fue ampliamente participativa y consensuada por los diferentes actores, y con ello se pretende lograr los objetivos esperados durante su implementación.
- En el 2002 Costa Rica se integra al proceso de Unión Aduanera Centroamericana. Este proceso busca el libre comercio de mercancías en todo el territorio centroamericano. Para lograrlo, es indispensable el reconocimiento y homologación de los registros de medicamentos, alimentos, cosméticos, productos naturales plaguicidas y sustancias para el hogar. Desde setiembre del 2002 el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Registros y Controles, ha participado en las diferentes reuniones para la armonización de los registros y sus reglamentos conexos, y se trabajó en la elaboración de requisitos, procedimientos e instrumentos para el reconocimiento de los registros, etiquetado, buenas prácticas de manufactura y almacenamiento, procedimientos para el otorgamiento de permisos de funcionamiento.
- Participación del Ministerio de Salud en la comisión del Codex Nacional. El Codex es una Comisión FAO-OMS para la elaboración de normas internacionales en materia de inocuidad y calidad de alimentos. Estas normas regulan el intercambio comercial entre los diferentes países; de ahí la importancia de que las posiciones de país sean tomadas en cuenta a la hora de elaborar esta normativa. Actualmente se coordinan tres subcomités nacionales: a) higiene de los alimentos, b) nutrición y alimentos para regímenes especiales, c) alimentos derivados de la biotecnología. En estos grupos se trabajó en la elaboración de las posiciones de país en estos temas para ser presentadas en las reuniones mundiales.

- La reglamentación técnica se ha modernizado al ajustarse a las exigencias actuales en las diferentes áreas de competencia de la Dirección. Por ejemplo: bioequivalencia, estabilidad, buenas prácticas de manufactura, que garantice a la población calidad, seguridad y eficiencia de los productos que consume.
- Desde febrero del 2004 se consolidó el traslado de la distribución de drogas estupefacientes a la Caja Costarricense de Seguro Social. Con ello, se le da más fuerza al control de este tipo de productos, por lo que se debieron fijar los procedimientos para el control de la distribución, se establecieron los recetas especiales para estas drogas, licencias para el manejo de drogas, se han realizado estudios sobre el uso de drogas estupefacientes y sicotrópicos, que han originado medidas de control y sanciones más estrictas tendientes a erradicar anomalías, tanto en la prescripción como en el uso racional.
- En el área de plaguicidas se formuló el reglamento para la preservación de maderas, se participó con el MAG en la reglamentación para la prohibición de 68 plaguicidas, en la elaboración de la normativa para plaguicidas botánicos y microbiológicos, en la elaboración de la modificación del reglamento de plaguicidas de uso agrícolas, se elaboraron las restricciones para el uso de arsénico, todo con el fin de controlarlos y velar por la salud pública y el ambiente humano.
- En el área de control se inició desde el 2004 un programa de alimentos clasificados de alto riesgo. Se inició con quesos frescos en los puntos de venta y con embutidos, se aplicaron análisis microbiológicos y se tomaron las respectivas medidas correctivas a fin de que la población tenga productos seguros y disminuya el riesgo de enfermar por ellos. También se desarrolla el Programa de Control Estatal de Medicamentos, según lo estipulado en el reglamento de decreto ejecutivo N.º 29444-S del 9 de mayo del 2001.
- Se realizó una campaña de divulgación en diferentes medios como radio, periódicos y televisión, dirigidos a la población, con el fin de informar sobre aspectos referentes al uso racional, cuidados, etiquetado e información en general de medicamentos, productos naturales, químicos, alimentos.
- Se estableció un fideicomiso (872) entre el Ministerio de Salud y el Banco Nacional de Costa Rica, como medio para financiar las acciones de control que se realizan para garantizar que los productos cumplan con los requisitos establecidos en el registro sanitario.

### 3.2.3 Dirección Desarrollo de la Salud

#### Logros

- Definición de la Política Nacional de Salud (2002-2006) en forma participativa y multidisciplinaria e intersectorial a fin de definir los lineamientos de política en salud para el período.
- Definición de la Agenda Sanitaria Concertada (2002-2006) a partir de la Política Nacional de Salud 2002-2006 y en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. Este proceso se realizó en forma participativa a fin de definir los diez compromisos más importantes a cumplir durante el período.
- Emisión de decretos para la fortificación de la leche fluida o en polvo con vitamina A y ácido fólico, de la harina de trigo con fumarato ferroso y del arroz con hierro, ácido fólico y otras vitaminas del complejo B, de la sal industrial y consumés deshidratados con yodo y flúor con el fin de prevenir las deficiencias nutricionales de estos alimentos en la población general.
- Desarrollo de una galleta nutritiva y bebidas nutricionalmente mejoradas en coordinación con el INCAP, para ser consumidas entre los

- escolares de los cantones prioritarios del Plan Vida Nueva.
- Implementación de las “Normas de Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar” en el primer nivel de atención en salud, mediante la coordinación, la capacitación del personal involucrado y la definición y publicación de los “Protocolos de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y del Abuso Sexual Extrafamiliar”, a fin de brindar una atención personalizada e integral de este tipo de violencia.
  - Formulación del Plan Estratégico de Abordaje de la Violencia Social, el cual delimita las acciones, con sus respectivos recursos, de las distintas instituciones involucradas para el abordaje de la violencia social en Costa Rica. Las acciones que se planteen en dicho plan son de carácter integral y responden a las mismas políticas mediante estrategias comunes.
  - Implementación del plan piloto del “Proyecto de Gestión Local sobre Abordaje de Armas de Fuego como Problema de Salud Pública” en Barba de Heredia, con énfasis en la localidad de San José de la Montaña, a fin de promover un modelo de intervención desde un centro educativo, con el apoyo de la gestión local y la colaboración multidisciplinaria e interinstitucional. Con este proyecto se pretende producir mayor seguridad y reducción de la violencia social en las comunidades seleccionadas.
  - Formulación de la Política Nacional de Salud para las poblaciones migrantes e indígenas, en forma participativa y multidisciplinaria e intersectorial a fin de definir los lineamientos de política en salud para estas poblaciones, en concordancia con la Política Nacional de Salud y la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006.
  - En el marco de las políticas nacionales del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, en acatamiento al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo y en seguimiento de la “Política Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas 2002-2006”, se crea el “Equipo Técnico Asesor en Salud de los Pueblos Indígenas” cuya principal función es promover, asesorar y apoyar la organización y gestión de planes, programas y proyectos, dirigidos a mejorar la salud de los pueblos indígenas.
  - Realización de un curso de Interculturalidad y Salud, para sensibilizar a funcionarios de salud en el respeto a la cultura y el saber indígena, promoción del desarrollo de un modelo de atención específico, con criterios de calidad e interculturalidad, revisión de la legislación nacional e internacional en el tema a la luz de la normativa institucional, y se llevó a cabo el “Primer Foro Nacional de Salud Indígena”, con propuestas concretas de trabajo en cada uno de los territorios indígenas.
  - En coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social, el Foro Permanente de Población Migrante y el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, se puso en marcha el proyecto “Sensibilización y Capacitación de Funcionarios/as Prestadores Directos de Salud ante la Problemática de la Población Migrante”, cuyo objetivo es potenciar en funcionarios prestadores de servicios de salud habilidades que permitan lidiar con el reto de la interculturalidad y crear mejores ambientes de trabajo frente a la migración.
  - Implementación del proyecto “Derechos y deberes de las mujeres migrantes nicaragüenses en Costa Rica” con el concurso de diferentes sectores que están aportando a la información y capacitación en materia de salud, educación, trabajo y derechos y deberes a la población migrante a fin de contar con mujeres y hombres nicaragüenses migrantes informadas(os), en el marco de los derechos humanos y con perspectiva de sexo, que ponga énfasis en la atención a las particulares condiciones en que se desenvuelven las mujeres nicaragüenses, especialmente las trabajadoras domésticas.

- En el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por Costa Rica en 1993, y de la “Política Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas 2002-2006”, Se realizó “Primer Foro Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas”, que tuvo como objetivo propiciar un espacio amplio e interdisciplinario de intercambio, reflexión y proposición sobre los diversos aspectos que inciden en la situación de la salud de los pueblos indígenas de Costa Rica y su concreción en la política nacional de salud indígena. En este participaron alrededor de 250 delegados provenientes de comunidades indígenas, Sector Salud, sociedad civil, representantes de los pueblos indígenas, entidades públicas relacionadas directa o indirectamente con la salud de los pueblos indígenas y expertos internacionales.
- Implementación del proyecto “Fortalecimiento de los Modelos Nacionales de Promoción y Protección de la Salud de los Pueblos Indígenas de Brasil y Costa Rica”, mediante una alianza de cooperación recíproca entre Brasil y Costa Rica a fin de promover y fortalecer el intercambio y desarrollo del conocimiento técnico y la identificación y operacionalización de mecanismos oportunos y adecuados a cada realidad.
- Aumento de la “Red Nacional de Escuelas Saludables” en catorce centros educativos a fin de promover estilos de vida saludables en los niños y niñas que asisten a dichos centros y en sus familias.
- Elaboración del “Plan Nacional de Salud Bucodental 2003-20062” en forma participativa y multidisciplinaria e intersectorial a fin de definir los lineamientos de política en este campo y en concordancia con la Política Nacional de Salud y la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006.
- Certificación de 42 establecimientos de salud y centros de trabajo públicos y privados, como “Espacios Libres de Humo de Tabaco”, en coordinación con la empresa privada a fin de reducir la exposición de los no fumadores al humo del tabaco.
- Formulación de la primera Agenda Nacional de Investigación en Salud y Desarrollo Tecnológico en Salud 2005-2010 mediante el trabajo conjunto del Ministerio de Salud el de Ciencia y Tecnología, la Universidad de Costa Rica y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- En el documento se definen siete áreas de acción, cada una con sus respectivos temas prioritarios, objetivos y acciones estratégicas.
- En el marco de la Agenda Sanitaria Concertada, las nueve direcciones regionales del Ministerio de Salud, llevaron a cabo con gran éxito la primera medición de las FESP, con el fin de fortalecer la dirección y conducción por parte el Ministerio y mejorar las prácticas sociales en salud pública.
- Elaboración de once decretos de restricción o prohibición de once plaguicidas peligrosos, lo cual se logró mediante la participación del Ministerio de Agricultura y Ganadería (Servicio Fitosanitario del Estado), Ministerio de Ambiente, Energía y Minas, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Consejo de Salud Ocupacional), Cámara Nacional de Agricultores Hortícolas Nacional), Cámara de Insumos Agropecuarios y la Contraloría General de la República. Estos decretos tienen el propósito de regular la importación, comercio y utilización de los siguientes plaguicidas: aldicarb, carbofuran, clorpirifos, endosulfán, etoprofos, fosfuro de aluminio, metomil, monocrotofos, paraquat, metil paration y terbufos. Lo anterior, para dar cumplimiento al acuerdo XVI de la RESSCAD-HO-09, celebrada en setiembre de 2000, y al informe de la Contraloría General de la República DFOE-AM-51/2005.
- Evaluación del proceso de planificación estratégica en 50 áreas de salud seleccionadas al azar en las nueve regiones del país. Este pro-

- ceso se realizó mediante un esfuerzo coordinado de la Unidad de Desarrollo Estratégico, la Dirección de Informática y las direcciones regionales y las de las áreas involucradas, a fin de determinar el estado de este componente, sus factores facilitadores y limitantes, y definir planes de acción a corto y mediano plazo que hagan más eficiente y eficaz la planificación local, y de esta manera contribuir a la producción social de la salud.
- Creación de la “Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos del Sector Salud”, publicada el día 2 de febrero del 2005 en el Diario Oficial La Gaceta (32209-S), con el propósito de proponer políticas en materia, recomendar los lineamientos para el diseño e implementación de un sistema sectorial de información en recursos humanos, así como promover la investigación en el campo de la formación, el trabajo y la práctica técnica profesional en salud.
  - Realización de una investigación en las diferentes instituciones del Sector Salud y en cuatro hospitales y clínicas privadas sobre la existencia de sistemas de información y/o gestión de recursos humanos.
  - Elaboración de los términos de referencia para la contratación de una consultoría para diseño del “Sistema de Información Nacional de Recursos Humanos en Salud”, el cual tiene como propósito proporcionar información oportuna y veraz sobre la caracterización del recurso humano, monitorear la oferta y demanda del recurso humano. Todo lo anterior; con el propósito de definir políticas públicas para la regulación de este recurso.
  - Realización de la primera investigación sobre el perfil de Costa Rica en materia de recursos humanos con información sobre la cantidad de recursos humanos en el país y su ubicación según zona geográfica. Además, contiene información sobre el gasto en planillas de las instituciones públicas.
  - Realización de la (Encuesta Multinacional de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Asociados en el Área Metropolitana de septiembre a noviembre del 2004), con la participación la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud (INCIENSA). Mediante la realización de dicha encuesta, se pretende conocer la prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y de otros factores de riesgo cardiovascular asociados (dislipidemias, obesidad, sedentarismo, alimentación no saludable y alcoholismo y tabaquismo) en la población adulta del área metropolitana, a fin de diseñar estrategias de intervención tanto en salud pública como en los servicios de salud.
  - En conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Censos se realizó la planificación técnica del módulo de consumo de alimentos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 2004–2005, la cual se realizó entre marzo del 2004 y marzo del 2005.
  - Implementación del Sistema Nacional de Monitoreo de la Fortificación de Alimentos en coordinación con el INCIENSA a fin de monitorear la calidad de los alimentos fortificados con micronutrientes que se consumen actualmente: azúcar con vitamina A, harina de trigo y de maíz con hierro y ácido fólico, sal con yodo y leche con hierro, vitamina A y ácido fólico. Esta actividad permite garantizar el acceso de la población costarricense de todas las edades a micronutrientes fundamentales por medio de alimentos de uso diario, para prevenir la anemia ferropénica, la avitaminosis A, que causa ceguera nocturna, y la aparición de malformaciones del tubo neural en niños.
  - Publicación del documento “Costos en Salud de la Contaminación del Aire”.
  - Actualización y ampliación del análisis de los costos en salud de los accidentes de tránsito 2000-2003, cuya publicación está pendiente para el año 2006.

- Cuentas Satélite en Salud: se tienen las cuentas de producción del Ministerio de Salud, incluyendo todos sus entes adscritos, IAFA, INCIENSA, así como los presupuestos del Gobierno Central. la Oficina de Cooperación Internacional en Salud (OCIS), el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS) y el FIDEICOMISO-872-BNCR, Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC), Consejo Nacional de Rehabilitación, una estimación preliminar de la Caja Costarricense de Seguridad Social, el Instituto Nacional de Seguros (seguros personales, riesgos del trabajo, SOA), Acueductos y Alcantarillados (agua potable y alcantarillado sanitario), tres hospitales privados (Clínica Jerusalem, Clínica Santa Rita y Clínica Católica), de dos universidades privadas, UNED y UCR (escuelas de Medicina, Odontología, Nutrición Enfermería, Tecnologías Médicas, Salud Pública, Servicios de atención de Odontología, Convenio UCR-CCSS, institutos de investigación y laboratorios).
- Conclusión y envío para publicación del documento Cuentas Nacionales en VIH/SIDA 1998-2003.
- Publicación del documento Indicadores Básicos en Salud y Género.
- Elaboración e implementación de tres estrategias de comunicación para prevenir la violencia en los estadios, promover la actividad física, el deporte y la recreación, y una contra el dengue. Para su implementación, se contó con el apoyo de los medios de comunicación social y las empresas públicas y privadas.
- Publicación en la contraportada de 12 números del Diario Oficial La Gaceta, de información acerca de temas importantes de salud.
- Divulgación de temas de salud: alimentación saludable, dengue, actividad física, Día Mundial del Corazón y violencia en los estadios, entre otros, lo cual se logró gracias a la coordinación con distintos medios de comunicación social nacional e internacional, la Junta de Protección Social de San José, el Banco Nacional, el Instituto Tecnológico de Costa Rica y las instituciones del Sector Salud.
- En coordinación con la Dirección de Comunicación Organizacional de la Caja Costarricense de Seguro Social, elaboración y publicación del N.º 22 de la Revista Salud para Todos, con un tiraje de 25.000, con el propósito de divulgar temas importantes de salud en áreas y regiones del Ministerio de Salud, en escuelas y bibliotecas del país, así como en ferias de la salud y otras instituciones públicas y privadas.
- Como parte de la Comisión de Investigación Social en Salud, elaboración y divulgación de la investigación: "Estado de Salud de la Persona Adulta Mayor", tanto en instituciones públicas como privadas del Sector Salud y otros entes relacionados con este grupo etáreo, así como en las principales bibliotecas y centros de documentación del país. Lo anterior, con el propósito de brindar insumos para la elaboración de planes, programas, proyectos y políticas públicas, dirigidas a mejorar la calidad de los servicios en salud de este grupo etario.

### 3.2.4 Dirección de Informática

#### **Logros**

#### **Sistemas de información institucionales**

Se ha fortalecido el desarrollo de los sistemas para el apoyo a la gestión administrativa: Sistema de Gestión de Recursos Humanos, Sistema Integrado de Servicios Administrativos, Expediente

Médico Electrónico, Sistema de Correspondencia, Guía Telefónica Digital, Sistema de Inventario de Equipo y Mobiliario, Sistema de Seguimiento de Procesos, Sistema Control de Viáticos Regional, Hoja electrónica de Proceso de Seguimiento y Evaluación de la Planificación Estratégica. Esto

se traduce en un mejoramiento en la gestión de administración y toma de decisiones en los tres niveles de gestión institucional.

En relación con la gestión sustantiva de la institución, se desarrollaron diversos proyectos, todos ellos de suma importancia, entre los que se destacan: depuración en el nivel de programación del Sistema de Regulación para la Dirección de Registros y Controles, finalización del Sistema de Regulación para la Dirección de Protección al Ambiente Humano, desarrollo del Sistema Nacional de Control de Experimentos en Humanos y del Sistema Registro Nacional de Establecimientos, hoja electrónica para farmacias de control de estupefacientes, hoja electrónica para farmacias de control de sicotrópicos, hoja electrónica para el instrumento B de atención domiciliar y el Sistema de Seguimiento de Decretos.

#### **Plataforma de comunicaciones adecuada**

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 conectividad completa de los edificios del Nivel Central, se ha constituido en un importante logro para la Dirección de Informática. Así mismo, se realizaron labores de coordinación y apoyo con las que se logró la instalación de redes locales en 7 de las 9 sedes regionales y 10 de las 81 áreas rectoras locales. A esto se agrega la conexión mediante línea dedicada de la Región Pacífico Central y la Región Central Sur con el Nivel Central.

El impacto institucional ha sido bastante significativo, dado que ha permitido extender 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 mediante el uso de una red moderna y ágil.

Mediante la contratación de servicios ADSL (Asymetrical 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, tanto de nivel central como regional. Además, se crearon cuentas de correo electrónico bajo el dominio [www.netsalud.sa.cr](http://www.netsalud.sa.cr) para todas las Direcciones, unidades y procesos del Nivel Central y Regional, se ofrece un servicio mejorado, de mayor eficiencia y estabilidad.

Gracias a los avances alcanzados hasta hoy en relación con la conectividad institucional y la adquisición y ampliación de líneas dedicadas y servicios ADSL con los anchos de banda apropiados, se hace posible en la actualidad alcanzar metas que hace algunos años eran imposibles de llevar a cabo.

En busca del objetivo de incrementar la presencia en Internet, se logra la publicación del nuevo sitio web [www.ministeriodesalud.go.cr](http://www.ministeriodesalud.go.cr), con esto se consigue unificar los diferentes sitios que existen dentro de la institución e integrar a las direcciones y entes adscritos en este proyecto; el nuevo sitio se convierte en un portal institucional, que ofrece al público usuario una interfaz de comunicación con la institución mucho más amigable y que le permite acceder con mayor facilidad a la información que requiere.

#### **Plataforma de “hardware” y “software” institucional y de los servicios de soporte técnico**

Se ha realizado una actualización constante de las especificaciones técnicas de equipos informáticos, y el trabajo consciente de los funcionarios ha permitido que la adquisición de microtecnología se realice bajo estrictos controles de calidad, aceptación y actualización tecnológica, y se ha logrado maximizar el rendimiento de las inversiones en tecnología y una mejor utilización de los recursos; se ha garantizado que los equipos tengan un buen soporte técnico por ejecución de garantías y existencia de repuestos en el mercado y se ha obtenido dichos equipos con el software debidamente licenciados.

En la lucha por la seguridad informática, un logro significativo fue poner en funcionamiento un esquema de protección antivirus, mediante un an-

tivirus instalado en un servidor y la adquisición e instalación de licencias antivirus, con el cual se abarcó la mayoría de los equipos conectados a la red institucional, lo que permite controlar todo virus de las máquinas conectadas a la red, protegerlos de los ataques de virus a nivel mundial y ofrecer mayor estabilidad en los sistemas.

Con el apoyo de los funcionarios técnicos en Informática de Nivel Central y Regional y me-

diante el diseño de un sistema elaborado en la misma Dirección de Informática, se logra mantener información actualizada periódicamente del inventario de equipo de cómputo institucional, lo cual representa una gran herramienta para efectos de análisis y toma de decisiones en la determinación de necesidades y adquisición de "hardware" y "software".

### 3.2.5 Dirección Vigilancia de la Salud

#### Vigilancia epidemiológica

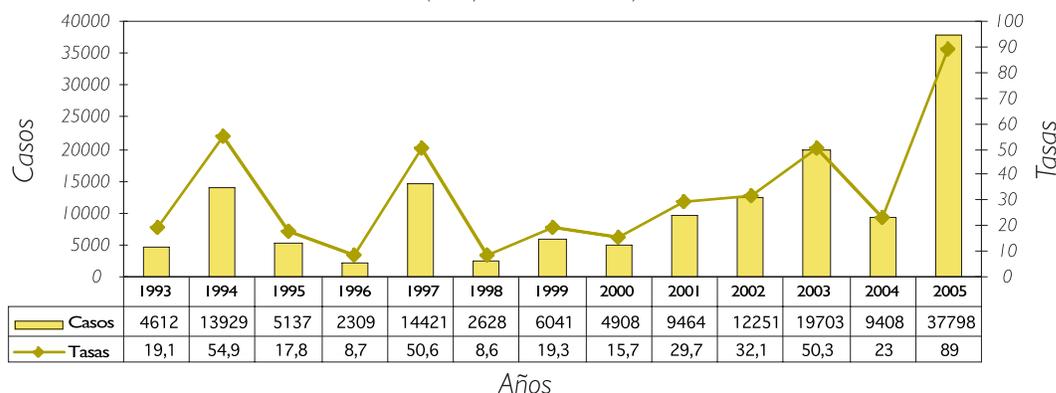
##### Dengue

El dengue se introduce al país en el año 1993, y representa un serio problema de salud pública de gran magnitud; la mayor incidencia de casos se ha presentado en los años 1994, 1997, 2003

y 2005 (55, 50,6, 50,3, 89 /10.000 hab). El 95,7 % de la población está en riesgo de contraer la enfermedad, especialmente en las áreas con transmisión de dengue y con altos índices de infestación del mosquito *Aedes aegypti*.

**Gráfico N° 44**

Casos y tasas de dengue. Costa Rica. 1993-2005  
(Tasas por 10.000 habitantes)



Fuente: Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud.

En el año 2005 se notificaron 37.798 casos, y son las regiones Huetar Atlántica (264,2) , Pacífico Central (421,3), Chorotega (172,5) y Central Norte (67,7) las que presentaron la mayor incidencia (/10.000 hab) y aportan el 81,1 % de los casos del país. Se registraron 52 casos de dengue hemorrágico y dos defunciones, con una tasa de letalidad de 3,8.

El dengue en general ha mostrado un comportamiento estacional, ya que los casos comienzan a aumentar al inicio de la época de lluvia; sin

embargo, en los últimos años se ha observado que esta estacionalidad es menos marcada y se mantiene la transmisión prácticamente durante todo el año.

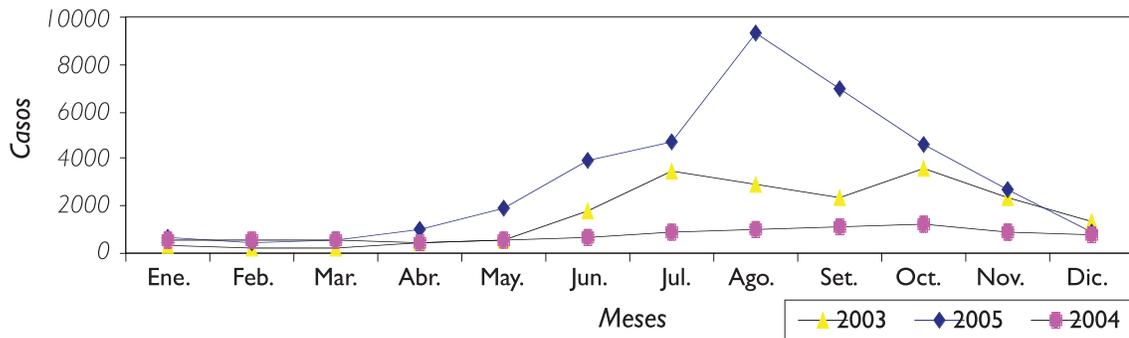
En Costa Rica han circulado tres serotipos de dengue (D1-2-3), y ha aumentado el riesgo de la aparición de casos de dengue hemorrágico. De 1995 al 2005 se han registrado 329 casos de dengue hemorrágico con ocho defunciones. Para el año 2005 la tasa de mortalidad fue de 0,05/1000 habitantes y la de letalidad, de 3,8.

Comparando los casos registrados por mes en los últimos tres años, se observa un incremento a partir del mes de mayo en los años 2003 y

2004, y en el 2005 a partir del mes de abril, y alcanzaron el pico máximo en el mes de julio en el año 2003, y en agosto en el año 2005.

**Gráfico N° 45**

Casos de dengue por mes. Costa Rica. 2003-2005



Fuente: Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud.

Las encuestas entomológicas realizadas muestran índices de infestación con rangos desde localidades en donde no se detectó el vector hasta localidades con índices de infestación de 23,; en algunas localidades se encontraron índices de Breteau mayores que los de infestación, lo que indica la presencia de mas de un foco de reproducción por vivienda.

La clasificación de depósitos con larvas de Ae. Aegypti es:

- Depósitos inservibles 60,6%, la mayor positividad se detectó en llantas (22,7%), tarros y chatarra (33,5%) y depósitos artificiales especiales (38,6%).
- Depósitos útiles 38,3 %, con mayor positividad en barriles y depósitos destinados a mantener agua para uso doméstico (72,8), bebederos y comederos (13,0%).

Con respecto a años anteriores, el comportamiento del vector no ha cambiado, se sigue encontrando en los mismos sitios de reproducción constituido por depósitos útiles, inservibles y en algunos casos naturales.

**Situación epidemiológica de la malaria**

En el año 2005, se reportaron 3.541 casos de malaria, lo que significó un aumento de 2.252

casos (variación relativa +174.7%) respecto a los 1.289 reportados en el 2004.

De las 12.767 muestras examinadas, 3.541 (27.7%) resultaron positivas, de estas 3.538 (99.9%) correspondieron a *P. vivax* y 3 (0.1%) a *P. falciparum*.

La Región Huetar Atlántica con 3.371 casos, aporta el 95.2% del total del país; se nota un incremento de 2.304 casos respecto al año 2004 (% variación relativa + 215.9%). El cantón de Matina tuvo un aumento de 2.137 casos respecto al año 2004 (% variación relativa + 305.7), con 2.836 casos reportados que representa el 84.1% de la región y el 80,0% del total del país. El cantón de Limón con 177 casos y el de Talamanca con 118 representan el 5,34% y el 3,5% respectivamente, de los casos de la región. En estos tres cantones se concentra el 88,4% de la malaria del país.

En la región Huetar Norte se diagnosticaron 53 casos, lo que representa un aporte del 1,5% de la malaria del país y un incremento de 4 casos con respecto a los reportados en el 2004 (% variación Relativa + 1.5). Los cantones de San Carlos con 35 casos y Los Chiles con 18 aportan el 100% de la incidencia de la malaria en esta región.

