



80 años de bienestar
y salud para todos



MEMORIA INSTITUCIONAL 2006 - 2007

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





Ministerio de Salud
Memoria Institucional 2006-2007

***“La libertad y la salud se asemejan:
su verdadero valor se conoce cuando nos faltan”***

Henri Becque

Tabla de Contenidos

Memoria Institucional 2006-2007

PRESENTACIÓN

I. MODELO CONCEPTUAL Y MARCO ESTRATÉGICO DE LA RECTORÍA DE LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD	1
Misión	2
Visión	2
Estrategia maestra	2
Valores institucionales	3
Objetivos estratégicos	3
II. PRINCIPALES LOGROS INSTITUCIONALES.....	4
Acción estratégica I: Programa de Fortalecimiento de las Condiciones de Salud de la Población Infantil y Adolescente, Promoviendo Estilos de Vida Saludable	4
Armonización de la provisión de servicios de salud	4
Vigilancia de la salud	5
Instrumentalización de la promoción de la salud	17
Regulación de la salud	20
Provisión de servicios de salud de atención a las personas	21
Acción estratégica II: Acciones de Promoción y Protección del Hábitat Humano para un Mayor Bienestar y Calidad de Vida de la Población	22
Regulación de factores de riesgo ambiental	22
Regulación de productos de interés sanitario	24
Vigilancia de factores de riesgo ambiental	24
Acción estratégica III: Programa de Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva de las Instituciones del Sector	25
Función de regulación de la salud	25
Acción estratégica IV: Plan de Provisión de Recursos de Infraestructura, Humanos, Tecnológicos y Financieros en Salud con Calidad, Seguridad y Accesibilidad	27
Regulación de la salud	27
Acción estratégica V: Programa de Fortalecimiento de la Gestión Institucional para Mejorar la Calidad y Eficiencia de la Prestación de los Servicios de Salud	29
Dirección política	32
Planificación estratégica de la salud	34
Modulación del financiamiento en salud	38



III. SITUACIÓN E INDICADORES DE SALUD	39
Mortalidad general	40
Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles	44
Mortalidad por violencia social	50
IV. INVERSIÓN EN SALUD	54
Gasto del Ministerio de Salud	54
Presupuesto de Gobierno Central	54
Presupuesto de OCIS-DESAF	55
Presupuesto del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)	56
Fideicomiso 872 Ministerio de Salud- Banco Nacional de Costa Rica	56
Gasto Anual del Sector Salud	56
Gasto del Sector Salud según Producto Interno Bruto (PIB) Deflatado y Gasto Per cápita ...	58
V. MARCO LEGAL	60
Decretos ejecutivos	60
Proyectos de ley	64
Decretos legislativos	64
CRÉDITOS	65



República de Costa Rica

Despacho Ministra de Salud

DM-2393-07
19 de abril del 2007

Doctor
Francisco A. Pacheco Fernández
Presidente
Asamblea Legislativa

Estimado Doctor:

En calidad de Ministra de Salud, rectora del Sector Salud y de conformidad con el artículo 144 de la Constitución Política de la República, me permito presentar a su respetable consideración y a la Asamblea Legislativa que usted preside, la Memoria Anual 2006 de la institución.

En ella se describen los logros obtenidos y el marco jurídico promulgado por esta administración en el cumplimiento de los compromisos en salud, asumidos en el marco de las cinco acciones estratégicas del " Plan Nacional de Desarrollo, Jorge Manuel Dengo Obregón- 2006-2010".

Para su elaboración se consideraron los ocho compromisos de gobierno, el Plan Nacional de Desarrollo, el Modelo Conceptual y Estratégico para la Rectoría de la Producción Social de la Salud, el análisis de la situación de salud del país así como otra información relevante.

Cabe destacar que la estrategia maestra que define el accionar del Ministerio de Salud, plantea el cambio de paradigma para avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, a fin de promover la definición e implementación de políticas, planes, programas y proyectos saludables, que potencien los factores protectores de la salud individual y colectiva, así como la protección del ambiente humano.

Dentro de este contexto, se describen algunos logros relevantes, producto de la gestión institucional y de sus instituciones adscritas:

- Fortalecimiento de la gestión institucional mediante la ejecución de un proyecto de Desarrollo Organizacional para el mejoramiento continuo del accionar institucional con enfoque al cliente interno y externo y garantizar el cumplimiento de nuestra misión y visión.
- Fortalecimiento del INCIENSA para su transformación en el Instituto Centroamericano de Salud Pública que posicionará a nuestro país como líder en el campo de la regulación de medicamentos, alimentos y tecnologías en salud, así como en la investigación y diagnóstico de enfermedades.



- Aumento de la cobertura del programa y fortalecimiento de los servicios que brindan los CEN y CINAI, mediante el diseño de un modelo conceptual fundamentado en tres estrategias básicas: Nutrición Preventiva, Atención y Protección Diaria y Promoción del Crecimiento y Desarrollo.
- Ampliación del esquema básico de vacunación para toda la población, mediante la incorporación de cuatro nuevas vacunas: varicela, neumococo, tos ferina y rotavirus, lo cual le permitirá a nuestro país retomar el liderazgo en salud pública a nivel latinoamericano
- En el campo de la gestión de desechos sólidos, se incrementa el accionar de la estrategia "Ciudades Limpias", la entrega de compactadoras de los cantones de Tibás, Aserri, Naranjo, Orotina y Alajuelita; y la construcción de los Centros de Acopio de los cantones de Abangares, Alajuelita, Tibás, Jiménez de Cartago, Aserri y Naranjo, en el presente año.
- En el campo de la investigación en salud, se conformó la Red Iberoamericana de Enseñanza e Investigación en Salud (RIEISP), cuya coordinación le compete al Ministerio de Salud, y tiene como objetivo principal la abogacía en los Ministerios de Salud, para fortalecer los sistemas nacionales de investigación en salud el desarrollo de capacidades de los funcionarios (as), para mejorar el desempeño de las funciones esenciales de salud pública.
- Se fortaleció la infraestructura institucional y la provisión de recursos materiales y tecnológicos con énfasis en las Áreas Rectoras de Salud.
- En el contexto del Proyecto de la Unión Aduanera Centroamericana se aprobaron los reglamentos de registro, permisos de funcionamiento y buenas prácticas de manufactura de la industria de alimentos; registro y control de calidad de cosméticos, etiquetado de medicamentos, registro y calidad de productos de aseo e higiene personal

Deseo expresar mi sincero agradecimiento, a los funcionarios y funcionarias del Ministerio de Salud así como de las instituciones adscritas, por su apoyo en la elaboración de este documento, el cual es una herramienta práctica y útil de información, análisis y consulta en salud dirigida a la población.



República de Costa Rica
Despacho Ministra de Salud

Pág. 3.
DM-2393-07
19 de abril del 2007

Con toda consideración y respeto, atentos saludos,



Maria Luisa Ávila Agüero
Dra. María Luisa Ávila Agüero
MINISTRA DE SALUD

MLA

Cc: Arch/ Cron.

I. MODELO CONCEPTUAL Y MARCO ESTRATÉGICO DE LA RECTORÍA DE LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

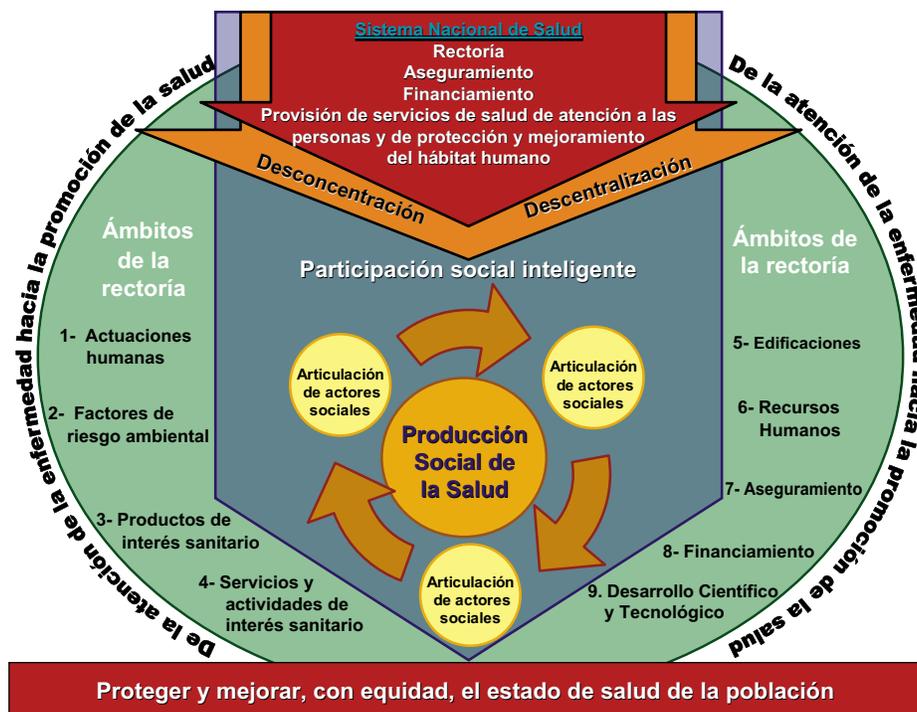
En el marco del fortalecimiento continuo de la rectoría de la producción social de la salud, la presente administración impulsa un modelo conceptual y estratégico que orienta el proceso de desarrollo organizacional del Ministerio de Salud de manera sinérgica, brindando, además, a los diferentes actores sociales que participan en esta producción, la información pertinente para una mejor comprensión de lo que hacemos y por qué lo hacemos.¹

El modelo establece que el Ministerio de Salud debe ejercer la rectoría sobre todos los actores sociales que intervienen en el proceso de producción social de la salud, y no únicamente sobre aquellos que forman parte del Sector Salud. Esto implica, entre otras funciones, una dirección política y una conducción estratégica basada en el liderazgo técnico, para el logro de la estrategia maestra que plantea avanzar “...de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud”.

En términos generales, el modelo, partiendo de una noción de salud como un proceso salud-enfermedad determinado por múltiples factores (biológicos, económicos, culturales, ambientales, entre otros), define ocho funciones sustantivas para el ejercicio de la rectoría de la producción social de la salud.

1. Vigilancia de la Salud
2. Dirección Política de la Salud
3. Planificación Estratégica de la Salud
4. Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud
5. Regulación de la salud
6. Instrumentalización de la Promoción de la Salud
7. Armonización de la Provisión de Servicios de Salud
8. Modulación del Financiamiento en Salud

¹ A partir de mayo del 2006, este marco fue sometido a la consideración de los (as) funcionarios (as) de las direcciones centrales, regionales y locales del Ministerio, a los integrantes del Consejo Sectorial de Salud, al equipo de consultores de la Organización Panamericana de la Salud y autoridades académicas de la Universidad de Costa Rica, a otras autoridades de gobierno y en diversos foros internacionales. Producto de esta socialización, se enriquecieron y validaron sus contenidos.



Sobre la base conceptual aportada por el modelo y la legislación vigente se ajustó el marco estratégico institucional definiéndose:

Misión

Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.

Visión

Seremos una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutoria, con una cultura caracterizada por la orientación a los resultados y a la rendición de cuentas, con funcionarios (as) debidamente calificados, apropiados de su papel y proactivos. Por nuestro estilo de liderazgo, nuestra capacidad técnica y el mejoramiento logrado en el estado de salud de la población, seremos una institución con alta credibilidad a nivel nacional e internacional, la población nos percibirá como garantes de su salud y los actores sociales sujetos y clientes directos de la rectoría nos sentirán como sus aliados.

Estrategia maestra

Avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, posicionando la salud como valor social, dirigiendo y conduciendo las intervenciones de los actores sociales hacia la vigilancia y el control de los determinantes de la salud, basados en evidencia y con equidad.

Valores Institucionales:

- **SALUD COMO CULTURA DE VIDA Y DE TRABAJO.** La salud es parte integral de nuestra cultura de vida y de trabajo; una vocación que se traduce en una visión colectiva que abarca los niveles personal, familiar y social, donde se reconoce que es por medio de hábitos y prácticas saludables que se puede alcanzar el desarrollo personal, abarcando integralmente las dimensiones socioeconómica, ecológica, biológica.
- **LIDERAZGO.** Logramos conquistar la voluntad de los actores sociales a los que dirigimos y conducimos para el logro de objetivos comunes, mediante la concertación, la participación y el convencimiento, impulsando las decisiones y las acciones de todos los involucrados, en procura de la protección y mejoramiento del estado de salud de la población nacional.
- **COMPROMISO.** Empleamos todas nuestras capacidades y energías para ejecutar las acciones requeridas para cumplir con todo aquello que se nos ha encomendado y en lo que hemos empeñado nuestra palabra, buscando siempre resultados superiores a los esperados y asumiendo con responsabilidad las consecuencias de nuestros actos y decisiones.
- **EFFECTIVIDAD.** Desarrollamos las actividades cotidianas enfocándonos en el logro de los objetivos de salud definidos a nivel nacional e institucional. Nos responsabilizamos por la calidad e impacto de nuestro trabajo y por el uso eficiente de los recursos. Estimulamos la creatividad, la innovación, la mejora continua y la orientación a los resultados, como medio para superar día con día la productividad.

Objetivos estratégicos

1. Incrementar las habilidades y las capacidades de la población en general y de los actores clave en específico, hacia la incorporación de estilos de vida saludable y al desarrollo de otros determinantes positivos de la salud.
2. Dirigir y conducir a los actores sociales que intervienen en el proceso de la producción social de la salud, orientando sus acciones hacia la protección y el mejoramiento constante del estado de salud de la población con equidad.
3. Desarrollar organizacionalmente al Ministerio de Salud para cumplir de manera efectiva sus funciones de rectoría de la producción social de la salud, alineando su gestión institucional con su misión.



II. PRINCIPALES LOGROS INSTITUCIONALES

A continuación se presentan los principales logros de la Institución durante el período mayo 2006 –marzo 2007, según las funciones de rectoría del modelo propuesto y de acuerdo con las cinco acciones estratégicas del Sector Salud del “Plan Nacional de Desarrollo Jorge Manuel Dengo Obregón 2006-2010”

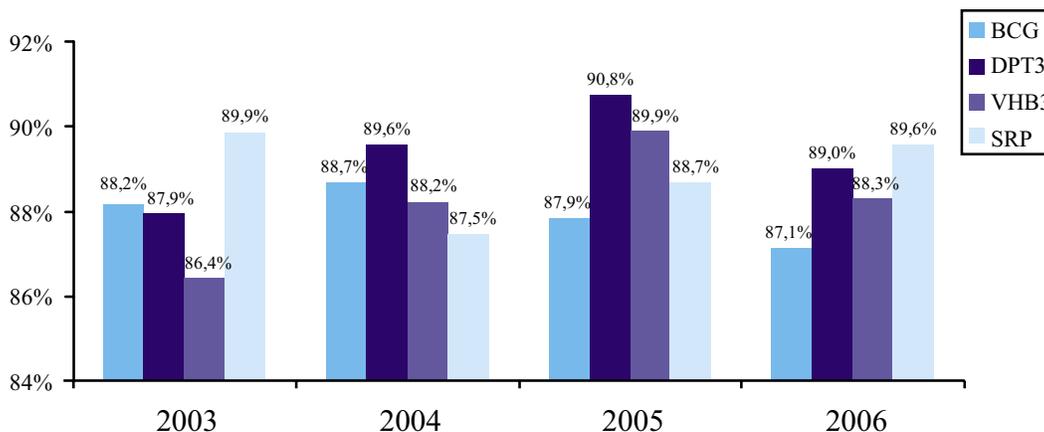
Acción estratégica I: Programa de Fortalecimiento de las Condiciones de Salud de la Población Infantil y Adolescente, Promoviendo Estilos de Vida Saludable.

Armonización de la Provisión de Servicios de Salud

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) e incorporación de nuevas vacunas al esquema básico de vacunación.

El PAI ha mantenido coberturas muy cercanas al 90% para la mayoría de las vacunas a nivel nacional, según se muestra en el gráfico 1.

Gráfico N° 1
Cobertura de vacunación del esquema básico infantil, Costa Rica, 2003-2006



Fuente: Programa Nacional de Inmunizaciones, Ministerio de Salud.

La vacunación para grupos de riesgo contra el virus influenza, se ha mantenido a lo largo de cuatro años consecutivos, y en el 2006, por primera vez se vacunó a los funcionarios de salud que brindan atención directa a pacientes.

Una de las metas de esta acción estratégica es la incorporación de cuatro nuevas vacunas en el esquema básico de vacunación, durante el período 2006-2010, para ello se elabora el Plan Vacunación para el Desarrollo Humano. Las vacunas a incluir son: contra varicela, neumococo, tos ferina para adolescentes y rotavirus.

Las vacunas contra la varicela y el neumococo ya fueron aprobadas por la “Comisión Nacional

de Vacunación y Epidemiología”, la cual, según lo establece la Ley Nacional de Vacunación, es la que define los esquemas básicos de vacunación para la población general. Actualmente se está gestionando la conformación de un grupo interinstitucional, que incluye a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Salud, Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y Junta de Protección Social de San José (JPS), para brindar soporte económico para la compra de las nuevas vacunas propuestas, lo cual sería una primicia a nivel de Latinoamérica, posicionando a Costa Rica como país líder en el área.

Esquema de vacunación oficial infantil de la República de Costa Rica, 2007

Sigla	Edad > Vacuna ▾	Nacimiento	2 meses	4 meses	6 meses	15 meses	4 años	6 o 7 años	c / 10 años
BCG	Antituberculosa	Única dosis							
VOP	Polio oral		1era dosis	2da dosis	3er dosis		Refuerzo		
DPT	Difteria - Pertussis - Tétanos		1era dosis	2da dosis	3er dosis	1er refuerzo	2do refuerzo		dT
VHB	Hepatitis B		1era dosis	2da dosis	3er dosis				
HIB	Haemophilus influenzae		1era dosis	2da dosis	3er dosis	Refuerzo			
SRP	Sarampión Rubéola Paperas					1era dosis		2da dosis	
VAR	Varicela*					1era dosis			
SPn	Antineumococo conjugada*		1era dosis	2da dosis	3er dosis	Refuerzo			
						Influenza (anual) para grupos de riesgo**			
						1 dosis o 2 dosis anuales si no hay antecedente de aplicación anterior ***			

** Niños de 6 meses a 8 años no cumplidos con alguna condición asociada como enfermedad pulmonar, padecimiento cardiaco, afectación renal, afectación hepática crónica, inmunodeficiencia congénica o adquirida, tratamiento crónico con Aspirina desnutrición moderada o sever, hemoglobinopatías.