La contribución de casos del resto de las regiones se desglosa de la siguiente manera: Chorotega 9 (0,3 %), Pacífico Central 25 (0,7%),

Central Norte 26 (0,7%), Brunca 14 (0,4%) y fuera de área malárica 43 (1,2%).

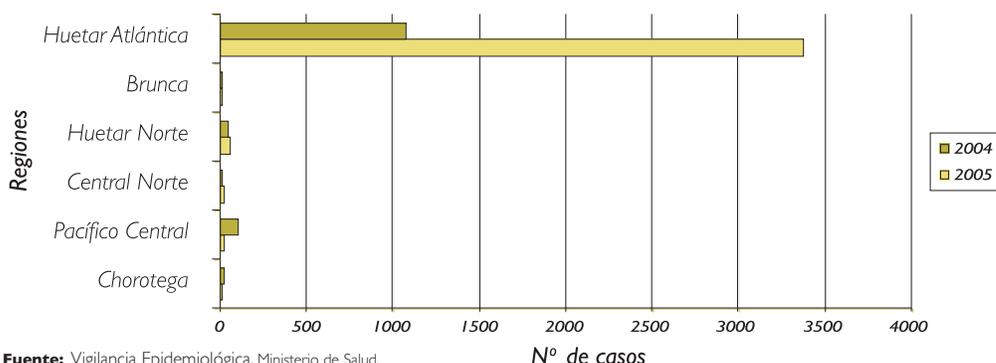
**Cuadro N° 11**  
Casos de malaria según región. Costa Rica 2004-2005.

Regiones	Casos				Variación relativa %
	2004		2005		
	No	%	No	%	
Chorotega	24	1,9	9	0,3	- 62,5
Pacífico Central	98	7,6	25	0,7	- 74,5
Central Norte	7	0,5	26	0,7	+ 271,4
Huetar Norte	49	3,8	53	1,5	+ 8,2
Brunca	9	0,7	14	0,4	+55,6
Huetar Atlántica	1067	8,8	3371	95,2	+215,9
Fuera de área	35	2,7	43	1,2	+22,90
<b>Total del País</b>	<b>1.289</b>	<b>100</b>	<b>3.541</b>	<b>100,0</b>	<b>174,7</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 46**

Casos de malaria según región. Costa Rica 2004-2005.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud.

### Leptospirosis

La leptospirosis es la enfermedad zoonótica de mayor incidencia acumulada de acuerdo con el

registro de enfermedades de notificación obligatoria.

**Gráfico N° 47**

Casos e incidencia de leptospirosis por año de ocurrencia. Costa Rica 1996-2005.

(Tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Unidad Estadística. Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud.

Al analizar la tendencia de la leptospirosis de 1996 al 2005, se muestra como una patología reemergente, con una tendencia ascendente a partir del año 1999 dada por una mejora en la búsqueda de casos mediante la vigilancia de febriles; esto hace necesario realizar más investigación que permita identificar los puntos de corte para cada una de las serovariedades y las de mayor circulación en el país.

La distribución de casos por provincia muestra que las provincias de Puntarenas (2,4/10.000 hab.) y Limón (1,1/10.000 hab.) tuvieron la mayor incidencia y en estas los cantones de Corredores (1,0/1.000hab.), Golfito (0,7/1.000 hab.), Talamanca (0,3/1.000 hab.) y Matina (0,2/1.000 hab.) registraron la mayor incidencia.

La distribución por grupo de edad refleja que esta patología predomina en el sexo masculino con una razón de masculinidad de 4:1.

Con respecto a la distribución por grupos de edad, la menor incidencia se da en las edades extremas, y los grupos con mayor incidencia se relacionan con la producción agroindustrial, áreas de inundación, áreas marginales y en grupos de edades económicamente activos.

En los dos últimos años no se presentaron defunciones.

### Tuberculosis

Los datos recopilados y analizados por el PCTB muestran que en los establecimientos de salud

de la CCSS se han diagnosticado, en los últimos siete años, un total de 4.217 enfermos de tuberculosis de ambas formas.

La forma de tuberculosis diagnosticada con más frecuencia es la TB pulmonar, que representa el 89% de los casos. Las formas extrapulmonares más frecuentemente diagnosticadas son la TB ganglionar y la pleural. Existe una reducción importante en el número y gravedad de casos de TB meníngea, especialmente en los menores de 5 años.

La mayor cantidad de casos se presentan a partir de los 25 años, con una tendencia hacia los grupos de mayor edad, y es el sexo masculino el más afectado.

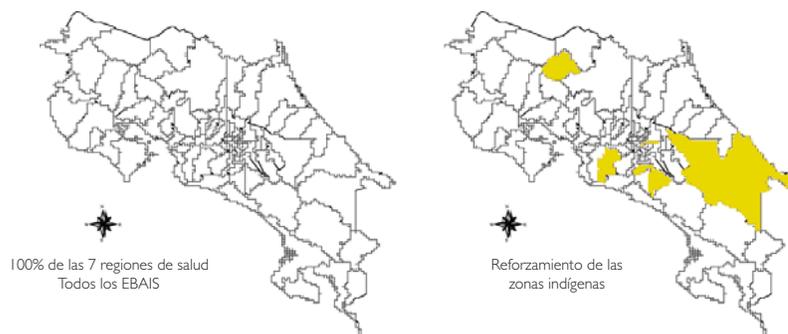
Un 90% de los enfermos de TBC son costarricenses. Las regiones de salud que presentan el mayor número de casos nuevos, corresponden a la Huetar Atlántica, Pacífico Central, Central Sur y Central Norte.

En lo referente a la mortalidad por tuberculosis la tendencia ha sido al descenso desde 1999, con una tasa promedio de 2.2/100,000 hab., de acuerdo con los datos proporcionados por el PCTB y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

La cobertura de implementación de la estrategia DOTS, al mes de diciembre del año 2004 corresponde a un 100%.

**Gráfico N° 48**

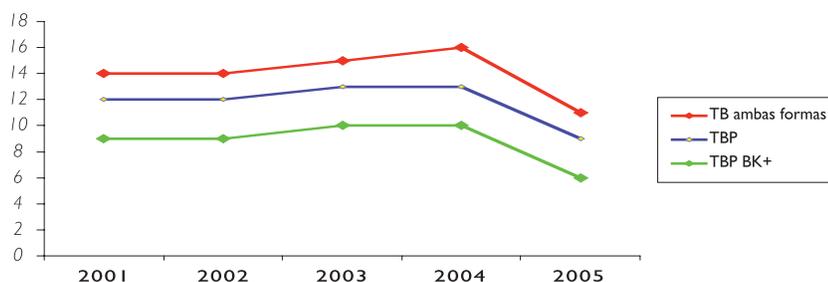
Cobertura de implementación de la estrategia DOTS. Costa Rica 2004.



Fuente: Unidad Estadística, Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 49**

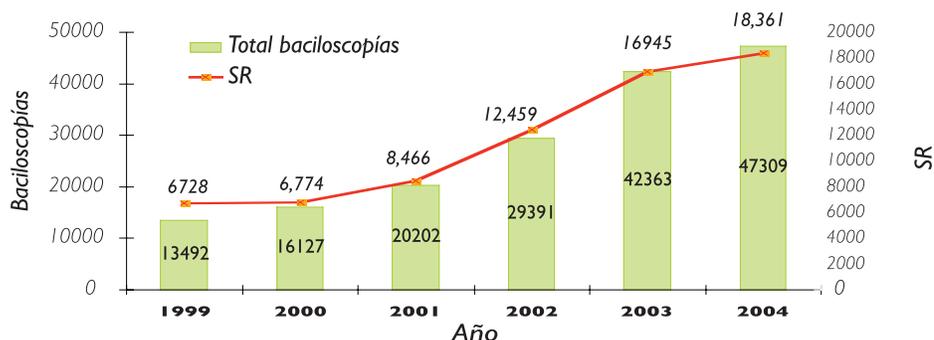
Incidencia de TB todas las formas, TB pulmonar y TBP BK positivos. Costa Rica 2001-2005.  
(Tasas / 100.000 habitantes)



Fuente: PNCTB.

**Gráfico N° 50**

Número de SR examinados y No. de Baciloscopías realizadas por los laboratorios de la red. Costa Rica 1999-2004.



Fuente: PNCTB.

### Situación del sida en Costa Rica

En el año 2004 se registraron un total de 90 casos de sida (cifras preliminares) de los cuales 79 corresponden al sexo masculino (87%). En cuanto a los grupos de edad, el mayor número se encuentra en el grupo de 35 a 44 años, con 29 casos, para un 32% del total. En relación con la provincia de residencia, donde se registraron más casos fue en San José, con 67 casos, para un 74%; le sigue Cartago, con 17 casos (19%).

El primer caso de sida en nuestro país ocurrió en 1980 en el grupo de pacientes hemofílicos. En 1986, se detectan los primeros casos en individuos homosexuales y bisexuales. En un análisis realizado del período 1988 al 2002, el grupo de riesgo más importante fueron los homosexuales (43,7%), los bisexuales (15,6%), los heterosexua-

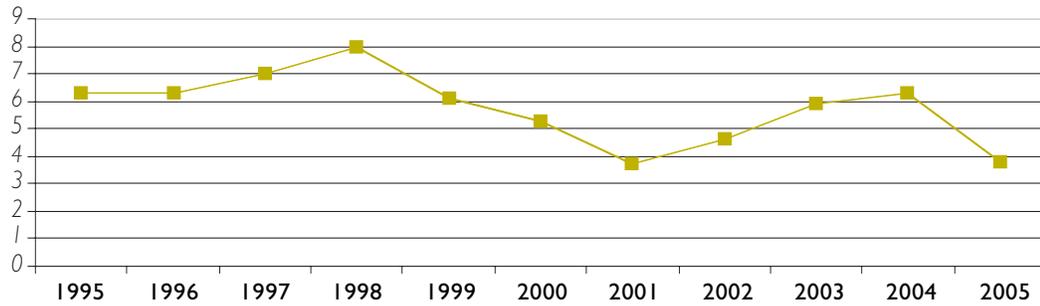
les (24,9%) y la vía de infección más frecuente fue la sexual (84,2%), sanguínea (4,0%) y perinatal (1,3%). La transmisión perinatal se detecta a partir de 1990 con una tendencia creciente hasta 1995 cuando se inicia el tratamiento con AZT a las embarazadas positivas y sus productos.

Para el período 2002-2005, la tasa de incidencia acumulada por sida más alta se encuentra en el grupo de 20 a 54 años (9,8/100.000). El sexo más afectado es el masculino 84,5%. La razón de masculinidad es del 5,4:1.

La disminución en la incidencia a partir de 1999 se podría relacionar con cambios en las prácticas de la población, así como a la introducción de los antiretrovirales en el tratamiento de los enfermos.

**Gráfico N° 51**

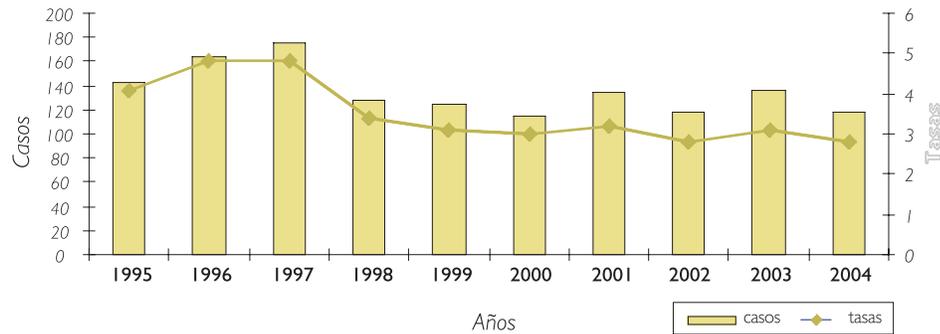
Casos e incidencia acumulada anual de sida por año de ocurrencia. Costa Rica 1995-2005\*.  
(Tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Unidad Estadística de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

**Gráfico N° 52**

Mortalidad por sida según año. Costa Rica 1995-2004.  
(Tasas / 100.000 habitantes)



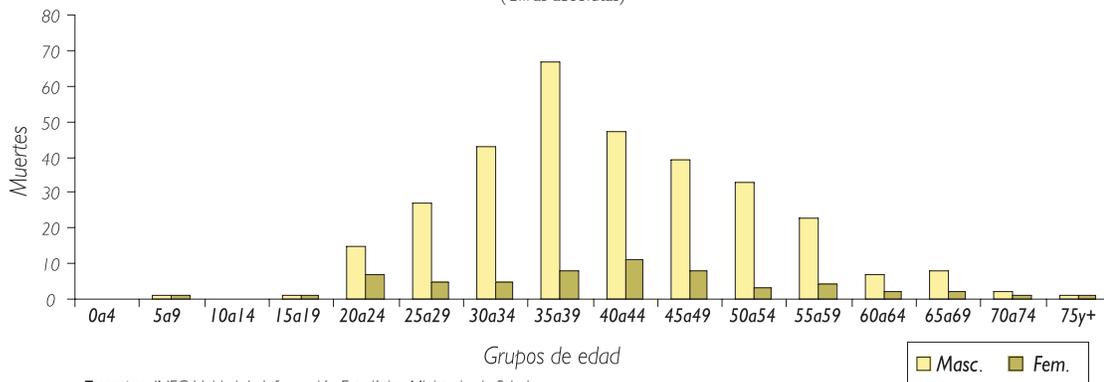
Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

La tendencia a la mortalidad presenta un descenso a partir del año 1998, probablemente

debido a la introducción de la terapia antirretroviral.

**Gráfico N° 53**

Mortalidad por sida según grupo de edad y sexo. Costa Rica 2002-2004.  
(Cifras absolutas)



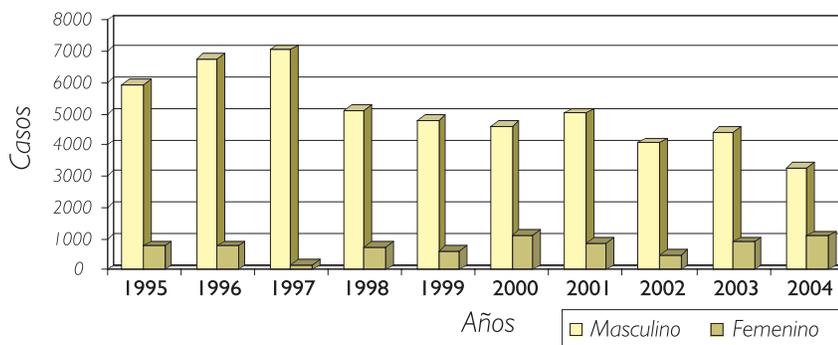
Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

Para el período 2002-2004, del total de muertes el 84,4% pertenecen al sexo masculino (4,9/100.000 hab.). Con respecto al grupo etáreo, el grupo que registra más muertes por sida, es el de 30 a 44 años y representa el 48,5% del total de muertes por esta causa.

Para demostrar el impacto del sida en la mortalidad prematura se calcularon los años de vida potencial perdida (avpp), que muestran una disminución a partir del año 1998, sin embargo, se observa un aumento de avpp en el sexo femenino en los años 2000 y 2004 con respecto a los otros años.

**Gráfico N° 54**

Años de vida potencial perdidos por sida por sexo. Costa Rica 1995-2004.



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística, Ministerio de Salud.

### Influenza aviar y alerta de pandemia de influenza

Desde el 2003, en países de Asia, se vienen presentando, de manera constante, casos de influenza aviar H5NI en humanos a través de la infección originada de aves de corral o sus heces. En el momento que en una de estas infecciones humanas, el virus aviar se adapte o reasocie y se transforme en un virus humano, se estaría marcando el inicio de una pandemia de influenza, la cual produciría una emergencia mundial con repercusiones mucho más elevadas que la misma influenza aviar, debido a su fácil transmisión entre personas.

En Costa Rica, como respuesta al liderazgo de la Organización Mundial de la Salud se conformó en noviembre del 2005, la Comisión Nacional de Preparación para la Pandemia de Influenza. El trabajo que ha realizado esta Comisión ha permitido la identificación de las estrategias principales para avanzar en la preparación y planificación de la respuesta ante esta amenaza, entre las cuales se encuentran la integración de la vigilancia de la influenza aviar con la humana, la detección de necesidades de fortalecimiento de ambas vigilancias, la formulación de una es-

trategia de comunicación y el desarrollo actual de un "Plan Operativo de Comunicación" que contiene las principales medidas que deben ser aplicadas por diferentes actores sociales, tanto de higiene, bioseguridad y contención del virus, según sea el caso, definición de políticas de uso de antivirales y vacunas durante la pandemia, entre otros.

Se formuló e implementó un "Plan Nacional de Preparación ante una Pandemia de Influenza" que contempla las estrategias antes mencionadas.

Esta Comisión tiene en su núcleo la participación del Ministerio de Salud como ente coordinador; así como representantes de instituciones cuya participación es clave dentro de la preparación y respuesta en caso de presentarse esta pandemia (Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Transportes, Ministerio de Educación, INCIENSA, Caja Costarricense de Seguro Social, entre otros).

En noviembre del 2005, el Ministerio de Salud emitió la directriz para que se desarrolle un "Plan Regional de Preparación y Respuesta"

para una pandemia de influenza en los niveles subnacionales, lo que permitirá conocer las necesidades locales óptimas para esta preparación y adaptar las medidas de respuesta según sea la particularidad de cada región y área de salud.

Está en progreso la implementación de un plan de acción para solventar las brechas presentes en el plan nacional, además de actualizar su contenido con la información más reciente, se emitirá un decreto presidencial para formalizar el compromiso de cada una de las instituciones y ministerios que deben participar, así como el impulso económico para continuar el desarrollo de las estrategias planteadas.

**Cuadro N° 12**

Incidencia y Mortalidad por diarreas.  
Costa Rica 2002-2005

Año	Incidencia	Mortalidad
2002	3385	2,9
2003	3078	2,9
2004	2668	2,4
2005	3234	2,3*

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Centro Centroamericano de Población. \*Datos provisionales.

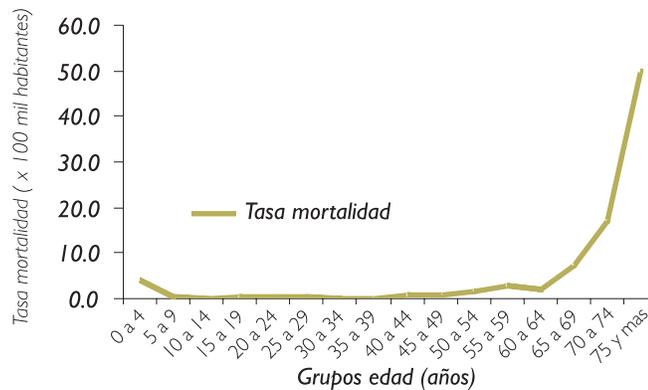
**Enfermedad diarreica aguda (EDA)**

En Costa Rica, la enfermedad diarreica es de reporte obligatorio a partir de 1983. Desde 1998 esta enfermedad viene ocupando la segunda causa de morbilidad y mortalidad dentro del grupo de enfermedades de declaración obligatoria al Ministerio de Salud. Del 2002 al 2005, la notificación de los casos ocurridos no ha mostrado aumentos significativos. En la tabla No. 1, se muestran los datos de incidencia de los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud y las defunciones publicadas por el INEC.

Esta enfermedad continúa afectando más a los grupos de edad mayores de 75 años, desde 1994. En el gráfico 1 se puede observar su comportamiento por grupos de edad.

**Gráfico N° 55**

Mortalidad por grupos de edad. Costa Rica 2004.



Fuente: INEC-Unidad de Información Estadística. Ministerio de Salud.

**Enfermedades inmunoprevenibles**

**Antecedente**

En Costa Rica, el programa regular de inmunizaciones inició, a principios de los cincuenta, con la vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina (DPT); anteriormente se vacunaba contra la viruela y, ocasionalmente, contra tifoidea y dif-

teria. En 1955, el país fue uno de los primeros en realizar una campaña de vacunación contra la poliomieltitis utilizando vacuna inyectable tipo SALK y en 1960 se empezó a utilizar la vacuna oral. En 1967 se utilizó por primera vez la vacuna antisarampionosa en una campaña en la que se aplicaron 209.833 dosis y, en 1972, se inicia

la vacunación con vacuna doble antisarampión-rubeola (SR).

La vacuna contra la hepatitis B (HB) en los menores de un año inició en 1997 y, en 1998, contra el Haemophilus influenzae tipo b (Hib). Lo que produjo una reducción significativa de los casos graves por Haemophilus influenzae tipo b.

### **Actualidad**

Actualmente, el Programa Ampliado de Inmunizaciones de Costa Rica contempla vacunas contra las siguientes enfermedades: sarampión, rubéola, parotiditis, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, hepatitis B, haemophilus influenzae tipo B, tuberculosis (meníngea y miliar) y contra las complicaciones ocasionadas por el virus de Influenza estacional (gripe), esta última para grupos en riesgo. El impacto de este programa se refleja en la baja incidencia de algunas de estas patologías hasta, incluso, la erradicación como en el caso de la Poliomielitis.

La vacuna que más recientemente se introdujo dentro de la vacunación sistemática en Costa Rica es la vacuna contra el virus influenza, específicamente para grupos en riesgo. Esta vacuna se aplica desde el año 2004, y desde el 2005 forma parte del esquema básico para grupos de riesgo, tanto en adultos mayores de 65 años en adelante, como en niños de 6 meses a 5 años no cumplidos con alguna enfermedad calificada de riesgo. En general, las coberturas han sobrepasado el 90% y, en pocos años, se espera tener un análisis del impacto estimado de la introducción de esta vacuna.

Desde el año 2004 se inició la vigilancia del virus influenza a través de sitios centinela. El país, actualmente, cuenta con 4 sitios centinela (H. Nacional de Niños, H. Nacional Geriátrico, H. Max Peralta y Clínica de Pavas). Lo anterior permite fortalecer la evidencia para la selección de la vacuna de influenza que se encuentra más acorde con las cepas circulantes en Costa Rica. Se pretende ampliar esta red a 15 sitios centinela, de los cuales, 3 estarán dentro del sector privado y 12 dentro del sector público, lo cual permitiría detectar con mucha mayor oportunidad la

introducción en humanos de nuevos subtipos de este virus como, por ejemplo, el H5N1 (Influenza aviar) y actuar con rapidez para aplicar las medidas necesarias.

El sarampión produjo la última gran epidemia en los años 1991 a 1993, con un total de 9.450 casos. La mortalidad fue de 58 casos en total; es decir, una letalidad total para la epidemia de 6,1 muertes por cada 1.000 casos de sarampión. Durante la epidemia, los menores de un año presentaron la incidencia más alta (191/10000); sin embargo, los grupos de 5 a 24 años presentaron incidencias significativamente más altas, en comparación con las epidemias anteriores. En 1993, el país asume el compromiso de erradicación del sarampión por lo que se intensifican las acciones de vigilancia y vacunación con campañas anuales hasta 1997. Los últimos brotes se presentaron, en Guanacaste, en 1997, a raíz de la llegada de un turista brasileño. A partir de este suceso se dan 11 casos secundarios, todos en niños menores de 1 año y adultos; y el otro, en Vázquez de Coronado, en 1999, debido a una educadora que viajó al Perú y contrajo la enfermedad que produjo 3 casos secundarios, dos adultos y un menor de 1 año. Ese mismo año el país notificó 23 casos confirmados por clínica, ya que no se realizó la confirmación por laboratorio; sin embargo, no se encontró nexo epidemiológico en éstos. Para el año 2000, hasta noviembre del 2002, siguen sin notificarse casos confirmados por sarampión.

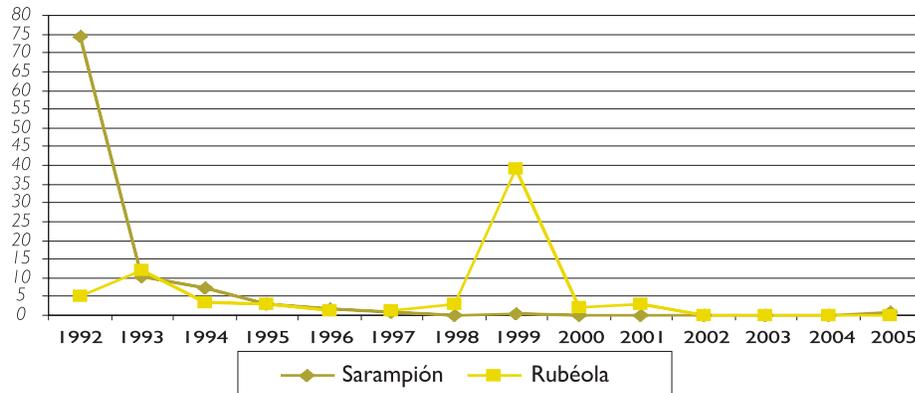
La rubéola muestra de 1993 a 1997 una tendencia al descenso, como respuesta a la introducción de la vacuna SRP en escolares. A finales de 1998, y durante 1999, se produce una epidemia de 1.507 casos, principalmente en el grupo femenino de 25 a 44 años en las regiones centrales de salud del país. Ante esta situación del desplazamiento de susceptibles a mujeres en edad fértil, y al hecho de detectar fallas en el sistema de vigilancia del síndrome de rubéola congénita, ya que no se notificaron los casos esperados posterior a la epidemia, Costa Rica implementó, a partir del 2001, un plan de control de la rubéola y eliminación del síndrome de rubéola congénita que incluyó la vacunación de

la población de 15 a 39 años de ambos sexos, en una jornada que alcanzó el 98% de cobertu-

ra, complementado con la vacunación posparto en la cohorte de mujeres embarazadas.

**Gráfico N° 56**

Incidencia del Sarampión y la Rubéola Costa Rica 1992-2005.



Fuente: Unidad de Estadística. Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

A finales del 2000, el Hospital Nacional de Niños (HNN) alertó sobre un incremento de los casos de tos ferina. El estudio evidenció que el 90% de los niños eran menores de 6 meses y, aunque el 81% de ellos habían cumplido con las dosis correspondientes para su edad, no tenían la edad necesaria para completar las 3 dosis de DPT. Un 62% de los casos tenían el antecedente de contacto con algún familiar con tos persistente. Actualmente, el INCIENSA y el HNN cuentan con pruebas inmunológicas y de cultivo. En la última década el fortalecimiento de los hospitales regionales y periféricos con la especialidad de pediatría y una tecnología más avanzada han hecho que no haya necesidad de que estos niños sean referidos al HNN.

La hepatitis B es una patología que presenta una mayor incidencia en el grupo de 15 a 44 años; sin embargo, en los últimos años, se empezó a notar un aumento en el grupo de 10 a 14 años. La principal forma de transmisión es la sexual, y la aparición en grupos más jóvenes refleja el inicio cada vez más temprana de la actividad sexual insegura. La vacunación se inició en Costa Rica en 1987, con adultos, para proteger a

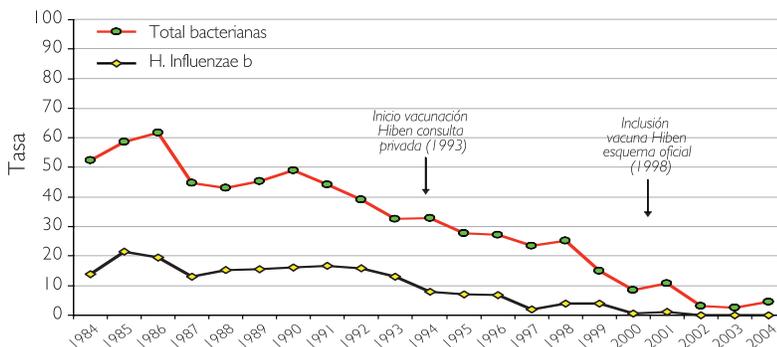
funcionarios de salud. A partir de 1997, se amplió la vacunación a niños iniciando en los recién nacidos.

En Costa Rica, la vacuna contra el haemophilus influenzae (Hib) se introdujo en la consulta pediátrica privada en 1993, y en el esquema básico oficial de vacunación en marzo de 1998. La disminución más marcada en los casos de meningitis ocurrió a partir de 1998, cuando se iniciaron los esfuerzos para lograr una cobertura nacional de la vacunación. En la siguiente gráfica se puede observar cómo la incidencia empieza a disminuir en el año 2000, y muestra los últimos cuatro años una muy baja incidencia.