*** Intervalo de 1 mes entre dosis.

CNV: Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología.

Vigilancia de la Salud

Erradicación del virus de la poliomielitis y vigilancia de parálisis flácida aguda

Con el fin de cumplir con la estrategia mundial para la erradicación del virus de la poliomielitis, coordinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el 2006 se identificó el número de laboratorios nacionales (592) que podrían albergar cepas de poliovirus (vacunal o salvaje). Además se evaluó cuáles de ellos son de riesgo y por lo tanto ameritan de una inspección certificada para garantizar su seguridad, la cual se estará realizando en el 2007. La vigilancia de patologías que se asemejan clínicamente a la poliomielitis paralítica se trata de optimizar año tras año.

En el 2006 se diagnosticaron 19 casos de parálisis flácida aguda.



Vigilancia de sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita

Durante el 2006, al igual que en los últimos tres años, no se presentaron casos confirmados de estas patologías, lo cual es producto de los niveles altos de cobertura de vacunación existentes en nuestro país.

Vigilancia de la tosferina

Desde enero del 2007, se logró detectar un brote de tos ferina que involucraba en su gran mayoría a infantes menores de seis meses procedentes principalmente de Heredia, Cartago y Alajuela. Durante dicho brote ocurrieron muertes, lo que obligó la rápida participación del Ministerio de Salud; con estrategias de divulgación, actualización de los lineamientos de manejo de la enfermedad e implementación de la “estrategia capullo” que consiste en la vacunación de las madres de todos los recién nacidos en el país, la cual iniciará el 30 de abril del 2007 y se extenderá por un año. Los fondos para la compra de dichas vacunas fueron proporcionados por el Ministerio de Salud; esta estrategia es pionera en el área latinoamericana. Durante este período, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), apoyó al sistema de salud en el diagnóstico de dicha enfermedad y la CCSS llevará a cabo la parte operativa de aplicación de la vacuna.

Vigilancia para la preparación ante la pandemia de influenza y gripe aviar

Para la vigilancia de la influenza, se ha coordinado con las instituciones que prestan servicios de salud, el INCIENSA y el Centro Nacional de Influenza de los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, CDC (NIC), la implementación de cuatro sitios centinela para la vigilancia epidemiológica del virus, en el Hospital Nacional de Niños, Hospital Max Peralta de Cartago, Hospital Blanco Cervantes y en la Clínica de Pavas. Además de la elaboración de planes institucionales en los distintos centros de salud para atender los posibles casos de la enfermedad.

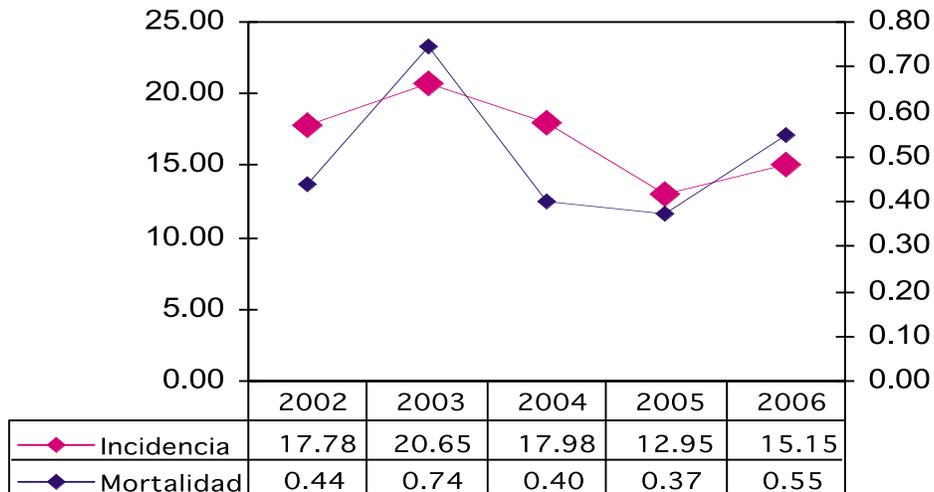
Como logro importante en este campo es el reconocimiento del INCIENSA como parte de la red global de influenza de la OMS (FluNet). Con la colaboración de la OPS/OMS y del CDC, se capacitó a especialistas clínicos y se estimó el impacto de la epidemia con relación a morbilidad y mortalidad.

Con respecto a la influenza aviar, el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) han continuado con las medidas preventivas y cuarentenarias, así como el monitoreo por parte del MAG de alertas o sospechas de la enfermedad en aves importadas o nacionales.

Vigilancia de intoxicaciones agudas con plaguicidas

Durante el año 2006 se registró un total de 617 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas. Con respecto al último quinquenio, la mortalidad y la incidencia presentaron una disminución en los años 2004 y 2005 y se presentó un ascenso en el año 2006.

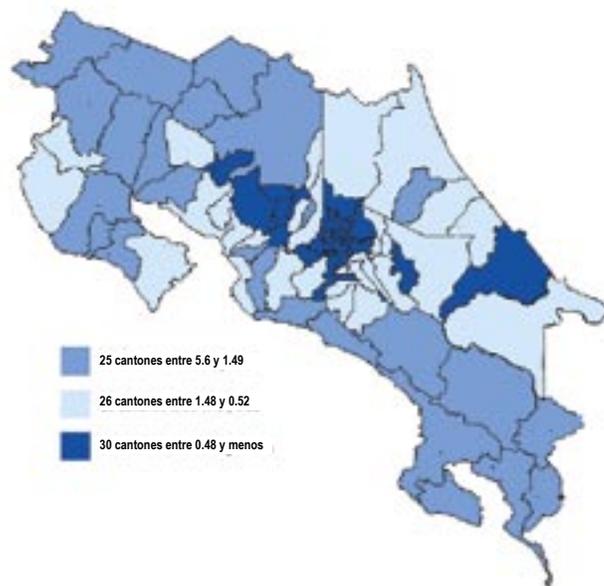
Gráfico N° 2
Incidencia y mortalidad de las intoxicaciones por plaguicidas según año.
Costa Rica, 2002 - 2006
 (Tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Registro de Vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas. Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

En el 2006 el número de personas fallecidas por esta causa fue 24. El modo de intoxicación que causa más muertes en el quinquenio con 86,3% (82 fallecidos), es el de intento de suicidio. El sexo más afectado es el masculino y los grupos de edad con más intoxicaciones son de 15 a 54 años.

Distribución de las intoxicaciones con plaguicidas por cantones según tasa de incidencia quinquenal. Costa Rica, 2002-2006
 (Tasas por 1.000 habitantes)

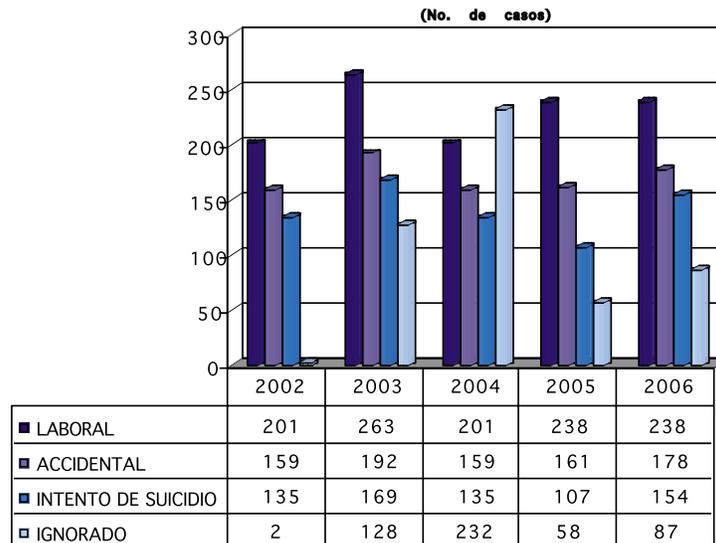


Fuente: Registro de Vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas. Unidad de Vigilancia Epidemiológica.



Los veinticinco cantones con las tasas quinquenales más altas (entre 5,06 y 1,49) se encuentran en las provincias de Guanacaste (8) con la mayor cantidad, Puntarenas (7), Alajuela (7), San José (2) y Limón (1).

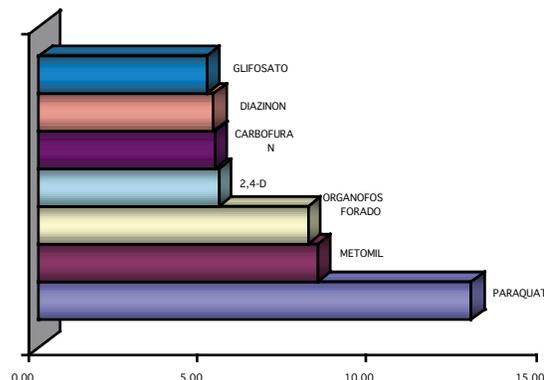
Gráfico N° 3
Intoxicaciones por plaguicidas según modo de intoxicación. Costa Rica, 2002-2006



Fuente: Registro de Vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas. Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

El modo de intoxicación que registra mayor cantidad de casos en el último quinquenio es el laboral con 1130 casos (43%), en segundo lugar el accidental con 862 casos (32%) y en tercer lugar es el intento de suicidio con 680 casos (25%). En todo el quinquenio hubo 2672 personas intoxicadas con plaguicidas.

Gráfico N° 4
Intoxicaciones por plaguicidas más frecuentes según nombre genérico. Costa Rica, 2002- 2006
(Valores porcentuales)



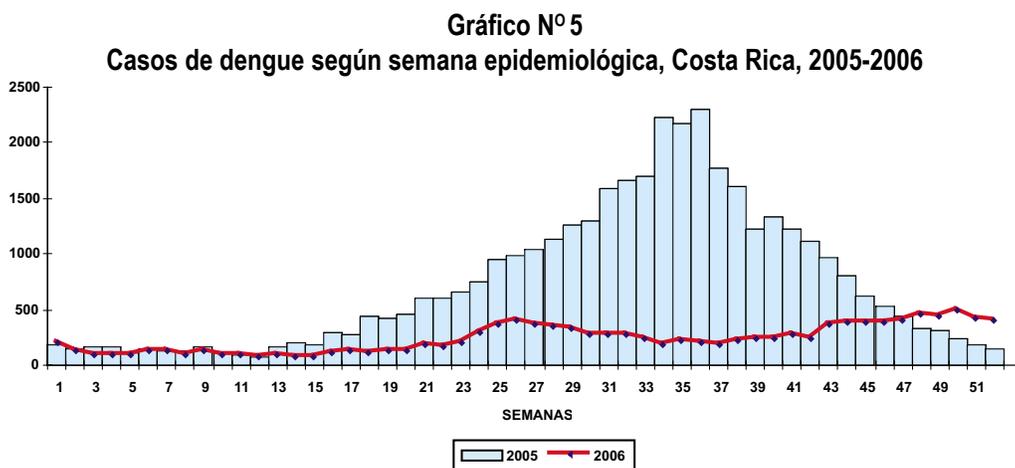
Fuente: Registro de Vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas. Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

Los plaguicidas que con más frecuencia producen intoxicaciones son en primer lugar el paraquat (bipirilos), el segundo puesto el es metomil (carbamatos), el tercer lugar lo ocupa un grupo químico mal clasificado en la boleta de declaración obligatoria, los organofosforados, el cuarto lugar es el 2,4 D (ácido orgánico).

Vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores

Dengue clásico

En el año 2006 se notificaron en el país 12.052 casos de dengue para una tasa de incidencia de 273,8 x 100.000 habitantes, observándose una disminución del 68,2 % con respecto al número de casos del 2005 (37.798 casos para una tasa de incidencia de 873,8 x 100.000 habitantes). Gráfico 5.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud

Las regiones que presentaron las tasas de incidencia (por 10.000 habitantes) más altas fueron: Chorotega (149,6), Huetar Atlántica (41,2), Pacífico Central (73,5) y Brunca (53,1), aportando entre todas el 81,2 % de los casos del país. Los cantones con mayor cantidad de casos y que presentaron las mayores tasas de incidencia (por 1.000 habitantes) fueron: Santa Cruz (59,7), Corredores (29,1), Garabito (25,1), Bagaces (17,2), Golfito (13,6), Cañas (12,8), Liberia (11,3) y Carrillo (9,6). Estos cantones aportaron el 50,0 % (6.036) de los casos del país.

Dengue hemorrágico:

En el 2006 se registraron 72 casos, lo cual representa un incremento del 72% con respecto al año 2005 en el cual se presentaron 52 casos. Las regiones de salud más afectadas fueron la Pacífico Central y la Chorotega (Santa Cruz, Puntarenas y Garabito), las cuales aportaron el 76,4% de los casos del país. La distribución por edad muestra que el grupo más afectado fue el de 10 a 54 años, y el sexo masculino con 41 casos (56,9 %). Se detectaron los serotipos dengue 1 y 2. No se registraron defunciones.

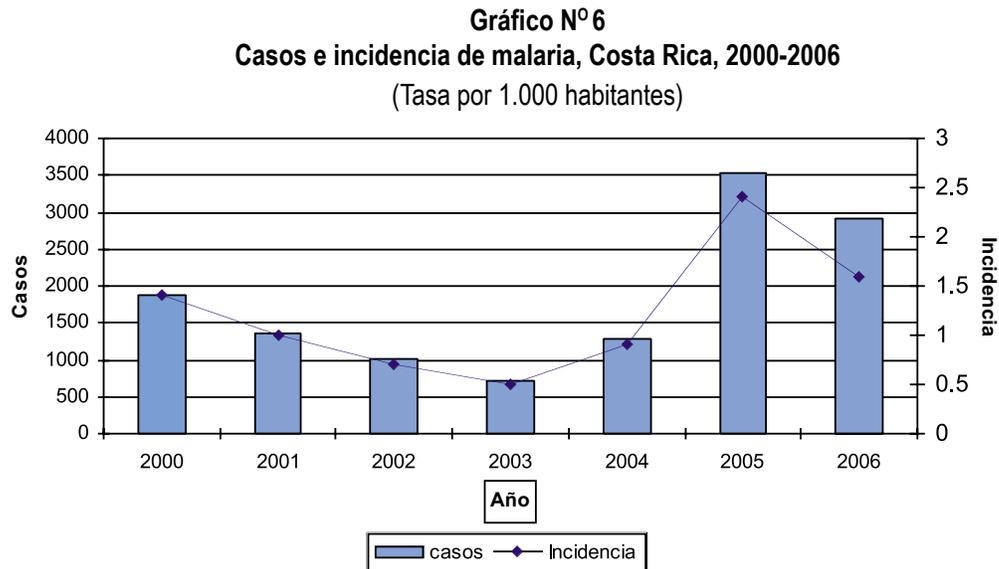
El vector se sigue encontrando en los mismos sitios de reproducción constituidos por depósitos útiles (depósitos de agua para uso doméstico), inservibles (llantas, tarros, chatarra) y, en algunos casos, naturales.

La reducción importante de los casos en el 2006 puede considerarse como un éxito de la salud pública, sobre todo porque la misma se debió en gran parte al fortalecimiento del trabajo en equipo con la CCSS y haber logrado la participación de las comunidades y de las empresas privadas, lo cual es una función clara de la rectoría.



Malaria:

En Costa Rica en los últimos 3 años, se ha detectado un aumento de casos de malaria, principalmente en la Región Huetar Atlántica, específicamente en el cantón de Matina, que ha contribuido el 75,3 % del total de casos del país. Gráfico 6.



Fuente: Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Durante el año 2006, se registraron 2.903 casos de malaria (tasa de 1,8 por 1.000 habitantes), lo cual representa una disminución del 18% con respecto al 2005 en el que se detectaron 3.541 casos. Para la semana 14 de este año, la reducción fue del 50% comparado con la misma semana del año 2006.

La Región Huetar Atlántica (cantones de Matina, Talamanca, Guácimo y Limón) presentó el mayor porcentaje de casos del país (96,7 %) y la mayor tasa de incidencia por 10.000 mil habitantes (68,7). El cantón de Matina aportó el 84,4 % de los casos de la región y el 81,6 % de los casos del país. A pesar de lo anterior, se observó una disminución del 16,5% con respecto al año 2005.

El *Plasmodium vivax* fue el principal agente etiológico, en 2.667 casos (91,9 %); 236 casos (8,2%) fueron causados por *P. falciparum*, el 88,1% fueron causados por infecciones mixtas de *P. vivax* y *P. falciparum* y el 13,5% por *P. falciparum* como única especie.

La distribución de casos por edad muestra que el grupo más afectado fue el de 20 a 24 años y la distribución por sexo muestra que el sexo masculino fue el más afectado 60,0%. El 83,2 % de los casos de malaria por *P. falciparum* se presentó en costarricenses de sexo masculino (54,2%) en edades comprendidas entre los 10 y 49 años (66%), el 16,0 % en nicaragüenses y el 0,4 % en salvadoreños y colombianos. Según ocupación, el 37,1 % de los casos se presentó en jornaleros de las fincas bananeras.

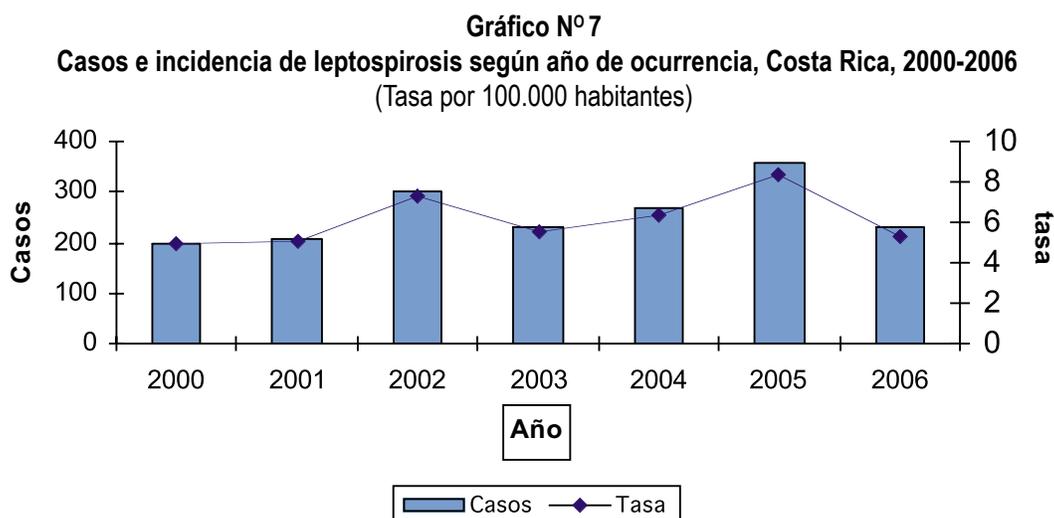
Se logró una reducción significativa en el número de casos en el 2006 e inicios del 2007, a través de una estrategia agresiva y constante, que tomó en consideración la formación de tres grupos de trabajo; un grupo clínico de búsqueda activa de casos, casa por casa y supervisión de la toma del medicamento en los casos ya diagnosticados, un segundo grupo encargado del control del vector por medio de la fumigación, el control biológico y la destrucción de los criaderos, y un tercer grupo de diagnóstico de laboratorio y capacitación de personal. Aunque esta es una función operativa, la misma sigue siendo responsabilidad de este Ministerio, por lo que el liderazgo asumido fue pieza fundamental del éxito. Se analiza la necesidad de trasladar este tipo de actividades a la CCSS, pero de una manera adecuada que no incida negativamente en el control de la epidemia.