Desde 1988 no se registraba ningún caso de tétanos neonatal. Sin embargo, durante la semana 43 (22 de octubre del 2002) se reportó y confirmó un caso de tétanos neonatal en un niño de 6 días de nacido, hijo de madre indígena migrante de origen panameño, múltipara, sin antecedente vacunal, gestante a término, sin control prenatal y parto domiciliar. Por lo anterior se tomaron medidas para reforzar las coberturas en poblaciones adultas y embarazadas en riesgo.

**Gráfico N° 57**

Tasas de egresos (por 100.000) por meningitis bacteriana y H.influenzae b. en menores de 5 años. Costa Rica. 1984-2004.



Fuente: Unidad de Estadística. Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

El tétanos en adultos sigue presentándose en forma esporádica, y se reportan de uno a tres casos por año.

La difteria no se presenta en el país desde 1976, seis años después de la introducción de la vacuna DT en el esquema nacional.

El último caso de poliomielitis se registra en 1973. A partir de 1991, Costa Rica implementó el sistema de vigilancia de las parálisis flácidas

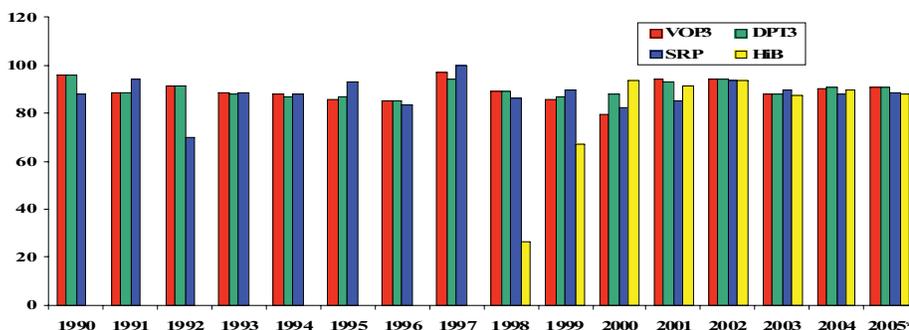
agudas (PFA). En 1994, la OPS certificó que Costa Rica eliminó la poliomielitis. Hasta la actualidad, se han descartado por otros diagnósticos todos los casos de PFA.

#### Coberturas de vacunación. "Programa Ampliado de Inmunizaciones"

Durante la última década, hasta la actualidad, el "Programa Ampliado de Inmunizaciones" ha mantenido niveles de cobertura del 80% y más, para todos los biológicos.

**Gráfico N° 58**

Distribución comparativa de coberturas para VOP, DPT3, SRP y HIB por cantones. Costa Rica 1990-2005\*.



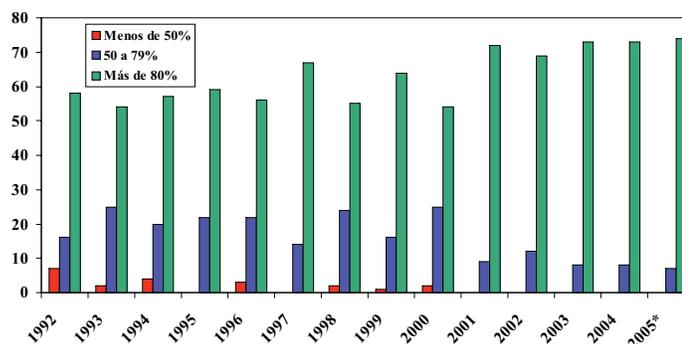
Fuente: Unidad de Estadística. Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud. / \* Para 2005 datos son preliminares.

La tendencia en las coberturas para las vacunas trazadoras del esquema oficial, BCG, VOP y DPT3 mostró un comportamiento ascendente durante el período de 1998 al 2002. Aunque esta situación no la compartió la vacuna SRP, en el 2005 se logra un incremento mínimo con respecto al 2004. El incremento de las cobertu-

ras fue más importante en los cantones de las zonas fronterizas y de las costas, lo que apunta a una reducción de las brechas que favorece a las zonas más postergadas. Paulatinamente, han venido aumentando el número de cantones que alcanzan el 95% de cobertura en su población blanco, considerada como la cobertura ideal.

**Gráfico N° 59**

Distribución de los cantones por nivel de cobertura en menores de un año para VOP3 por cantones. Costa Rica 1992-2005\*.



Fuente: Unidad de Estadística.Vigilancia de la Salud.Ministerio de Salud. / \* Para 2005 datos son preliminares.

Por otro lado, el Área Metropolitana cuenta con los cantones catalogados de mayor desarrollo social; sin embargo, tiene los cantones más rezagados en coberturas. Aunque no cuantificado actualmente, un porcentaje considerable de niños asisten a consulta privada en el área metropolitana por lo que es probable que la ausencia de reporte de vacunas aplicadas por los servicios privados explique el comportamiento de las coberturas en estos cantones. En el caso de San José, la capital del país, la cobertura también se subestima por el sobregistro de nacimientos en este cantón.

Al respecto, se está implementado una estrategia que permita visualizar el registro de vacunas en el sector privado, la cual tiene tres componentes:

- III- La modificación del sistema de registro e información de vacunación dentro del Ministerio de Salud con la división de vacunas aplicadas en el sector público y privado.
- IV- La actualización de la norma de vacunación, incluyendo las vacunas que se aplican en el sector privado.
- V- El involucramiento y determinación de responsabilidades, que involucra a colegios, asociaciones profesionales pertinentes y las casas farmacéuticas que distribuyen las vacunas en el sector privado.

Un importante avance ha sido la elaboración de estrategias de monitoreos rápidos para la identificación de poblaciones sin vacunar de los grupos meta del programa de inmunización, estrategia que se ha fortalecido con la “Semana Nacional de Vacunación”, la cual se celebra en el contexto de la “Semana Panamericana de Vacunación” (última semana de abril). En Costa Rica ya se ha celebrado esta semana en dos ocasiones desde el 2004, y este espacio se ha aprovechado justamente para implementar las estrategias de monitoreos rápidos ya mencionadas, además de la realización de actividades de promoción a través de medios de comunicación masiva de cobertura nacional y local, así como con material impreso alusivo a los lemas de esta semana.

**Enfermedad de Hansen en Costa Rica**

En nuestro país la enfermedad de Hansen es de declaración obligatoria por decreto desde 1983. A partir de 1990 y hasta 1998, el país logró la eliminación de esta enfermedad a nivel nacional y subnacional; sin embargo, de 1999 al 2002, no continuó realizando una vigilancia epidemiológica activa en el Ministerio de Salud. A partir del 2002, se conformó una comisión interinstitucional para la vigilancia epidemiológica de la lepra y se reorientaron las estrategias para continuar con el proceso de eliminación y con la pretensión de erradicar esta bíblica enfermedad. En el 2003, se logró determinar la prevalencia de la enfermedad en del país, que fue menor de

un caso por diez mil habitantes; y se identificó una adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, menor del 20%, y se consideró esta situación un problema de salud pública. Estrategias como la elaborar y distribuir un protocolo de vigilancia epidemiológica, así como normas de atención clínica para el manejo de la enfermedad y capacitación de los funcionarios de los servicios de salud y epidemiología, tanto a la Caja Costarricense de Seguro Social como de

los del Ministerio de Salud, a la fecha, mejoraron la adherencia al tratamiento en un 60%, y la detección de casos nuevos aumentó un 75% en el sistema de vigilancia. Actualmente, el 100% de los casos que asisten a los servicios de salud cuentan con los tratamientos indicados por la Organización Mundial de la Salud. En el cuadro N° 13, se muestran los casos nuevos y reingresos de la enfermedad, desde el año 2000.

**Cuadro N° 13**

Casos nuevos y reingreso por enfermedad de Hansen según año. Costa Rica 2000-2005.

Año	Casos nuevos	Reingresos
2000	17	1
2001	16	3
2002	23	9
2003	18	13
2004	14	10
2005	15	6

Fuente: Unidad de Estadística. Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

**Cuadro N° 14**

Casos de rabia por especie. Costa Rica. 1993-2005.

CASOS								
Año	Humanos	Caninos	Felinos	Bovinos	Murciélagos	Suinos	Equinos	Total
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	3
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
2003	0	0	0	23	2	0	0	25
2004	0	0	0	6	0	0	0	6
2005	0	0	0	6	0	0	0	6
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>62</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>67</b>

Fuente: Vigilancia Epidemiológica, MAG.

### Rabia

Como se observa en el cuadro N°14, la rabia bobina parálitica transmitida por el vampiro continúa siendo endémica, aunque el MAG realiza las medidas de control de focos.

En el caso de la rabia urbana transmitida por el perro, no se han presentado casos desde 1983 cuando en ese año, se confirmaron en el laboratorio dos casos, de muestras procedentes del cantón de la Cruz, fronterizo con Nicaragua, donde se hizo control de foco sin consecuencia

para el resto del país. Se continúa haciendo vigilancia por medio de las áreas de salud, el MAG y médicos veterinarios particulares, que envían muestras sospechosas al Laboratorio Nacional Servicios Veterinarios (LANASEVE) para su examen.

### Logros

- Elaboración del protocolo de vigilancia epidemiológica y normas de atención clínica para el manejo de la enfermedad de Hansen que permitieron mejorar la adherencia al tratamiento de un 20% a un 60%; la detección de casos nuevos aumentó un 75% en el sistema de vigilancia. Actualmente, el 100% de los casos que asisten a los servicios de salud cuentan con los tratamientos indicados por la Organización Mundial de la Salud.
- Realización de la encuesta de antigenemia en la ciudad de Puerto Limón, cuyo resultado faculta al país a solicitar ante el grupo asesor técnico de la OMS la verificación de la ausencia de transmisión en la ciudad de Puerto Limón y en Costa Rica de la *Wuchereria bancrofti*, parásito causante de la filariasis bancrofti.
- Los ministros de Salud de Costa Rica, Panamá y Nicaragua, firmaron convenios bilaterales de colaboración y fortalecimiento de las acciones de Salud. Estos convenios han facilitado el abordaje conjunto de urgencias sanitarias como el dengue, malaria, enfermedades prevenibles por vacunación, campañas de vacunación, problemas ambientales y control sanitario de grupos migratorios.
- El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica conjunta en el cordón fronterizo Costa Rica-Panamá mediante un proyecto de colaboración técnica entre países (TCC en inglés) y la elaboración e implementación de un programa ("software") para el intercambio de información en el cordón fronterizo de eventos de importancia en salud pública
- Mediante la participación en la Red Centroamericana de Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER), se está logrando el intercambio de información de interés epidemiológico de los países mediante en una plataforma informática (Infocom).
- La revisión de las estadísticas de cáncer en Costa Rica, permitieron configurar la más completa y detallada base de datos del país y de América.
- Se implementó el registro hospitalario de infarto agudo del miocardio en el hospital Calderón Guardia, con esto se tiene un mejor conocimiento de los factores de riesgo y permitirá un mejor enfoque en la prevención de esta patología; este programa está en proceso de implementación en el hospital San Juan de Dios.
- Por la calidad de su información, Costa Rica es el único país de Latinoamérica en publicar datos nacionales de cáncer en las ediciones de la Agencia Internacional de Investigaciones contra el cáncer de la OMS.
- Dentro de los estudios biológicos del programa ampliado de inmunizaciones se incluyó la aplicación de la vacuna que protege contra el virus de la influenza en menores de 5 años y adultos mayores de 65 años con patología asociada.
- Elaboración del análisis demográfico y epidemiológico 1991-2002 en el contexto del "Análisis Sectorial de Salud" para la definición de las políticas de Salud.
- Se ha puesto a disposición la base de datos del Registro Nacional de Tumores en el sitio web del Centro Centroamericano de Población para consulta y manejo de la base de datos de los diferentes usuarios.
- Se ha logrado mantener la reducción de la incidencia de la meningitis meningocócica como consecuencia de la aplicación de la vacuna contra *haemophilus influenzae* tipo B.

- Se mantiene en 0 la incidencia de poliomielitis, difteria y sarampión, tétanos neonatal y rubéola.
- Existe la tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad por infarto agudo del miocardio (de 41,3 en el año 2000, a 33,2 en el 2004).
- Hay una tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad por cáncer de estómago (de 24,1 en el 2000, a 22,4 en el 2004 en hombres; y 12,2 a 10,7 en mujeres, en el mismo período.)
- Existe la tendencia de la disminución de la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix de 20,5 en 1999, a 16,8 en el 2001.
- Se logró darles tratamiento con drogas de segunda línea a pacientes multidrogoresistentes a tuberculosis con un porcentaje de curación del 90% .
- Se alcanzó una cobertura del 100 % de los pacientes con TB ambas formas con la estrategia de tratamiento estrictamente supervisado (DOTS-TAES).
- El 100% de los centros penales implementaron también la estrategia de tratamiento estrictamente supervisado (DOTS-TAES.)
- Mediante el desarrollo del Primer Foro Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, llevado a cabo durante el último trimestre del 2005, se logró propiciar un espacio amplio e interdisciplinario de intercambio, reflexión y proposición, sobre los diversos aspectos que inciden en la situación de la salud de los pueblos indígenas de Costa Rica y su concreción en la Política Nacional de Salud Indígena.

### 3.2.6 Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil

#### Logros

Atención a niños(as) de 6 meses a 7 años de edad, madres gestantes y lactantes con acciones de alimentación complementaria en 4 modalidades, con el promedio anual siguiente:

Comidas servidas: **31.435 beneficiarios(as)**

Distribución de leche: **67.014 beneficiarios(as)**

Distribución de alimentos a familias: **15.389 beneficiarios(as)**

#### Atención integral

Intramuros: **15.339**

Extramuros: **9.189**

Los servicios ofrecidos contribuyeron a mejorar el estado nutricional de los niños(as) beneficiarios(as) en un 2.3% según indicador peso / edad.

Para el mejoramiento en la calidad de los servicios se logró:

- La implementar la estrategia "Atención Integral Extramuros"; el CEN CINAI en el hogar, dirigida a beneficiarios de las modalidades de distribución de leche, distribución de alimentos a familias.
- Mejorar la calidad de los vínculos al interior de las familias para el desarrollo integral de los niños y niñas menores de 6 años.
- Estrechar los vínculos comunidad-padres-centro infantil.
- Formar redes de apoyo interfamiliares que acompañen a los padres o encargados en temas de patrones de crianza, autoestima, prevención de violencia intrafamiliar, comunicación, seguridad nutricional; y otros.

- En mujeres jefas de familia y separadas de su núcleo familiar de origen, restituir redes de apoyo social, que reviertan su situación de asilamiento socio-afectivo.
2. Constitución de 536 asociaciones de desarrollo específicos "pro CEN CINAI", con los siguientes propósitos:
    - Apoyar y participar en los planes, programas y proyectos que en materia de nutrición y desarrollo infantil, se ejecuten por medio del Centro de Educación y Nutrición o del Centro Infantil de Atención Integral (CEN CINAI) que opera en esta comunidad, cuyos servicios serán gratuitos.
    - Lograr la participación efectiva de la comunidad para la ejecución de las actividades que desarrolla el CEN CINAI.
    - Promover el desarrollo económico, social y cultural de la comunidad colaborando con el Ministerio de Salud, y coordinando con otros entes estatales, a fin de lograr la participación activa de los vecinos e informarles sobre los programas y planes formulados a efecto de conseguir su participación en aras de mejorar la nutrición y desarrollo de la población materno-infantil, especialmente la que se encuentra por debajo de la línea de pobreza.
  3. Normatización para el funcionamiento de los establecimientos CEN CINAI.
  4. Normatización para el funcionamiento de los equipos técnicos locales especializados de centros de nutrición y desarrollo infantil (ECENDI).
  5. Atención y seguimiento a beneficiarios con discapacidad mediante coordinaciones interinstitucionales.
  6. Diseño, dragramación, validación y capacitación del test de detección de dificultades de lenguaje.
  7. Mejoramiento continuo de la atención directa a los beneficiarios de los establecimientos CEN CINAI, mediante la creación de centros demostrativos, que persiguen los siguientes objetivos:
    - Facilitar procesos que garanticen el cumplimiento de las normas; y su viabilidad en la práctica para su modificación y actualización.
    - Investigar el estado del cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas, que incluye género, discapacidad, y no violencia, para diseñar estrategias que aseguren el cumplimiento de esos derechos.

### 3.2.7 Dirección Servicios de Salud

- I. **Habilitación**
  - Se publicó el primer Reglamento General de Habilitación de Establecimientos de Salud y Afines que determina un piso básico de requisitos estructurales de planta física, recurso humanos, recursos materiales y equipo. documentación, entre otros, por tipo de establecimiento, como mecanismo para asegurar la equidad y calidad de la atención, independientemente de la ubicación geográfica o el tipo de administración que tengan, para poder funcionar y brindar el servicios de salud o afín a la población.
  - El proceso de habilitación se desconcentró por niveles administrativos: las áreas rectoras de Salud (nivel local) tienen bajo su responsabilidad, con apoyo de los niveles regionales, los establecimientos Tipo B1 y Tipo B2. Los establecimientos Tipo A, de mayor riesgo sanitario, son responsabilidad del nivel central. Se apoya esta actividad con el quehacer de otras direcciones del nivel central, con otras instituciones públicas, privadas, mixtas y ONG y con el nivel regional; pero el seguimiento y los actos administrativos son responsabilidad del nivel local. El

número de establecimientos suma un total de 5.597 habilitaciones a nivel del país en el periodo 2002-2006. Desglosados de la siguiente forma:

**2002:** 1242.

**2003:** 1117.

**2004:** 1263.

**2005:** 1975.

- Elaboración de normas nacionales de habilitación. En el periodo analizado se elaboraron 32 normas nacionales de habilitación, para igual número de diferentes tipos de establecimientos, y se publicaron como decreto Ejecutivo, 28 de ellos
- Normas nacionales de habilitación elaboradas y publicadas en el periodo 2002-2006

Año	Normas Elaboradas	Normas Publicadas
<b>2002</b>	11	11
<b>2003</b>	8	8
<b>2004</b>	6	6
<b>2005</b>	7	3
<b>TOTAL</b>	32	28

- Se evaluaron 28 hospitales públicos; 3 nacionales; 5 especializados, que incluye el albergue del INSM; 7 regionales y 13 periféricos. Entre los principales hallazgos encontramos:
- La escasez del recurso humano, en situación crítica los profesionales en anestesiología, emergenciólogos, enfermería y mantenimiento; y en condición moderada, los de trabajo social, microbiología, asistentes de pacientes en enfermería y nutrición.
- Llama la atención que la mayor deficiencia del personal se encuentra en los hospitales regionales y periféricos. Existe recargo de funciones en el personal que brinda atención directa (y que realizan las funciones de 2 o más funcionarios). Por la carencia de personal existen algunos servicios desprovistos de personal profesional, que atendidos por personal técnico (internamiento, farmacia, entre otros.)
- En relación con el recurso material y equipo, hay carencia de desfibriladores y electrocar-

diógrafos; y en los servicios de Nutrición, el equipo es obsoleto o está en mal estado.

- Existe una debilidad en la integración de los protocolos de atención médica y de enfermería (según las 5 primeras causas de egresos).
  - Carencia de manuales de funciones, principalmente para los profesionales en medicina.
  - Carencia o desorganización en protocolos de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos.
  - Existen, en pocos hospitales, protocolos de las actividades de limpieza en los diferentes servicios (periodicidad, materiales, responsables, entre otros.)
  - En cuanto al manejo de la información y la gestión se observa un subregistro de camas hospitalarias.
  - Actualmente, solo 8 de los 28 hospitales evaluados cuentan con el Permiso de radiaciones ionizantes.
  - En los hospitales los aspectos de seguridad e higiene del trabajo, prevención de emergencias y desastres, manejo de desechos, fluidos sólidos y gaseosos, la red pública se encuentra en estado crítico, a punto de colapsar.
1. Se participó en la Comisión de Alto Nivel para la recuperación del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, y el informe de evaluación sobre el incendio en dicho inmueble se tomó como base para que la Unidad Ejecutora enfrentara la emergencia, planificará su trabajo y enviará los informes respectivos a la Unidad de Habilitación.
  2. Se elaboró un "Manual de Normas de Habilitación para Centros de Acondicionamiento Físico".
  3. Se diseñó el "Programa Nacional de Denuncias en establecimientos de Salud y Afines". Se elaboró una base de datos por

región. Al entrar en funciones la Auditoría General de Servicios de Salud se le trasladó toda esta actividad, y se adoptó el sistema desarrollado por la Unidad de Habilitación.

- II. Evaluación de servicios y sistemas de salud
- En la evaluación de la calidad de atención por medio de entidades trazadoras. Las entidades priorizadas fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, como factores de riesgo para las primeras causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas en el país; y la calidad de la atención prenatal, como factor determinante de la mortalidad materna. Dentro de los objetivos de desarrollo del milenio, encontramos las siguientes acciones:
- Se crearon diferentes comisiones interinstitucionales (Ministerio de Salud-CCSS-entidades docentes) para la elaboración del marco conceptual y metodológico para la evaluación de la calidad de atención por medio de trazadoras.
  - Se hizo la publicación de la metodología para la evaluación de la calidad de la atención de la hipertensión arterial en la red de servicios de salud. Se elaboró un informe nacional de resultados de la primera evaluación de calidad de atención de la trazadora de h. arterial y se celebró un foro para la presentación de los resultados nacionales en el 2004. Los resultados obtenidos señalan que un 46% de las personas hipertensas alcanzaron la meta óptima del tratamiento, y se superó en un 6% el rango de cumplimiento establecido, lo que nos coloca a nivel internacional con un 11% menos que en los resultados obtenidos en Estados Unidos de América.
  - Se elaboró la trazadora de atención prenatal junto con un plan piloto en una de las regiones del Ministerio. Actualmente, se está haciendo una adecuación de la trazadora considerando la actualización de la norma de atención prenatal.

- Se llevó a cabo, en cada uno de los cuatro años de gestión, la evaluación de al menos el 25% de las sedes de EBAIS en todo el país, por medio de la aplicación de una metodología estandarizada que nos ha permitido monitorear la equidad y la calidad de atención a ese nivel, así como realizar comparaciones interanuales de los avances realizados. En resumen: los resultados permiten señalar que el cumplimiento de los estándares seleccionados para la atención integral de las personas y la educación individual en Salud, han ido mejorando a lo largo del periodo; pero es preciso mejorar las capacidades de análisis y planificación de este nivel, así como fortalecer las actividades de educación y de participación social en Salud con un enfoque colectivo.
- Se revisaron y actualizaron los instrumentos de evaluación (visita a la sede del EBAIS), (encuesta domiciliar), junto con la elaboración y actualización de los instructivos de llenado correspondientes. Para el 2006, las regiones usarán instrumentos e instructivos actualizados.
- A partir del 2004, se inició la implementación de los planes de mejoramiento continuo de la calidad de la atención integral en el primer nivel, a los cuales se les está dando seguimiento.
- Otro logro importante fue el diseño y la actualización de las bases de datos para los instrumentos antes mencionados. Las últimas versiones de las bases de datos serán utilizadas por las regiones y las áreas rectoras en el 2006
- Como parte del desarrollo y mejoramiento continuo del proceso de evaluación se brindaron capacitaciones continuas durante los 4 años a las 9 regiones de salud del Ministerio sobre la aplicación de los instrumentos y el uso de las bases de datos para el análisis de la información.

- Se logró una reducción de la mortalidad infantil (MI) de 11,15 defunciones por cada mil nacidos en el 2002, a 9,79 por mil nacimientos para noviembre del 2005. La tasa de mortalidad materna en el 2002 fue de 4,1 por 10.000 nacidos vivos; y para el 2005 se estima en 3,9. El porcentaje de análisis de casos de mortalidad infantil aumentó de 60% al 81%, y de un 50% a un 75% en la mortalidad materna, en el periodo 1999 al 2005. Se logró registrar en el sistema el 100% de los casos de defunciones reportadas al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), con lo que se contribuyó a la disminución del subregistro y a una mejor calidad de esta información.
- Se elaboró el “Plan Nacional de Prevención de Mortalidad Infantil y Promoción de la Salud Materno Perinatal SINAMI 2002-2006”, el cual está en vías de evaluación nacional.
- Se han realizado foros anuales de análisis de resultados y se publicaron cuatro informes con análisis de los resultados obtenidos por cada una de las Regiones de salud.
- Se elaboró, en el año 2005, el “Plan Nacional de Maternidad e Infancia Saludable y Segura 2006-2015” que, desde una perspectiva política de Estado en equidad-calidad y seguridad en la atención materna infantil, está dirigido al logro de los objetivos relacionados del “Desarrollo del Milenio”, y será implementado en las Regiones de Salud para el 2006. Fue de vital importancia para la elaboración del Plan el compromiso de las instituciones del país en este esfuerzo y el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- El eje de derechos humanos en Salud con una perspectiva de sexo, transversa cada una de las líneas estratégicas de la política nacional de Salud y la agenda concertada. En este sentido se han brindado procesos de capacitación en derechos humanos en Salud en todas las regiones, en equidad de género y derechos sexuales y reproductivos con 3 talleres por año, para un total de 12 talleres.
- Se logró integrar la perspectiva rectora del Ministerio de Salud desde el enfoque de derechos humanos y equidad de género en diversas comisiones especiales y grupos de trabajo, entre ellas: la Comisión Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; la Mesa Tripartita de seguimiento a los acuerdos del Cairo; el Consejo de Educación Integral de la Sexualidad y, al menos, en 5 grupos de trabajo interinstitucionales sobre diferentes temas: prevención y atención de la violencia intrafamiliar; hombres y salud sexual y reproductiva; el capítulo III del proyecto de la Ley General de Salud, sobre derechos sexuales y reproductivos, entre otros.
- Participación en la elaboración y defensa del capítulo de Derechos Sexuales y Reproductivos del proyecto de reforma de la Ley General de Salud.
- Acciones de promoción del derecho a la educación integral de la sexualidad como un derecho fundamental en salud.
- Organización y difusión de campaña contra toda forma de discriminación y promoción del respeto a las diferencias y de la campaña “Hombres de Verdad” para el involucramiento de los Hombres en el cuidado de la salud sexual.
- Elaboración de materiales para la promoción divulgación del derecho a la salud: hojas de divulgación, folletos y documentos conceptuales, video documental e investigaciones en temas sobre derechos humanos en salud, derechos de mujeres y niñez, paternidad responsable, violencia intrafamiliar, salud y derechos sexuales, explotación sexual infantil y reproductivos, hombres y la salud sexual y reproductiva, coordinación para la elaboración y defensa del capítulo de derechos sexuales y reproductivos del proyecto de reforma a la Ley General de Salud.

- Conformación e inicio de labores del grupo nacional negociador para la obtención de vacunas contra el virus VPH. Existe interés de las autoridades de Salud en conseguir una retribución por ser país sede de su investigación.
- Elaboración, coordinación y ejecución del proyecto "Involucramiento de los hombres adolescentes y jóvenes en el cuidado de su salud sexual y reproductiva y la de su pareja" en el Cantón de Alajuelita.

### III. Normalización

- Constitución de la comisión para la elaboración de la norma de atención integral del cáncer de mama.
- Elaboración y en proceso de publicación las normas y procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero, para el primer y segundo nivel de atención.
- Elaboración de las normas de atención integral a las embarazadas de bajo riesgo. Actualmente se están revisando por las instituciones involucradas en su cumplimiento antes de publicarlas oficialmente.
- Elaboración de las normas de atención integral y protección a adolescentes embarazadas. En revisión final por las instituciones involucradas en su cumplimiento antes de publicarlas oficialmente.
- Publicación del "Plan Nacional para el Control del Cáncer".

### IV. Acreditación

- Proceso de normalización para la construcción de estándares e indicadores de la norma de acreditación de establecimientos odontológicos. conformación de una comisión ad hoc, interdisciplinaria e interinstitucional. Elaboración de cuestionarios; del manual del auditor; validación de la norma con sus estándares e indicadores y ejecución de 12 seminarios de educación permanente en acreditación en odontología.

- Proceso de normalización para la construcción de estándares e indicadores de la norma de acreditación de establecimientos de atención al dolor y cuidado paliativo. Elaboración del cuestionario de evaluación; del manual del auditor; validación de la norma con sus estándares e indicadores. Organización y ejecución de tres talleres para la validación de estándares e indicadores por expertos.
- Proceso de normalización para la construcción de estándares e indicadores de la norma de acreditación de establecimientos del adulto mayor (Centros diurnos y hogares de ancianos). Elaboración del cuestionario de acreditación: Elaboración del manual del auditor. Organización y ejecución de 4 talleres para la revisión, análisis y validación de los estándares e indicadores.
- Acreditación de hospitales:
- Revisión y sistematización de los informes de evaluación para la acreditación de hospitales. Primera y tercera evaluación.
- Evaluación y acreditación del Hospital Cima San José, primer hospital acreditado en el país.
- Evaluación del Hospital Clínica Bíblica para acreditación y suspensión temporal del proceso por remodelación y ampliación de la estructura del establecimiento.
- Préstamo del Banco Mundial: elaboración de términos de referencia de proyecto de acreditación de hospitales. Calificación de ofertas técnicas y selección de empresa consultora adjudicada en el 2004. Aprobación por el Banco Mundial de TdR, calificación de oferentes y selección de empresa consultora en el 2004.
- Otras actividades: edición del manual general de procedimientos de acreditación de establecimientos de Salud.

- Capacitación impartida a funcionarios del nivel central y regional:
- Curso sobre métodos cuantitativos SPSS a funcionarios del nivel central del MS.
- Cursos básicos e intermedios de hojas de cálculo, procesadores de texto y presentaciones de OFFICE y WINDOWS 2000.
- Curso de Costa Rica INFO, Manejo de indicadores de salud.
- Cursos de capacitación en radiología dental. Como requisito para obtener el permiso de funcionamiento emitido por radiaciones ionizantes para poder operar equipos de rayos X en colaboración con el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica.

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

#### Logros

- Mediante DM\_1297 de MIDEPLAN, del 18 de agosto del 2005, se crea la estructura organizacional de la SEPAN.
- Creación y funcionamiento del Consejo Ministerial de la SEPAN Conformado por los rectores de tres sectores: Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería y el Ministerio de Economía Industria y Comercio, con el fin de dictar la política nacional de alimentación y nutrición en forma intersectorial, modernizar y fortalecer el marco jurídico y apoyar a la SEPAN en su función rectora en alimentación y nutrición.
- Primera política intersectorial en alimentación y nutrición: esta política fue dictada por el Consejo Ministerial de la SEPAN, la cual trabajó ejes fundamentales para contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes del país, como la rectoría en alimentación y nutrición, la seguridad alimentaria y nutricional, una cultura alimentaria sana y la prevención y control de la malnutrición.
- El Plan Nacional Alimentación y Nutrición 2004-2008 fue oficializado por el Consejo Ministerial de la SEPAN, el 9 de junio de 2004, y por el Consejo de Gobierno, el 15 de junio de 2004. Se ha logrado un avance significativo en 19 metas de las 27 establecidas, mediante la programación y ejecución de acciones de 17 instituciones de gobierno y de varios organismos internacionales.
- Consolidación de la Secretaría de la política nacional de alimentación y nutrición I,2, Como parte de la modernización y fortalecimiento del sector Salud, la consolidación de la SEPAN se ha dado mediante una serie de logros: a) reglamento de organización y funcionamiento de la SEPANI, b) SEPAN definida como ente rector en materia de alimentación y nutrición I; c) presupuesto establecido por leyes de Gobierno 2004, 2005 y 2006; d) establecimiento de la estructura funcional aprobada por MIDEPLAN en el 2004, en donde se contemplan, además de la Dirección Técnica I, tres unidades: Política Intersectorial en alimentación y nutrición, seguridad alimentaria y nutricional, sistemas de información en alimentación y nutrición; e) establecimiento de instancias de coordinación intersectorial: Consejo Ministerial de la SEPAN, Consejo Técnico Intersectorial de la SEPAN, consejos cantonales de seguridad alimentaria y nutricional, Consejo Técnico Ejecutivo de la SEPAN en el sector Salud (COTES), presidido por el viceministro de Salud; f) establecimiento de instancias intrasectoriales como el Consejo Técnico Interinstitucional de Seguridad Alimentaria y Nutricional en el Sector Agropecuario ; g) traslado de recursos humanos para fortalecer la SEPAN en el 2005.

- La SEPAN ha venido trabajando coordinadamente con la Dirección General de Salud, la Unidad de Promoción de la Salud, de la Dirección de Desarrollo de la Salud y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, la promoción y desarrollo de los consejos cantonales de seguridad alimentaria nutricional (COSAN). El trabajo coordinado de las áreas rectoras de Salud y las direcciones regionales han logrado la conformación de 32 COSAN ubicados en Alajuelita, Santa Ana, Desamparados, Santa Bárbara, Alajuela, Atenas, Poás, Turrialba, Los Santos, Oreamuno, Palmares, Naranjo, San Ramón, Valverde Vega, Zarcerro, Hojancha, Nicoya, La Cruz, Upala, Corredores, Buenos Aires, Coto Brus, Osa, Golfito y Pérez Zeledón, Área Peninsular, Chacarita, Montes de Oro, Barranca, Talamanca, Los Chiles y Guatuso, a los cuales les corresponde elaborar planes locales y proyectos en seguridad alimentaria y nutricional (SAN), en concordancia con los planes cantonales de desarrollo. Estos van dirigidos a promover acciones en (SAN) a nivel local, con el fin de contribuir al mejoramiento del desarrollo humano y la producción social de una óptima nutrición.
- Desarrollo del sistema nacional para la prevención y control de la obesidad con los subsistemas de prevención, regulación, vigilancia y control: establecimiento de la Comisión Nacional de Prevención y Control de la obesidad, que logró la formalización del plan de acción del sistema; establecer los indicadores antropométricos y puntos de corte para la notificación obligatoria de la obesidad; elaboración de los flujos de notificación y de información para la vigilancia de la obesidad; actualización de los conocimientos sobre diferentes enfoques de abordaje integral de la obesidad; definir la estructura de protocolos de atención a las personas con obesidad y de notificación de la obesidad y los indicadores según su nivel de atención para el diagnóstico, notificación, control, vigilancia, referencia y contrarreferencia.

### 3.2.9 Dirección Administrativa

#### Logros

#### Recursos Financieros

En el ejercicio 2005, La Dirección Administrativa ha desarrollado los siguientes logros:

- Se logró cumplir con los tiempos establecidos según lo solicitado internamente y los entes externos, a saber: Tesorería Nacional, Secretaría Técnica de Autoridad Presupuestaria, Contabilidad Nacional.
- Se continuó con la depuración de los estados financieros del Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social (CTAMS), lo cual permitió, de esta forma la aprobación del Director General de Salud y la Directora Administrativa para la aplicación de un número significativo de asientos de Diario.
- Se depuró la conciliación bancaria de la cuenta 208973-8 del Banco Nacional de Costa Rica, BNCR, cuenta con que venía arrastrando, desde el año 1999, notas de débito pendientes de contabilizar por un monto de ₡17.309.658.14, las cuales quedaron registrarlas en este año.
- Se logró capacitar a los colaboradores de este proceso en los siguientes temas: técnico en auditoría informática y rediseño de manuales de procedimientos.
- Dentro de los logros más relevantes se encuentra el control Paile de entregas y recibo de leche de la empresa Dos Pinos.
- Control de los inventarios de mobiliario y equipo.

- Digitación de la ejecución presupuestaria dentro del sistema SICNETT de los presupuestos de Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social (CTAMS), Organización de Cooperación Internacional de la Salud, documento necesario para remitir a la Secretaría Técnica de Autoridad Presupuestaria, Contraloría General de la República.
- Se implementó una Hoja Excel para llevar el control “Baucher” FIDEICOMISO.
- Se trabajó el pago por medio de transferencias a instituciones privadas.
- Se recibieron por medio de transferencias las subvenciones de OCIS-DESAF.
- Se actualizaron los sistemas de “Internet Banking”.
- Se implementó el pago por transferencia de caja única.
- Se realizaron alrededor de 600 relaciones de cuentas correspondientes a la Asociación Pro CEN-CINAI, para que puedan recibir fondos a través de “Internet Banking”.
- Se procedió al cierre de las cuentas llamadas CEN CINAI.
- Se realizaron y actualizaron registros de firmas de los diferentes presupuestos y en diferentes instituciones.
- Se estableció un control interno con relación a las transferencias con el proceso de planeamiento y normalización la unidad financiera y el proceso de tesorería.
- Capacitación sobre adaptación e Implementación del sistema SIGAF en la proveeduría institucional.
- Implementación, tanto a Central, como Regional, del sistema SIBINET, para el control de bienes. Adaptación a las distintas etapas de compra RED, la última de ellas a través de dispositivos U.S.B.
- Levantamiento y elaboración de los procedimientos de “VISADO”.
- Capacitación para el diseño y rediseño de procedimiento.
- Capacitación del personal Central y Regional para la elaboración del plan de compras.
- Integración de los sistemas SIAF y SIPRO.
- Se mejoró el nivel de ejecución de los distintos planes de compras para los presupuestos de Gobierno Central, FIDEICOMISO, C.T.A.M.S., Fondo Global, B.I.D. y O.C.I.S.
- Depuración del catálogo de materiales contenido en SIPRO.
- Levantamiento y control los bienes y activos de la Institución.
- Depuración y control del sistema SIPRO-MAT.
- Capacitación y formación de los funcionarios de la Proveeduría institucional.

#### **Proveduría institucional**

- Dentro de los logros más representativos se encuentra la creación de la Proveeduría Institucional como unidad de la Dirección Administrativa.
- Implementación de los nuevos clasificadores de gasto en el sistema SIPRO.

#### **Infraestructura y servicios**

- Diseño de planos constructivos ya concluidos.
- Ampliación y remodelación del CEN de La Unión de San Ramón.
- Remodelación del área rectora de Barranca.

- Remodelación de las oficinas de la Dirección de Vigilancia de la Salud.
- Remodelación de las Oficinas Auditoría General.
- Remodelación del área rectora de Coronado.
- Diseño de los planos constructivos en ejecución.
- Remodelación de las oficinas de soda.
- Remodelación del archivo pasivo en Pavas.
- Remodelación de publicaciones e impresos.
- Construcción y ampliación CEN La Suiza.
- Remodelación de la Sede Región Pacífico Central.
- Diseño de planos constructivos programados.
- Remodelación de las oficinas de SEPAN.
- Remodelación de la oficina de la Dirección de Desarrollo Salud.
- Remodelación Auditorio Institucional.
- Remodelación del área rectora de Pérez Zeledón.
- Remodelación del CEN CINAI Santa Cecilia de la Cruz, B.C.I.E.
- Remodelación del CEN CINAI Cuajiniquil de la Cruz, B.C.I.E.
- Remodelación del CEN CINAI Los Chiles Alajuela, B.C.I.E.
- Remodelaciones concluidas e inspeccionadas.
- Oficinas de proveeduría Institucional.
- Remodelación eléctrica y red del área rectora de San Ramón, contrapartida B.I.D.
- Remodelación eléctrica y red del área rectora de Alajuela, contrapartida B.I.D.
- Remodelación eléctrica y red del área rectora de Goicoechea, contrapartida B.I.D.
- Remodelación eléctrica y red área rectora de Desamparados, contrapartida B.I.D.
- Remodelaciones en ejecución y bajo inspección
- Remodelación de las oficinas quinto piso y Dirección de Registros y Controles.
- Pintura de las fachadas edificios centrales Ministerio de Salud.
- Centro de Acopio de Orotina, Programa Ciudades Limpias, CNE.
- Centro de Acopio de San Rafael de Heredia, Programa Ciudades Limpias, CNE.

#### **Remodelaciones recomendadas**

- Remodelación de las oficinas del primer piso de la Dirección de Registros y Controles.
- Remodelación del área rectora de Puriscal.
- Remodelación del área rectora de San Marco de Tarrazú.
- Remodelación del área rectora de Coto Brus, contrapartida B.I.D.
- Remodelación área rectora de Palmar Norte, contrapartida B.I.D.
- Remodelación de las Oficinas de Gestión del Riesgo.
- Remodelación del área rectora de Turrialba.

- Remodelación del área rectora de Golfito.
- Remodelación del área rectora de Nandayure.
- Remodelación del área rectora de San Ignacio de Acosta.
- Remodelación del área rectora de La Uruca-Morazán.
- Elaboración de los carteles para el Programa Ciudades Limpias.
- Ampliación del Centro de Acopio Jiménez de Cartago.
- Ampliación del Centro de Acopio Las Juntas de Abangares.
- Ampliación del Centro de Acopio Tibás.
- Ampliación del Centro de Acopio Aserri.
- Elaboración del manual de control de aplicación por parte de la empresa privada de vigilancia.

### 3.2.10 Dirección de Protección al Ambiente Humano

---

#### Logros

Fortalecimiento del modelo de rectoría del ministerio de salud.

- La particularidad funcional y el impacto que tienen los programas para la gestión ambiental a nivel nacional (60% aprox. del quehacer de las áreas rectoras de Salud en el país), exige que la Dirección de protección al ambiente Humano cuente, de manera eficaz, con un plan rector para la salud ambiental, para su articulación con los Niveles Regional del Ministerio de Salud, así como, con las instancias públicas y privadas que participan en la producción social de la salud ambiental.

Actualización del marco legal vigente en materia de protección al ambiente humano

- Se actualizaron 40 reglamentos, 70 procedimientos y 38 guías técnicas (revisión y elaboración de nueva normativa) que responden a las necesidades, según resultado de los diagnósticos realizados en el país. Esta actualización le permite al Ministerio de Salud establecer la regulación y vigilancia de los factores socio ambientales relacionados con la industria, el comercio, los servicios y todas aquellas actividades humanas que ponen en riesgos la salud de la población.

- Se publicaron 2 compendios de reglamentos.

Transferencia de conocimientos e innovaciones tecnológicas

- Se realizaron 80 talleres de capacitación para mejoramiento de la gestión de la salud ambiental.
- Se brinda el apoyo técnico (consultas técnicas, asesorías, capacitación, recursos de amparo, recursos de apelación) por demanda y en forma permanente, a los Niveles Locales y Regionales, además de otras instancias públicas y privadas, relacionadas con la protección de la salud de las personas y el ambiente humano.
- Se brindaron 400 asesoramientos a otras instituciones gubernamentales en la elaboración y revisión de reglamentos técnicos (atención de demandas).
- Se llevó un registro y certificación de profesionales y técnicos para la elaboración de reportes operacionales, operadores de piscinas públicas, registro y certificación de personas en salvamento acuático.

### Publicaciones realizadas

- Se realizó un estudio sobre el impacto económico de la calidad del aire en la salud pública.
- Estudio sobre inventario de los PCB en Costa Rica.
- Investigación sobre el manejo de las baterías ácido de plomo en Costa Rica.
- Estudios y criterios técnicos para nuevos sistemas de tanques sépticos
- Diagnóstico sobre necesidades de actualización de reglamentos y capacitación en el tema de protección de la salud ambiental.
- Propuesta de estudio CAP (Conocimientos-Actitudes y Prácticas sanitarias para el manejo de plaguicidas) región Huetar Atlántica.
- Estudios de monitoreo de la calidad del aire en San José.
- Edición de la Unidad Didáctica "cuidemos el aire que respiramos" para niños de II ciclo de primaria.

### Manejo sanitario de los desechos

- La comisión interna de seguimiento de rellenos sanitarios ha logrado ejercer el control de los sitios de disposición final de desechos sólidos, en este caso los rellenos sanitarios del país y, a la vez, ha establecido los contactos con otras dependencias que también tienen competencia en este ámbito como el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM), el Tribunal Ambiental Administrativo (TAA), sin dejar de lado a las municipalidades y las organizaciones regionales interinstitucionales que velan por el progreso de sus respectivas regiones, para así ejercer un control efectivo e integral de estos sitios de disposición final de desechos. Se tiene establecido un estricto control en los vertederos de desechos sólidos, mediante inspecciones y visitas técnicas y un

proceso de educación y sensibilización de los alcaldes y consejos municipales sobre la importancia de tener un sitio de disposición final de desechos sólidos acorde con la normativa nacional.

### Ciudades limpias

- En el país 19 cantones prioritarios se encuentran desarrollando el proyecto "Ciudades Limpias". Entre ellos: Alajuelita, Tibás, Jiménez, Orotina, Aserrí, Pérez Zeledón, San Rafael de Heredia, Sarchí, Naranjo, San Ramón, Abangares. Destacando 10 cantones prioritarios de la región Huetar Atlántica, ubicados en las zonas bananeras, y se hizo una dotación de equipos de uso técnico, para el control de la calidad del agua y el manejo de los desechos sólidos. Se hizo la entrega de 9 vehículos de transporte doble tracción, equipo de protección y 8 equipos de computación, en tres regiones del país.

### Vigilancia de la calidad sanitaria del aire

- Se implementó el convenio Swiss contact-Ministerio de Salud, para la realización de un inventario que comprende emisiones atmosféricas y, además, vertido de aguas residuales, desechos y de salud ocupacional, mediante la capacitación del personal de salud.
- Existe en proceso de ejecución (2004-2005) un inventario de fuentes fijas generadoras de contaminación en el área metropolitana de San José. A la fecha se han georeferenciado más de 150 industrias y se han inspeccionado casi todas ellas.
- Se estableció un Sistema Integral en Ambiente y Salud (SIGAS) que servirá como herramienta para la reducción de contaminantes del sector industrial de comercio y servicios, mediante un mapeo de riesgos ambientales y un inventario de fuentes emisoras y generadoras de contaminantes, para el control cruzado con las empresas presentan ante este Ministerio. Se efectúa, al menos una vez al mes, un muestreo en las chimeneas de las empresas.

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

- Se realizaron más de 160 estudios de diferentes acueductos rurales en el país.
- Se ejecutó un programa de capacitación a los técnicos de salud de los niveles regionales para la toma de muestras en el sitio, y la verificación de la calidad sanitaria del agua en los niveles físico-químicos y bacteriológico. Del total de acueductos rurales, ubicados en comunidades de alto riesgo, se realizó la toma de muestras en un 15.5%, de los cuales un 50% presentaron elevada densidad de indicadores de contaminación por coliformes fecales. Las muestras se hacen al azar, o bien de acuerdo con la demanda, según criterio de riesgos en salud.

### **Inventario vertido de aguas residuales y desechos**

- Para el período 2002–2005, se cuenta con los resultados de más de 6.000 reportes operacionales de vertido de aguas residuales a cuerpos de agua, el cual fue base para la revisión de las metas en la reforma del Decreto de Vertido y Reuso de Aguas Residuales. Se estableció también la Certificación de Calidad del Agua, con base en los reportes operacionales de plantas de tratamiento de aguas residuales, según lo establecido en la Ley de Conservación de Vida Silvestre.

### **Permisos de funcionamiento**

- Se cumplió con un 66.7% de las evaluaciones aplicadas a los niveles regionales (en 12 áreas rectoras de Salud pertenecientes a 6 regiones), para verificar la implementación del instrumento de trabajo denominado “requisitos, procedimientos y guías para la tramitación del permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud”.

### **Permisos de ubicación y construcción**

- En este período 2002-2005, se tramitaron y revisaron 6000 planos constructivos para todo el país. Asimismo, se tramitaron 4000 solicitudes de diversa índole, (permisos de ubicación, clasificación de actividades, resello

de planos constructivos, consultas técnicas del público, apoyo a los niveles regionales de salud, recursos de amparo, recursos de apelación y consultas de otras instituciones estatales y privadas como la Defensoría de los Habitantes, TAA y la Contraloría General de la República.

### **Vigilancia de juegos pirotécnicos**

- Durante los años del 2002 hasta el 2004, se cumplieron las metas orientadas a bajar los índices de accidentes de niños quemados con pólvora. En el 2004, los registros de niños quemados se redujeron a niveles muy bajos. A partir del 2004, este proceso fue trasladado a otra dependencia jerárquica.

### **Radiaciones ionizantes**

- Durante el período del 2002 hasta el 2004, se evaluaron 2.000 fuentes emisoras de radiaciones, con énfasis en los hospitales públicos del país y de centros médicos privados e industrias. Autorizaron desalmacenajes y se certificaron trabajadores para laborar con equipos emisores de radiaciones. Base de datos para trámites de control de radiaciones. Se otorgaron 4.000 autorizaciones de funcionamiento a instalaciones que albergan emisores de radiaciones ionizantes. El 90% de instalaciones radiológicas convencionales estatales autorizadas; y 912 licencias de operador se otorgaron a toda persona que manipula emisores de radiaciones ionizantes. Se autorizaron 56 empresas que brindan servicios tales como cursos de radio protección. Se autorizaron 11 personas cuyas labores se encuentran relacionadas con la práctica de la radioterapia.

### **Servicio de atención al cliente**

- La atención al cliente se ha modernizado, a tal punto, que se ofrece información general por correo electrónico y, sobre todo, se le da al cliente orientación con respecto al trámite de sus solicitudes, de manera que, desde su casa u oficina, pueden acceder y conocer cómo hacer su diligencias en el Ministerio de Salud.

### 3.2.11 Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud

---

#### Logros

- Fortalecimiento del ejercicio de la rectoría en investigación y desarrollo tecnológico en salud como una de las funciones estratégicas del Ministerio de Salud, mediante la creación de la Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, aprobada en marzo del 2005 por el ministerio de Planificación. Esta dirección está conformada por las unidades de investigación en salud, desarrollo tecnológico en salud y estudios estratégicos.
- Establecimiento de las prioridades de investigación en salud en el país con la participación de la comunidad científica, concretizada en la Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud. Esto permitirá realizar procesos y acciones dirigidos a generar nuevos conocimientos y prácticas a fin de mejorar o actualizar las intervenciones, para que el desarrollo de la salud se realice acorde con las necesidades de la población.
- Designación de Costa Rica como país sede de la coordinación de la Red Iberoamericana de Enseñanza e Investigación en Salud Pública, a fin de fortalecer las capacidades de las autoridades sanitarias nacionales en el desarrollo de las funciones rectoras de formación de recursos humanos e investigación en salud pública hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio. Lo anterior en el marco de la cooperación entre países, incorporando como eje los derechos humanos, la equidad en salud y el enfoque de género.
- Durante el cuatrienio se logró mantener con calidad la fortificación con vitaminas y minerales de los siguientes alimentos: sal, harina de trigo, harina de maíz, leche, azúcar y arroz. Para este último fue necesario de-

sarrollar una tecnología de fortificación resistente al lavado por ser esta una práctica común en la población costarricense. Estas acciones han permitido que la población reciba los nutrientes que están deficientes en su alimentación. De esta forma se contribuyó a la reducción de la mortalidad infantil, debido a que los defectos del tubo neural disminuyeron en un 74% como resultado de la fortificación de alimentos con ácido fólico; además de la reducción del bocio endémico y las caries dentales debido a la fortificación de la sal con yodo y flúor. Esto es una demostración de medicina basada en la evidencia, dado que se demuestra cómo una intervención de salud pública, de bajo costo, tiene un impacto importante en el mejoramiento de la salud a nivel poblacional. Lo anterior se logró mediante alianzas estratégicas con otras instituciones y con el sector privado.

- Identificación de la situación nutricional de la población costarricense y de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, mediante la realización de diferentes encuestas como las siguientes: encuesta basal sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en el cantón de Cartago, encuesta nacional de consumo de alimentos dentro de la encuesta de hogares, encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial factores de riesgo asociados en el área metropolitana, encuesta de calidad de la atención de personas con diabetes en Goicoechea I. La problemática identificada en estos estudios permitió la formulación de políticas, planes, programas, proyectos y acciones dirigidos a la prevención de enfermedades no transmisibles en el nivel local y nacional como los siguientes: espacios libres de humo, guías alimentarias, escuelas saludables, mejoramiento de las ferias del agricultor, entre otros.

- Se condujo la elaboración de lineamientos, instrumentos y acciones para mejorar la atención en salud y nutrición de grupos prioritarios de población mediante la coordinación interinstitucional e intersectorial, lo cual condujo a la elaboración de instrumentos para la evaluación del estado nutricional de escolares y adultos, manuales de menús regionalizados para los comedores escolares, actualización de las normas de salud escolar, formulación de alimentos nutricionalmente mejorados y la elaboración del manual de sodas escolares.
- Se logró la aprobación de un proyecto para el fortalecimiento de los programas de fortificación de alimentos y suplementación con micronutrientes en el área centroamericana con el propósito de reducir la mortalidad infantil y deficiencias de vitaminas y minerales en la población.

### 3.3 Regiones

#### 3.3.1 Región Central Este

##### Logros

Se realizó la medición regional de las funciones esenciales en Salud Pública (FESP), con amplia participación social y donde se inició un proceso de concertación y de análisis interinstitucional e intersectorial en nuestra región.

Se creó una comisión interinstitucional de enlace Ministerio de Salud–Caja Costarricense de Seguro Social, a nivel de las direcciones regionales de ambas instituciones, que ha venido trabajando desde el año 2004, para resolver aspectos en conflicto y tratar asuntos de interés mutuo en los procesos de regulación, mediante una metodología de identificación y priorización de problemas, y una búsqueda de soluciones mediante rutas críticas.

Gracias al proceso de habilitación se garantiza a la población que accede a los establecimientos de salud y afines, condiciones mínimas que le aseguren una adecuada atención.

Se participó en un proyecto de investigación sobre la prevalencia de brucelosis en la zona norte de Cartago, en conjunto con la C.C.S.S., MAG e INCIENSA.

Con el propósito de investigar la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT) se realizó una encuesta en el 2002, en el Cantón Central de Cartago, selec-

cionado como área demostrativa del proyecto “Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles” (CARMEN).

En el marco del Plan Social Vida Nueva “Superación de la Pobreza y Desarrollo de las Capacidades Humanas”, se gestionó la construcción de un acueducto, con un costo de veinte millones de colones y en la elaboración del protocolo para la construcción de un relleno sanitario comunal, estos en Noche Buena de Turrialba.

Se logró que la CCSS implementará tres EBAIS en el territorio indígena y readecuará el modelo de atención del primer nivel en la población indígena.

Mediante la aplicación de la metodología de ACOS se pudo identificar los problemas en salud de la población indígena de la Región Central Este.

Se imprimieron 3000 ejemplares de un folleto informativo e igual cantidad de separadores de libros, con contenidos sobre los derechos del niño y el tema de la paz que se distribuyeron en los CEN CINAI, áreas rectoras y otras comisiones.

Se llevó a cabo la ejecución del Proyecto PLAGSALUD, en las áreas rectoras de salud donde existen actividades agrícolas de importancia.

Las romerías (La Candelaria y el 2 de Agosto) son eventos religiosos que alteran las actividades y servicios normales en el cantón de Paraíso y Central de Cartago por periodos de días, lo que genera riesgos en la seguridad e higiene, por las actividades comerciales temporales que se instalan y la concentración masiva de personas. Durante estas actividades se ha logrado un control sobre el suministro de agua potable, consumo de alimentos, eliminación de excretas y destino final de la basura.

Se logró que a las asociaciones pro CEN-CINAI de nuestra región, se les otorgara personería

y cédula jurídica. Se implementó un proyecto extramuros, el cual ha ayudado a aumentar la cobertura en Atención Integral, dando estimulación a aquellos niños (as) que no pueden asistir al CEN por razones de distancia, o que son beneficiarios de otra modalidad. La alimentación complementaria se incrementó significativamente en los niños y niñas, madres lactantes y mujeres embarazadas de las familias de bajos recursos de la región. Se logró la conformación de cinco consejos cantonales de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

### 3.3.2 Región Central Norte

#### Logros

##### Dirección y conducción

El fortalecimiento de la Rectoría en los procesos de Dirección y Conducción, tales como la planificación estratégica a partir del análisis de contexto y la elaboración de planes en salud con participación de actores sociales, facilitaron el trabajo intersectorial, la disponibilidad de los entes privados, públicos, mixtos y ONG como proveedores de servicios de atención de salud, para la ejecución y seguimiento de los procesos de regulación, vigilancia y promoción de la salud, por lo que se logró mejorar permanentemente la calidad de la atención en los servicios de salud.