Un logro importante para realizar la vigilancia epidemiológica conjunta en el cordón fronterizo Costa Rica-Panamá, ha sido la implementación de un programa de cómputo que facilita el intercambio de información entre ambos países, para la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

Vigilancia de otras enfermedades infecciosas

Leptospirosis

En el año 2006 se registró una disminución del 35,8% de los casos de leptospirosis (229) con relación al año 2005 (357) (Gráfico 7). La distribución por sexo muestra que el 74,7 % de los casos son del sexo masculino con una razón de masculinidad de 3:1. Los grupos de edad más afectados fueron el de 10 a 29 años (52,8 %) y el de 35 a 49 años (23,1 %) relacionados con labores agroindustriales.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud

Diarreas:

La enfermedad diarreica aguda (EDA) viene ocupando desde 1998, la segunda causa de morbilidad en el registro colectivo del grupo de enfermedades de declaración obligatoria. Por este motivo, y ante la preocupación de las autoridades del Ministerio de Salud, se conformó una comisión para



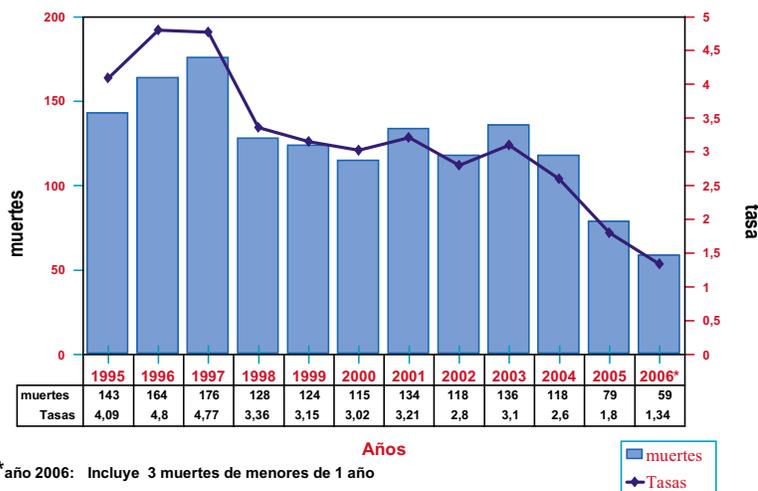
la vigilancia epidemiológica de este evento, integrada por funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud, y el INCIENSA. Durante el año 2006 se observó una disminución en el número de casos de diarrea en las regiones de salud, con excepción de la Chorotega y Central Norte (Cuadro 1).

Cuadro N° 1
Incidencia de diarrea aguda, según región de salud, Costa Rica 2005-2006

Región de Salud	Número de casos	
	2005	2006
Huetar Atlántica	4068.6	36.9
Central Sur	3010.0	1007.5
Huetar Norte	1415.0	1231.4
Central Este	3799.0	2840.2
Occidental	3887.0	3372.3
Pacífico Central	6960.0	4015.3
Brunca	4858.0	4453.4
Chorotega	4347.0	4776.4
Central Norte	4778.0	5234.8

En el año 2006 se presentó un total de 59 muertes por diarreas, para una tasa ajustada de 1,34 por 100.000 habitantes, lo que representa una disminución del 33,9% de las muertes con respecto al año anterior.

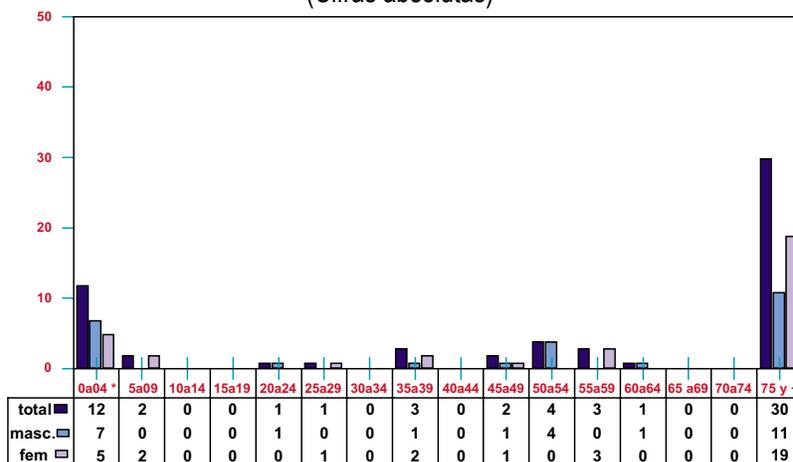
Gráfico N° 8
Mortalidad por diarreas según año. Costa Rica 1995-2006
(Tasa ajustada por 1.000 habitantes)



Año 2006: Incluye 3 muertes de menores de 1 año
Fuente: INEC-Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

El 56% de las muertes correspondió a mujeres. El grupo de edad más afectado es el de 75 y más años con un total de 30 muertes (28,77 por cada 100.000 habitantes). Este último hallazgo es motivo de preocupación por lo que ya se está coordinando la realización de un estudio epidemiológico con las instancias correspondientes que identifiquen los factores de riesgo asociados a estas muertes en la población de adultos mayores.

Gráfico N° 9
Mortalidad por diarreas según grupo de edad y sexo. Costa Rica 2006
 (Cifras absolutas)



*Incluye 3 muertes de menores de 1 año
 Fuente: INEC-Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Un logro importante ha sido el reconocimiento regional del INCIENSA en el campo de la vigilancia de la inocuidad de alimentos por bacterias como la *Salmonella sp.* con posibilidad de convertirse en el Centro Regional de un programa de la OMS que brindaría apoyo a Centro América, Panamá, Cuba, República Dominicana y México. Esto, contribuirá a mejorar la vigilancia y el control de la enfermedad diarreica aguda, así como de otros padecimientos relacionados con esta bacteria.

Tuberculosis:

En cumplimiento del Plan Nacional para el Control de la Tuberculosis (PNTB), el Ministerio de Salud en coordinación con la CCSS realizaron en el 2006 el primer análisis longitudinal a nivel nacional, de la cohorte de casos de tuberculosis del 2004, a fin de obtener información acerca de la atención, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas. A continuación se presentan los logros del programa:

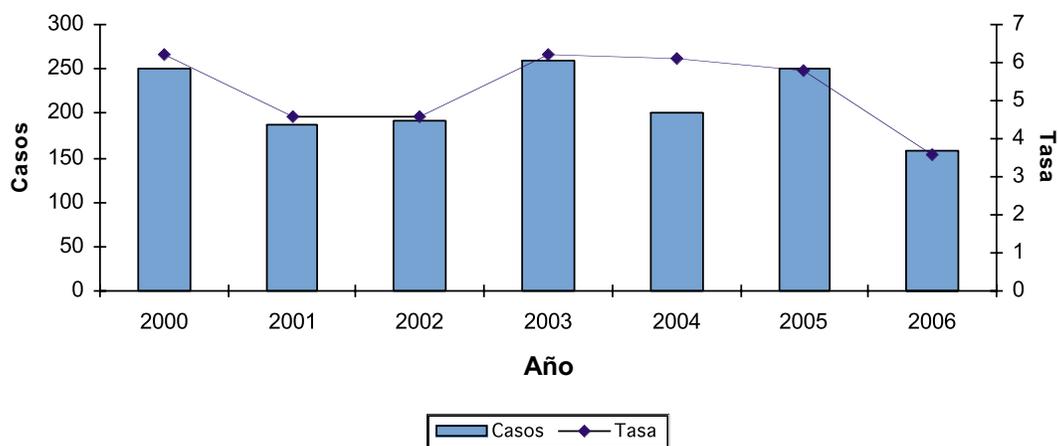
- a) Fortalecimiento del recurso humano que permite garantizar la captación oportuna del paciente sintomático respiratorio (SR)
- b) Fortalecimiento de la infraestructura de los laboratorios que permita el acceso al diagnóstico bacteriológico.
- c) Dotación de medicamentos antifimicos a todos los establecimientos de salud y el tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos, implementación de estrategia DOTS (tratamiento supervisado dosis oral en inglés) en un 100%.
- d) El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis tiene continuidad y cobertura nacional.
- e) La creación de la Fundación Pro-ayuda al Enfermo Tuberculoso
- f) Elaboración de la guía de Manejo de la Coinfección de TB-VIH y sida
- g) Evaluación por primera vez en Costa Rica del Proyecto DOTS PLUS (DOTS más) en pacientes multidrogoresistentes por consultores de la OMS.



VIH y sida

Durante el año 2006 se registraron 157 casos de VIH y sida (cifras preliminares), para una incidencia de 3,6 /100.000 habitantes. El 85,3 % (134 casos) corresponden al sexo masculino. La razón de masculinidad fue de 5,8:1. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 44 años (79,7 %). Gráfico 7.

Gráfico N° 10
Casos e incidencia de VIH/SIDA según año de ocurrencia. Costa Rica, 2000-2006
 (Tasa por 100.000 habitantes)

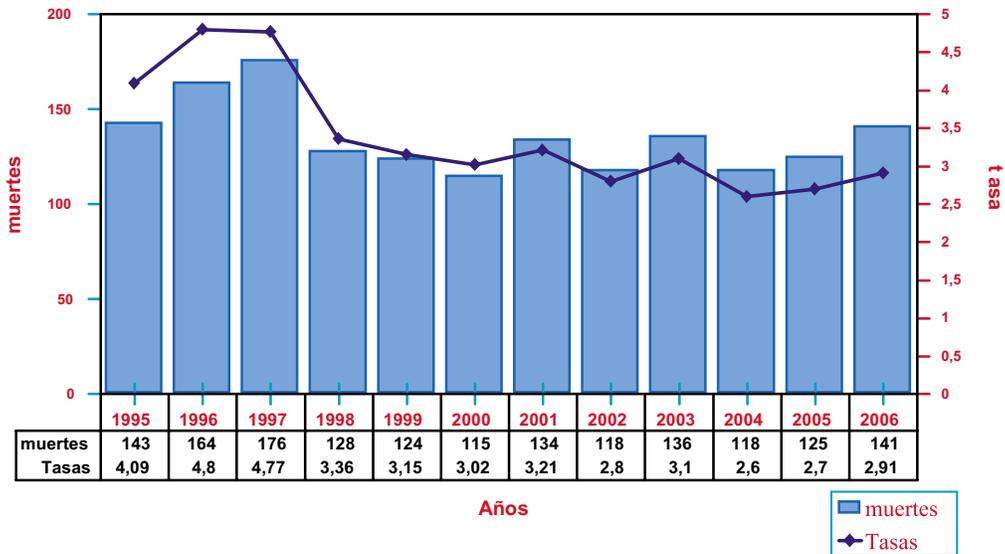


Fuente: Unidad de Análisis Estadístico. Ministerio de Salud

Las provincias que registraron la mayor cantidad de casos fueron: San José (88), Heredia (21) y Alajuela (17), generando el 80,2 % del total registrados en el país. Los cantones con mayor cantidad de casos registrados fueron: San José (38), Alajuela (11), Goicoechea (11), Heredia (8) y Tibás (7), generando el 47,8 % de los casos del país.

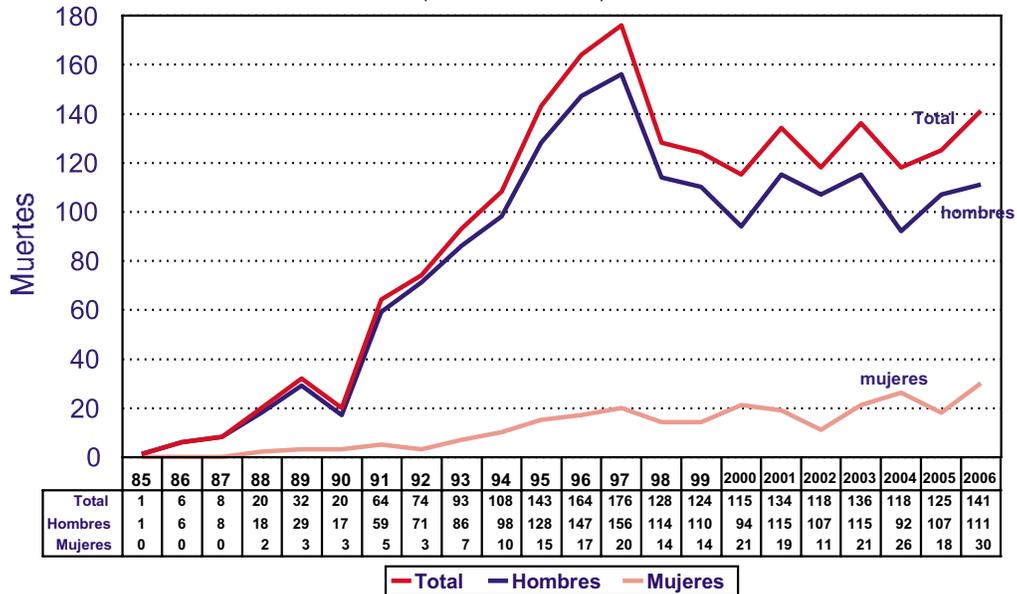
En el año 2006 se registró un total de 141 muertes por VIH y Sida, con una tasa ajustada de 2,91 por 100.000 habitantes, lo que representa un incremento del 11,35 % con respecto al año anterior. Ciento once muertes correspondieron al sexo masculino, lo que representa un 7,8%, las restantes 30 muertes se dieron en personas del sexo femenino

Gráfico N° 11
Mortalidad por VIH y sida según año. Costa Rica 1995-2006
 (Tasa ajustada por 1000 habitantes)



Fuente: INEC-Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Gráfico N° 12
Mortalidad por VIH y sida según año sexo. Costa Rica 1985-2006
 (Cifras absolutas)



Fuente: INEC-Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud



Vigilancia nutricional

Canasta Básica Alimentaria.

En coordinación con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) se desarrolló la metodología y la definición de lineamientos técnicos para elaborar la estructura de la canasta básica alimentaria con base en la Encuesta de Ingresos y Gastos del 2004. Esta nueva estructura permitirá una mejor identificación de las líneas de pobreza del país.

Patrones de crecimiento

Se condujo la elaboración de instrumentos y acciones para mejorar la atención en salud y nutrición de grupos prioritarios de población mediante la coordinación interinstitucional, lo cual condujo a la oficialización de las nuevas gráficas para la vigilancia del crecimiento y estado nutricional de la población menor de 20 años.

Para los niños y niñas menores de cinco años de edad se diseñaron las gráficas de peso para edad, peso para talla y talla para edad según sexo, utilizando como referencia el nuevo patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud.

En el caso de hombres y mujeres de cinco a diecinueve años de edad se elaboraron las gráficas de índice de masa corporal según sexo y edad, utilizando como patrón de referencia el del National Center for Health Statistics (NCHS).

Vigilancia de la mortalidad materna e infantil

Los resultados para el 2006, señalan que la tasa de mortalidad infantil se estabilizó en 9,7 por mil nacimientos, con una disminución en el número total de defunciones infantiles de 700 en el 2005 a 692 en el 2006.

La tasa de mortalidad materna, disminuyó en el año 2006. Se registraron 28 defunciones para una tasa de 3,93 por mil nacimientos, la cual fue inferior a la registrada en el 2005 en el cual ocurrieron 29 muertes maternas, con una tasa de 4,05 por mil nacimientos.

Gracias a la coordinación establecida con el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) se logró reducir el subregistro a casi cero en la mortalidad materna y a menos de un 5% en la mortalidad infantil.

Vigilancia de la población migrante

Por segundo año consecutivo se realizó el análisis de las necesidades en salud familiar de la población migrante y de la respuesta que los servicios de salud le ofrecen a este grupo. Las nueve regiones del Ministerio de Salud fueron capacitadas sobre los temas mencionados

Instrumentalización de la Promoción de la Salud

Desde 1986 con la firma de la carta de Ottawa que destaca los compromisos adquiridos por los países participantes durante la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Costa Rica, al igual que los demás países, se comprometió a impulsar la promoción de la salud para actuar sobre los determinantes de ésta.

Tomando en consideración los compromisos adquiridos por el país en los diferentes foros, conferencias y convenios internacionales relacionados con la salud y sobre todo con promoción de la salud, así como los compromisos de las autoridades de gobierno para el período 2006-2010; el Ministerio de Salud dirige sus esfuerzos a hacer efectivo el compromiso de situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas.

Además, la presente administración, asume el compromiso de hacer de la promoción de la salud, el eje transversal de todas sus actividades, donde la responsabilidad esencial gubernamental consiste en proporcionar a las comunidades las herramientas necesarias para ejercer con participación ciudadana inteligente su derecho a la salud, fomentando la participación no sólo de las comunidades, sino también de la sociedad civil y que sea un requisito de las buenas prácticas empresariales.

Bajo el lema “De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud” el Ministerio de Salud asume el reto de hacer de promoción de la salud, la estrategia maestra para el ejercicio de la rectoría sobre el Sistema Nacional de Producción Social de la Salud tal como se planteó anteriormente.

El cambio de paradigma, de pasar de la atención de la enfermedad a la promoción de la salud, requiere aceptar por parte de la sociedad que la salud es un derecho de todos y una responsabilidad del Estado. Además de un cambio en la forma de hacer las cosas, es pensar en salud como bienestar e incorporar la promoción de la salud en cada una de las funciones rectoras; posicionando la promoción de la salud con sus líneas de acción en la agenda de los tomadores de decisión a todo nivel y en todos los sectores. Consiste, en conceptualizar a la salud como el producto de todas las interacciones y actividades humanas, donde sus determinantes van más allá de la esfera propia del Sector Salud e involucra las acciones de las instituciones fuera del sector.