En el 2004, se elaboró el análisis de situación de salud y la medición de funciones esenciales de salud pública en el ámbito regional, lo cual permitió la identificación de puntos críticos que son un insumo para la elaboración de la "Agenda Sanitaria Concertada Regional" en el año 2006.

En los años 2003 y 2004 se participó en los Consejos Sociales Regionales (COSORE) que se conformaron en Alajuela y Heredia con la finalidad de desarrollar el Plan Vida Nueva. Nuestro accionar se ubicó en el eje de creación y desarrollo de capacidades, donde se cumplió

con la mayoría de las metas definidas en la programación para los 4 distritos prioritarios.

Durante el año 2005, se participó en consejos regionales de desarrollo, se realizó un análisis de la situación regional con respecto a los "Objetivos de Desarrollo del Milenio". Se participó en dos talleres y dos foros regionales para elaborar y validar la propuesta regional de trabajo, con participación de la sociedad civil.

##### Regulación del desarrollo de la salud

En la región, en conjunto con las áreas rectoras se elaboró el protocolo para la habilitación de establecimientos de salud y afines. Este representó un excelente instrumento para la estandarización del proceso en los espacios locales.

Con respecto a la habilitación de establecimientos tipo A, se ha participado en las diferentes acciones de coordinación, evaluación, elaboración de informes y seguimientos, en conjunto con el personal de la Dirección de Servicios de Salud del Nivel Central.

En la habilitación tipo B1, se tramitaron la totalidad de las solicitudes presentadas para la habilitación de los establecimientos microbiológicos (EM), adulto mayor (AM), centros de atención integral (CAI), de los cuales se habilita-

ron 37 EM, 25 AM y 18 CAI respectivamente. Se otorgó habilitación provisional a 6 AM, los cuales cuentan con un plan de mejoras; 13 CAI se encuentran con orden sanitaria en proceso de cumplimiento y 35 fueron evaluados, pero está pendiente resolución del CAI. Sólo 1 EM se clausuró. Igualmente, se tramitaron todas las solicitudes de habilitación tipo B2, de los cuales se habilitaron 218 Establecimientos Odontológicos (EO), 45 Hogares Comunitarios (HC), 32 sedes de equipos básicos de atención integral (EBAIS), 210 farmacias (F), 7 ambulancias (A) y 314 consultorios médicos (CM). Con orden sanitaria se encuentran 4 HC, 23 EBAIS. En este período se han cerrado 23 HC y 4 farmacias. Se cuenta con 23 CAI evaluados, pero tienen resolución pendiente del CAI.

De las 6 clínicas del dolor y cuidado paliativo existentes en la región, 5 están debidamente acreditadas y 1 se encuentra en proceso.

Con referencia a la evaluación de la atención integral en el primer nivel, se hicieron 156 evaluaciones correspondientes a 100 sectores de EBAIS, debido a que algunos de estos fueron evaluados en más de una oportunidad. El porcentaje de cumplimiento de la evaluación del primer nivel para este cuatrienio fue del 74%. Algunas dificultades que tuvimos para ejecutar este proceso de manera uniforme en todas las áreas de salud fueron, entre otros, la falta de medios de transporte, combustible y el cambio de los instrumentos para la recolección de datos.

En este cuatrienio, se registró un total de 464 muertes infantiles. El porcentaje de casos analizados por año osciló entre el 91% y el 93%, superando la meta nacional que era del 75%. Cada una de las 22 Comisiones Locales de Análisis de la Mortalidad Infantil (COLAMI) y la Comisión Regional elaboró y tiene en ejecución un Plan de Prevención de la Mortalidad Infantil y Promoción de la Salud Materno Infantil, los que son evaluados periódicamente.

La CORAMI efectuó catorce reuniones con las COLAMI de la región, en las cuales se desarrollaron distintos temas de capacitación de acuer-

do con las necesidades. Durante este período, se mantuvo actualizado el registro de las muertes infantiles, meta conseguida mediante la coordinación permanente con el Registro Nacional del SINAMI, el INEC y las comisiones locales. Es relevante la excelente comunicación con el INEC lo cual facilitó el registro y localización de los fallecimientos.

En el caso de la mortalidad materna, se registraron 15 muertes en estos 4 años, de las cuales se han analizado 9 casos y 6 están en proceso, con lo cual se alcanzó un 60% de cumplimiento.

Durante el 2004, se llevó a cabo la evaluación de la trazadora de cáncer de cérvix, en tres áreas rectoras y la trazadora de hipertensión arterial en otras tres. En el año 2005 se evaluó la red de servicios de atención de salud de Heredia, mediante la aplicación de la evaluación de la trazadora de hipertensión arterial. El informe de esta evaluación, junto con los planes de mejoramiento continuo según nivel de atención, se elaborará y presentarán a las autoridades respectivas en el primer trimestre de este año.

La regulación favoreció un proceso de mejoramiento continuo en importantes establecimientos de salud de la región, se intervino en el caso de los incumplimientos encontrados y se dio seguimiento permanente a sus avances.

Durante todo este período, el equipo humano de la Unidad de Desarrollo y Regulación (UDRS) brindó capacitación a los equipos de trabajo de las áreas rectoras, en temas fundamentales para lograr calidad en las acciones diarias. También y como parte del Proyecto BID/MS, la UDRS coordinó la capacitación a 50 funcionarios de los espacios regional y local, en la correcta manipulación de alimentos y a 25 más en buenas prácticas de manufactura de alimentos.

#### **Vigilancia de la salud**

La educación continua y la capacitación de los equipos de las áreas rectoras han permitido la estandarización de procedimientos, mayor oportunidad en el abordaje de los eventos bajo vigilancia y un fortalecimiento de la capacidad de análisis en estos niveles.

Como parte del fortalecimiento del sistema de vigilancia de la salud a nivel regional, se está trabajando en el proceso de sensibilización, capacitación e involucramiento del sector privado en el subsistema de vigilancia epidemiológica. Se ha mantenido durante este cuatrenio la vigilancia, control y el seguimiento del 100% de eventos de notificación obligatoria. La conformación y coordinación de las comisiones interinstitucionales de vigilancia de la salud en los niveles local y regional, permitieron el abordaje integral de problemas de salud y el control de brotes.

Se ha mantenido una vigilancia y análisis de las coberturas de vacunación a nivel cantonal, con coberturas del 100% en la población escolar; situación que no se dio en los niños de 1 año y menores de 1 año donde, más bien, se observó un descenso del 6.45%, lo cual se transforma en un reto por superar en el año 2006. Estas coberturas han impactado de manera positiva, siendo que durante el cuatrenio, no se presentaron casos de sarampión, rubeola congénita, tétanos neonatal, meningitis por TB y por Haemophilus influenzae en menores de 5 años.

Se presentaron los siguientes estudios: "Incidencia de Cáncer en el cantón central de Alajuela", "Estado Nutricional de Preescolares del Distrito de San Rafael de Alajuela" y "Estudio de Conglomerado por cáncer en el distrito de Tacaes de Grecia".

#### **Promoción de la salud**

En el año 2003 se inició un trabajo coordinado con los funcionarios de ICODER e IAFA. Con ellos se desarrollaron diferentes actividades de promoción del ejercicio físico y la recreación. Se realizaron 9 festivales recreativos, 5 ferias de la Salud y se inició la actividad "vías recreativas".

Con respecto al desarrollo del "Plan Vida Nueva", se participó en la organización y ejecución de dos ferias integrales Vida Nueva, en las cuales participaron los diferentes actores institucionales y comunales de los distritos prioritarios.

En el 2005 se realizaron cuatro talleres de sensibilización a actores sociales para el inicio de

la "Estrategia de seguridad alimentaria nutricional" en los cantones de Santa Bárbara, Alajuela, Poás y Atenas. Además, se desarrollaron en las comunidades prioritarias, 2 talleres de alimentación saludable, 2 capacitaciones sobre el tema del no uso de armas en el colegio de San Rafael y se participó en un taller sobre prevención del abuso infantil conjuntamente con el PANI. También, se conformó la Comisión Regional de la Niñez y Adolescencia y se inició un proceso de sensibilización a los funcionarios de la región en relación con este tema. Se colaboró con la Unidad de Promoción de la Salud y con la Comisión Nacional de Salud Escolar en la elaboración del instrumento para la certificación de escuelas promotoras y saludables.

#### **Protección al ambiente humano**

En el ámbito de protección al ambiente humano, en la región Central Norte se inicio en las industrias clasificadas como A y B1, el control y seguimiento a los planes de salud ocupacional, planes de emergencia y los planes de manejo sanitario de aguas residuales y desechos sólidos. En el caso de instituciones públicas, se inició con la presentación de los planes de emergencia, coordinando con las Comisiones regionales y locales de emergencia, la estrategia pretende minimizar los riesgos laborales a nivel industrial y a nivel institucional, preparar en caso de emergencia a las Escuelas, Colegio e Instituciones Públicas.

#### **Agua de consumo humano**

En la protección de la calidad del agua para consumo humano, en forma coordinada con las municipalidades y asociaciones administradoras de acueductos, se actualizó el diagnóstico del estado físico-sanitario de los sistemas de abastecimiento de agua de consumo humano y se inició el control y seguimiento de anomalías que pongan en riesgo la calidad del agua para consumo humano.

#### **Ventanilla única**

Se logró consolidar a nivel de toda la región, la implementación de la ventanilla única, lo que permite ordenar la recepción y despacho de documentos, y favorece los tiempos de respuesta al usuario.

### Logros generales 2002–2004

Control de urbanizaciones y precarios	4044
Atención de problemas físico sanitarios en viviendas	14.000
Eventos públicos controlados	1.644
Centros educativos controlados	1.616
Expendios de alimentos	10.192
Establecimientos agropecuarios (porcinas, ganadería, granjas avícolas)	3.760
Control sanitario en industrias, talleres, bodegas	3.152
Sistemas de tratamiento y abastecimiento de agua de consumo humano	584
Control de tratamiento de aguas negras y servidas	4.400
Mediciones sónicas	516
Revisión y aprobación de planos	15.204
Permisos de funcionamiento autorizados	14.576
Control de zoonosis	924
Control de vectores	876

### Nutrición y desarrollo infantil

A fin de cumplir con los objetivos planteados de promover que niños (as) menores de siete años logren condiciones óptimas de nutrición y

desarrollo, y de contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias en condición de pobreza, a continuación se detalla la población atendida en el período 2002–2006.

**Cuadro N° 15**

Población promedio atendida según modalidad de atención. 2002-2005.

<b>MODALIDAD DE ATENCIÓN</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
COMIDAS SERVIDAS	637	630	636	748
ATENCIÓN INTEGRAL	2190	3272	2253	2181
DISTRIBUCIÓN DE LECHE	3965	7057	8890	6388
DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS (DAF)	472	485	986	388
ESTRATEGIA EXTRAMUROS			1365 niños (as)	1140 niños (as)

Los usuarios del componente de distribución de leche al hogar, por otra parte, son quienes viven más retirados de los establecimientos CEN-CI-NAI. Esta situación motivó a poner en marcha la estrategia extramuros, la cual facilita llegar a estos hogares, no solo a distribuir la leche sino con una visión diferente que incluye impartir talleres sobre crecimiento y desarrollo del niño y la niña.

Desde el año 2003 el Programa se insertó dentro del “Plan Social Vida Nueva” que hasta la fecha, llega a áreas que en otros momentos no se tenía la posibilidad de acceder, lo que permitió trabajar con una población que, además de los

problemas de desnutrición, presentan problemas de carácter socioeconómico, entre ellos, migración, pobreza extrema, escasas fuentes de empleo y otros.

Con apoyo de la Fundación PANIAMOR se logró capacitar al 100 % de los técnicos de la Salud 1 y 2, y profesionales del Programa, en la campaña “Educar sin pegar”, lo cual nos permitió, posteriormente, divulgar el mensaje a los padres y las madres de las comunidades atendidas. Por otra parte, este mensaje fue también orientado a niños (as) atendidos (as), tanto en intramuros como en extramuros.

### 3.3.3 Región Central Sur

#### **Logros**

#### **Regulación**

En el período 2002-2005, se habilitaron 2.959 establecimientos de salud y afines, que garantizan a la población el acceso a servicios y privados de calidad que cumplen requisitos básicos de plantas físicas, recursos humanos y equipo.

De un total de 168 EBAS, se han evaluado 138 en el período y se han definido los correspondientes planes de mejora y el respectivo control del cumplimiento de las mejoras en la infraestructura, material, equipo y personal técnico y profesional, así como la mejora de la calidad y cantidad de la visita domiciliar.

Respecto a la mortalidad infantil, el porcentaje de análisis desde el 2002 al 2004 ha ido en aumento. En relación con el 2005, actualmente se encuentra en un 76% de cumplimiento, ya que el proceso se cierra el último día de marzo del 2006. A partir de estos análisis se han implementado planes de acción en los entes prestadores de servicios de salud orientados a reducir y controlar los índices de mortalidad.

Se desarrolló un programa de capacitación con un contenido de 14 temas dirigidos a las COLAMMIs y se destaca, en el 2003, una Mesa Redonda sobre Prevenibilidad con la participación de 5 panelista que enfocaron el tema desde el punto de vista médico legal, neonatal, perinatal institucional y social con la asistencia de 130 profesionales. En el 2005, se llevó a cabo un conversatorio referente a la participación social en la prevenibilidad, con la participación de 6 panelistas de diferentes instituciones gubernamentales y la asistencia de 70 profesionales.

En el año 2004 se llevó a cabo la medición de funciones esenciales en salud pública en esta región, que contó con una asistencia de 125 actores sociales lo cual sirvió de insumo para la realización, en el año 2005, del análisis de la situación de salud, en la que participaron 40 actores sociales. Ambos productos fueron insu-

mo de la agenda concertada regional. Se logró el compromiso de diversos actores sociales, incluyendo instituciones, organizaciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y comunidades, para el mejoramiento de la gestión en salud de la Región Central Sur.

#### **Vigilancia de la salud**

En referencia a eventos de vigilancia, destacamos una mejor coordinación de los CILOVIS y una reactivación de las CIREVIS, lo que redundó en una mejor atención de los diferentes eventos, entre ellos el dengue, en donde se ha mejorado la intervención y la detección de casos. Se logró, además, un incremento en la notificación de los eventos sujetos a vigilancia, con base a un trabajo coordinado y continuo entre vigilancia de la región y vigilancia de las áreas rectoras.

#### **Nutrición**

En los cuatro años de gestión, se brindaron servicios de distribución de alimentos a un total de 2017 familias cuyos niños/as presentaron desnutrición moderada y grave; distribución de leche a 30.3071 niños/as, mujeres embarazadas o en período de lactancia; atención integral a 14.969 niños/as (inclusive con el desarrollo de acciones educativas de prevención contra el dengue y violencia); promoción de estilos de vida saludables, igualdad de género y comidas servidas a 19.188 niños/as. Todos los usuarios bajo línea de pobreza.

El propósito de estas acciones es mejorar la calidad de la vida de las familias y de los niños/as usuarios de los diferentes servicios otorgados por el CEN-CINAI, en lo que respecta a condiciones de salud y nutrición, de estimulación temprana e incorporación de sus padres y madres al campo laboral.

#### **Protección del ambiente humano**

La desconcentración administrativa y técnica de la protección del ambiente humano hacia las regiones ha permitido un mejor control de los establecimientos de alto riesgo de la región

(granjas porcinas, avícolas, emisiones atmosféricas, desechos sólidos y líquidos, plantas de tratamiento, revisión de planos, permisos de funcionamiento a establecimientos comerciales e industrias, planes de gestión ambiental y rellenos sanitarios de la región), lo que garantiza que los sectores sociales que realizan actividades que afectan la calidad sanitaria del ambiente humano y la salud de las personas cumplan con lo

estipulado en las leyes, procedimientos jurídicos, administrativos técnicos.

En el marco de la política de rescate de la cuenca del río Grande de Tárcoles, se han regulado todas las actividades contaminantes de los cuerpos de agua de la microcuenca del río Damas, Virilla, Ocloro y Tiribí, en alianza con las municipalidades, otras instituciones y las comunidades.

### 3.3.4 Región Central Occidente

#### Logros

##### Dirección y conducción

- La región Central Occidente fortaleció su liderazgo institucional en la orientación de la producción social de la salud, y logró una amplia participación de Actores Sociales claves tanto del ámbito institucional como de organizaciones comunitarias, mediante la realización de eventos regionales intersectoriales, entre los cuales destaca la medición de las FESP, de la cual se obtuvo como producto el primer avance de la agenda sanitaria regional concertada, cuyo logro es la organización y funcionamiento de instancias intersectoriales que implementan acciones y proyectos tendientes al desarrollo y mejoramiento de la salud pública en la región Central Occidente.
- Se fortaleció la planificación estratégica en salud considerada una importante herramienta gerencial, con el funcionamiento de un equipo matricial que conduce en forma planificada y programada, dicho proceso. Este equipo promueve y facilita en la región, una acción proactiva para el logro de productos con mayor oportunidad y calidad, al poner a disposición de los funcionarios, tecnología y asesoría técnica que les facilita su labor. Así mismo, impulsa y organiza espacios para el análisis y evaluación de avances en rectoría, considerando no solo los productos sino, también, su calidad lo que ha repercutido en el mejoramiento de los servicios brindados a la población.

- Se llevaron a cabo dos ferias de la rectoría en salud (2002, 2003) mediante las cuales se rindieron cuentas a la población, con respecto al quehacer institucional en rectoría de la salud, así como su operacionalización presentando experiencias de otras instituciones del sector y organizaciones, en el marco de la normativa sanitaria vigente. A partir de estos eventos, la población tiene mayor claridad en relación con la importancia de producir salud individual y colectivamente.

##### Regulación de servicios de salud y afines

- Mediante la regulación de establecimientos de salud y afines se han logrado avances importantes en el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por dichas entidades, a la población. Además, se ha logrado su compromiso para superar las debilidades detectadas en el proceso de evaluación, mediante la elaboración y ejecución de los respectivos planes remediales.
- En la región en el trienio 2002–2004, de 8.195 nacimientos reportados, fallecieron 76 niños, lo que implica que por cada mil nacidos vivos murieron 9 niños, para una tasa de 9.27, similar a la nacional del año 2004 (9.2).
- Tanto la CORAMI como las COLAMI han cumplido un papel muy importante en el logro de los resultados obtenidos, y todas ellas basan su accionar en el plan de reduc-

ción de la mortalidad infantil y materna, y la promoción del mejoramiento de los servicios materno-infantiles, a partir de las debilidades detectadas en los análisis de los correspondientes casos.

#### **Vigilancia de la salud**

- La región mantuvo coberturas de vacunación en esquema básico y, en otros grupos de riesgo, que oscilaron entre 95% y 100%.
- Mediante acciones de negociación y concertación con los entes notificadores, se logró mejorar el sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria.
- En cuanto a dengue, la mayoría de casos fueron importados y, debido al manejo integral que se les dio, no hubo brotes, solo casos aislados.
- Se logró mejorar la notificación obligatoria de casos de violencia intrafamiliar; lo que permitió tener una visión más real de la magnitud como problema de salud pública. Las redes cantonales hacen esfuerzos por prevenir e intervenir en forma integral la problemática en diferentes espacios de población.
- Cada área rectora elaboró un análisis demográfico y epidemiológico del cantón respectivo, con lo que se logró actualizar y avanzar en el mejoramiento de la calidad del ASIS, así como organizar, mediante una guía, la sistematización de datos e información que recopila y produce vigilancia de la salud. Este se constituyó en un insumo importante para la toma de decisiones con respecto al abordaje de la salud pública, según prioridades identificadas.

#### **Rectoría en promoción de la salud**

- Se dio énfasis al fortalecimiento de la participación social en salud, lo que se logró en el compromiso de actores sociales en su papel protagónico en la producción social de la salud, fundamentalmente en la implementación de los programas y

proyectos: Salud Escolar y Nutrición, "Costa Rica en movimiento da vida al corazón", "Cantones Ecológicos y saludables", "Salud Alimentaria y Nutricional", y en materia de niñez y adolescencia. Se ha observado en la población un crecimiento en el uso de prácticas en torno a la recreación, al deporte competitivo y no competitivo, y en alimentación saludable. Por otra parte, han aumentado los grupos agroecológicos que desarrollan proyectos en producción de alimentos utilizando tecnologías limpias e innovadoras, así como de gobiernos locales y grupos que han aumentado su compromiso con relación a la creación y mejoramiento de ambientes saludables.

- En salud escolar es importante hacer mención de la valoración realizada sobre el cumplimiento de normas, fundamentalmente en lo correspondiente a promoción de la salud, lo cual se hizo en 117 centros educativos, de 169 existentes. Como resultado se obtuvo el compromiso para la formulación y ejecución de planes remediales orientados al fortalecimiento de acciones contempladas en el "Programa de Salud Escolar y Nutrición". Como resultados de la valoración destacaron las actividades que realizan los centros educativos, orientadas al desarrollo de potencialidades individuales y colectivas en el campo cultural, deportivo, y científico. También, se detecta un mejoramiento en la atención de la salud escolar.
- En niñez y adolescencia, se valoró la aplicación de los derechos en estos grupos de población, por parte de instituciones del sector salud y otros sectores, y se logró evidenciar el cumplimiento de los compromisos de las mismas con respecto a lo estipulado en el Código de Niñez y Adolescencia.
- En reorientación de servicios de salud, se ha venido trabajando con personal de la C.C.S.S., para que se les de un enfoque de promoción de salud. El resultado es que se están ejecutando proyectos y acciones en esta área.

- En términos generales, mediante el fortalecimiento de la participación social, se han dado avances fundamentales en la construcción de una cultura de salud y paz.

#### **Protección al ambiente humano**

- Durante el cuatrienio 2002-2006, se ha desarrollado un acelerado proceso de desconcentración de servicios—anteriormente brindados en el nivel central por la Dirección de Protección al Ambiente Humano— los cuales ahora son atendidos por la sede regional y las áreas rectoras de salud. Esto se ha traducido en mayores facilidades para la población en cuanto a la orientación y atención de sus demandas en cuanto a solicitudes de vistos buenos de ubicación (100%), de Visado Sanitario de Planos Constructivos (78%), y de Permisos Sanitarios de Funcionamiento (100%), así como de todo tipo de denuncias por contaminación ambiental (80%). Se ha brindado el debido apoyo jurídico a todos los recursos de revocatoria, recursos de amparo y solicitudes de silencio positivo, a los ciudadanos que así lo han requerido. Igualmente, se ha procedido con los requerimientos e indicaciones de los Tribunales, de la Sala Constitucional y de la Defensoría de los Habitantes de la República.
- Se ha realizado un esfuerzo especial para maximizar el uso de los limitados recursos de personal y de materiales y equipos de apoyo, con el propósito de realizar acciones proactivas de vigilancia y control sobre 101 sistemas rurales (100%) del abastecimiento de agua para el consumo humano; de 159 sistemas de tratamiento de aguas residuales vinculados a establecimientos de alto riesgo (entre los que se encuentran 23 beneficios de café); de 3 sitios municipales de disposición de desechos sólidos (para dos de los cuales hubo que ordenar su cierre técnico). También, se ha tramitado el 100% de las solicitudes de Inhabitabilidad y se han atendido el 100% de las emergencias tecnológicas presentadas.

- En los dos últimos años del cuatrienio, se ha consolidado el liderazgo rector del Ministerio de Salud en la conducción del CONSEJO REGIONAL DEL AGUA DE LA REGIÓN CENTRAL DE OCCIDENTE AMPLIADA (San Ramón, Palmares, Naranjo, Alfaro Ruiz y Valverde Vega, más Grecia, Poás y Atenas), esto como parte de los compromisos asumidos en la agenda sanitaria regional concertada 2004. Se ha avanzado así en el establecimiento de una amplia red regional de Actores Sociales interesados en la protección estratégica de cuencas hidrográficas y acuíferos, con la participación efectiva de representaciones institucionales de los sectores: Salud (Ministerio de Salud, A y A, UCR), Ambiente (MINAE), Agropecuario (MAG, SENARA), así como de oficinas municipales de acueductos y recursos naturales (FEDOMA), de representación comunitaria de acueductos rurales (Uniones Cantonales de ASADAS) de la región occidente. Se contribuye, así, a la construcción de la nueva imagen de un Ministerio de Salud centrado en su rol rector; orientador de la toma de decisiones en temas sanitarios de mayor trascendencia, aplicando la política nacional de salud en correspondencia con las prioridades determinadas en la medición regional de funciones esenciales de salud pública y contenidas en el Plan Estratégico Regional.

#### **Proyectos especiales**

##### **Comisión Regional Intersectorial de Promoción de la Salud**

- A partir de la medición de las FESP, y la posterior formulación de la Agenda Sanitaria Regional Concertada, se integró la Comisión Regional Intersectorial de Promoción de la Salud, la cual es conducida por el Ministerio de Salud, y la integran CCSS, MEP, IAFA, AyA, ICODER, FEDOMA (Federación Occidental de Municipalidades de Alajuela). Esta comisión elaboró y oficializó el Plan Intersectorial de Promoción de la Salud 2005 – 2007.
- El Plan Regional de Promoción de la Salud se plantea en el marco de las cinco líneas de acción de promoción: generación de

políticas públicas saludables, creación de ambientes saludables, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de potencialidades individuales y colectivas y reorientación de los servicios de salud. Es importante mencionar que incluye los programas y proyectos que se venían implementando conjuntamente en otras comisiones, las actividades ejecutadas propiamente en cada ámbito de las Instituciones representadas y, de igual manera otras acciones estratégicas

también resultantes de compromisos de la medición de las FESP.

- Se debe destacar que el Plan responde a las Políticas Nacionales de Salud, al Marco de Atención Integral de la Niñez y Adolescencia, a la Agenda Sanitaria Concertada, a prioridades regionales y locales; considera a su vez, en la mayoría de las acciones, los enfoques de derechos y de sexo.

### 3.3.5 Región Chorotega

#### Logros

##### Vigilancia de la salud

- En materia de vigilancia de la salud se logró consolidar a nivel institucional un sistema de registro de los eventos de notificación epidemiológica, lo cual ha permitido direccionar las acciones de las comisiones de vigilancia local y regional, de forma que se emitan directrices acordes con la situación epidemiológica regional, y se ha disminuido el riesgo de la población de enfermar o morir por esos eventos.
- Se conformó y consolidó la comisión regional interinstitucional de vigilancia de la salud, que logró una mayor participación de las instituciones del sector público en temas de vigilancia de la salud, tanto a nivel del sector salud como de otros sectores, con la presencia de instituciones como el MEP, IDA, MAG y la empresa privada.
- En lo que respecta a la atención del dengue se logró que, pese a las fluctuaciones en el número de casos de un año a otro, gracias a la capacitación impartida y los planes de prevención del dengue, la región se haya mantenido con cero letalidad por dengue durante estos cuatro años.
- En la atención de la malaria, se destaca el descenso sostenido que ha mantenido la región en cuanto a la incidencia de malaria, que pasó de 96 casos en el 2001 (2.9/10000 Habitantes) a solo 25 casos en el 2005 (tasa

de 0.7/10000 habitantes), gracias a la mejora en el sistema de vigilancia en el puesto fronterizo de Peñas Blancas y el control de las gotas gruesas a nivel regional, lo que ha permitido identificar e investigar oportunamente los casos presentados y disminuir el desarrollo de brotes a nivel de la región y, por ende, el riesgo de la población de enfermar o morir por esta causa.

##### Regulación de la salud

- Se logró mejorar el registro de los establecimientos de salud y afines para un total de 740 debidamente identificados al 2005. De ellos, se han logrado evaluar dentro de los procesos de habilitación un 53%, los cuales cuentan con algún tipo de habilitación (provisional o definitiva), lo que garantiza a la población un servicio de salud con las condiciones mínimas necesarias para funcionar. Según el tipo de establecimiento, los establecimientos con mayor cobertura de regulación fueron las farmacias con un 93%, botiquines con un 100%, Clínicas Dentales con un 89% y los EBAIS de la C.C.S.S. con un 77%. La principal limitación identificada es la falta de algunas normas publicadas, lo que dificulta el proceso en algunos establecimientos, así como la resistencia de los administrados a los procesos de regulación y el período de transición de la Ley 7.600, que obliga a que un establecimiento cumpla con dicha ley para optar por la habilitación completa.