Promoción de la actividad física

Se conformó la Red Costarricense de Actividad Física y Salud (RECAFIS) como parte del esfuerzo de abogacía, con el fin de contribuir a reducir las enfermedades crónicas no transmisibles y tener una población más saludable.

Esta red está constituida por Decreto Ejecutivo N° 32886-S-C-MEIC-MTSS-MP-G del año 2006 y representa un esfuerzo de articulación de instituciones gubernamentales, Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) y de la sociedad civil para promover la actividad física en todas sus modalidades, como uno de los componentes fundamentales de estilos de vida saludables.



Otro logro importante es la elaboración del Plan Estratégico Nacional 2006-2010 para la Promoción de la Actividad Física para la Salud el cual está alineado a la Estrategia Mundial de Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud promovido por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud. Este plan impulsado, por el Despacho del Viceministro de Salud, está alineado con el nuevo modelo conceptual estratégico planteado.

Además en los planes programas y proyectos derivados del plan estratégico nacional se hace clara integración con otros componentes como la alimentación saludable, la salud mental y prevención del tabaquismo y otras adicciones.

Programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo”

El programa “Aprendo a Valerme por Mi Mismo” desarrollado por el Instituto de Alcoholismo y Fármaco Dependencia (IAFA) logró una cobertura total de 105.523 personas, durante el año 2006, permitiendo capacitar a niños, niñas y personal docente de los niveles de cuarto, quinto y sexto grado de 300 escuelas primarias, localizadas en 52 cantones del país. Para ello se contó con el apoyo de 2.982 agentes multiplicadores, los cuales reproducen los conocimientos adquiridos.

Recientemente se firmó un convenio con el Ministerio de Educación Pública (MEP) el cual permitirá capacitar a todos los docentes de segundo ciclo para la reproducción de este programa.

“Espacios Libres de Humo del Tabaco”

Esta estrategia, la cual se lleva a cabo en los tres niveles de gestión del Ministerio de Salud, promueve la creación de espacios libres de humo en distintos escenarios tales como: empresas, centros educativos, establecimientos de salud, establecimientos comerciales, instituciones gubernamentales entre otras. Como parte de la estrategia se impulsa la cesación del fumado en la población general. Un logro importante del período es la creación de la Red de Espacios Libres de Tabaco de Limón.

Además se certificaron como “Espacios Libres de Humo de Tabaco” a nivel nacional 103 nuevos establecimientos.

Red de “Cantones Ecológicos y Saludables”

Para controlar los determinantes de la salud se requiere de procesos que integren acciones de las instituciones del Estado, las ONG's, y la sociedad civil. El Ministerio de Salud ha implementado acciones para abogar ante los Consejos Municipales y sus Alcaldes para que asuman la estrategia de Cantones Ecológicos y Saludables impulsada por la OPS/OMS, a la vez que ha promovido la participación social real, conciente, activa e informada.

En el año 2006 se implementó el “Plan Estratégico Nacional de la Red de Cantones Ecológicos y Saludables” que busca facilitar los espacios de coordinación y concertación intersectorial en los cantones del país que integran la red para el logro de una mejor calidad de vida y el desarrollo humano sostenible en el marco de la promoción de la salud y en cumplimiento de las Metas de los Objetivos del Milenio.

Abogacía para educación formal

El Ministerio de Salud realizó diversas gestiones para lograr la incorporación de los contenidos en alimentación saludable, salud mental y actividad física en el tema transversal “salud” de la currícula del programa de la educación básica del primer y segundo ciclo.

Estrategia 5 al Día-Costa Rica

En el marco de la Estrategia Mundial Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se concretó el desarrollo de la “Estrategia 5 al Día- Costa Rica” como un componente clave para promover la salud y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles.

Esta estrategia consiste en promover el consumo de frutas y vegetales en al menos cinco porciones diarias por parte de toda la población.

Alimentación y nutrición

Metas Nutricionales Nacionales

Uno de los logros obtenidos ha sido la actualización de las Metas Nutricionales para Costa Rica que ha sido un producto coordinado por la Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias para Costa Rica la cual tiene su coordinación en el Ministerio de Salud. Este ha sido un esfuerzo conjunto de diversas instituciones y sectores y que posiciona a Costa Rica como país líder en la región centroamericana en la temática de guías alimentarias.

Seguridad alimentaria y nutricional

Actualmente funcionan 42 Consejos Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COSAN) distribuidos en todo el país. Entre ellos destaca el COSAN de Upala el cual ha desarrollado entre otros proyectos:

- Mejoramiento de la disposición de excretas: en 35 comunidades del cantón, 500 familias beneficiarias. Proyecto aprobado por el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) por la suma de ₡80.191.915 para el 2007.
- Huertos Mixtos (Proyecto Amigable con el Ambiente): en 10 comunidades fronterizas (100



familias beneficiadas), con una inversión de ¢63.000.000 en el 2006.

- Productos derivados del maíz y microinvernadero: gestionados por el INCAP/OPS para ser financiados con fondos de la cooperación del Gobierno de Bélgica, por un monto de ¢1.200.000 y ¢3.490.634 respectivamente.

Un logro importante en el campo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades infectocontagiosas fue el proceso de sensibilización y capacitación a directores de los principales medios de comunicación nacional, a fin de promover el protocolo para el lavado de manos y el protocolo del tosido y el estornudo y la elaboración de un plan estratégico de comunicación, como acciones preparatorias para una eventual epidemia de gripe aviar y la pandemia de influenza.

Regulación de la Salud

Regulación de alimentos

Ácidos grasos-trans

Estudios realizados por la Universidad de Harvard en el año 1994 detectaron la presencia de un alto contenido de ácidos grasos trans en los aceites de consumo nacional, cuyo consumo constituye un alto riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Debido a lo anterior el Ministerio de Salud en conjunto con el INCIENSA negociaron con los representantes de la industria de grasas y aceites la reducción, de manera significativa, el contenido de estos ácidos grasos de manera que no representen un riesgo para la salud de la población.

Otro logro importante en este campo consiste en la elaboración de una tabla de composición de alimentos, que incluye el contenido de ácidos grasos trans y micronutrientes de consumo nacional. Esta tabla es la primera de este tipo en Centroamérica, y su elaboración fue coordinada por el INCIENSA. Su utilización permitirá a la población mejorar la calidad de su alimentación.

Fortificación de alimentos.

En coordinación con la industria alimentaria y el INCIENSA, se monitorea la calidad de los alimentos fortificados por ley, como la harina de trigo y de maíz, la leche, la sal y el azúcar. Estas acciones han permitido que la población reciba los nutrientes (hierro, folatos, yodo y vitamina A), que están deficientes en su alimentación y han contribuido a la reducción de más del 60% de los defectos congénitos del tubo neural, así como un descenso en las anemias que afectan a las mujeres en la edad reproductiva. Mediante el decreto No 33124-S se modifica el decreto No 30031-S sobre la fortificación de arroz, en el cual se introduce el agregado de vitamina B12, zinc, selenio y vitamina E, además de ácido fólico, tiamina y niacina.

Para lo anterior fue necesario coordinar con el sector industrial el desarrollo de una tecnología de fortificación resistente al lavado del arroz por ser ésta una práctica común en la población costarricense.

El programa de fluoración y yodación de la sal que coordina el INCIENSA, único en Latinoamérica, ha tenido un impacto importante en la salud oral de los niños y niñas menores de doce años, el cual se evidenció mediante una encuesta realizada por la Universidad de Costa Rica, la cual mostró una disminución en la prevalencia de caries dentales, al obtenerse un índice CPOD de 2,5 en estas poblaciones (OPS/OMS recomienda un índice menor de 3).

Por otra parte, y dentro del marco del proceso de integración centroamericana, Costa Rica, en conjunto con la OPS/OMS, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y el CDC de los Estados Unidos, logró que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) aprobara un proyecto para el fortalecimiento de los programas de fortificación de alimentos y suplementación con micronutrientes en el área centroamericana. Esto, con el propósito de reducir la mortalidad infantil y las deficiencias de vitaminas y minerales en la población, cuya ejecución se hará en el transcurso de este año.

Provisión de Servicios de Salud de Atención a las Personas

Fortalecimiento y modernización de los CEN y los CINAI

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 establece la articulación de las políticas de atención integral a la niñez y adolescencia en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión social, mediante programas y acciones orientadas por criterios de corresponsabilidad, equidad de género e interés superior de niños, niñas y adolescentes.

En ese contexto, se planteó el fortalecimiento y modernización de los CEN y los CINAI, de acuerdo al siguiente modelo conceptual:

Nutrición preventiva: Desarrollo de estrategias, servicios y proyectos para la prevención de malnutrición (carencias ó exceso de nutrientes), así como la adopción de conocimientos, actitudes y prácticas saludables en clientes y beneficiarios.

Atención y protección diaria: Servicios cotidianos en establecimientos CEN-CINAI, donde los niños/as en riesgo de salud permanecen en un entorno favorable, sano, seguro y estimulante; y reciben atención por medio de relaciones afectuosas, para propiciar su óptimo desarrollo.

Promoción del crecimiento y desarrollo: Implementación de estrategias, servicios y proyectos que aseguren la atención óptima del niño/niña menor de 13 años para el desarrollo de su potencial como sujeto integral de derechos.

Para favorecer lo anterior y fortalecer el Programa, se presentó a la Asamblea Legislativa el proyecto de creación del Instituto Nacional de Desarrollo Infantil (INDI) adscrito al Ministerio de Salud. Además se acaba de concluir un proceso de desarrollo organizacional para alinear la organización del ente adscrito al marco estratégico y conceptual del Ministerio de Salud.



Otro logro importante para el cumplimiento de las metas del PND 2006-2010, lo constituye la transferencia de ¢1,608 millones de FODESAF al Ministerio de Salud para realizar las obras de remodelación, ampliación y construcción de los CEN y los CINAI.

El fortalecimiento de estos centros, permite al MS proyectarse a largo plazo mediante la preparación adecuada de los adultos y adultas del futuro, la introducción de conceptos de equidad, oportunidad, disminución de la violencia, prevención de la drogadicción, y le da un enfoque de género al permitir que madres jefas de hogar puedan trabajar mientras un equipo interdisciplinario prepara a sus hijos e hijas de cara a los retos del futuro. Por ende este proyecto contribuye a la reducción de la pobreza.

Centro de atención integral para la prevención y control del uso de drogas psicoactivas, en personas menores en condición de exclusión social.

Para el año 2007, se programó la construcción y equipamiento del inmueble que albergará el centro de atención, contándose con la aprobación para la contratación directa de parte de la Contraloría General de la República. El concurso para la construcción de la obra, no ha sido adjudicado aún, ya que se encuentra en una fase de revisión interna y externa de la única oferta recibida.

El IAFA cuenta con el presupuesto para la construcción del Centro que albergará 60 camas para niños y niñas en alta vulnerabilidad social.

Acción estratégica II: Acciones de Promoción y Protección del Hábitat Humano para un Mayor Bienestar y Calidad de Vida de la Población

Regulación de factores de riesgo ambiental

Desde el inicio de la presente Administración, el problema de la gestión de residuos sólidos en diversas comunidades ha sido prioridad para el Despacho Ministerial. Con el fin de fungir como mediador y facilitador, el Ministerio de Salud ha realizado gestiones para resolver este problema en coordinación con las municipalidades, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM) y la Defensoría de los Habitantes.

En el caso del problema del Cantón de Tibás, el Ministerio de Salud, ha dado seguimiento dentro del marco de la Ley General de Salud y el Decreto 22518-S (Emergencia Nacional para Vigilancia y Control del mosquito *Aedes aegypti*). Del mismo modo, se han atendido y canalizado múltiples denuncias de tibaseños preocupados por este problema cantonal, a pesar de que a la fecha el problema aún no se ha resuelto.

Relleno sanitario de Río Azul:

Con el objetivo de encontrar una solución a la problemática del Relleno Sanitario de Río Azul, el 19 de setiembre del 2005, se firmó el Convenio de Cooperación Ministerio de Salud, Municipalidad de Curridabat, Municipalidad de La Unión y la Federación Municipal Regional del Este para el cierre

técnico y operación de un Relleno Sanitario Regional en Río Azul.

Se han realizado múltiples inspecciones y el levantamiento poligonal del relleno sanitario, así como diversos estudios realizados por la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias y empresas consultoras especialistas en el tema.

Actualmente, el Despacho Ministerial coordina los controles necesarios con el fin de lograr un adecuado cierre técnico y un post-cierre idóneo, para impedir que pueda ponerse en peligro la integridad física de los habitantes de la zona.

Otras gestiones en manejo de residuos sólidos:

1. Participación en el Programa Integrado para la Gestión de los Productos Químicos y Residuos.
2. Abordaje de los problemas de residuos sólidos en Limón y Guanacaste.
3. Participación en las consultas de los Convenios de Róterdam y Basilea.
4. Apoyo a la revisión del Reglamento de la Creación del Sistema Nacional de Manejo de Residuos Electrónicos, propuesto por un Comité Técnico integrado por el Poder Ejecutivo, ONG's, Cámaras y la empresa privada.
5. Elaboración del Reglamento de Disposición y Reciclaje de los Residuos Electrónicos, reglamento pionero en las Américas.
6. El septiembre del 06, se concluye el PRESOL (Plan Nacional para los Residuos Sólidos)

Proyecto "Ciudades Limpias"

El Proyecto "Ciudades Limpias" se desarrolla como una estrategia del Ministerio de Salud para orientar, conducir, asesorar y capacitar a las comunidades, a través de los gobiernos locales, en el manejo de residuos sólidos, hasta lograr la coordinación, reflejada en un plan piloto o proyecto comunal, que permita la búsqueda de soluciones conjuntas. Los objetivos del proyecto son: la generación de empleos y la motivación para la búsqueda de sostenibilidad de los proyectos comunales.

Durante el 2006 y lo que va del 2007, se hizo entrega del Centro de Acopio (Remodelación) y la compactadora de plástico, cartón y lata al Cantón de San Rafael de Heredia. Se inauguró en Centro de Acopio modelo del Cantón de Orotina y se donó la compactadora al Cantón de Jiménez de Cartago. Además, con ayuda de la Agencia de Cooperación Internacional Japonesa (JICA), se confeccionó un disco compacto multimedia educativo sobre el manejo integral de residuos.

Para el año en curso, quedan pendientes de entrega las compactadoras de los cantones de Tibás, Aserri, Naranjo, Orotina y Alajuelita; y la construcción de los Centros de Acopio de los cantones de Abangares, Alajuelita, Tibás, Jiménez de Cartago, Aserri y Naranjo.



Como apoyo adicional, el Proyecto pretende donar mesas de trabajo, molinos y vehículos como motivación a los cantones participantes que han llevado el Proyecto con éxito.

Ciudades Limpias es un proyecto estratégico que cumple con las funciones del Ministerio de Salud como ente rector: gobierno de alta gerencia, canalización de recursos, planificación, gestión del tema, gestión del tema, gerencia pública, rectoría institucional y descentralización.

Regulación de productos de interés sanitario

En coordinación con el Ministerio de Comercio Exterior (COMEX), se elaboró el proyecto de Reglamento de Propiedad Intelectual, el cual establece medidas para garantizar la protección de los datos de prueba para los medicamentos y con ello no afectar el acceso a los mismos.

Además, en el contexto del Proyecto de la Unión Aduanera Centroamericana se aprobaron los reglamentos de registro, permisos de funcionamiento y buenas prácticas de manufactura de la industria de alimentos; registro y control de calidad de cosméticos, etiquetado de medicamentos, registro y calidad de productos de aseo e higiene personal. Esto permitirá en un corto plazo el reconocimiento de estos registros dentro de la Región Centroamericana, con lo cual se facilitará en el intercambio comercial sin bajar los estándares de calidad.

El Ministerio de Salud participa en la Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica a fin de contar con normativa que se adopte en todos los países participantes y para ello se elaboró la guía de inspección de buenas prácticas de manufactura de medicamentos, se establecieron criterios para los estudios de bioequivalencia., se realizaron estudios comparativos de registro de medicamentos entre los países participantes de la Red y también se establecieron criterios para medicamentos de libre venta.

Vigilancia de factores de riesgo ambiental

Sistema de vigilancia de los niveles de contaminantes en las microcuencas que componen la Subcuenca del Río Virilla

Comprende la implementación de diversas acciones entre las que se encuentran:

- Metodologías que permitan determinar los niveles de contaminación en los cuerpos de agua que componen la Subcuenca del Río Virilla.
- Evaluaciones sistemáticas de las concentraciones de contaminantes presentes en el aire ambiente en dichos puntos.
- Transferencia de información y divulgación de los datos generados así como los espacios de discusión pertinentes con el fin de proponer soluciones a las deficiencias encontradas.
- Proyectos en la identificación, diagnóstico y resolución de problemas asociados con la emisión de contaminantes al medio ambiente producto de actividades comerciales, industriales y particulares

Monitoreo de la calidad del aire en el Gran Área Metropolitana

El Ministerio de Salud en coordinación con el Laboratorio PROCAME de la Universidad Nacional, las Municipalidades de Alajuela, San José y Heredia, desarrollan un sistema de vigilancia del estado de la calidad del aire en las tres cabeceras de provincia, con el fin de implementar:

- Metodologías que permitan evaluar el estado de la calidad del aire en los cantones Centrales de Heredia, San José y Alajuela y sus relaciones con índices de calidad de vida de los ciudadanos.
- Evaluaciones sistemáticas de las concentraciones de contaminantes presentes en el aire ambiente en dichos puntos.
- Transferencia de información y divulgación de los datos generados así como los espacios de discusión pertinentes con el fin de proponer soluciones a las deficiencias encontradas.
- Proyectos en la identificación, diagnóstico y resolución de problemas asociados con la emisión de contaminantes al medio ambiente producto de actividades comerciales, industriales y particulares

Ejecución del proyecto: Convenio SwissContact- Ministerio d Salud.

Este convenio permitió hacer el levantamiento y georreferenciación de 140 industrias ubicadas en Barrio Cuba, Merced y La Uruca. Además se estableció el Sistema Georreferenciado en Ambiente y Salud (SIGAS) el cual permitirá emitir la Certificación de Calidad del Agua.