- Con la Evaluación del primer nivel de atención, se logró una cobertura de evaluación de un 92% en el período, lo que ha permitido, sobre todo, mejorar el cumplimiento de las normas de atención integral en todos los programas. En algunos casos, producto de los planes remediales confeccionados, se han mejorado las plantas físicas de algunos EBAS, así como la dotación de materiales y suministros; pero, en general ésta sigue siendo una debilidad, producto de las dificultades administrativas que conllevan las reformas de infraestructura en los inmuebles de la C.C.S.S., aunque en general si se le brinda un mejor servicio a la población que acude a los EBAS con proceso de evaluación.
- Mediante la aplicación de la metodología de trazadoras en los últimos tres años, se han logrado identificar fallas en la red de servicios a nivel de la región y diseñar por parte de la C.C.S.S., medidas correctivas tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población.

#### **Promoción de la salud**

- Se ha logrado fortalecer el rol del Ministerio de Salud en materia de regulación en promoción de la salud a nivel regional. Gracias al impulso de programas como Cantones Activos y Saludables en 10 cantones de la región (83% de cobertura), conjuntamente con el ICODER, IAFA y CEN CINAI, o el programa de salud y nutrición escolar en todos los cantones de la zona, se está logrando estimular un cambio en la conducta de la población hacia estilos de vida saludables, lo cual se espera tenga un impacto positivo en el mediano plazo sobre las enfermedades cardiovasculares y el estado nutricional de la población.
- Mediante la certificación de 20 Establecimientos Libres del Humo del Tabaco, se ha logrado mejorar la calidad del aire en estos centros, garantizándoles a sus clientes internos y externos un ambiente con aire limpio del humo del tabaco.

#### **Mortalidad materno-infantil**

- Para el cuatrienio la tasa de mortalidad infantil se ha mantenido variable, con un repunte de casos en el año 2003. No obstante, gracias al gran porcentaje de análisis de los casos por parte de las comisiones locales (COLAMIS), en alrededor del 95% de los casos en promedio, se logró identificar las causas más frecuentes que condicionan estas muertes y diseñar planes de intervención con el fin de mitigarlas y mejorar la calidad de los servicios de salud a la mujer gestante y el recién nacido, lo cual se ha evidenciado en los dos últimos años con una disminución en la tasa de mortalidad infantil, pasando de 10.7/1000 nacidos vivos a 10/1000 nacidos vivos.

#### **Dirección y conducción**

- Se logró hacer una medición de las funciones esenciales de salud pública a nivel regional, lo que permitió conocer a cada una de las instituciones del sector salud su nivel de cumplimiento, fortalezas y debilidades, a fin de generar acciones para mejorar su función. De igual forma, este proceso logró posicionar al Ministerio de Salud como el ente rector del sector salud a nivel de la región.

#### **Protección al ambiente humano**

- El principal logro regional fue la implementación de los planes de gestión ambiental para el otorgamiento de los permisos sanitarios de funcionamiento de alto riesgo, lo cual ha garantizado un mejoramiento continuo de estos establecimientos, de acuerdo con la normativa vigente y, por ende, un mejor servicio y menor riesgo ambiental para la población de la zona.
- Fortalecimiento interno de la Unidad de Protección al Ambiente Humano con la incorporación de un ingeniero civil y un médico veterinario, lo que ha permitido mejorar el servicio al cliente con desconcentración de procesos que antes solo se realizaban a nivel central, iniciativa muy bien acogida(a) por los usuarios. De igual forma se ha in-

crementado la capacidad resolutive del nivel regional.

- Se logró una estandarización en la forma de emisión de los permisos sanitarios de funcionamiento, lo que ha mejorado el servicio a los usuarios y menos denuncias. Sin embargo, este programa presenta grandes limitaciones en cuanto a recurso humano y suministros (equipo móvil, suministros, equipo técnico para mediciones y equipo de cómputo) lo que ha limitado el accionar de la región y el incrementar eficientemente las coberturas de las actividades que realizan los técnicos de ambiente.

**Centros de nutrición y desarrollo infantil**

- Se logró incrementar en un 18.9% la cobertura del "Programa de Atención Integral", y se pasó de atender 2.345 beneficiarios en el 2002, a 2.447 en el año 2005, lo que favoreció una disminución en la desnutrición leve de 22.2% al 17.9% y la desnutrición

moderada del 3.28% al 2.1%, mientras que la desnutrición grave se mantuvo muy similar, alrededor de un 0.12%. De igual forma, se reporta un incremento del 4.64% de los niños con estado nutricional normal.

- En el programa de suministro de leche también se dio un incremento de 212% en la cobertura, y se pasó de 2.726 beneficiarios en el 2002, a 8.530 en el 2005, y se condicionó un mejor estado nutricional de estos niños, disminuyendo todos los tipos de desnutrición reportados dentro de este grupo de beneficiarios.

De igual forma, se mejoró en un 31.1% la cobertura de programa de comidas servidas, con una consecuente mejoría del estado nutricional de los niños beneficiarios, con un descenso de la desnutrición leve de 24.61% a 21.8%, y un incremento de los niños con estado nutricional normal (de 67.24% a 70%).

### 3.3.6 Región Huetar Atlántica

**Logros**

**Mortalidad materno-infantil**

- Durante el período 2000-2005, se redujo la mortalidad materna de una tasa trienal de 6,73[2000-2002] muertes maternas (MM) por cada 10000 nacidos vivos (nv) a tan solo

1,27[2003-2005] MM por 10000 nv. En el cuadro N° 16 se observa la mortalidad materna en números absolutos, así como las tasas anuales y trienales correspondientes a los años 2000 al 2005.

**Cuadro N° 16**

Mortalidad materna en la región Huetar Atlántica 2000-2005.

Año	Nacimientos			Muertes Maternas			
	Total	Hombre	Mujeres	Anual		Trienal	
				Absolutos	Tasa	Absolutos	Tasa
2000	8417	ND	ND	5	5,94		
2001	7881	4006	3875	9	11,42		
2002	7479	3881	3598	2	2,67	16	6,73
2003	7709	3940	3769	2	2,59		
2004	8127	4148	3979	1	1,23		
2005	7799	3994	3805	0	0,00	3	1,27

Cabe destacar que durante el cuatrienio 2002-2005 no se registraron muertes maternas en el cantón de Guácimo, y la mortalidad materna en la región se redujo de 2 mujeres en el 2002, a ninguna mujer en el año 2005.

#### Mortalidad materno-infantil

- Se logró la reducción de la mortalidad infantil de una tasa cuatrienal de 12,97[1998-2001] muertes infantiles (MI) por cada 1.000 nacidos vivos, a 11,57[2005-2005] MI por 1000 nv.

- Durante el año 2004, se obtuvo las más baja tasa de mortalidad infantil de la última década con un valor de 9,72 muertes por 1000 nv, una de las más bajas del país. Para el año 2005, el valor de la tasa fue calculado con el promedio de nacimiento de los últimos cuatro años.

Estos datos se pueden observar en el cuadro N° 17, que además contiene los datos absolutos de muertes del período.

**Cuadro N° 17**

Mortalidad infantil en la región Huetar Atlántica 2000-2005.

Año	Nacimientos			Muertes infantiles			
	Total	Hombre	Mujeres	Anual		Trienal	
				Absolutos	Tasa	Absolutos	Tasa
1998	8026	4138	3888	122	15,20		
1999	8201	4230	3971	102	12,44		
2000	8417	ND	ND	99	11,76		
2001	7881	4006	3875	99	12,56	422	12,97
2002	7479	3881	3598	96	12,84		
2003	7709	3940	3769	104	13,49		
2004	8127	4148	3979	79	9,72		
2005	7799	3994	3805	81	10,39	360	11,57

- Los logros en la reducción, tanto de la mortalidad materna como de la mortalidad infantil se deben, en gran medida a la implementación de las ocho comisiones locales, así como a las dos comisiones hospitalarias responsables de análisis de casos y de la elaboración, seguimiento y control de los planes de intervención respectivos.

#### Filariasis por *Wuchereria bancrofti*

- Con la participación de funcionarios de los niveles central, regional y local se realizó una investigación de campo para determinar la existencia o ausencia de transmisión de filariasis bancrofti en la ciudad de Limón, único foco de enfermedad.
- En los barrios marginales de esta ciudad se había determinado la presencia de la enfer-

medad, por lo que durante las décadas de los años 1970 y 1980 se realizaron una serie de intervenciones para eliminar la transmisión del parásito. Como resultado de esta investigación de campo se certificó a Costa Rica país libre de la filariasis bancrofti

#### Evaluación de EBAIS

- En la región Huetar Atlántica hay registrados 80 EBAIS completos, de los cuales el 86% han sido evaluados durante el cuatrienio 2002-2005, y obtuvieron resultados mixtos que han significado la implementación de planes correctivos en el 51% de los establecimientos evaluados, cuyo seguimiento realizan los mismos equipos de nivel local.
- La evaluación de los EBAIS permite garantizar que la provisión de los servicios de salud

en el primer nivel de atención tenga las condiciones mínimas para asegurar la calidad y la equidad en la prestación del servicio. Esta evaluación ha permitido detectar algunas sedes con condiciones inseguras para la prestación del servicio, en cuyo caso, se les invita a presentar planes correctivos o, en su defecto, se procede al cierre del establecimiento.

#### **Vigilancia de la salud**

- Se lograron consolidar los equipos locales dedicados a la vigilancia de la salud. No obstante, se requiere mayor inversión para incrementar el desarrollo de experiencias vistas como productos intangibles, que eleve la capacidad resolutoria del personal en el nivel local.

#### **Regulación de establecimientos de interés sanitario**

- Existen 352 establecimientos de salud registrados, de los cuales el 61% han sido

evaluados, y el 60% alcanzó su habilitación completa. El 33% de los establecimientos registrados cuenta, con planes correctivos orientados a obtener condiciones de operación con niveles de seguridad requeridos por la regulación vigente.

#### **Cordón fronterizo COSTA RICA-PANAMÁ**

Se reanudaron las actividades de coordinación entre los Ministros de Salud de Panamá y Costa Rica, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud. Como resultado de lo anterior, se elaboró el plan de intervención correspondiente para la atención de las emergencias y desastres en el cordón fronterizo del Caribe, así como los procesos para la inspección, vigilancia y control de los eventos sanitarios prioritarios.

### 3.3.7 Región Huetar Norte

#### **Logros**

##### **Mortalidad infantil**

- El abordaje de múltiples acciones, tanto de los funcionarios de salud como de actores sociales, ha permitido, por un lado, la reducción significativa de la tasa de mortalidad infantil del 10.2% en el año 2002, al 6.9% para el año 2005, lo que evidencia una diferencia de 4 puntos; así como un mejoramiento en la calidad de la atención de los servicios de salud. Esto se debe a la aplicación de las políticas nacionales y a la organización y planificación de actividades y proyectos a nivel regional y local en torno a los servicios de salud, la participación de los equipos de las áreas de salud y la promoción de procesos de participación social.

##### **Control de malaria**

- Se logró una reducción del 60.3% en el número de casos de malaria (de 126 casos en

el 2001, a 50 en el 2005) por medio de la participación integral de los actores sociales sobre los factores que interaccionan en la evidencia de la enfermedad, a lo que se une un trabajo oportuno de detección que reduce la cantidad del parásito circulante con la consecuente reducción de los casos autóctonos (40% del total en el 2005).

##### **Cobertura de vacunación**

- En la región se experimentó un incremento importante a partir del año 2002, y se alcanzó porcentajes que oscilan entre el 93 y 95% en los diferentes tipos de vacunas. Esto se logra a través de una coordinación interinstitucional continua, la aplicación de monitoreos rápidos y un proceso de análisis y educación permanente, lo que garantiza que un alto porcentaje de niños cuente con un esquema básico.

### **Calidad de servicios de salud**

- Se logró habilitar el 76% de los establecimientos de salud y afines, por medio del cumplimiento de estándares mínimos con la consecuente disminución de riesgos al acceder a un servicio de salud.
- La evaluación del 100% de los EBAIS por medio de las áreas rectoras, junto con la consecuente gestión de planes remediales, han permitido aumentar del 70 al 77% el porcentaje de cumplimiento de la normativa vigente. La interacción de estos procesos se ha traducido en una mejora de la calidad de la atención que prestan los servicios de salud a la población, tomando como parámetros los estándares mínimos establecidos por la norma.

### **Convenio COSTA RICA- ECUADOR**

- En el año 2005, la región se benefició con el aporte de la OPS en el convenio del Tratado de Cooperación Técnica Costa Rica-Ecuador, y se recibió \$12,000 para la implementación del proyecto “Construyendo una Cultura de Paz en la Región”. Con dicho aporte, se impartieron capacitaciones a la red regional, redes locales y población en general, así como mercadeo social y reproducción de material educativo, lo cual ha sido un aspecto favorecedor para el logro de los objetivos del proyecto al constituirse en herramientas para su implementación.

### **Actividad física y recreación**

- Se ha generado un incremento en el número de la población que practica actividad física y recreativa en forma permanente, debido al compromiso y la responsabilidad asumidos por los gobiernos locales, comités de deporte y recreación, empresas, instituciones y medios de comunicación social, que han permitido la movilización de múltiples sectores entorno al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- La constitución de equipos conductores y grupos comunales en el proceso de la actividad física, como un factor favorecedor

a la salud cardiovascular y social, han sido objetivos prioritarios en esta región en el presente de Gobierno. Su implementación se ha considerado exitosa por diferentes autoridades de la región.

### **Mejora en la calidad del agua**

- En promedio, se realizaron 2.53 evaluaciones a los 92 acueductos existentes en la región, durante los últimos 4 años. El seguimiento de las subsecuentes órdenes sanitarias, han permitido mejorar, paulatina pero sustancialmente, los sistemas de captación y distribución del líquido y, en consecuencia, asegurar la calidad del agua para el consumo humano. Cabe destacar que paralelamente a esto se ha desarrollado un proceso de capacitación y asesoría a las asociaciones administradoras de acueductos (ASADAS), tendiente a darle sostenibilidad a las mejoras logradas, esto último en coordinación con Acueductos y Alcantarillados.

### **Regulación de establecimientos y actividades de interés sanitario**

- La atención oportuna de denuncias y el trámite del 100% de las solicitudes de permisos de funcionamiento han permitido mejorar la calidad de los establecimientos de interés sanitario.

### **Unidad regional de educación, nutrición y desarrollo infantil**

- Entre los logros más relevantes que pueden destacarse en este campo se tienen: una mayor cobertura de las comunidades incluidas en el “Plan Vida Nueva”, que beneficia a más de 4.000 niños, niñas y madres gestantes y lactantes; la disminución de la desnutrición grave de un 0.40% en el 2002, a un 0.17% para el 2005 debido, principalmente al esfuerzo y dedicación de los miembros del Programa por llegar las comunidades más postergadas de la región, así como por el aumento significativo en la cobertura del DAF del Programa de Nutrición, en especial en la modalidad de leche, ya que en el 2002 se atendía a 2.721 beneficiarios, y para el 2006 a 6.929, lo que evidencia una diferencia de 4.208 beneficiarios.

- Otro logro fue la coordinación y participación del Programa de Nutrición en 26 ferias de la salud, donde se brindaron servicios odontológicos y de atención médica en su forma preventiva y curativa, charlas educativas sobre temas de salud tales como nutrición, desarrollo psicomotor, vigilancia nutricional, en el proceso de crecimiento y desarrollo, entre otras igualmente actividades recreativas y deportivas, que culminaron en el beneficio de una población de 3.885 personas, entre niños y niñas, jóvenes y adultos, pertenecientes a las comunidades incorporadas al Plan Vida Nueva.

### **Proyectos especiales**

#### **Agenda sanitaria concertada**

- El Ministerio de Salud junto con otras instituciones y organizaciones del sector unieron esfuerzos para concretar objetivos que nos permitieran en la solución integral de problemas de salud identificados en el “Análisis de Situación de Salud Regional”, el “Análisis de la Red de Servicios” y las principales debilidades detectadas en el “Análisis de las Áreas de Intervención” producto de los resultados obtenidos en la medición regional de las funciones esenciales en salud pública. Este esfuerzo conjunto lo hemos denominado “Agenda Sanitaria Regional Concertada”, donde se plasmó un trabajo concreto y preciso, con responsabilidades y tiempos claramente definidos, que nos permiten dar respuesta oportuna a la problemática de salud pública existente en la región.
- Los diez compromisos establecidos en la agenda sanitaria concertada también sirvieron como base para la selección de los siete compromisos regionales, los cuales son puntos clave de agenda para desarrollarles en la región Huetar Norte mediante la definición de objetivos, acciones estratégicas, planes, programas, proyectos, acciones específicas, metas e indicadores de cumplimiento.
- El principal fin de esta agenda regional es contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestra población. En este sentido, esta

Agenda se constituye en la principal herramienta con que cuentan las áreas rectoras de la región para dirigir y conducir la producción de la salud a nivel local.

#### **Género**

- Se tomo en consideración que las políticas en materia de salud, derechos sexuales y reproductivos 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 y dan especial énfasis en la prevención y promoción de una sexualidad segura y responsable.
- La región Huetar Norte con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y las autoridades de salud regionales, desde el año 2003, inició el proyecto “Adolescencia y Juventud Masculina: Una aproximación hacia el trabajo con y desde ellos en las seis áreas de salud”. El objetivo general es posicionar el tema de masculinidad en el quehacer institucional para involucrar a los hombres jóvenes y adolescentes como sujetos en la construcción de la salud integral y la equidad de género.
- Aproximadamente 832 personas entre adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres en edades que oscilan entre 13 y 24 años, de comunidades rurales y urbanas fueron capacitados con la aplicación de metodologías participativas en temas como la masculinidad, salud sexual y reproductiva, paternidad responsable, género, prevención de la violencia y fomento de una cultura de paz, entre otros.

### 3.3.8 Región Brunca

#### Logros

- Con base en lo establecido en el “Plan Nacional de Desarrollo y la Política Nacional de Salud” se elaboraron los planes estratégicos a nivel regional con el fin de direccionar las labores en las áreas rectoras de salud y a nivel regional. Durante estos años a través del POA se fueron estableciendo las metas para cumplir con los objetivos establecidos institucionalmente y poder realizar las evaluaciones necesarias (Evaluación Físico Financiera, Evaluación al Control Interno y Seguimiento del Plan Estratégico).

#### Vigilancia de la salud

- Uno de los logros obtenidos durante estos cuatro años ha sido el control del dengue a nivel regional, ya que los casos registrados han sido muy inferiores a los reflejados en el resto del país: 2002 12 casos, 2003 64 casos, 2004 74 casos, 2005 1672 casos. En el 2005 se nota un incremento importante, producto de casos importados, principalmente de las regiones Huetar Atlántica y Pacífico Central. La baja incidencia de los casos autóctonos se logró por medio del mantenimiento de las actividades del programa de control de vectores característicos de esta región, con la realización de 3 encuestas entomológicas al año y tres campañas de eliminación de criaderos al año con su respectiva evaluación, lo que nos permite mantener índices de infestación muy disminuidos y evitar situaciones más lamentables.
- Otro evento importante que se logró controlar en la región fue la malaria, donde tuvimos una incidencia de 174 casos en el 2001, lo que llevó al equipo de vectores de la región a realizar una estrategia de intervención integrada en Puerto Jiménez, foco principal de generación de casos en la región; gracias a lo anterior y al mantenimiento sostenido de esta estrategia, la incidencia de casos como se puede notar en este cuatrienio fue: en el 2002, 23 casos; en el 2003,

15 casos; en el 2004, 15 casos; en el 2005, 21 casos; y desciende dramáticamente a un promedio de 18 casos por año, el 97% de ellos son importados de la región Huetar Atlántica y de nuestra hermana República de Panamá.

- En relación con la tuberculosis, hasta la fecha contamos con el registro por año: en el 2002, de 66 casos; en el 2003, 57 casos; en el 2004, 33 casos; en el 2005, 24 casos; la disminución que se puede apreciar en los datos anteriores se debe a la organización y coordinación entre la CCSS y el Ministerio de Salud y la puesta en marcha, a partir del 2002 de la estrategia DOTS (tratamiento acordado estrictamente supervisado).
- La leptospirosis en la región para el año 2005 presentó un aumento de 88 casos, en relación con los años anteriores que se puede notar que viene en un franco incremento (como lo apreciamos respectivamente en cada uno de los años; 2004 con 34 casos registrados, 2003 con 5 casos y 2002 con 6 casos); repitiéndose el patrón epidémico de los años 1999, 2000 y 2001. Desde mediados del año 2005 se viene organizando e implementando una estrategia para el abordaje de la Leptospira en los cantones de Corredores y Golfito, donde la incidencia de casos que se tiene es de un 92% del total regional, la cual que se lleva a cabo entre INCIENSA, CCSS y Ministerio de Salud.
- Se realizó la medición de las funciones esenciales en salud pública, y se obtuvo una importante participación de 64 actores sociales; existen cinco resultados que superan los resultados de la nacional; las funciones 1, 6, 7, 9 y 11, denotan los avances obtenidos por las diferentes instituciones con el proceso de la reforma; ya que se ha logrado una instrumentalización muy fuerte en lo que concierne a la práctica de la salud pública.

- Otro aspecto que favorece el resultado obtenido es el hecho de que siempre hemos trabajado las instituciones de salud en forma coordinada y con objetivos claramente definidos.
- En las funciones 3,4,5 y 8 que es donde se obtienen resultados más bajos. Esto se debe, en parte, a que son funciones que van muy ligados al desarrollo como país en general tal es el caso de la promoción de la salud, participación ciudadana y desarrollo del recurso Humano, funciones que aún no se han descentralizado, todo lo contrario, dependen de lineamientos nacionales muy establecidos en los niveles centrales de las instituciones por lo que los cambios a nivel regional son, aparte de lentos, muy reducidos.
  - Dentro del proceso de promoción de la salud se ha logrado la incorporación de los componentes de niñez y adolescencia en los diferentes procesos de la institución; y se ha logrado la integración de la comisión institucional de niñez y adolescencia, designación de los enlaces locales de niñez y adolescencia, cumplimiento con los indicadores de niñez y adolescencia, divulgación del Código de Niñez y Adolescencia, capacitación a actores sociales sobre erradicación del trabajo infantil, celebraciones específicas de niñez y adolescencia en establecimientos de salud y educación, y capacitación a niños y adolescentes (1789) en diversos temas.
  - En el campo de la salud mental la participación en la elaboración del plan nacional de salud mental, revisión de la versión preliminar del plan, celebración del Día Mundial de la Salud Mental en establecimientos educativos y de salud, capacitación a docentes y funcionarios del sector salud (500). La Salud Mental continúa siendo abordada con un enfoque curativo, por lo que se están realizando esfuerzos para que, a partir del 2006, iniciar un cambio de este enfoque.
  - En las seis áreas rectoras de salud se han conformado las comisiones locales de salud y nutrición escolar con la participación activa del MEP, CCSS y Ministerio de Salud.
  - Los gobiernos locales de los seis cantones de la región tomaron el acuerdo para integrarse a la red de cantones activos y saludables.
- Plan vida nueva**
- Con el plan vida nueva hemos participado en una serie de reuniones con la Secretaría Técnica y el Consejo Regional de Vida Nueva (actualmente Consejo Regional de Desarrollo). En el año 2004, se organizaron 5 ferias cantonales, otras reuniones de apoyo al proceso del Plan Vida Nueva con otros organismos y entes tales como (Proyecto Integral Cuenca del Savegre, Foro de Delegados Presidenciales del Sur, entre otros).
  - En lo que respecta a regulación de servicios la región que ha experimentado en este cuatrienio un importante descenso en lo relacionado con la mortalidad infantil, según los datos para estos cuatro años se aprecia cómo, en el 2002, se dieron 61 muertes; en el 2003, 54 muertes; en el 2004, 55; y en el 2005, 49 casos de muertes infantiles, resultado de la aplicación de planes de intervención conjuntos CCSS–Ministerio de Salud en los diferentes cantones de la región. no se ha presentado la misma situación en lo que respecta a mortalidad materna ya que hemos tenido un promedio de 3 casos de mortalidad por año, lo que ha llevado a replantear las estrategias de intervención.
  - En cuanto a la habilitación de establecimientos de salud y afines tipo B1 y B2 en el 2003 se cubrió un 52%, se habilitaron 69 establecimientos de los 132 programados; en el 2004, se cubrió un 116%, se habilitaron 36 establecimientos de los 31 programados, para el 2005 se habilitaron 269 establecimientos de los 242 programados, para un 111,15%.

- Con el proceso de evaluación de los sectores del primer nivel de atención existentes, mediante la metodología establecida para ese fin se ha logrado que, en el 2003, de 61 EBAIS registrados se evaluaran 31, para un 51%, de cumplimiento; durante el año 2004, se evaluaron 41 de los 55 EBAIS programados, para un 75%; durante el 2005, se evaluaron 24 EBAIS de los 30 programados, para una cobertura del 80%.
  - En cuanto a los sectores donde se aplicó y analizó la trazadora de HTA en su red de servicios, mediante los reportes de análisis de la evaluación llevada a cabo por el nivel local se tiene que, para el 2005, se aplicaron 17 de las 24 Trazadoras que se habían programado.
  - También, se está trabajando en un Plan de Atención Integral a las comunidades indígenas y como parte de la organización y elaboración del Plan de Intervención con los pueblos indígenas se realizó la compilación y elaboración de un documento base de trabajo sobre las trece reservas Indígenas de la región, y se conformó la comisión regional de intervención para los pueblos indígenas, en primera instancia en asociación con la CCSS, integrada por los directores de área de los cantones con presencia de población indígena en la región, proceso que coordina el Ministerio de Salud.
- so de este Ministerio para el desarrollo de esa actividad, la cual es regulada no solo a solicitud del administrado sino por rutina al ser un proceso que maneja productos peligrosos, por lo que se llevan a cabo un promedio de ciento quince (115) inspecciones anuales.
  - Se coordinó con el Ministerio de Agricultura y Ganadería para participar en las capacitaciones que brindan a los expendedores de agroquímicos de la Región.
  - En la regulación de la actividad de fumigación aérea, en la región Brunca existen cinco (5) aeródromos de fumigación aérea de plaguicidas y fertilizantes funcionando, dos se ubican en el cantón de Osa, dos en Corredores y uno en Golfito. Cada uno cuenta con permiso de funcionamiento por parte de este Ministerio.
  - A la fecha, se han recibido un total de setenta y seis (76) Planes de Salud Ocupacional y de Emergencias para ser revisados por primera vez, en actividades tales como: aserraderos, industria de alimentos, servicentros, hoteles y restaurantes, beneficios de café, entre otros.
  - Para el Proyecto SANEBAR se llevaron a cabo supervisiones de soluciones de letrinas instaladas en toda la región Brunca; se colaboró con el levantamiento de planos y entrega de tubería en el miniacueducto de San Rafael de Cabagra en Buenos Aires, y se entregaron materiales para la construcción de miniacueductos de la población indígena de Boruca de Buenos Aires.