Acción estratégica III: Programa de Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva de las Instituciones del Sector

Función de Regulación de la Salud

Evaluación de la calidad del primer nivel de atención

Se elaboró y publicó el “Informe Nacional de la Evaluación de la Atención Integral en el I Nivel para el periodo 2000-2004”, el cual ha sido ampliamente distribuido, y se estableció el compromiso de iniciar el abordaje de las principales deficiencias y necesidades por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Habilitación de los establecimientos de la red de servicios de atención integral

Entre marzo de 2006 y marzo de 2007, se registraron 2.741 establecimientos de salud y afines. Los consultorios médicos y los odontológicos, corresponden a un 48% de los establecimientos registrados, le siguen las farmacias con un 11.5%. Se habilitaron 1581 establecimientos. La Región Central Sur, concentra el 34,3% de los establecimientos habilitados.



Otro componente de la regulación es la evaluación de hospitales públicos de los cuales se evaluaron 28. De ellos tres nacionales, cinco especializados que incluye el Albergue del Instituto Nacional de Seguros (INS), siete hospitales regionales y trece hospitales periféricos, de los hallazgos resaltan los siguientes:

- El Hospital doctor Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón, ha cumplido con un 90% de los ítems contemplados en la normativa, convirtiéndolo en uno de los hospitales públicos más próximo a cumplir con la habilitación. Una situación similar presenta el Hospital de los Chiles, con un avance de cumplimiento del 70%.
- Escasez del recurso humano, con situación crítica en la disponibilidad de profesionales en: anestesiología, emergencias, enfermería y mantenimiento. Se determinó una necesidad moderada de profesionales en: 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 un recargo de funciones en el personal que brinda atención directa.

Ante los hallazgos descritos anteriormente la Ministra de Salud, en ejercicio de la función de dirección política solicitó a las autoridades de la CCSS la definición de un Plan de Acción Estratégico, que contempla varias acciones:

1. Dotación del recurso humano (corto, mediano y largo plazo) principalmente en personal de enfermería, medicina y farmacia, para ser ubicados en orden de importancia en: hospitales regionales, hospitales periféricos tipo 2, periféricos tipo 1, luego los hospitales periféricos tipo 3 y por último en los hospitales nacionales.
2. Desarrollo de la infraestructura hospitalaria en las siguientes áreas: rediseño y rehabilitación de las instalaciones sobre todo a nivel de hospitales nacionales; reforzamiento del Plan de Mantenimiento Hospitalario; diseño de nuevas estructuras y construcción de nuevas obras.
3. Definición de planes remediales en los hospitales evaluados y girar las respectivas órdenes sanitarias a todas las autoridades superiores de la CCSS, dado que este nivel es el encargado de la aprobación de los fondos para corregir las deficiencias en las unidades desconcentradas.

Habilitación de centros infantiles

El Consejo de Atención Integral (CAI), coordinado por la Viceministra de Salud, habilitó 290 centros infantiles y capacitó al personal de las Áreas Rectoras y Regiones de Salud en los siguientes temas: Ley 8017, Normas de Habilitación de Centros Infantiles y Hogares Comunitarios, permitiendo esta la unificación de criterios al momento de realizar la solicitud para la habilitación de los mismos. Estas actividades encaminadas en pro del bienestar de los niños y niñas de 0 a 12 años de todo el país.

Normalización

En este campo, se concluyó con la elaboración de la normativa para habilitación de consultorios de diversas especialidades: enfermería; establecimientos de adulto mayor y de cuidados paliativos. Además se aprobó el instrumento para la clasificación de establecimientos de salud y afines de acuerdo con criterios de complejidad de los servicios y se completaron los instrumentos para la supervisión capacitante con el fin de formular un programa de capacitación para evaluadores.

Acreditación de Servicios de Salud y Afines

Se evaluaron y acreditaron de forma completa un total de siete establecimientos de Cuidados Paliativos y Control del Dolor.

Se oficializó la Norma de Acreditación, Cuestionario de Evaluación y el Manual del Auditor para los Establecimientos de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor y se realizó la presentación del Manual de Normas de Acreditación para los Establecimientos de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor a los miembros de la Junta Rectora de CONAPAM.

Evaluación tecnológica en salud

En coordinación con la CCSS y el Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC) se implementó la primera fase de concertación para consolidar un equipo interinstitucional para la evaluación de tecnologías en salud y para la definición del tipo de recurso humano que a futuro requieran las instituciones de salud para cumplir con esta función esencial en salud pública.

Acción estratégica IV: Plan de provisión de recursos de infraestructura, humanos, tecnológicos y financieros en salud con calidad, seguridad y accesibilidad

Regulación de la Salud

Proyecto de recuperación de la red de servicios de atención integral de salud

La Dirección de Servicios de Salud hizo entrega formal a las autoridades de la CCSS de la información que las Unidades de Habilitación y Evaluación han sistematizado sobre situación de planta física y dotación de recursos humanos en los establecimientos de salud a su cargo, con énfasis en Sedes de EBAIS del I nivel y en hospitales generales. Esta información es un insumo para la elaboración del Plan Estratégico Institucional.

Mejora de infraestructura física y tecnológica de las Áreas Rectoras de Salud

Durante el presente año se remodelaron con fondos del Proyecto BID-1451 las sedes de cinco Áreas de Salud las cuales se detallan en el cuadro 2.



Asimismo con el fin de fortalecer los recursos tecnológicos de las Areas de Salud, se adquirieron equipos para apoyar los procesos de inspección, vigilancia y control de alimentos, agua y establecimientos de mediana y baja complejidad con énfasis en radiaciones ionizantes, financiados con fondos tanto del Proyecto BID-1451 como del Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud, con fondos del préstamo del Banco Mundial 7068-CR (cuadro 3).

Cuadro N° 2
Inversión en infraestructura de las áreas rectoras de salud, Ministerio de Salud, 2006

Área Rectora de Salud	Monto en colones
Nandayure	38.900.000
Turrialba	29.400.000
Golfito	42.627.306
San Ignacio de Acosta	10.929.900
La Uruca-Merced	2.750.000
Coronado	29.400.000
Total	154.007.206

Además, se remodelaron las oficinas de la Auditoría General del Nivel Central con un monto de ¢34.868.556

Cuadro N° 3
Inversión en equipos para inspección, vigilancia y control,
Proyecto BID-1451 y Proyecto BM-7068-CR, Ministerio de Salud, 2006.

Equipo	Préstamo BID-1451	Préstamo BM-7068-CR
Termómetros digitales	85	--
Instrumentos de calidad de aceites	85	--
Equipos para medición de radiología dental	23	--
Luxómetros	51	--
Amperímetros	14	--
Cámaras fotográficas digitales	91	--
Computadoras portátiles	60	--
Computadoras de alta capacidad	5	--
Computadoras pentium IV	52	106
Impresoras	--	79
Servidores	2	--
Licencias de software varios	93	--

Un logro importante durante este período fue la conexión a internet mediante líneas ADSL de 56 de las 81 Áreas Rectoras de Salud (69%), quedando pendientes para el segundo semestre del 2007, la conexión de las 25 restantes (31%).

Acción estratégica V: Programa de Fortalecimiento de la Gestión Institucional para Mejorar la Calidad y Eficiencia de la Prestación de los Servicios de Salud

Proyecto de Desarrollo Organizacional

Uno de los logros más relevantes del período ha sido el fortalecimiento de la rectoría por medio del “Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud” mencionado al inicio del documento.

El Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de la Universidad de Costa Rica ejecuta un proyecto de Desarrollo Organizacional (DO), que en su fase de diagnóstico de situación determinó que:

- La Institución no se encuentra alineada al modelo conceptual y estratégico definido
- No se producen todos los servicios requeridos para el ejercicio efectivo de la rectoría de la producción social de la salud
- No hay diferenciación de responsabilidades en algunos procesos relacionados con las funciones rectoras y
- El alcance de varios servicios finales no está claramente delimitado

En la etapa de diseño del Proyecto DO, se propusieron los procesos necesarios para corregir esas situaciones; sobretodo, para asegurar que el ejercicio de la rectoría encomendada a este ministerio se pudiera ejecutar de manera efectiva e integral.

Actualmente, dicho proyecto se encuentra en la parte final de diseño de los procesos de nivel central. Se ha avanzado significativamente en los del nivel regional y local. Para el mes de julio del presente año, la institución contará con los manuales de organización, perfiles de puestos, procedimientos, instrucciones e instrumentos operativos ajustados para los tres niveles de gestión. Con dichos productos, la expectativa institucional es iniciar el proceso de implementación del Proyecto DO, a lo sumo en el último trimestre del año en curso .

Un logro importante para el fortalecimiento de la rectoría de la producción de la salud es el diseño de un proceso de *mercadotecnia-institucional*, que tiene la función de facilitar y agilizar la comunicación entre los funcionarios de la institución, a lo interno y con su medio externo. Lo anterior tiene el propósito de influir en las opiniones, actitudes y conductas de ambos públicos; y así fortalecer la imagen institucional como entidad líder y garante de la salud de la población.



La implementación del Proyecto DO también incluye un proceso de mercadotecnia de la estrategia maestra de promoción de la salud, mediante el cual el Ministerio de Salud garantiza la ejecución de las acciones necesarias para persuadir o motivar a los actores sociales que impactan de manera directa o indirecta en el nivel de salud de la población, con el fin de que adopten e implementen la estrategia de la promoción de la salud. El proceso permite a la institución obtener dos grandes productos, por un lado que la estrategia de promoción de la salud sea adoptada y ejecutada por los actores sociales clave y por otro, que la cultura de la no exclusión esté posicionada en los habitantes mediante la participación social incorporada como parte de la gestión de los actores sociales clave.

En concordancia con las acciones anteriores, se desplegaron una serie de acciones para concientizar a los funcionarios del Ministerio sobre el ejercicio de la rectoría y el nuevo modelo conceptual y estratégico.

En apego a las instrucciones de la Ministra, la Dirección General de Salud integró un equipo conformado por diez profesionales y designó a otros treinta y dos procedentes de las otras direcciones de los niveles central, regional y local, con la finalidad de asegurar que el proyecto contara con amplia participación y representación de las diferentes instancias de la institución.

Paralelamente a este proyecto, y dada su trascendencia en la salud pública, el procesos DO abordó los temas de seguridad alimentaria y nutricional (SAN) y gestión de desastres como ámbitos. El trabajo desarrollado en el tema de SAN, parte del reconocimiento de una responsabilidad compartida intersectorialmente, en la cual, la rectoría del Ministerio de Salud incide sobre procesos que afectan sus determinantes, con el fin de garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de la población con equidad y enfoque de derecho.

En relación con los factores de riesgo de desastres, se pretende que las acciones emprendidas en este ámbito estén dirigidas a proteger y mejorar la salud de la población ante la ocurrencia de eventos naturales y humanos, utilizando dos enfoques:

- el abordaje de determinantes salutogénicos y patogénicos para la reducción de la vulnerabilidad ante la ocurrencia de éstos; y
- la coordinación con la Comisión Nacional de Emergencias, para reducir el impacto sobre la salud de la población, de eventos que ya se han presentado.

Planificación institucional

Vinculado a los productos iniciales del Proyecto DO, y alineado con el Marco Estratégico Institucional; se formuló el “Plan Estratégico Institucional 2007-2010”, y el Plan Anual Operativo 2008, con el soporte técnico de la Universidad de Costa Rica, el Instituto Centroamericano de Administración de Empresas² (INCAE), y el Plan Piloto para el Desarrollo de un Modelo de Evaluación de la Gestión Presupuestaria³.

² Financiado con fondos del préstamo 7068-CR para el Fortalecimiento y Modernización de Sector Salud

³ Conducido por el Ministerio de Hacienda

De esta manera se asegura:

- La conducción y dirección por parte del Ministerio de Salud, de las acciones estratégicas del Sector Salud establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010.
- Las acciones estratégicas y tácticas para ejercer, de manera efectiva, integral, armónica y sincrónica, la rectoría del Sistema de Producción Social de la Salud.
- La orientación hacia el cumplimiento de todas las actividades estratégicas y operativas que se desarrollen en los tres niveles de gestión, con enfoque de servicio al cliente.
- Fortalecimiento de la gestión interna institucional.
- La valoración del riesgo tanto en actividades estratégicas y operativas, con miras a disminuir los efectos e impacto negativos, y a potenciar las fortalezas y oportunidades de mejora para el logro de los objetivos institucionales.

De esta forma, se corrigieron deficiencias existentes en el planeamiento estratégico, táctico y operativo a lo interno del Ministerio, considerando dos pilares innovadores: *el enfoque de atención al cliente y la valoración y administración del riesgo*.

Sistema de control interno

Se diseñó un modelo que asegura los vínculos y articulaciones entre los ámbitos de gestión, los procesos y los componentes del Sistema de Control Interno (SCI), de manera que se garantiza la orientación al impacto y al cumplimiento de la misión institucional.

Los ámbitos de gestión constituyen los objetivos del control interno para el Ministerio de Salud, entre los cuales, además de los establecidos por ley, se incluye el enfoque al cliente interno y externo, lo cual se logra por medio de la articulación de los procesos de diseño, gestión, evaluación, garantía de la actuación y orientación al impacto. Esto con el fin de fortalecer los cinco componentes del SCI y asegurar el cumplimiento del Marco Estratégico del Ministerio de Salud.

Se realizó el diseño de la gestión de control interno cuya ejecución garantizará la materialización de este modelo y el cumplimiento de la ley.



Un aspecto innovador, es la integración del Sistema Específico de Valoración del Riesgo (SEVRI) al proceso de planificación intrainstitucional, tanto estratégica como operativa. Lo anterior, mediante la identificación de factores de riesgo “clave” para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la construcción de indicadores que permiten tanto el monitoreo permanente de estos factores, como la realización de acciones de reducción del riesgo en caso necesario.

Dirección Política

Reactivación del Consejo Nacional de Salud

Uno de los principales logros de la función de dirección política ejercida por la Ministra de Salud, y en estricto apego a las disposiciones de la Contraloría General de la República, fue la reactivación del Consejo Nacional de Salud, organismo de coordinación y consulta, que dio inicio a sus sesiones ordinarias el 18 de julio del 2006.

En esta ocasión se tomaron acuerdos importantes como fue la definición de la Secretaría Técnica y la aprobación de la metodología para definir de componente de salud del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010

Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y sida

Este Consejo presidido por la Viceministra de Salud, ha realizado acciones importantes en el campo de la prevención, atención y tratamiento del VIH y sida.

Entre sus principales logros se pueden mencionar los siguientes:

- Elaboración del documento borrador del Proyecto de Reforma de la Ley General sobre VIH y sida.7771, con el propósito de fortalecer el componente de prevención, financiamiento y gestión del consejo.
- Consulta nacional ampliada sobre el acceso universal al tema contra el VIH y sida que permitió conocer el estado de situación nacional desde un enfoque multisectorial.
- Se oficializó el “Plan Estratégico Nacional de VIH y sida 2006-2010”
- Desarrollo de planes operativos anuales por parte de los actores sociales para la implementación del Plan Estratégico Nacional
- Conformación de la Comisión Nacional de Monitoreo y Evaluación de VIH y sida para el seguimiento y la evaluación de la ejecución del Plan Estratégico
- Designación del laboratorio del Hospital San Juan de Dios como Laboratorio Nacional de Referencia en VIH y sida , lo cual mejorará el diagnóstico de los pacientes.
- Coordinación del Proyecto Capacity dirigido a la mejora de la calidad de la atención de la personas con VIH y con financiamiento de la Agencia Interamericana para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID).

Mecanismo Coordinador de País (MCP) del Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta de Costa Rica al VIH y sida:

Una de las actividades fundamentales del Consejo es la coordinación y seguimiento del Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta de Costa Rica al VIH y sida, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, mediante el cual el Ministerio de Salud realizó una campaña de mercadeo a nivel nacional, con énfasis en la prevención del VIH y los derechos humanos. Con este financiamiento, las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el tema han logrado:

- Realizar actividades de prevención en el tema a 30.000 adolescentes
- Capacitar a 100 facilitadores en educación de pares (personas portadoras de VIH y sida que capacitan a otras en condiciones similares)
- Distribuir 93.000 condones en grupos de riesgo
- Atención integral a niñas u adolescentes en explotación sexual comercial o en riesgo
- Capacitación en 59 centros educativos en el tema de prevención del VIH

Asuntos internacionales

Durante el segundo semestre del año 2006, nuestro país adquirió la Presidencia Pro Témpore del Consejo de Ministros de Salud de Centro América (COMISA) en el marco del cual, el Ministerio de Salud lideró encuentros importantes de Ministros (as) y Viceministros (as) de Salud de la subregión.



Este Consejo, que se reúne semestralmente, realizó su XXV Reunión en Costa Rica, el 16 de noviembre del año 2006. Como resultado de la misma, los Ministros de Salud adoptaron Resoluciones en diversos temas de interés e importancia subregional como:

El 19 y 20 de octubre del 2006 nuestro país fue sede de la V Reunión Binacional Costa Rica – Nicaragua, en la misma el Ministerio de Salud lideró la Mesa del Sector Salud de Costa Rica, producto de lo cual la se firmaron acuerdos orientados a fortalecer las acciones en salud en ambos países dando énfasis a las acciones encaminadas a mejorar las condiciones de salud de la población del cordón fronterizo.

Modificación de la Ley General de Salud

Durante este período el Despacho de la Ministra de Salud coordinó la reactivación del proceso para poner en la agenda legislativa el proyecto de modificación de la Ley General de Salud, el cual tiene dictamen afirmativo por parte de la Comisión de Asuntos Sociales.

Planificación Estratégica de la Salud

Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010

Durante el segundo semestre del 2006, el Ministerio de Salud, como ente rector del Sector, y en coordinación con MIDEPLAN, se abocó a la formulación del componente de salud del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010.

El proceso se realizó con la aprobación de la metodología por parte del Consejo Nacional de Salud convocado por la Ministra de Salud, y contó con la participación de los y las representantes de las oficinas o unidades de planificación de las doce instituciones que conforman el Sector Salud.

Este proceso participativo permitió al Ministerio de Salud, dirigir y coordinar la definición de las principales metas del Sector para los próximos cuatro años. Asimismo, se consensuaron metas importantes con otros sectores como el Social y el de Trabajo y Seguridad Social.

Política Nacional de Alimentación y Nutrición 2006-2010

Otro logro importante en este campo fue la publicación de la “Política Nacional de Alimentación y Nutrición 2006- 2010”, mediante Decreto Ejecutivo DM-9721-2006, del 31 de octubre de 2006, en la cual se definen diez políticas entre las que se destacan la número uno: ejercicio efectivo de la rectoría en alimentación y nutrición.