#### **Ambiente humano**

- Como aporte a esta Unidad Regional se lograron definir los requisitos en cuanto a ubicación, construcción y funcionamiento de cuarenta y tres de los procesos que regula la Unidad.
- En la región Brunca existen sesenta (60) establecimientos de agroquímicos con permi-

## OTROS LOGROS

PROYECTOS ESPECÍFICOS	LOGROS
TCC – Costa Rica Panamá	<p>En relación con el trabajo del cordón fronterizo se han realizado varias reuniones entre locales y regionales con el fin de organizar principalmente las acciones en el campo de la Vigilancia Epidemiológica y Saneamiento Ambiental.</p> <p>Otro logro, dentro del marco del TCC (Costa Rica-Panamá) fue desarrollar el proyecto de vigilancia epidemiológica interfronteriza para lo cual se elaboró un software que está instalado en la plataforma INFOCOM de la OPS en Panamá, donde se registra la información a través de la Internet, de los eventos epidemiológicos establecidos para este fin que ocurran en las regiones Huetar Atlántica y Brunca por Costa Rica, y Bocas de Toro y Chiriquí por Panamá, a su vez este programa permite el acceso a la información en los tres niveles para su análisis y planteamiento de las intervenciones requeridas en forma conjunta.</p> <p>Además, se desarrolló un Plan de Atención a Emergencias Binacional.</p>
FESP	<p>La región Brunca participó en las 8 evaluaciones de las funciones esenciales de salud pública del país con tres miembros de nuestro equipo, además llevamos a cabo el proceso en nuestra región con la participación de 42 actores sociales en el 2004.</p>
Programa Espacios Libres de Humo de Tabaco	<p>Se ha trabajado arduamente y logrado la implementación del programa en todas las áreas, con gran aceptación de instituciones públicas y privadas.</p>
Plan de Acción Cantonal SAN	<p>Se elaboró con participación de la mayoría de actores sociales, en los cantones SAN (Buenos Aires, Coto Brus y Corredores) y se instalaron 2 fincas integrales en una zona indígena de Buenos Aires en conjunto con el MAG. Luego se implementó en los cantones de Pérez Zeledón, Osa y Golfito.</p>
Programa Costa Rica en Movimiento da Vida al Corazón.	<p>Implementación del Programa en 5 áreas de la región, con la participación del IAFA, ICODER, Programa de Nutrición y Ministerio de Salud, en dos de estos se ha logrado involucrar a la CCSS.</p>

<b>LOGROS CUANTIFICABLES</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
EBAIS evaluados			30	24
EBAIS habilitados			0	
Establecimientos del adulto mayor con planes de mejoramiento.			5	
Establecimientos del adulto mayor cerrados			0	
Establecimientos de odontología habilitados			11	
Establecimientos de odontología con planes de mejoramiento			26	
Establecimientos de odontología cerrados			0	
Hospitales con planes de mejoramiento			3	
Establecimientos tipo CEN CINAJ en proceso de habilitación			7	
Establecimientos con atención a niños y niñas privados habilitados			4	
Establecimientos con atención a niños y niñas privados en proceso de habilitación			5	
Hogares comunitarios habilitados			35	
Hogares comunitarios en proceso de habilitación			37	
Control y análisis de las coberturas del programa ampliado de inmunizaciones. Control y seguimiento de los brotes presentados			Coberturas a nivel de la Región Brunca: -BCG 89 % -DPT 90 % -VOP 90 % -VHB 90 % -HIB 89 % -SRP 92 %	
Ejecución de planes para el control de la malaria.			Desarrollo de un plan anual por área rectora y un plan regional de supervisión  Basados en ese plan anual, se ejecuta un plan mensual en cada área rectora	
Ejecución de planes para el control de dengue			7, uno por cada área de salud y uno regional, se ejecutan acciones en forma diaria	
Casos de dengue			74	1672
Casos de malaria			15	21
Total de casos de mortalidad infantil	64		55	49
Total de casos de mortalidad materna	1		3	6
Porcentaje de análisis de casos de mortalidad infantil			91%	75.41%
Porcentaje de análisis de casos de mortalidad materna			75%	83.33%

### 3.3.9 Región Pacífico Central

#### **Logros**

##### **Dirección y conducción**

- La ejecución, evaluación y ajuste de los planes locales estratégicos ha fomentado y enriquecido de manera importante la coordinación intersectorial y las alianzas estratégicas con las instituciones públicas y grupos organizados de la comunidad relacionados con la producción social de la salud, que fortalecen el desarrollo y liderazgo institucional mediante el ejercicio del rol rector.

##### **Plan vida nueva**

- Participación activa en el Consejo Social Regional, que planifica las acciones de trabajo intersectorial en respuesta al Plan de Vida Nueva. Se cuenta con un diagnóstico con énfasis en variables sociales y económicas aportadas por la comunidad e instituciones públicas, con base en las necesidades identificadas y priorizando las acciones mediante el Plan de Intervención intersectorial por desarrollar en las comunidades seleccionadas: Portalón, Asentamiento Savegre y la Pascua del Cantón de Aguirre, así como Sitradique y Pirris en Parrita, Colinas de Sarmiento, Juanito Mora y el Progreso en el Cantón Central de Puntarenas, en busca de mejorar las condiciones de vida. Se concretó una oferta institucional en respuesta a las demandas de las comunidades referidas y en concordancia con la programación local operativa (P.O.A) como parte de los compromisos asumidos en el POA institucional.

##### **Redes comunitarias**

- La estrategia redes comunitarias fue una iniciativa que se ejecutó a partir del año 2000 y hasta el 2005 para la prevención y control del dengue, en las Áreas Rectoras de Puntarenas-Chacarita, Barranca, Montes de Oro (Chomes) y Orotina.
- Se logró redimensionar su quehacer hacia la promoción, vigilancia y control de los facto-

res que determinan la salud principalmente en el campo ambiental así como una participación comunal sostenida, comprometida y articulada con el sector público institucional.

##### **Funciones esenciales en salud pública (FESP)**

- Para el año 2004 la evaluación de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), fue otro de los logros de gran relevancia para la salud pública en la región en la cual se fortaleció el liderazgo institucional, las alianzas estratégicas y se definieron las áreas críticas y prioritarias según las once funciones evaluadas. Dicha evaluación favoreció definir una futura agenda sanitaria regional con participación interinstitucional para el 2006 al 2010.

##### **Objetivos para el desarrollo del milenio**

- Como parte del Plan Regional de Desarrollo se realizaron dos foros de información y validación de los compromisos del Sector Salud para el cumplimiento de las metas nacionales y regionales establecidas en los objetivos de Desarrollo del Milenio del 2005 al 2010.

##### **Promoción de la salud**

- Como parte de las acciones de promoción de la salud se desarrollaron estrategias de Educación, Comunicación y Participación Social a favor de factores protectores y promotores de la salud mediante la conducción y dirección de programas y proyectos, entre los que destacan:
- "Programa Costa Rica en movimiento da vida al corazón". (2003-2005): Traducido mediante el fomento de estilos de vida saludables, la alimentación, el ejercicio físico, la recreación y el no consumo de drogas como factores protectores contra las enfermedades cardiovasculares, se logró sensibilizar a grupos organizados de diferentes sectores de población.

- Programa Seguridad Alimentaria Nutricional (COSAN) : Con base en este programa cuya base de trabajo es de carácter intersectorial, y con énfasis en el desarrollo de proyectos locales socioproductivos se logra un acercamiento con el sector agropecuario y educativo local y regional.
- Espacios libres de humo de tabaco

En la región se logró iniciar el proceso de acreditación de establecimientos libre de humo de tabaco en centros educativos.

#### **Niñez y adolescencia**

- Desde el año 2005, se conformó la Comisión Institucional de Niñez y Adolescencia. A nivel regional se cuenta con un plan de trabajo en cumplimiento del código de la Niñez y Adolescencia en concordancia con las acciones rectoras.

#### **Regulación y evaluación de servicios de salud**

- El desarrollo del proceso de regulación y evaluación de servicios de salud ha generado un fortalecimiento gradual del proceso mismo, así como un fortalecimiento de los servicios de salud lo que conlleva de manera implícita el impacto positivo de la rectoría en la región.

Los principales logros se concretan en lo siguiente:

- Contar con un sistema de registro de establecimientos de salud y afines y de establecimientos comerciales industriales y agropecuarios articulados en un sistema único mediante una base de datos, lo que facilita una adecuada planeación en la regulación de los establecimientos de salud (acreditación y habilitación). Esto nos ha permitido mejorar la atención de los servicios y poder, así, garantizar a la población una mejor calidad de éstos.

#### **Proceso de evaluación**

- La región cuenta con un total de 66 establecimientos de atención integral en el primer nivel (EBAIS) distribuidos en ocho áreas rectoras de salud. En el período 2002-2006 se ha logrado evaluar el 91% de los EBAIS.
- Es importante rescatar que año con año se observa una importante mejoría en los estándares evaluados lo que garantiza a los prestatarios brindar servicios con calidad y satisfacción al usuario.

#### **Mortalidad Infantil y Materna**

- Durante el cuatrienio 2002-2006 se ha mantenido la tasa de mortalidad Infantil menor de 10.4.
- Se fortalecieron las comisiones locales de análisis de la mortalidad infantil y materna, tanto en su estructura como en su funcionamiento, lo que consolidó el proceso de evaluación de la mortalidad como evento trazador de la calidad de los servicios de salud.

#### **Proceso de vigilancia de la salud**

En el nivel regional y local se fortaleció la vigilancia de la salud en sus componentes de vigilancia epidemiológica (en atención a los eventos sujetos a vigilancia) y en el análisis situacional de las condiciones de vida de la población, y se articuló al proceso de planificación estratégica que logró un acercamiento al trabajo interinstitucional e intersectorial con mayor acierto. Destacan en este proceso:

##### **•Sistema de información**

A partir del año 2004 la región cuenta con una conexión en red con comunicación permanente y con acceso a Internet.

##### **•Abordaje integral del dengue**

La estratificación epidemiológica como herramienta metodológica de trabajo ha permitido a las áreas rectoras con historicidad epidemiológica por Dengue desarrollar procesos de trabajo orientados a consolidar estrategias integrales a favor de la sostenibilidad de acciones de pro-

moción, prevención y control del dengue con participación de sectores públicos, privados y la comunidad partiendo de la caracterización de los determinantes sociales, ambientales, culturales, y económicos y entomológicos que favorecen la presencia de la enfermedad.

Actualmente, se está gestando la puesta en marcha de estrategias de comunicación social como la estrategia COMBI (comunicación para el impacto conductual) como medio para lograr la sostenibilidad de acciones que conlleven al cambio de conducta y prácticas saludables que promuevan la prevención y control del dengue.

### Educación permanente

La región cuenta con la comisión de educación permanente, la cual elabora un oferta de cursos anuales con base en un diagnóstico elaborado en conjunto con los equipos de salud.

Durante el cuatrienio destacan cursos orientados a desarrollar destrezas y habilidades para el manejo básico de computación, así como capacitaciones relacionadas con el marco jurídico institucional y con la regulación de establecimientos de salud y afines, además de cursos orientados a apoyar el proceso de vigilancia epidemiológica

### Principales logros

Acciones estratégicas	Números absolutos y relativos			
	2002	2003	2004	2005
Permisos sanitarios otorgados a establecimientos comerciales e industriales	1919	2860	2214	2474
Visado de planos constructivos para vivienda	1075	1100	1379	1242
Visado de planos para establecimientos con área > 300 m <sup>2</sup>	215	221	226	330
Denuncias sanitarias atendidas	1410	1513	1825	1963
Desastres naturales atendidos	1	1	2	2
Emergencias tecnológicas controladas	1	1	1	5
Acueductos rurales controlados	38	42	69	86
Sitios de disposición de desechos sólidos controlados	30	25	49	41
Establecimientos con radiaciones ionizantes controlados	57	21	13	13
Concentraciones masivas controladas	4	6	8	8
Actividades pirotécnicas controladas	28	24	26	26
Plan de trabajo para el control de mataderos				1
Plan de trabajo interinstitucional para el control de miel de abeja			1	1

**Capítulo 4**  
*Acciones en curso*

En la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes están en proceso de elaboración los protocolos para la prescripción de anorexígenos, psicotrópicos y estupefacientes; así como un sistema informático para el procesamiento y análisis automático de los informes de psicotrópicos y estupefacientes, aspectos que permitirán un mayor y mejor control en el manejo de estas drogas.

La Comisión Nacional del Proyecto Visión 2020 está implementando su plan de acción y fortalece como comisión mediante la incorporación y participación de otros actores.

En la Dirección de Vigilancia de la Salud, en el contexto del proyecto “Programa Regional de acción y demostración de alternativas sostenibles para el control de vectores de malaria sin el uso del DDT en México y Centroamérica”, promovido por la OPS-OMS, se está desarrollando un sistema de información geográfica con datos epidemiológicos y ambientales relativos al vector en los cantones de Talamanca y Matina. También, se están elaborando y actualizando las normas técnicas y protocolos específicos para la vigilancia epidemiológica de enfermedades de marcado interés para la salud pública. Asimismo, se está en un proceso continuo de capacitación en vigilancia epidemiológica en los tres niveles de gestión para la investigación y análisis y abordaje mediante estrategias adecuadas para la vigilancia, prevención y control de los problemas de salud pública. También, se está conformando la Comisión Nacional Interinstitucional y elaborando el Plan Nacional de preparación para la pandemia de influenza, y se está gestionando la movilización de fondos de países donantes para el abordaje integrado de eventos prioritarios como dengue, malaria, VIH/SIDA.

Actualmente, la Dirección de Servicios de Salud está revisando el Reglamento General de Ha-

bilitación de Establecimientos de Salud y Afines para mejorar la gestión de las áreas rectoras de salud, definir los roles de los niveles de gestión institucional, sobre todo del nivel local y regional, mejorar la clasificación de establecimientos de salud y afines y aumentar las definiciones.

Ante los hallazgos encontrados en los procesos de habilitación de hospitales públicos, se establecen las siguientes prioridades de intervención, que el Despacho de la Sra. Ministra solicitó a las autoridades de la CCSS:

- Plan de Acción Estratégico, que incluye un plan de dotación del recurso humano (corto, mediano y largo plazo) principalmente, en enfermería, medicina y farmacéuticos, ubicados principalmente en hospitales regionales, seguidos por los hospitales periféricos tipo 2, luego los hospitales periféricos tipo 1, luego los hospitales periféricos tipo 3 y por último los hospitales nacionales.
- Plan de desarrollo de la infraestructura hospitalaria en las siguientes áreas: a) Rediseño y rehabilitación de las instalaciones sobre todo a nivel de hospitales nacionales. b) Reforzamiento del Plan de Mantenimiento Hospitalario. c) Diseño de nuevas estructuras. d) Construcción.
- A raíz del incendio en el hospital R. A. Calderón Guardia, se realizan las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones que se están ejecutando allí, y se nos envían informes periódicos del avance del proyecto.

En el marco de un préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo, se proyecta:

- Para el 2006, otro curso de funcionarios en SPSS de todo el país. Se coordina la compra

de equipo para las funciones de IVC en los cantones seleccionados y se da seguimiento a las contrataciones elaboradas y aprobadas de "Equidad y Calidad en Salud", que tienen que ser ejecutadas por la Unidad Ejecutora del Proyecto.

- Sacar a concurso la contratación de una asesoría para la habilitación de servicios hospitalarios de alta complejidad, falta que salgan a concurso por parte de la Unidad Ejecutora del Proyecto.
- Coordinando con el Instituto Nacional Contra el Cáncer; la constitución de la comisión para la elaboración del Plan Nacional de Control del Cáncer; y las acciones de diferentes subcomisiones para la elaboración de los diferentes capítulos del plan.

En lo referente a entidades trazadoras como instrumentos de evaluación de la calidad en los servicios de salud, las acciones en curso son las siguientes:

- Revisión y actualización de la trazadora de diabetes.
- Publicación de los informes de resultados nacionales en revistas científicas nacionales e Internacionales; sensibilización de los niveles regionales y locales para que cumplan con los plazos establecidos en la entrega de la información y desarrollar planes de mejoramiento de la calidad de la atención basados en los resultados obtenidos en los informes.
- Realización del foro para la presentación de los resultados de la evaluación de la calidad de la hipertensión arterial que se obtuvieron en el 2005.
- En cuanto a la evaluación de la atención integral en el I nivel de atención, está en proceso el análisis de la información para la elaboración del informe 2005. Con referencia a grupos específicos de la población, como adolescentes, migrantes, mujeres y

las comunidades del Plan Vida Nueva, en el próximo cuatrienio se espera continuar realizando dichas evaluaciones cada año e incluir a nuevos grupos de la población así como los planes de mejoramiento continuo de la calidad de la atención en los informes locales, regionales y nacionales.

- En cuanto análisis de mortalidad infantil y materna, está en proceso de publicación e implementación, en todo el país, del "Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura", para el periodo 2006-2015.
- En cuanto al eje de derechos humanos en Salud, se han programado, para el 2006, 2 talleres sobre participación de los hombres en el cuidado de la salud sexual y reproductiva"; 2 talleres sobre derechos sexuales y reproductivos y 1 taller sobre derechos humanos en salud; la gestión de los recursos para hacer una mayor publicación y difusión del material elaborado sobre el tema; la reproducción del proyecto "Involucramiento de los hombres adolescentes y jóvenes en el cuidado de su salud sexual y reproductiva y la de su pareja" en otras áreas de salud; búsqueda de recursos para elaborar Campaña "Hombres de Verdad"; fortalecimiento de las labores del grupo nacional negociador para la obtención de vacunas contra el virus VPH para la población femenina del país, como retribución por ser país sede de la investigación.
- En normalización las acciones están dirigidas a la elaboración y la publicación de la norma de atención integral del cáncer de mama; la publicación de las normas de atención integral a las embarazadas de bajo riesgo, la publicación de las normas de atención integral y protección a adolescentes embarazadas.
- En lo referente a la acreditación está en proceso de oficialización, publicación, divulgación y aplicación de la norma de establecimientos odontológicos, la capacitación a personal institucional y otros actores

sociales que participan en el proceso de acreditación de establecimientos odontológicos, la acreditación de 23 establecimientos odontológicos públicos y privados, la oficialización, publicación, divulgación y aplicación de la norma nacional de acreditación de la atención Integral al dolor y el cuidado paliativo, la capacitación a personal institucional y otros actores sociales que participan en el proceso de acreditación de establecimientos de cuidados paliativos, la capacitación a personal institucional y otros actores sociales que participan en el proceso de acreditación de establecimientos de atención integral al adulto mayor; y la elaboración y publicación del reglamento general de acreditación.

En el Consejo Nacional de Investigación en Salud se está trabajando, con el apoyo de la Dirección de Informática y la Universidad de Costa Rica, en la elaboración de una página web que facilite la comunicación y el acceso a la información sobre las investigaciones en Costa Rica y la normativa vigente, y se están realizando encuentros con los CEC para valorar su actuación accionar de los mismos y la del CONIS, con el fin de identificar aspectos positivos y negativos que se están presentando, de manera que se pueda mejorar su funcionamiento y la atención de las situaciones que se presentan con las investigaciones en que participan seres humanos.

En la Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico se está elaborando el Plan de Acción en Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, y está en creación un registro sobre las investigaciones en salud en el país, el cual incluye instituciones, investigadores e investigaciones, como punto de partida para el análisis de la investigación en salud y dar seguimiento a la agenda nacional de investigación y desarrollo tecnológico en salud. También, se está elaborando el plan de trabajo para la organización de la Red Iberoamericana de Enseñanza e Investigación en Salud Pública. Asimismo, se está realizando el estudio de instituciones de investigación en salud en Costa Rica en el marco del análisis de los sistemas de investigación en salud

coordinado por la Organización Mundial de la Salud y se está elaborando una metodología para investigar los procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (lo anterior como parte del "Observatorio de Políticas de Enfermedades no Transmisibles", coordinado por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Canadá); además, está en desarrollo un proyecto en el Área de Salud de Goicoechea I a fin de mejorar las intervenciones para la prevención y atención de la diabetes mellitus.

En seguridad alimentaria y nutricional la SEPAN se encuentra trabajando en las siguientes acciones:

- Planificación de la propuesta de la Política intersectorial en Alimentación y Nutrición 2006-2010.
- Promoción y asesoría en la conformación de nuevos Consejos Cantonales de Seguridad Alimentaria Nutricional (COSAN) y capacitación de los existentes,
- Desarrollo de una metodología propuesta por OPS y el INCAP/OPS para la elaboración de un "Plan Maestro de Inversión en Seguridad Alimentaria y Nutricional" el cual favorecería la canalización de recursos internos y externos para la ejecución de proyectos en SAN.
- Desarrollo del decreto para el establecimiento del Sistema Nacional para la prevención y control de la obesidad. También, en este tema se encuentra en proceso la aprobación y publicación de un transitorio para el establecimiento de la notificación obligatoria de la obesidad.

En gestión de riesgo, las acciones en curso van dirigidas a:

- Consolidar el convenio con el 911 para continuar con la construcción del sistema de información georreferenciado.
- Elaborar el "Plan Sectorial para la Atención de Emergencias y Desastres",
- Validar la propuesta de planes sanitarios locales para los tres niveles de gestión.
- Consolidar la comisión interinstitucional de atención de la salud mental en situaciones de emergencia.
- Dar a conocer el "Manual de Procedimientos en Salud para la Atención de Emergencias por Desastres Naturales".
- Desarrollar y dar a conocer las estrategias para conformación de equipos de evaluación de daños y análisis de necesidades y pérdidas en salud".
- Realización de cursos MATPEL (materiales peligrosos) y sistema de comando de incidentes en las regiones del Ministerio de Salud.
- Publicación, aplicación y divulgación de la normativa propuesta en transporte de materiales peligrosos, manejo del gas licuado de petróleo, armas químicas y seguridad radiológica.
- Consolidar en coordinación con la Dirección de Servicios de Salud, la propuesta de normas para la habilitación de centros de mamografía.
- Participación activa para la prevención de riesgos en aeropuertos como el de Liberia, Tobías Bolaños (Pavas) y otros, aplicando la normativa de aeropuertos internacionales puesta en práctica en el aeropuerto Juan Santamaría.

- Suscripción de convenio de cooperación interinstitucional entre el Instituto Tecnológico de Costa Rica y el Ministerio de Salud para la incorporación de la temática de gestión del riesgo como eje transversal en 4 carreras de ingeniería.
- Continuar con los procedimientos iniciales para la desconcentración de la actividad de radiología dental hacia las áreas rectoras de salud.
- Continuar con la coordinación de la comisión interinstitucional que atiende el problema de contaminación de hidrocarburos en el acuífero Colima Superior.
- Continuar con la coordinación de la actividad pirotécnica mediante reuniones intra e interinstitucionales y otros actores sociales.
- Continuar con la coordinación de la comisión interinstitucional reguladora de la pólvora y prevención de quemados y elaboración de estrategias para la comunicación y prevención de riesgos.

#### **Nivel Regional**

En la región Central Sur se están ejecutando acciones de vigilancia y la calidad del agua de los acueductos rurales de Aserrí, Coronado, Acosta, Puriscal, Mora y Desamparados, y se ha logrado el control físico biológico y sanitario del agua, la protección de las fuentes de agua, con el propósito de que la población de estos lugares tenga acceso al líquido de calidad apta para consumo humano.

En el marco del proyecto aire limpio para San José, y con la participación de las Universidades, la Municipalidad de San José, entre otros, y con la asesoría de la GTZ de Alemania, está realizando estudios del impacto económico de la contaminación del aire en la Salud, la regulación para eliminar el plomo de la gasolina, etc.

Con la cooperación de la Swiss-contact, se están identificando las fuentes fijas de emisiones

, como parte de la vigilancia de la calidad del aire en la protección del ambiente humano y la salud de las personas.

La región tiene un plan piloto con la Unidad del Sida del Hospital México desde mediados del año 2003, donde se ha evidenciado el adecuado funcionamiento del sistema de información, el cual mantiene la confidencialidad que el evento VIH-SIDA requiere, y envía desde esa fecha, a vigilancia de la salud, tanto la boleta VE-01 como la hoja de Vigilancia Epidemiológica de cada caso reportado por dicha clínica, en un sobre aparte del resto de la información de vigilancia y etiquetado como "CONFIDENCIAL". Además, se está dando seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos por las instituciones en la agenda concertada regional. Asimismo, se están impartiendo talleres de educación (sexualidad, comunicación, disciplina y otros) a padres, y acciones de educación inicial con niños/as en la modalidad extramuros, en las localidades de Turrubares, San Pedro y San Pablo, Cangrejal, Sabanillas de Acosta y el Rosario de Desamparados, incluidas en el Plan de Vida Nueva. También se está trabajando en la constitución de 89 asociaciones de desarrollo específico pro CENCINA, para el adecuado manejo de fondos públicos a través de la suscripción de convenio de cooperación con el Ministerio de Salud.

En la región Central de Occidente, ante la abrumadora demanda de trabajo, creciente en volumen y complejidad, se elaboró una propuesta de nuevo modelo de planificación y evaluación de calidad en la totalidad del desempeño rector en materia de protección al ambiente humano, orientada a equilibrar acciones proactivas y acciones reactivas, considerando aspectos como las prioridades sanitarias y legales derivadas del análisis de situación de salud (ASIS), el debido cumplimiento de normas y protocolos vigentes, la limitada capacidad instalada, y el análisis didáctico de "casos-tipo" que ponen en evidencia fallas significativas en el cumplimiento del rol rector, para convertirlos en oportunidades de mejora en la eficiencia, eficacia y calidad de las acciones realizadas.

En la región Chorotega se están fortaleciendo las áreas rectoras y la sede regional, mediante la reinversión de los fondos obtenidos con el fideicomiso 872-BNCR, a fin de mejorar la capacidad técnica y resolutive de los niveles locales. De igual forma, gracias al Proyecto de BID se están realizando acciones para fortalecer las acciones rectoras en cinco áreas de la región, lo cual implicará una mejor calidad del servicio que brinda el Ministerio de Salud a los usuarios, asociado con una mejor capacidad técnica y resolutive en materia de vigilancia, inspección y control.

Está en desarrollo un convenio interfronterizo Costa Rica-Nicaragua, con énfasis en las poblaciones de La Cruz y Upala, el cual ha permitido implementar acciones para mejorar las condiciones de salud en las poblaciones de la zona fronteriza, así como la capacidad técnica de las áreas rectoras en estos cantones.

En la región Huetar Norte se han propuesto una serie de acciones mediante la adecuada planificación de su trabajo, como la elaboración de la planificación estratégica local PEL en las diferentes áreas rectoras y la evaluación de la agenda sanitaria regional concertada.

En relación con la prevención y control del dengue se continuará con el desarrollo del plan piloto implementado en el 2005, basado principalmente en la transferencia de responsabilidades a la comunidad, con el respectivo seguimiento y evaluación del plan.

Respecto al programa de nutrición, se pretende beneficiar a una población materno infantil de 300 habitantes del cantón de Los Chiles.

En la región Pacífico Central se está realizando el registro sanitario de establecimientos y actividades comerciales e industriales para un mejor control de estas, la elaboración de la base de datos sobre establecimientos y actividades, la implementación de ventanillas únicas en cada área rectora de Salud de la Región, la coordinación interinstitucional para la atención oportuna de denuncias mediante la participación en co-

misiones ambientales, la aplicación de procedimientos, guías y formularios para la revisión de planos constructivos, la participación en reuniones mensuales de puntos focales y comités locales y regional para la atención a emergencias tecnológicas y desastres naturales.

En el INCIENSA se está consolidando el traslado del Laboratorio Nacional de Referencia de Malaria al CNR de Parasitología, en el marco de

la Reforma del sector salud, así como preparando para apoyar al sector salud en la atención de la probable pandemia de influenza aviar y la posible pandemia de virus influenza humana, y para la acreditación de pruebas de laboratorio que permitan al INCIENSA el liderazgo como centro nacional de referencia, y cumplir con los requisitos que establece la ley para su funcionamiento.

**Capítulo 5**  
*Marco Jurídico Promulgado*

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 en la Gaceta No 10 de 15 de enero del 2002 se reglamento 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 esa 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.

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, la Dirección de Asesoría Legal colaboró con las Direcciones de Registros y Controles y de Protección al Ambiente Humano para la elaboración del documento correspondiente a fin de 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 institución se ha avocado a la revisión y actualización de normas de lo que corresponde a Servicios de Salud y entre ellas en el período correspondiente al año 2002, se publicaron 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 1º de octubre del 2001, publicada en La Gaceta No 47 de 7 de marzo del 2002.

Asimismo, 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 funcionamiento 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 establecer 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.

Además, 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 policronados 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 preparó los proyectos de ley para que se sometieran por medio del Poder Ejecutivo a la Asamblea Legislativa para dar 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 el 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.

Con motivo de consolidar la acción Rectora del Ministerio de Salud, se promulgó el "Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud", por medio del Decreto Ejecutivo N° 30921-S de 6 de diciembre del 2002, publicado en la Gaceta N° 11 de 16 de enero del 2003, y tiene como objeto primordial el establecimiento formal de la estructura administrativa interna de la institución.

Ante la necesidad del Ministerio de Salud de vigilar y controlar las enfermedades transmisibles y no transmisibles de los riesgos del ambiente humano y otros eventos se emitió el "Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud", mediante Decreto Ejecutivo N° 30945-S de 18 de

noviembre del 2002, publicado en La Gaceta N° 18 de lunes 27 de enero del 2003.