Maternidad e Infancia Saludable y Segura

Con el fin de abordar el tema de la salud materno infantil en el año 2005 se elaboró el I “Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura 2006-2015”, el cual se está implementando actualmente mediante las siguientes actividades:

1. Capacitación a los nueve Comités Regionales de Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil (CORAMMI) para la elaboración y puesta en marcha de los planes regionales operativos
2. Actualización de la “Normativa para la Atención Prenatal de bajo Riesgo Obstétrico” y conformación del grupo de expertos, profesionales en obstetricia, nutrición y psicología, para actualización de la “Norma Nacional de Atención Integral en Pos-Parto”
3. Diseño e implementación del “Curso de Atención Integral a la Mujer Embarazada” dirigido a médicos generales y enfermeras obstétricas en tres Regiones de Salud y del “Curso de Manejo de Duelo Materno Infantil” en siete de las nueve regiones
4. En colaboración con el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia se desarrolló el protocolo para el estudio de “Eventos Adversos en el Área Obstétrica y Perinatal”, para el control de dichos eventos en los hospitales de su red de atracción: Hospital Max Peralta, Hospital William Allen, Hospital Tony Facio y Hospital de Guápiles.
5. Implementación del reporte específico de óbitos llamado “Certificado de Muerte Fetal”, en todo el país.

Plan Nacional de Cáncer

El Despacho de la Viceministra de Salud apoyó la elaboración del documento preliminar del Plan Nacional de Cáncer, coordinado por el Instituto Costarricense contra el Cáncer (ICCC) con amplia participación de diversos actores.

Observatorio de Políticas Públicas en Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Costa Rica como país miembro de la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles), asumió el reto al igual que Canadá y Brasil de participar en la conformación del Observatorio de Políticas Públicas en Enfermedades no Transmisibles. Lo anterior, con el propósito de promover el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles, dando las bases para la formulación, implementación y evaluación de políticas e intervenciones efectivas para la prevención y control de estas enfermedades. En su fase inicial, se desarrolló un estudio de caso para investigar mediante el uso de la metodología cualitativa la formulación de una política exitosa sobre la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico la cual fue publicada recientemente. Mediante este estudio se identificaron los elementos que deben interactuar para el logro de políticas públicas consensuadas y actores sociales comprometidos como producto de una participación social inteligente. Otro aspecto relevante como producto de la creación del observatorio es la conformación en el país de un equipo multidisciplinario e



interinstitucional con integrantes del Ministerio de Salud, la CCSS y el INCIENSA, capacitado en investigación de políticas públicas y en metodología cualitativa.

Conformación de Red Iberoamericana de Enseñanza e Investigación en Salud (RIEISP)

El Ministerio de Salud, coordina la Red Iberoamericana de Enseñanza e Investigación en Salud Pública que tiene como objetivo principal la abogacía en los Ministerios de Salud para fortalecer los sistemas nacionales de investigación en salud, así como el desarrollo de capacidades de los funcionarios (as) para mejorar el desempeño de las funciones esenciales de salud pública.

Plan para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud

Con la guía y apoyo de la OPS/OMS el Ministerio de Salud coordinó la elaboración del Plan Decenal de Recursos Humanos para el Sector Salud; el cual tiene como objetivo principal el abordaje de los problemas en este campo, tales como: inequidades en la distribución y composición de los trabajadores de la salud a nivel nacional, así como en los incentivos y retribución salarial; bajo desarrollo técnico y profesional, poca regulación de la calidad y aumento en la oferta en la formación de los recursos humanos en salud. Todos estos problemas se compartieron foros en el nivel de Centroamérica, el Caribe y otros países de las Américas. Este plan fue presentado ante el Consejo Nacional de Salud, el cual lo avaló para su implementación a partir del presente año.

Un componente importante del plan es el diseño y desarrollo de un Sistema de Información Nacional de Recursos Humanos en Salud, con el propósito de tener información oportuna y veraz que permita la caracterización del recurso humano, monitorear la oferta y demanda y proponer políticas públicas en esta materia el cual se espera esté operando a partir del 2008.

Con apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Internacional de las Migraciones (OIM) y la OPS/OMS, el Ministerio de Salud trabajó de manera conjunta con el Ministerio de Trabajo, la Dirección de Migración y la Asociación Nacional de Enfermeras, en la definición de una propuesta de investigación para conocer la situación actual de la migración de los trabajadores en salud, la cual inició en enero del año 2007.

Con la colaboración de la Asociación Canadiense en Salud Pública y la OPS/OMS, y conjuntamente con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, la CCSS y la Asociación Costarricense en Salud Pública (ACOSAP), se definió un protocolo de investigación para caracterizar los recursos humanos que laboran en salud pública y que realizan actividades en las funciones de regulación y vigilancia de la salud, la cual se realizará a partir del mayo del 2007.

Poblaciones indígenas y migrantes :

En este campo, se ha dado seguimiento a la “Política Nacional para las Poblaciones Indígenas” en forma participativa, multidisciplinaria e intersectorial a fin de definir estrategias y lineamientos

a seguir. Como parte de este seguimiento y en acatamiento al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se juramentó el Consejo Nacional de Atención para los Pueblos Indígenas (CONASPI) cuya principal función es ser un órgano asesor y de consulta de la Ministra de Salud en materia de salud indígena.

Otro logro en este tema importante es la implementación de un convenio de cooperación internacional con Brasil para la formación de agentes de salud indígena y la adecuación de estos programas.

Salud de la población de los cordones fronterizos:

Costa Rica-Nicaragua. Se han fortalecido las relaciones de colaboración y cooperación entre Costa Rica y Nicaragua con el propósito de mejorar la salud de la población residente en el cordón fronterizo, para lo cual se ratificó al Consejo Coordinador Regional Interfronterizo (CCRI) como el ente técnico y coordinador de todas las actividades de salud en esta región fronteriza; las cuales se orientan principalmente a la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores (dengue y malaria). Además se aprobó un proyecto de cooperación técnica (TCC) para el período 2006-2007.

Fortalecimiento y modernización del INCIENSA

Con el propósito de dar cumplimiento a esta meta del Plan Nacional de Desarrollo, el Despacho de la Viceministra de Salud coordinó la presentación del anteproyecto del Instituto Centroamericano de Salud Pública en el Consejo de Ministros de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) celebrado en nuestro país en noviembre del 2006, en el cual se emitió un acuerdo para su creación.

También se elaboraron los términos de referencia para la contratación del diseño del perfil del Instituto.

Además, el Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA), en su XIV reunión ordinaria celebrada en nuestro país en enero del 2007, acordó apoyar la iniciativa de creación del Instituto e incorporar en la investigación el tema de salud de las mujeres centroamericanas, como parte de las acciones que realizará dicha institución.

Programa Desarrollo del Sector Salud (Préstamo Banco Interamericano de Desarrollo (BID-1451).

En el marco de este proyecto se financió el módulo: "Encuesta en el gasto en salud de los Hogares" como parte de la Encuesta de Hogares que realiza el INEC anualmente. Los resultados obtenidos sirvieron de base para la construcción de cuentas satélites en salud y de otros proyectos relacionados con el tema de gasto en salud.

Además se desarrolló un programa de formación en manipulación de alimentos, mediante el cual se capacitó a 159 funcionarios del Ministerio de Salud de los diferentes niveles de gestión.



Otro logro importante es el diseño, aplicación y validación del modelo de sostenibilidad financiera de los procesos para inspección, vigilancia y control en los niveles desconcentrados.

Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Este proyecto financiado con el préstamo del Banco Mundial 768-CR-BIRF tuvo los siguientes logros importantes:

- Realización de una consultoría para la determinar el estado de los sistemas de información del Ministerio de Salud y la elaboración de los términos de referencia de la consultoría para la definición del Sistema de Información Gerencial Institucional
- Compra de hardware y software para fortalecer la infraestructura tecnológica de las 81 áreas de salud, así como para implementar la plataforma de comunicación entre los tres niveles de gestión
- Elaboración de un Plan de Comunicación y Mercadeo de la Funciones Rectoras del Ministerio de Salud de acuerdo con el nuevo modelo conceptual para la rectoría de la producción social de la salud
- Capacitación de 110 funcionarios(as) en cargos gerenciales de los tres niveles de gestión en técnicas de liderazgo y negociación pública
- Elaboración del Plan Estratégico del Ministerio de Salud 2007-2008
- Inicio de los estudios de maestría en legislación ambiental de cinco profesionales en leyes (uno del nivel central y cuatro del nivel regional)

Modulación del Financiamiento en Salud

Durante este período, se realizó la medición del gasto y financiamiento del VIH y sida para los años 2004 y 2005, lo cual permitirá evaluar el costo beneficio de las intervenciones que se realizan a nivel nacional.

Además se contrató una consultoría para el diseño del software para el manejo de las bases de datos para el cálculo de las cuentas nacionales de salud.

Un logro importante en este campo fue la realización de la “Encuesta sobre Gasto de Bolsillo en Salud-2006” como parte de la Encuesta de Hogares que realiza anualmente el INEC. La información de esta encuesta será un insumo importante para el cálculo de las cuentas nacionales en salud.

III. SITUACIÓN E INDICADORES DE SALUD

A continuación se presentan algunos indicadores sociodemográficos relacionados con el estado de salud de la población. Costa Rica cuenta con una extensión territorial de 51.000 km², de acuerdo con la división político administrativa el país consta de siete provincias y 81 cantones, y una densidad poblacional de 86.31 habitante por km².

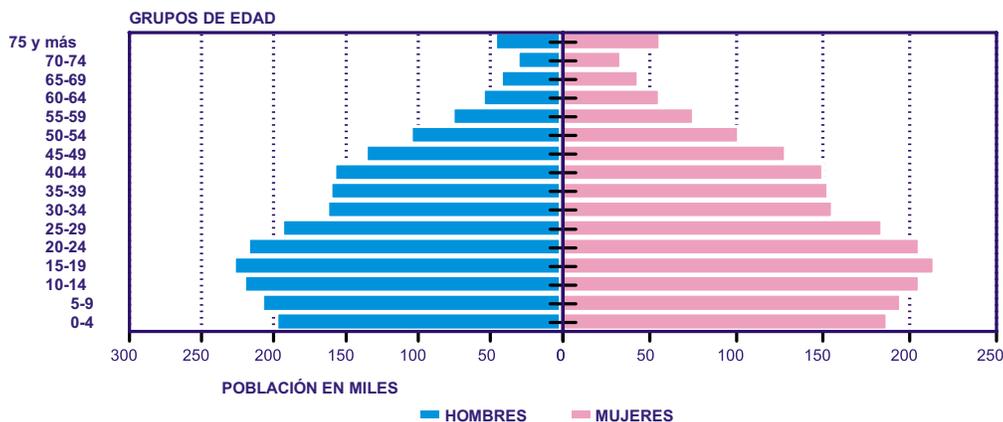
De acuerdo a las estimaciones y proyecciones de población, Costa Rica en el año 2006 tuvo un total de 4.401.845 habitantes, de ellos, el 50,9% correspondió al sexo masculino y el 49,15 % restante al sexo femenino.

Con respecto a los grupos de edad, los que cuentan con una mayor representación porcentual son los de 15 a 19 años, grupo que cuenta con un 10,04 % del total de la población, mientras que el 9.70% corresponde al grupo de 10 a 14 años, los grupos de edad que presentan la menor cantidad porcentual fueron los de 65 a 69 años que representaron un 1,98% y los de 70 a 74 años, con una cifra que correspondió al 1,50%.

La esperanza de vida al nacer para el año 2005 fue de 79,11 años, en promedio, en relación con el sexo; para las mujeres la esperanza de vida fue de 81.42 años, mientras que para los hombres fue de 76.9 años.

Costa Rica, de acuerdo a indicadores internacionales, ocupa la posición 47 entre 177 naciones en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), con un valor de 0.838. Con respecto al Índice de Desarrollo Relativo al Género (IDRG), el país tiene un valor del 0,829 y la posición 44 entre 140 naciones a las que se le aplica el índice señalado. En cuanto al Índice de Potenciación de Género (IPG), tiene un valor de 0,668 con una posición de 19 entre de 80 países. En lo que se refiere a la educación, el Índice de Desarrollo de la Educación para todos (IDE), Costa Rica ocupa la posición 44 entre 127 países.

Gráfico N° 1
Estructura de la población por grupos de edad. Costa Rica, 2006



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Ministerio de Salud



Cuadro N° 1
Estructura de la población por grupos de edad y sexo, Costa Rica 2006
 (Cifras absolutas y relativas)

GRUPOS DE EDAD	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	4.401.845	100,00	2.238.326	100,00	2.163.519	100,00
0-4	386.154	8,77	197.868	8,84	188.286	8,70
5-9	403.888	9,18	207.706	9,28	196.182	9,07
10-14	427.075	9,70	220.187	9,84	206.888	9,56
15-19	441.818	10,04	227.303	10,16	214.515	9,92
20-24	424.344	9,64	217.565	9,72	206.779	9,56
25-29	379.191	8,61	193.941	8,66	185.250	8,56
30-34	319.563	7,26	162.704	7,27	156.859	7,25
35-39	314.608	7,15	160.482	7,17	154.126	7,12
40-44	308.941	7,02	157.828	7,05	151.113	6,98
45-49	266.034	6,04	136.176	6,08	129.858	6,00
50-54	207.764	4,72	104.990	4,69	102.774	4,75
55-59	152.695	3,47	76.080	3,40	76.615	3,54
60-64	112.223	2,55	55.280	2,47	56.943	2,63
65-69	87.353	1,98	42.471	1,90	44.882	2,07
70-74	65.912	1,50	31.017	1,39	34.895	1,61
75 y más	104.282	2,37	46.728	2,09	57.554	2,66

Fuente: Estimaciones y proyecciones, Centro centroamericana de Población (CCP), Universidad de Costa Rica
 Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

En cuanto a la educación, la tasa neta de escolaridad (TNE) en educación regular en primaria para el año 2005, fue de 98,8%, mientras que en el tercer ciclo de enseñanza la tasa neta de escolaridad fue de 73,2 % y en la educación diversificada fue del 40.1 %.

Mortalidad general

En Costa Rica se registró un total de 16.766 muertes. De acuerdo con los cinco grandes grupos de causas de muerte en el año 2006, Costa Rica presenta un perfil de salud que se caracteriza en primer lugar por enfermedades del sistema circulatorio, con un total de 4845 muertes, para una tasa del 11 por 10.000 hab., seguida en su orden por los tumores, con un total de 3731, para una tasa del 8,5; mientras que 2141 muertes correspondieron a causas externas, para una tasa de 4,9, en relación con las enfermedades del sistema respiratorio, a este grupo le correspondieron 1355 fallecidos y una tasa de 3,1; las enfermedades del sistema digestivo tuvieron una tasa de 2,7 con un total de 1168 muertes, a las demás causas le correspondió una tasa de 8,0 con un total de 3526 muertes.

Cuadro N° 2
Mortalidad por los cinco primeros grupos de causas, Costa Rica 2006.
 (Tasa por 10.000 habitantes)

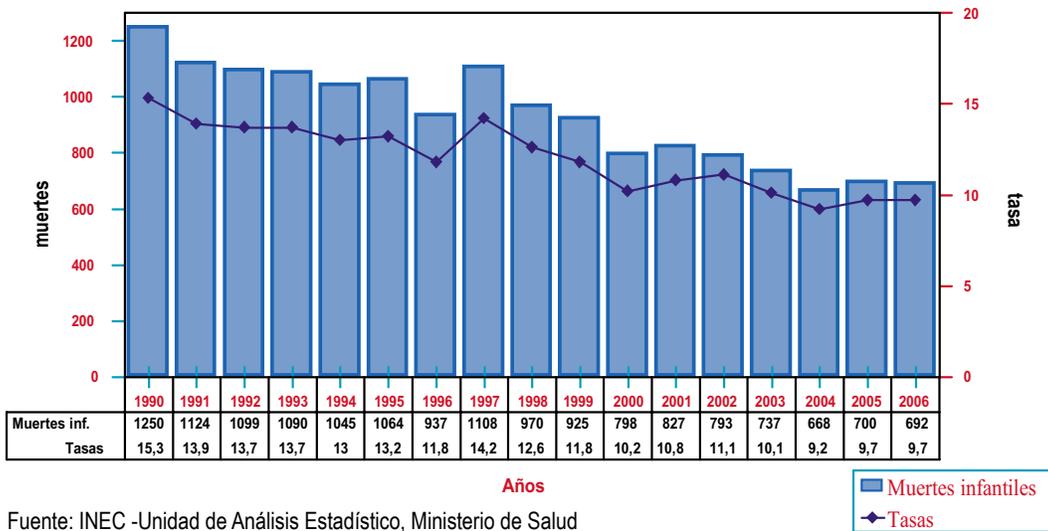
GRANDES GRUPOS DE CAUSAS	NÚMERO	TASA
TOTAL	16766	38,1
Enfermedades del Sistema Circulatorio	4845	11,0
Tumores	3731	8,5
Clasif. Suplementaria de Causas	2141	4,9
Enfermedades del Sistema Respiratorio	1355	3,1
Enfermedades del Sistema Digestivo	1168	2,7
Las demás causas	3526	8,0

Fuente: INEC - Unidad Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Mortalidad infantil:

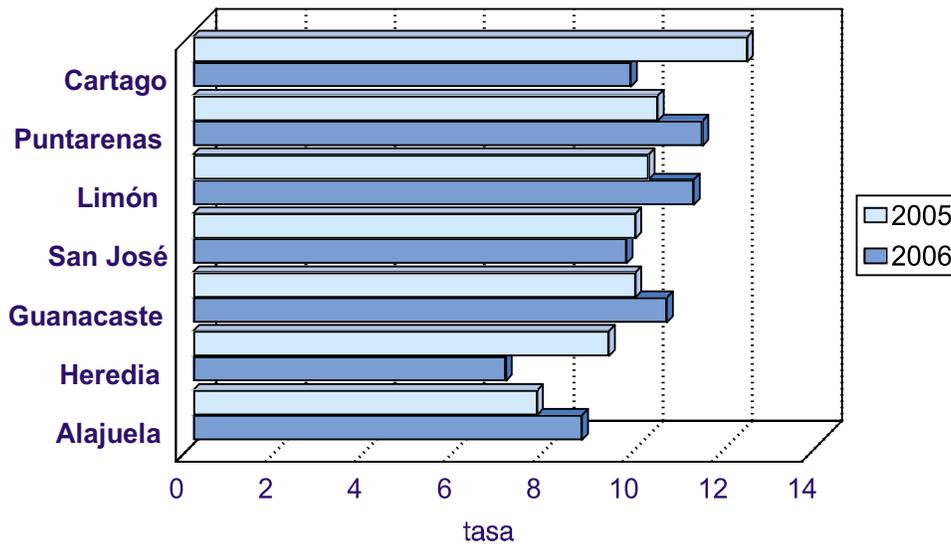
Durante el año 2006 ocurrieron un total de 71.291 nacimientos y 692 muertes infantiles para una tasa del 9,78 por mil nacimientos tasa igual a la del 2005.

Gráfico N° 2
Mortalidad Infantil. Costa Rica, 1990-2006
 (Tasa por 1.000 nacimientos)



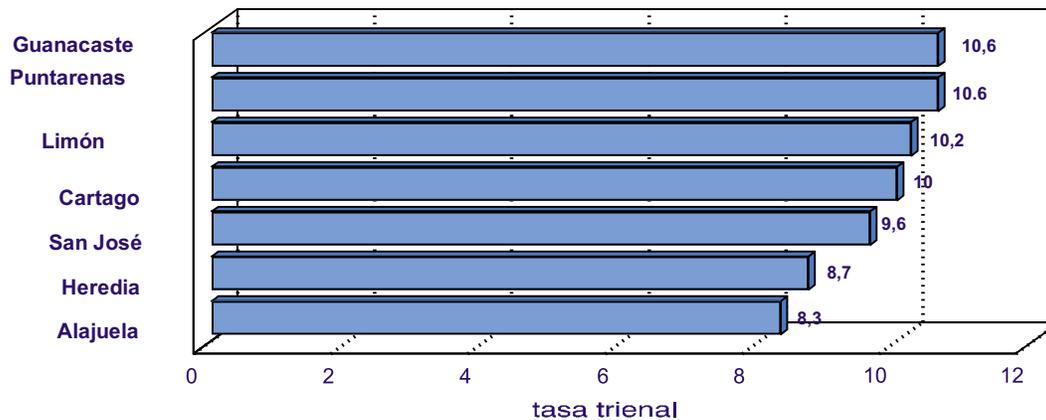
Con respecto a la provincia de residencia, la provincia de Puntarenas registró la tasa de mortalidad infantil más alta, al pasar de 10,39 en el año 2005 a 11,41 por mil nacimientos en el año 2006., debido a siete muertes infantiles más y a una disminución de 61 nacimientos.

Gráfico N° 3
Mortalidad infantil según provincia. Costa Rica 2005-2006
 (Tasa por 1.000 nacimientos)



Con respecto a la tasa trienal de mortalidad infantil del trienio 2004-2006, las provincias de Guanacaste y Puntarenas presentan la mayor tasa, 10,6 por 1000 nacimientos. La menor tasa le corresponde a la provincia de Alajuela con 8,3.

Gráfico N° 4
Mortalidad infantil según provincia. Costa Rica trienio 2004-2006
(Tasa trienal por 1.000 nacimientos)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

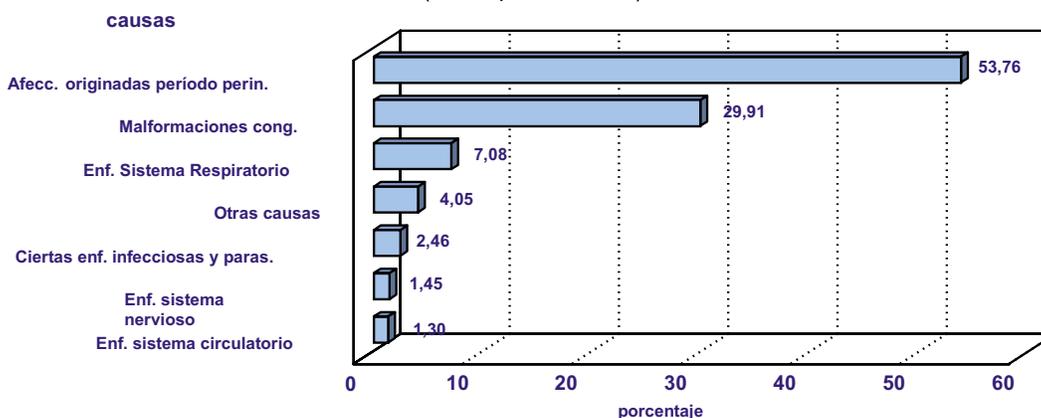
Cuadro N°3
Mortalidad Infantil según Provincia, Costa Rica 2004-2006
(Tasa por 1.000 nacimientos)

PROVINCIA	2004			2005			2006			TRIENIO 2004-2006		
	DEFUNC.	NACI-	TASA	DEFUNC.	NACI-	TASA	DEFUNC.	NACI-	TASA	DEFUNC.	NACI-	TASA
COSTA RICA	668	72247	9,2	700	71548	9,8	692	71291	9,7	2060	215086	9,6
SAN JOSÉ	220	23898	9,2	231	23220	9,9	224	22982	9,7	675	70100	9,6
ALAJUELA	116	13524	8,6	106	13755	7,7	119	13652	8,7	341	40931	8,3
CARTAGO	60	7471	8,0	90	7265	12,4	73	7466	9,8	223	22202	10,0
HEREDIA	63	6479	9,7	61	6553	9,3	44	6290	7,0	168	19322	8,7
GUANACASTE	58	5162	11,2	54	5431	9,9	59	5581	10,6	171	16174	10,6
PUNTARENAS	75	7586	9,9	79	7601	10,4	86	7538	11,4	240	22725	10,6
LIMÓN	76	8127	9,4	79	7723	10,2	87	7782	11,2	242	23632	10,2

Fuente: INEC - Unidad Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Las principales causas de muerte son las afecciones originadas en el período perinatal con un 53,76%. Dentro de este grupo el mayor porcentaje lo tienen los trastornos respiratorios y cardiovasculares con 45,97%, seguido por los que se relacionan con la duración del embarazo, la gestación y el crecimiento fetal con 16,40%. Las enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades del sistema nervioso pasan de 1% a 1,30% y de 1,29% a 1,45% por ciento respectivamente.

Gráfico N° 5
Mortalidad infantil según causa de muerte. Costa Rica, 2006
 (Cifras porcentuales)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Mortalidad materna

Según las estadísticas del INEC en el año 2006 ocurrieron 28 muertes maternas para una tasa del 3,93 por 10.000 nacimientos, lo que representa 2 muertes más que las ocurridas en el año 2005. Dentro de los grandes grupos de causas está en primer lugar el edema, proteinuria y trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio con 6 muertes para una tasa de 0,84 por 10.000 nacidos vivos, le siguen las complicaciones del trabajo de parto y del parto con 4 muertes para una tasa de 0,56.

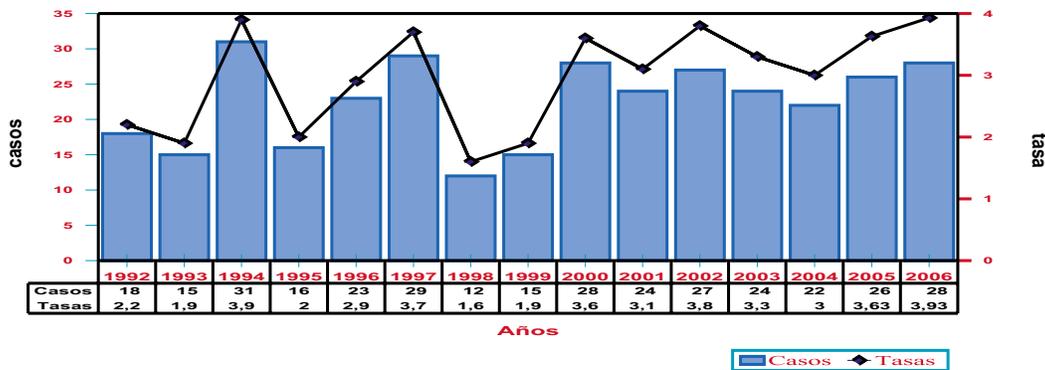
Cuadro N° 4
Mortalidad materna según causas, Costa Rica 2005-2006
 (Tasa por 10.000 nacimientos)

GRANDES GRUPOS DE CAUSAS	2005		2006	
	No	Tasa	No	Tasa
COSTA RICA	26	3,63	28	3,93
Embarazo terminado en aborto	3	0,42	3	0,42
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio	6	0,84	6	0,84
Otros trastortos maternos relacionados con el embarazo	1	0,14	2	0,28
Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	0	0,00	2	0,28
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	2	0,28	4	0,56
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	5	0,70	1	0,14
Otras afecciones obstetricas no clasificadas en otra -parte	9	1,26	10	1,40

Fuente: INEC - Unidad Análisis Estadístico, Ministerio de Salud



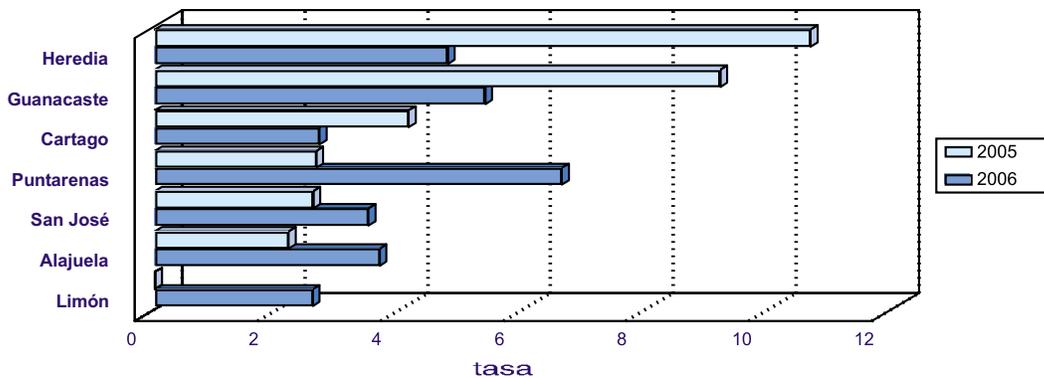
Gráfico N° 6
Mortalidad materna según año, Costa Rica 1992-2006.
 (Tasa por 10.000 nacimientos)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

En el año 2006 la provincia que presenta la mayor tasa de mortalidad materna, es la de Puntarenas con 5 muertes para una tasa de 6,63 por 10.000 nacimientos, le sigue Guanacaste con una tasa de 5,38, en tercer lugar se ubico la provincia de Heredia con 4,77. La provincia con menor tasa de mortalidad materna fue Limón con 2,57.

Gráfico N° 7
Mortalidad materna según provincia. Costa Rica 2005-2006
 (Tasa por 10.000 nacimientos)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

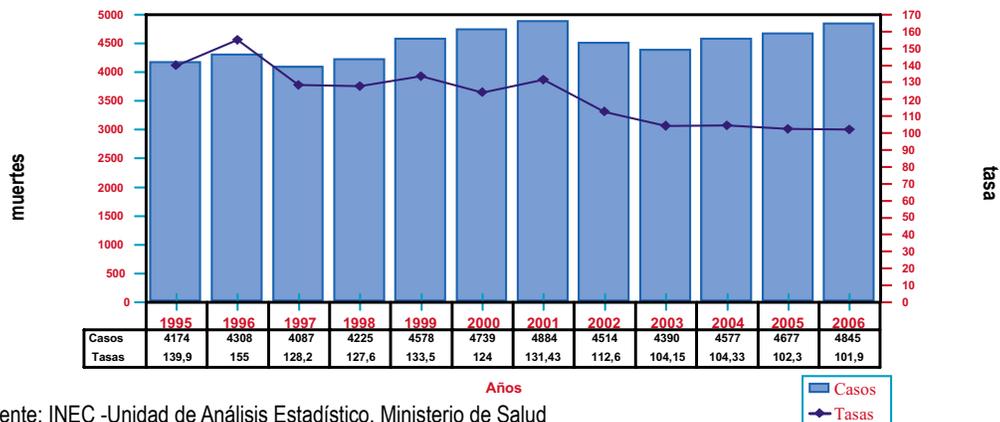
Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles

Enfermedades del sistema circulatorio

El análisis de la información que se presenta a continuación se realizó según los cinco grandes grupos de causas de muerte de la X Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-X 100-199).

Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la principal causa de muerte en nuestro país. El gráfico 8 muestra la tendencia de la mortalidad por este grupo de enfermedades a partir de 1995. Se observa que desde 1996 (tasa de 155/100.000), existe una tendencia a la disminución en la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Sin embargo en el año 2006, se registró un aumento del 3,47% con relación al año anterior.

Gráfico N° 8
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según año. Costa Rica, 1995-2006
 (Tasa ajustada por 100.000 habitantes)



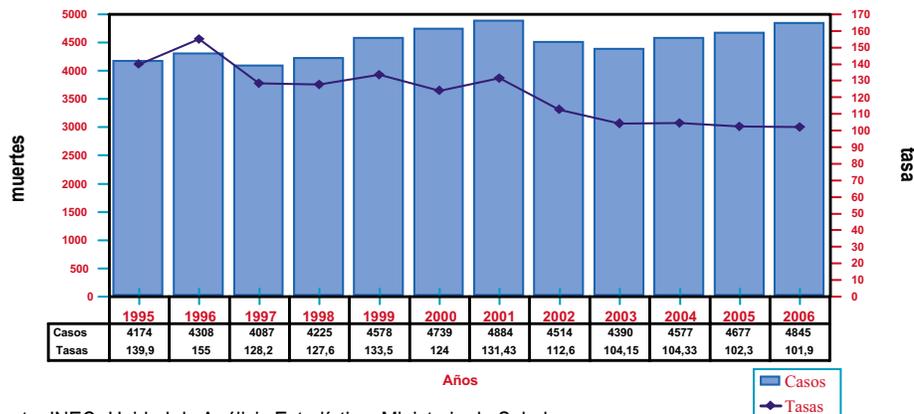
Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

El 95,6% de la muertes por esta causa ocurrieron en personas mayores de 45 años, de las cuales el 54,53 % fueron hombres y el 45,47 % en mujeres.

En el año 2006 fallecieron 3.690 personas (tasa 77,6 por 100.000 habitantes. En comparación con el año 2005, fallecieron 162 personas más por esta causa, lo que representa un aumento del 4.4% de muertes con respecto al año anterior.

La mortalidad del grupo específico de las enfermedades cardiovasculares presentó una tendencia similar al de las enfermedades del aparato circulatorio debido a que constituyen el principal componente de este grupo. Gráfico 9.

Gráfico N° 9
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares según año. Costa Rica, 1995-2006
 (Tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

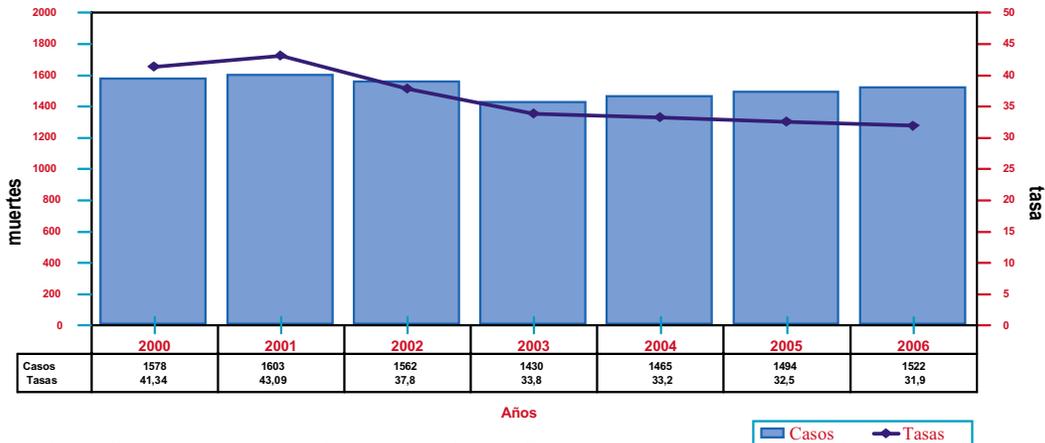
El 56,0% de las muertes por esta causa ocurrieron en personas mayores de 75 años, de las cuales el 55,6% fueron hombres y el 44,4 % en mujeres.



Mortalidad por infarto del miocardio

En el año 2006 se registró un total de 1.522 muertes por infarto, con una tasa ajustada del 31,9 por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento del 1,84 % de las muertes con respecto al año anterior.

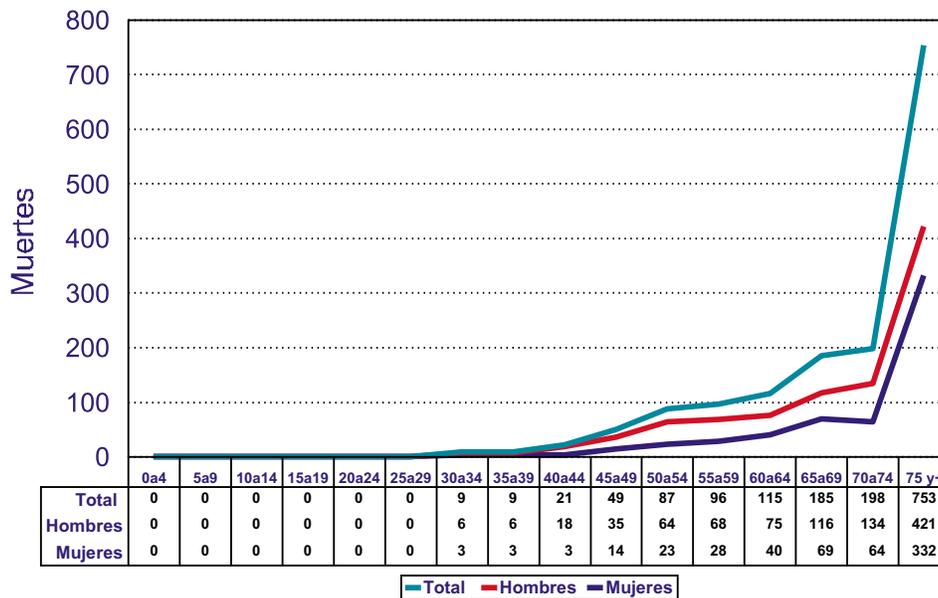
Gráfico N° 10
Mortalidad por Infarto según año. Costa Rica 2000-2006
 (Tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

El 71,0% de las muertes por esta causa ocurrieron en personas mayores de 70 años, de las cuales el 61,9% fueron hombres y el 38,0 % en mujeres.