En el mismo, se deroga el Decreto Ejecutivo N° 14496-SPPS de 29 de abril de 1983, "Reglamento de Enfermedades de Denuncia Obligatoria".

A petición de la Contraloría General de la República, contenida en oficio N° 13446 de 4 de noviembre del 2002, se emitió Decreto Ejecutivo N° 30967-S de 11 de diciembre del 2002, por medio del cual se derogó los decretos ejecutivos N° 30730-S de 9 de diciembre del 2002 y N° 7322-SPPS de 24 de agosto de 1977. Como consecuencia, se disolvió la Junta de Protección Social de Alajuela y se encargó la Administración del Cementerio General Las Rosas de Alajuela, de nombramiento, por parte de la Municipalidad respectiva.

De conformidad con la Ley N° 8111 de 18 de julio del 2001, publicada en La Gaceta N° 151 de 8 de agosto del 2001, "Ley Nacional de Vacunación", se emite el Decreto Ejecutivo No 30956-S de 13 de enero del 2003, publicado en La Gaceta No 29 de 11 de febrero del 2003, mediante el cual se declara de interés público y nacional las actividades de la Junta de Protección Social de San José con motivo de la realización del sorteo anual de la lotería nacional, el cual se denominará "Contribuyendo con la Salud Pública", al Fondo Nacional de Vacunación de la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología.

En virtud de que evidencias científicas han demostrado el papel decisivo de la práctica de la actividad física en la prevención y en el control de diversas enfermedades y en la promoción de la salud y calidad de vida de todos los grupos, por medio de Decreto Ejecutivo N° 30990-S de 9 de diciembre del 2002 publicado en La Gaceta N° 36 de 20 de febrero del 2003, se creó la "Comisión Nacional de Promoción de Actividad Física para la Salud".

Por medio de Decreto Ejecutivo N° 31000-S de 10 de febrero del 2003, publicado en La Gaceta N° 39 de 25 de febrero del 2003, se modi-

ficó el artículo 8 inciso 12 del “Reglamento para la Inspección, Importación, Comercialización y Publicidad de Productos, con base en Recursos Naturales industrializados y con cualidades medicinales” (Decreto Ejecutivo N° 29317-S de 9 de noviembre del 2000) se modificó el artículo 8, inciso 12 del mismo, fijándose la tasa prevista en el artículo 112 de la Ley General de Salud en la suma de USA \$250 (doscientos cincuenta dólares americanos) o su equivalente en moneda nacional para las tisanas en presentación de tés. Para resto de productos cubiertos por el reglamento objeto de reforma se fijó el monto de inscripción en la suma de USA \$500 (quinientos dólares americanos).

Mediante directriz N° 19 publicada en La Gaceta N° 52 de 14 de marzo del 2003 el Presidente de la República, conjuntamente con la Ministra de Salud y el Ministro de Vivienda y Asentamientos Humanos, emitió las “Especificaciones Técnicas y Lineamiento para la Escogencia de Tipologías Arquitectónicas para la Construcción de Vivienda y Obras de Urbanización”, previendo en resguardo de ciertos grupos sociales, el proyecto de vivienda donde las tipologías los requieran, que deben de contar con un mínimo de obras de infraestructura que permita a los usuarios vivir en un lugar con servicios básicos, confortable, seguro y agradable.

En resguardo y protección de la salud de las personas y del ambiente por medio del Decreto Ejecutivo N° 31025-S de 8 de enero del 2003, publicado en La Gaceta N° 60 de 26 de marzo del 2003, se promulgó el “Reglamento para establecer los niveles de concentraciones y uso de repelentes que contienen DEET como ingrediente activo, precauciones y advertencias en su etiquetado”. El reglamento pretende regular el uso de DEET en los bronceadores de piel, protectores solares, cosméticos e insectos. Asimismo establecer las precauciones y advertencias necesarias para el usuario en el etiquetado, con el fin de minimizar el riesgo en la salud de las personas.

Al amparo de las disposiciones contenidas en los artículos 25 y 26 de la Ley General de Salud,

se emitió el Decreto Ejecutivo N°31078-S de 5 de marzo del 2003, publicado en La Gaceta N° 61 de 27 de marzo del 2003, se promulgó el “Reglamento para las Investigaciones en que participan Seres Humanos”, el cual pretende regular, supervisar y actualizar los proceso de investigación que se realizan en el país y donde está en juego la salud de las personas.

En el mismo se deroga el Decreto Ejecutivo N° 27349-S del 16 de setiembre de 1998 y sus reformas.

Conjuntamente, el Ministerio de Salud, con los titulares de Economía Industria y Comercio, y de Turismo, por medio de Decreto Ejecutivo N° 31095-MEIC-STUR de 17 de enero del 2003 publicado en La Gaceta N° 31 de marzo del 2003, emitieron “Reformas al Reglamento para la Operación de las Actividades de Turismo Aventura”. Con la presente reforma se pretende que las empresas que se dediquen a desarrollar actividades de turismo aventura, cuenten con el permiso sanitario de funcionamiento otorgado por el Ministerio de Salud.

Las carteras del Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ambiente y Energía, Salud, Hacienda y de Obras Públicas y Transportes, mediante Decreto ejecutivo N° 31051-MAG-MINAE-S-H-MOPT de 18 de julio del 2002, publicado en La Gaceta N° 80 de 28 de abril del 2003, seleccionaron varias áreas prioritarias para cuencas hidrográficas en la ejecución del Plan Nacional de Manejo y Conservación de Suelos para el período 2002-2004.

Mediante Decreto Ejecutivo N° 31124-S de 19 de marzo del 2003, publicado en el Alcance N° 23 a La Gaceta N° 83 de 2 de marzo del 2003, se modificó el transitorio 1° del Decreto Ejecutivo N° 27021-S de 30 de abril de 1998 “Reglamento Técnico para la Fortificación con Vitamina A del Azúcar Blanca de Plantación para el Consumo Directo”, en el sentido de autorizar la venta de azúcar no fortificada con vitamina “A” hasta el 30 de abril del 2003.

Se emitió el “Reglamento sobre Granjas Avícolas”, por medio del Decreto Ejecutivo N°

31088-S de 31 de marzo del 2003, publicado en La Gaceta N° 86 de 7 mayo del 2003. En el mismo se deroga el Decreto Ejecutivo N° 30293-S “Reglamento de Granjas Avícolas”.

El presente reglamento tiene como objetivo primordial, regular y controlar todo lugar, edificio, local, instalaciones y anexos cubiertos o descubiertos, en el que se tienen o permanezcan aves, así como los trámites para la obtención del permiso sanitario de funcionamiento.

Por medio de Decreto Ejecutivo N° 31198-S de 15 de mayo del 2003 publicado en La Gaceta N° 112 de 12 de junio del 2003, se adicionó el Decreto Ejecutivo en su artículo 6 inciso c), a fin de que los ingresos por concepto de registro de cosméticos se depositen por los interesados en las cuentas bancarias del Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS-Banco Nacional de Costa Rica, en las cuentas en colones y dólares ahí especificadas.

Mediante Decreto Ejecutivo N° 31207-S de 15 de mayo del 2003 publicado en La Gaceta N° 117 de 19 de junio del 2003, se adicionó el artículo 8 inciso 12 del Decreto Ejecutivo N° 296317-S de 9 de noviembre del 2000, a fin de que los ingresos por concepto de productos industrializados y con cualidades no medicinales, se depositen por los interesados en las cuentas en colones y dólares del Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS-Banco Nacional de Costa Rica, ahí indicadas.

En beneficio y protección de la salud de las personas por medio de Decreto Ejecutivo N° 31308-S de 8 de julio del 2003, publicado en La Gaceta N° 155 de 13 de agosto del 2003, por haberse encontrado la presencia de tolueno y xileno en la esfera de juguete, lo que implica un riesgo potencial para la salud de los niños, se prohibió la importación, distribución y comercialización de los juguetes que contengan tolueno y xileno, tales como “yoyo chino”, como medida preventiva en la salud de los niños.

La Presidencia de la República, y los titulares de Salud y de Vivienda y Asentamientos Humanos,

mediante directriz N° 27 de 1 de setiembre del 2003, publicada en La Gaceta N° 175 de 11 de setiembre del 2003, emiten las especificaciones técnicas y lineamientos para la escogencia de tipología arquitectónicas, para la construcción y obras de urbanización. Por medio de la presente se deroga la directriz 19 publicada en La Gaceta N° 52 de 14 de marzo del 2003.

Mediante Decreto Ejecutivo N° 31515-S-MINAE de 12 de marzo del 2003, publicado en La Gaceta N° 239 de 11 de diciembre del 2003, se adicionó en su artículo 4 el Decreto N° 30222-S-MINAE de 9 de febrero del 2001 “Reglamento sobre Emisión de Contaminantes Atmosféricos”, tendiente a lograr resultados que reflejen de una manera más acorde a la realidad nacional, los niveles de emisión de contaminantes atmosféricos de calderas.

Las carteras de Salud, Agricultura y Ganadería, Ambiente y Energía, Obras Públicas y Transportes y Gobernación y Policía y Seguridad Pública por medio de Decreto N° 31520-MS-MAG-MINAE-MOPT-MGPSP de 16 de octubre del 2003, publicado en La Gaceta N° 241 de 15 de diciembre del 2003, se emitió el “Reglamento para las actividades de la Aviación Agrícola”. En el mismo se derogan los Decretos Ejecutivos N° 15846 de 6 noviembre de 1987 y sus reformas y el N° 20305-MOPT-MAG-S-TSS de 7 de marzo de 1991. El relacionado reglamento tiene como objeto regular las actividades de aviación agrícola y será de aplicación obligatoria para personas físicas o jurídicas.

Mediante Decreto Ejecutivo N° 31502-MINAE-S de 29 de setiembre del 2003 publicado en La Gaceta N°235 de 5 de diciembre del 2003, las Carteras de Salud y Ambiente y Energía emitieron el “Reglamento para la distribución de combustible derivados sin punto fijo de venta (Peddlers)”. El reglamento tiene el objeto de abarcar todos los requisitos que debe de satisfacer esta actividad.

Por medio del Decreto Ejecutivo N° 31506-S de 26 de noviembre del 2003, publicado en La Gaceta N° 236 de 8 de diciembre del 2003,

se reformó el inciso a) del artículo 20 del Decreto Ejecutivo N° 18190 de 22 de junio de 1988 "Reglamento del Estatuto de Servicios de Enfermería", creando la clase de auxiliar de enfermería 1 y 2.

Según Decreto Ejecutivo N° 31515-S de 29 de setiembre del 2003 se promulgó el Reglamento de la Comisión Nacional de Promoción de la Salud. La relacionada Comisión se creó con el fin de integrar esfuerzos y recursos para lograr el desarrollo coordinado de acciones de promoción de la salud, y es la encargada de dirigir y coordinar las acciones en este campo.

Este Decreto Ejecutivo N° 31532-S de 6 de octubre del 2003, publicado en La Gaceta N° 245 de 19 de diciembre del 2003 denominado "Reglamento para los Estudios de Estabilidad de Medicamentos requeridos para su Registro Sanitario ante el Ministerio de Salud de la República de Costa Rica", el mismo contempla las directrices para los estudios de estabilidad de los medicamentos exigidos como requisito en el proceso de registro sanitario o de primera renovación y en caso de cambios posteriores al registro.

Con el fin de minimizar el impacto negativo de aguas residuales por medio de Decreto Ejecutivo N°31545-S-MINAE de 9 de octubre del 2003, publicado en La Gaceta N° 246 de 22 de diciembre del 2003, se emitió el Reglamento de Aprobación y Operación de Aguas Residuales, el cual tiene como objeto la protección de la salud pública y del ambiente, mediante una gestión nacional y ambiental de las aguas residuales.

Asimismo, se coordinó lo necesario con el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto para la preparación del Proyecto de Ley del convenio marco de tabaco de la OMS, bajo el expediente N° 15687, el cual fue dictaminado afirmativamente a finales de marzo del 2006 por la Comisión de Asuntos Internacionales de la Asamblea Legislativa. Dicho acuerdo fue suscrito el 23 de julio del 2003, en la ciudad de Nueva York, por la Ministra de Salud, María del Rocío Sáenz, el cual

tiene como objetivo primordial proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, proporcionando un marco para las medidas del control.

Se elaboró un Convenio de relevancia en materia de salud entre el Ministerio de Salud de Costa Rica y el Ministerio de Salud de Cuba, suscrito durante la Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud que tuvo lugar en nuestro país en el mes de octubre del 2004.

También se han analizado y revisado diversas leyes, tales como:

- Ley de Pacto Fiscal y Reforma Fiscal Estructural.
- Reforma al Código de la Niñez y Adolescencia.
- Ley del Servicio de Salud y Producción Animal del Estado
- Ley General del Servicio Veterinario Oficial.
- Reforma al artículo 235 del Código de Familia y artículo 64 del Código Civil.

Asimismo, se ha participado activamente en la elaboración y tramitación de diversos decretos ejecutivos, tales como:

- Declaratoria de interés nacional y público diversos congresos.
- Reforma al Reglamento de Etiquetado de Maderas.
- Reforma al Reglamento sobre Rellenos Sanitarios.
- Reforma al Reglamento de Transporte de Productos Peligrosos.
- Reforma al Reglamento de Inscripción de Medicamentos.

- Reglamento de Hornos Cementeros.
- Creación de la Comisión Técnica de Recursos Humanos del Sector Salud.
- Creación del Centro Nacional de Farmacovigilancia en el Ministerio de Salud
- Normas de Habilitación de Establecimientos Farmacéuticos.
- Reforma al Reglamento Autónomo de Trabajo del IAFA.
- Reglamento de Registro de Actividades Reguladas por el Ministerio de Salud.
- Reglamento a la Ley No. 8306.
- Reforma al Reglamento de Registro y Notificación de Alimentos.
- Reforma Reglamento Plantas de Tratamiento.
- Reglamento equipos de teleterapia y braquiterapia.
- Normas de Habilitación de Establecimientos de Optometría.
- Reglamento de Centros de Tatuajes y Perforaciones Corporales.
- Reforma al Reglamento de Especialidades Médicas.
- Decreto sobre vacuna de fiebre amarilla para personas provenientes de áreas geográficas determinadas.

Otros instrumentos jurídicos promulgados son los siguientes:

- Reglamento para el Registro Sanitario de los Medicamentos que Requieren Demostrar Equivalencia Terapéutica. Decreto Ejecutiva N° 32470-S, publicado en la gaceta 149, del jueves 4 de agosto del 2005. Establece las

directrices que deben cumplir en materia de equivalencia terapéutica los medicamentos multiorigen e innovadores de origen alterno que así lo requieran para registro sanitario.

- Reglamento para los Estudios de Estabilidad de Medicamentos requeridos para el Registro Sanitario ante el Ministerio de Salud de la República de Costa Rica, decreto ejecutivo N° 31532-S, publicado en la gaceta 245, del 19 de diciembre del 2003, con estos estudios permiten garantizar la capacidad que tienen un producto o principio activo de mantener por determinado tiempo sus propiedades originales dentro de las especificaciones de calidad establecidas.
- Reglamento Técnico de Etiquetado Nutricional de los Alimentos Preenvasados, decreto N° 30256-MEIC-S, publicado en la gaceta 171, del 15 de abril del 2002. Cuyo objetivo es velar porque el etiquetado nutricional facilite al consumidor datos sobre los alimentos a la hora de hacer su elección.
- Reglamento para la Notificación de Materias Primas, Registro Sanitario, Importación, Desalmacenaje y Vigilancia de Alimentos. Decreto Ejecutivo N° 31595-S, publicado en la gaceta 16, del 23 de enero del 2004, donde se establecer las condiciones y los requisitos para estos trámites.
- Reglamento para Notificación, Registro, Clasificación, Importación y Control de Equipo y Material Biomédico. Decreto Ejecutivo N° 32425-S. Su objetivo es establecer los requisitos y trámites necesarios para los enunciados que dice el título y cuyo destino es el uso humano, garantizando la calidad, seguridad y eficacia de estos productos.
- Reglamento Técnico Centroamericano para Etiquetado Farmacéutico para uso Humano. Decreto N° 32869-COMEX-S-MEIC, publicado en la Gaceta 18 del miércoles 25 de enero del 2006, que establece los requisitos

- mínimos que debe cumplir el etiquetado de estos productos comercializados en el territorio centroamericano.
- Reglamento para el otorgamiento y el control de licencias para el manejo de psicotrópicos y estupefacientes. Decreto N° 32862-S, publicado en la gaceta 15 del 20 de enero del 2006, con el fin de establecer un sistema y un instrumento de control de estas drogas mediante el otorgamiento de licencias a profesionales y establecimientos facultados.
  - Reglamento para el registro, importación y etiquetado de preservantes de uso industrial para el tratamiento de maderas. Decreto Ejecutivo N° 31547-S del 6 de octubre del 2003 y su modificación Decreto Ejecutivo 31770-S, publicado en la gaceta 87 del miércoles 5 de mayo del 2004. Este regula el registro y uso de las sustancias utilizadas en la industria de la madera como preservantes de ésta.
  - DM-469-2005 de MIDEPLAN, del 14 de marzo de 2005: Creación de la Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud. El propósito es que el Ministerio de Salud cuente con un órgano especializado cuya función sea la de ejercer la rectoría en materia de investigación científica y tecnológica, una de las funciones estratégicas definidas en la normativa de dicho Ministerio.
  - Ley N° 8270, en el artículo 3, del 25 de abril del 2002, se reforma el artículo 1 de la Ley No 4508, se le otorga al INCIENSA la Personería Jurídica Instrumental (Diario Oficial La Gaceta, 17 de mayo del 2002) y se le reconoce como responsable de la vigilancia epidemiológica basada en laboratorios, de las investigaciones prioritarias en salud pública y de los procesos de enseñanza en salud derivados de su quehacer.
  - Reglamento N° 32612-S (Gaceta 177 del 14 set. de 2005), de la Ley N° 8239 (Gaceta N° 75 del 19 de abril del 2002) sobre Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados”.

**Capítulo 6**  
*Retos Institucionales*

En el campo de la regulación es indispensable el aseguramiento de la calidad de los productos de consumo humano, en el marco del proceso de unión aduanera centroamericana, mediante la armonización de la normativa; así como desarrollar en el país programas de control de productos en los tres niveles de gestión de la institución: central, regional y local. También, es necesario mejorar la organización interna a fin de agilizar los trámites que deben realizar los usuarios.

En vigilancia de la salud se hace necesario un compromiso intersectorial para el diseño e implementación de un plan estratégico integrado para el abordaje del dengue, malaria y otras enfermedades de transmisión vectorial. Además, el fortalecimiento del sistema nacional de vigilancia de la salud a nivel de las direcciones regionales y áreas rectoras del Ministerio de Salud, de las otras instituciones del Sector Salud y en el sector de la medicina privada, y contar con un sistema nacional de información automatizado del cáncer y VIH/SIDA.

Es indispensable fortalecer las acciones dirigidas a mantener y mejorar la calidad de la atención en el campo de la salud, por medio de entidades trazadoras como hipertensión y la diabetes mellitus, y la evaluación de la atención integral del I nivel.

El sistema nacional de análisis de la mortalidad infantil debe asumir el reto de reducir la tasa de mortalidad materna e infantil en los cantones que tienen tasas mayores al promedio nacional, mediante la evaluación de la mortalidad en dicho sector y la regulación de la calidad de la atención en los servicios materno infantiles. Además de lo anterior, se debe reducir la mortalidad materna en Costa Rica en dos muertes por año, hasta el 2015, mediante el fomento de cambios de actitud en el equipo de salud para la atención de la mujer embarazada a nivel

ambulatorio y hospitalario, y la regulación de la calidad de atención del parto, el puerperio y del recién nacido. También se debe reducir la morbi-mortalidad materna infantil de las adolescentes embarazadas, mediante la implementación de normas que regulen la atención prenatal con riesgo obstétrico y su atención integral.

Es necesario establecer el marco jurídico necesario que regule las investigaciones en seres humanos, la habilitación de establecimientos donde se realicen estas investigaciones, y la acreditación de los investigadores que las realizan. También se hace necesario fortalecer las acciones de los CEC y el CONIS en la aprobación y vigilancia de las investigaciones en salud, con el fin de velar porque se desarrollen con metodologías científicas, regidos por una bioética, y se protejan los derechos, seguridad, libertad, dignidad y bienestar de los sujetos que participan en la investigación.

Es preciso aprobar, en el ámbito legislativo, el capítulo sobre derechos sexuales y reproductivos que se incluyen en el proyecto de la nueva Ley General de Salud, y defender los postulados descritos en dicho capítulo con apoyo intersectorial.

Es indispensable fortalecer la prevención, la atención oportuna y la evaluación periódica del cáncer de mama, y la calidad de la atención integral a la mujer para el control del cáncer de cuello de útero (I y II nivel de atención), mediante la definición e implementación de un marco legal y técnico que regule estas acciones.

Es impostergable establecer, implementar y empoderar a las comunidades y sus diversas fuerzas organizadas, de un modelo participativo (multisectorial y multidisciplinario) de intervención integral para la prevención de la violencia social a nivel comunitario.

Es preciso fortalecer a nivel regional y sus respectivas áreas rectoras en el ejercicio de la rectoría en salud y el trabajo articulado con los distintos actores sociales intrasectorial e intersectorial, dotándolas de los recursos necesarios (vehículos, infraestructura, financiamiento, entre otros) y mediante el funcionamiento de los consejos regionales de desarrollo, y de las acciones estratégicas dirigidas a lograr los objetivos de desarrollo del milenio, el seguimiento y la evaluación del fortalecimiento de las funciones esenciales en salud pública, y el cumplimiento de los compromisos asumidos en el Plan Nacional de Desarrollo, la Política Nacional de Salud y sus estrategias (planes en salud y/o agendas sanitarias). Además, es vital lograr la desconcentración presupuestaria, administrativa y de recursos humanos hacia estos niveles.

En el ámbito de la investigación y desarrollo tecnológico es necesario consolidar el sistema nacional de investigación y desarrollo tecnológico en salud; fortalecer la investigación y enseñanza en salud pública mediante el funcionamiento de la red iberoamericana de enseñanza e investigación en Salud Pública; actualizar la estructura de la canasta básica alimentaria, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística y Censos a fin de contar con un instrumento actualizado para definir la pobreza; crear la capacidad para la evaluación sistemática de los procesos para la formulación, implementación de políticas públicas como parte del observatorio de políticas de enfermedades no transmisibles; reducir las enfermedades producidas por deficiencia de vitaminas y minerales mediante el desarrollo de tecnologías adecuadas para la fortificación de alimentos, optimizar las acciones de suplementación a grupos prioritarios de población, el fortalecimiento del sistema de vigilancia, monitoreo, evaluación de estas deficiencias, control de la calidad de la fortificación de alimentos y desarrollo y transferencia de tecnología.

En la protección y el mejoramiento humano, mantener la calidad sanitaria del agua estableciendo la coordinación intersectorial en los diferentes niveles de gestión, tanto institucional como intersectorial, con el fin de que exista una

manejo integral de las aguas residuales; garantizar el control de la calidad sanitaria del aire para disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades asociadas a la contaminación atmosférica, mediante la dirección y conducción de comisiones interinstitucionales, establecimiento de convenios, revisión y actualización de la legislación, planes piloto y sistemas de información; alcanzar un nivel óptimo en la protección de la salud de las personas y, consecuentemente, del ambiente en general, mediante la regulación, vigilancia y control en el manejo sanitario integral de los desechos en el país; establecer estrategias, lineamientos, procesos y planes y programas en materia de inocuidad de alimentos que protejan la salud de la población consumidora, en el marco de las políticas apertura de mercados y libre comercio; implementar acciones estratégicas para el control de los factores socio-ambientales de riesgo a la salud pública, en áreas geográficas y sociales vulnerables, para la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad en la ciudadanía; fortalecer los programas, planes y actividades existentes en materia de salud ocupacional, para el control de riesgo del trabajo mediante la vigilancia y la evaluación del cumplimiento de la legislación vigente.

En el campo de la informática los retos están relacionados con la creación de redes de área local y dotación de líneas de conexión a Internet a mayor velocidad en todas las áreas rectoras locales del país; la implementación de los siguientes sistemas de apoyo: sistema de apoyo a la vigilancia de la salud (AVISA), sistema de registro nacional de donantes de órganos, sistema de información geográfico, sistema de información gerencial institucional, Intranet institucional con servicios mejorados (correo electrónico, web, boletines informáticos, circulares, entre otros), infraestructura de alta disponibilidad de sistemas, y el sistema informático integrado de la Secretaría de la Política Nacional de Alimentos y Nutrición (SEPAN).

Las acciones de la SEPAN deben priorizar la detención o disminución la obesidad que azota a la población.

En el sector, es necesario posicionar al INCIENSA como institución líder en la vigilancia epidemiológica e investigación en salud pública. Además, debe ser un ente que apoye la función rectora del Ministerio de Salud en las actividades de regulación y control en inocuidad de alimentos, de vital importancia en el marco de la globalización y los tratados de libre comercio. Asimismo, se debe asumir la tarea de ampliar la fortificación de alimentos con ácido fólico y concentración de vitamina “A” en la leche, y darle sostenibilidad a los programas de vigilancia de la fortificación de los alimentos ya establecidos para tal fin. Otros retos están relacionados con fortalecer la vigilancia de la resistencia a los antibióticos, lo que permitiría mejorar el manejo y tratamiento de diversas enfermedades, así como regular el uso de antimicrobianos en la industria alimentaria, y que la institución se convierta, además, en el Centro Nacional de Referencia de Centro América y del Caribe para prevenir los defectos del tubo neural, el registro de enfermedades congénitas y el monitoreo de folatos en la población.

Por otro lado, en el marco de la planificación estratégica, es imprescindible instituir en los diferentes niveles de gestión el proceso de seguimiento y evaluación, con el propósito de generar información básica fidedigna, para rendir cuentas a la sociedad civil y política, y para la toma de decisiones oportunas de carácter político, técnico, administrativo y legal, que fortalezcan y desarrollen el ejercicio de la rectoría en la producción social de la salud.

Otros desafíos están referidos a mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados: mejorar la esperanza de vida con calidad; disminuir las inequidades en salud; mejorar la cobertura y calidad de la atención en salud; mejorar la calidad de vida en la ciudad; reducir las vulnerabilidades ante los peligros y riesgos de emergencias y desastres.

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 de proteger y me-

jorar 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.

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 sólo del Ministerio, sino también de las instituciones que lo conforman.

Igualmente, es obligatorio la consolidación y validación constante de un liderazgo en la sociedad civil y política, de las acciones rectoras, con énfasis especial en el Sector Salud. 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, las prioridades gubernamentales, la Política Nacional de Salud y sus estrategias ( plan Nacional de Salud, agendas sanitarias, etc) la Ley General de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo y los compromisos internacionales asumidos por el país, 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 en la orientación y fortalecimiento de la salud pública.

Un punto crítico por considerar es la implementación y funcionamiento de un sistema de información en salud que considere los condicionantes y determinantes de la salud, base para la definición de políticas y acciones estratégicas integrales, multidisciplinarias y multisectoriales, en el campo de la producción social de la salud, y para el ejercicio de una rectoría más eficaz y oportuna en sus tres niveles de gestión.



Dra. Rocío Sáenz Madrigal  
**Ministra de Salud**

Ms.C Delia Villalobos Álvarez  
**Viceministra de Salud**

Dr. Francisco Cubillo Martínez  
**Viceministro de Salud**

Dr. Cesar Gamboa Peñaranda  
**Director General de Salud**

**Comité Editorial**

**Coordinador**

M,Sc. Miguel Hernández Garbanzo

Sr. Manuel Mora Calderón  
Bach. Ricardo Ulate Carranza  
M,Sc. Mariano Zúñiga Garro

**Colaboradores**

Lic. Róger Prendas Lépiz  
Licda. Rosa María Vargas Alivarado

**Fotografía**

Sr. Alex Ulate Carranza

**Consultoría de Diseño**

Bach. Manuel Segura Mesén

**Diseño y Montaje, Publicaciones  
Ministerio de Salud**

Bach. Ana María González Reyes  
Sr. Joaquín Corella Arce

**Separaciones de color**

Otto Segura Mesén

**Impresión**

Publicaciones  
Ministerio de Salud