Gráfico N° 11
Mortalidad por infarto según grupo de edad y sexo. Costa Rica 2006
 (Cifras absolutas)

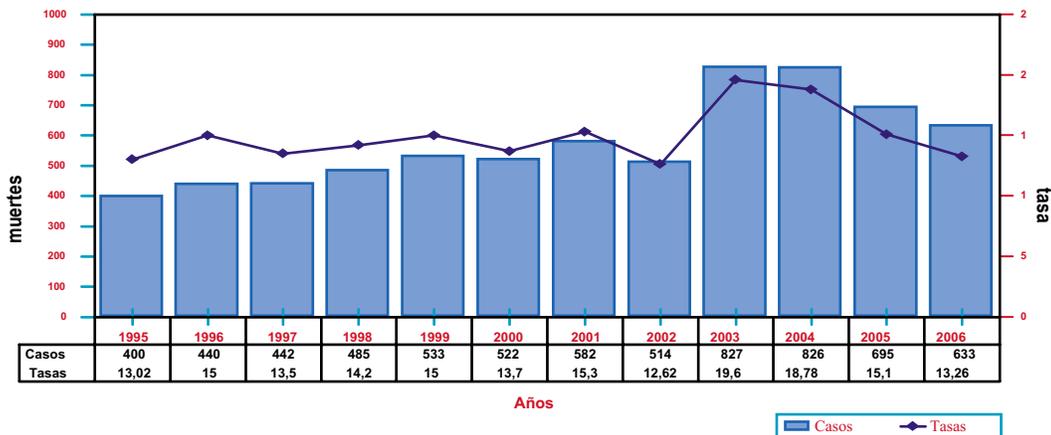


Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Mortalidad por diabetes mellitus:

El gráfico 12 muestra la tendencia de la mortalidad por diabetes correspondiente al período de 1995 al 2006. En el año 2006 se registró un total de 633 defunciones con una tasa ajustada del 13,26 por 100.000 habitantes, por lo que se observa la disminución de 62 muertes con respecto al año anterior (9,8%).

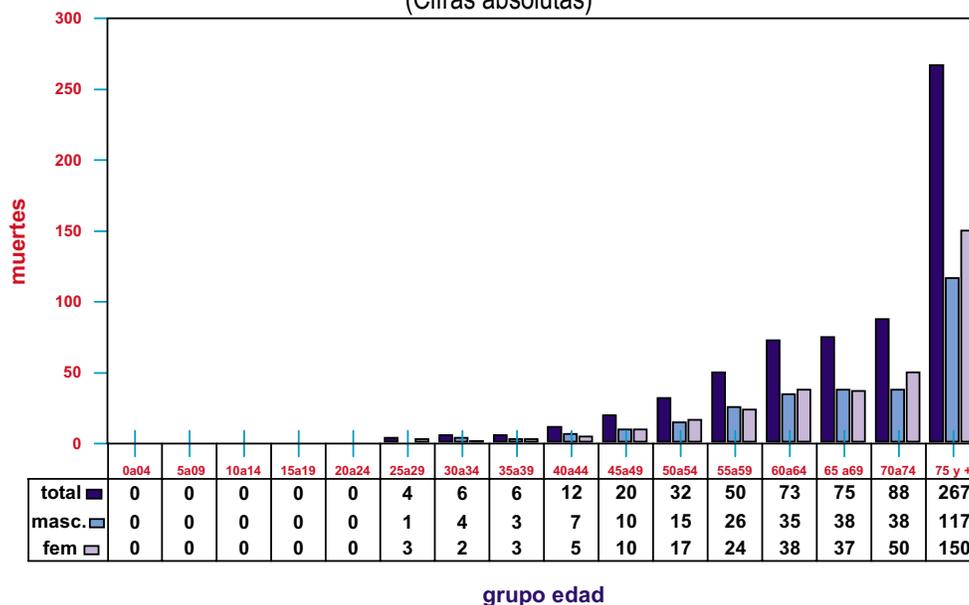
Gráfico N° 12
Mortalidad por diabetes según año. Costa Rica, 1995-2006
 (Tasa ajustada por 100.000 hab.)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

El 79,5% de la muertes por esta causa ocurrieron en personas mayores de 60 años, de las cuales el 46,4% fueron hombres y el 53,5 % en mujeres.

Gráfico N° 13
Mortalidad por diabetes según grupo de edad. Costa Rica, 2006
 (Cifras absolutas)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud



Incidencia y mortalidad por cáncer

En la actualidad, el cáncer continúa como la segunda causa de muerte en el país.

La tasa de incidencia de cáncer para ambos sexos en 1995 fue de 155,8 por 100.000 habitantes, y la del año 2003 fue de 204,0 por 100.000 habitantes que representa un incremento del 30,9%.

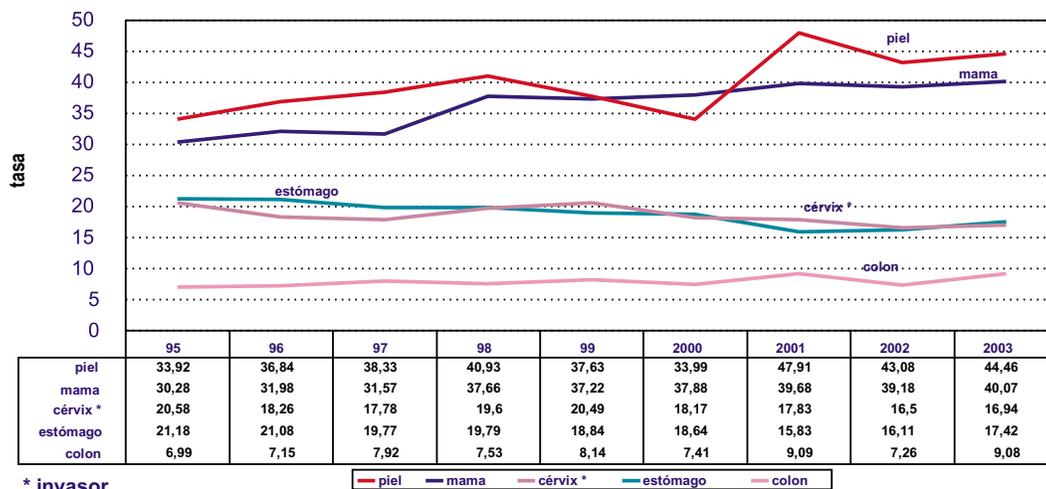
No obstante lo anterior, en el período 1995-2005, la tasa de mortalidad por cáncer para ambos sexos se ha mantenido estable. En el año 1995 se presentó una tasa de 79,7 por 100.000 habitantes y para el año 2005 fue de 79,0 por 100.000 habitantes.

Cáncer en mujeres

Las neoplasias más frecuentemente diagnosticadas en el país entre las personas de sexo femenino son los tumores de piel y de mama. La tasa de incidencia de cáncer de mama mostró un incremento del 32,3% en el período 1995-2003. debido a que en el año 1995 fue de 30,3 por 100.000 mujeres y en el año 2003 de 40,1 por 100.000 mujeres.

Las neoplasias malignas de estómago y cervix invasor que ocupan el tercero y cuarto lugar de incidencia muestran tendencias leves a la disminución. El quinto lugar de incidencia lo ocupan las neoplasias malignas de tiroides y el cáncer de colon que ha mostrado un incremento del 30%, en su tasa de incidencia.

Gráfico N° 14
Incidencia de tumores malignos más frecuentes en mujeres, Costa Rica 1995-2003
 (Tasa ajustada por 100.000 mujeres)



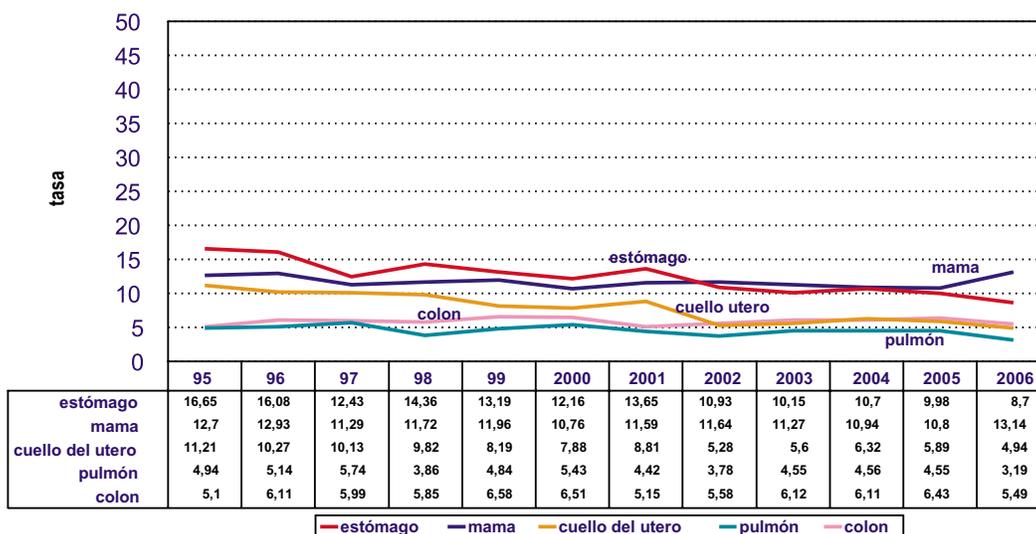
Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

En relación con la mortalidad, los tumores malignos que más ocasionan muerte entre las mujeres son el cáncer de mama y el de estómago. Las tasas de mortalidad por cáncer de mama, ocupan el primer lugar y se han mantenido constantes con una tasa de 13,1 muertes por 100.000 mujeres en el año 2006.

Por el contrario el cáncer de estómago sigue mostrando una tendencia a la disminución desde hace dos décadas. La de mortalidad en 1995 era de 16,6 muertes por 100.000 mujeres y en el año 2006, de 8,7 muertes por 100.000 mujeres, lo que representa una disminución del 47,7%

El tercer lugar por muertes es ocupado por el cáncer de colon, seguido muy de cerca de las neoplasias malignas de cérvix y pulmón.

Gráfico N° 15
Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres. Costa Rica. 1995-2006
 (Tasa ajustada por 100.000 mujeres)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Cáncer en hombres

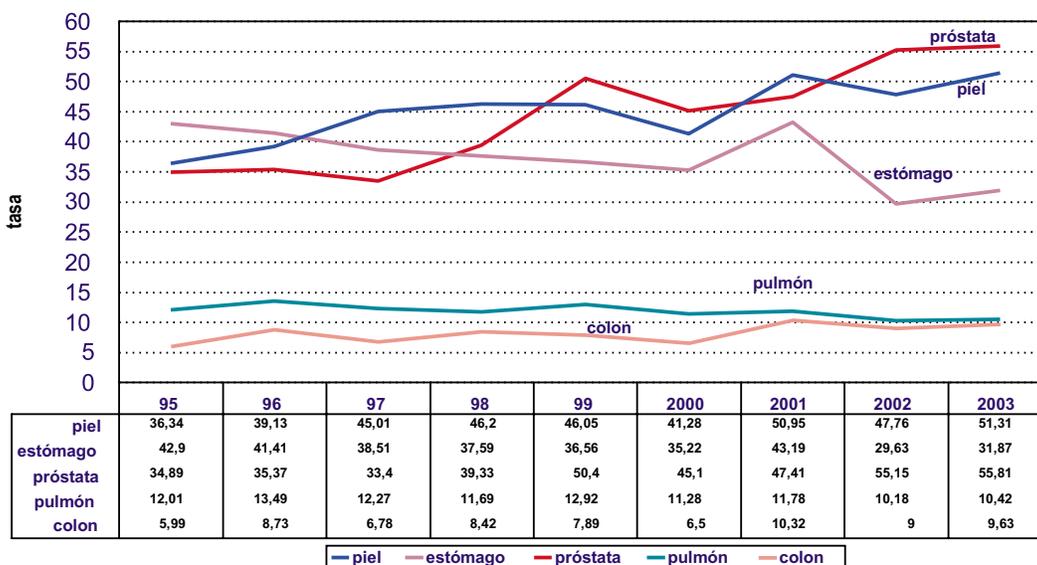
Durante la última década, el cáncer más diagnosticado entre los hombres de nuestro país ha sido el cáncer de próstata, cuya tasa de incidencia ha presentado un aumento significativo del 60%. La tasa de incidencia del año 1995 fue de 34,9 casos por 100.000 hombres y la del año 2003 fue de 55,8 casos por 100.000 hombres.

El segundo lugar fue ocupado por los tumores de piel con una tendencia similar al de próstata. Por el contrario el cáncer de estómago que ocupa el tercer lugar muestra una marcada tendencia a la disminución, comportamiento observado desde hace dos décadas. La reducción en las tasas de incidencia para el período de estudio (1995- 2005), fue de 25,7%



El cuarto lugar corresponde al cáncer de pulmón que muestra una leve tendencia a la disminución, mientras la quinta posición es ocupada por las neoplasias malignas de colon que por el contrario muestran un incremento en la tasa de incidencia de un 60,7%.

Gráfico N° 16
Incidencia de tumores malignos más frecuentes en hombres, Costa Rica 1995-2003
 (Tasa ajustada por 100.000 varones)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Respecto a la mortalidad, el cáncer de estómago es el que ocasiona más muertes entre todos los tipos de cáncer, con una marcada tendencia a la disminución desde inicios de los años noventa. Así muestra una reducción de 44.5% en sus tasas de mortalidad entre el año 1995 y el año 2006.

La segunda posición corresponde a las neoplasias malignas de próstata que presentaron un aumento de la mortalidad en el segundo quinquenio de la década de los noventa, mientras que durante los últimos cinco años han mantenido una tasa de mortalidad estable. En el año 2006, la mortalidad por esta causa fue de 14,8 por 100.000 hombres.

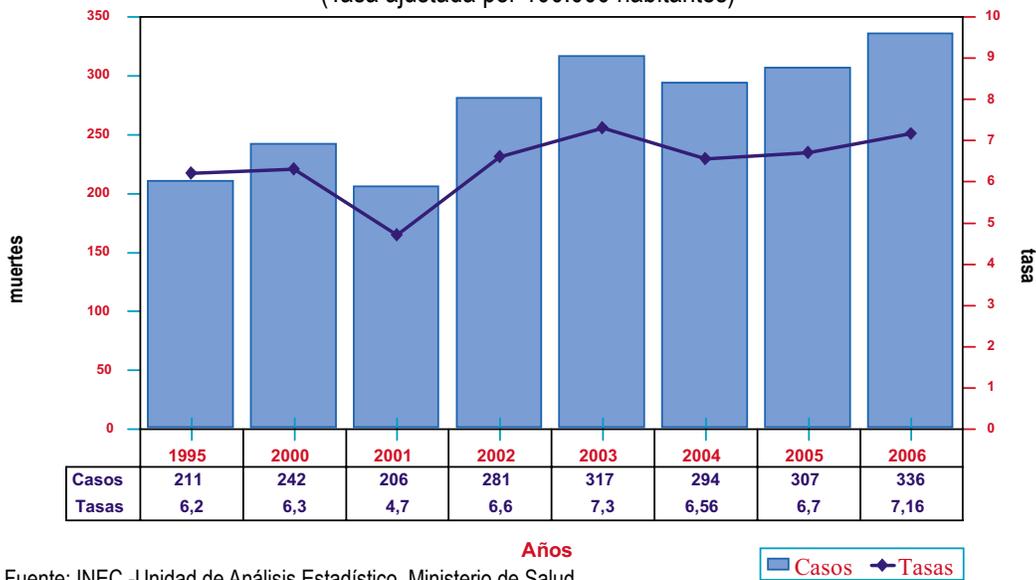
Las posiciones intermedias (tercera, cuarta y quinta) son ocupadas por las neoplasias malignas de pulmón, colon e hígado respectivamente, destacando el cáncer de colon como el de mayor aumento.

Mortalidad por violencia social

Mortalidad por suicidio

En el año 2006 ocurrieron un total de 336 suicidios (tasa ajustada de 7,16 /100.000 habitantes), lo cual representó un aumento del 8,6% con respecto al año anterior. Doscientos ochenta y siete se presentaron en hombres (85,41%) y 49 en mujeres (14,6%).

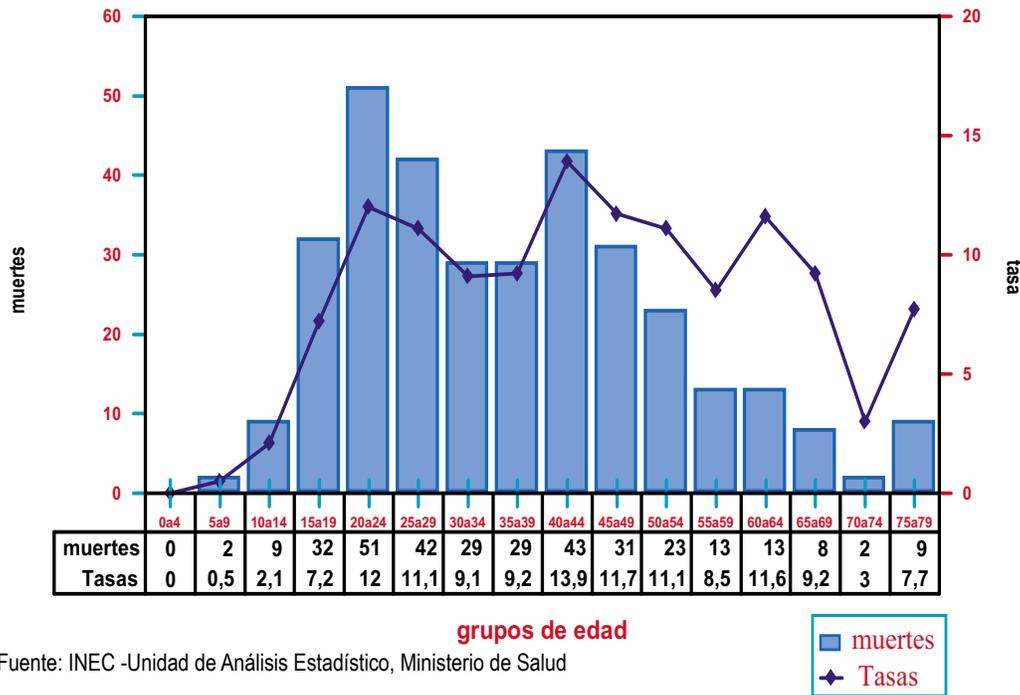
Gráfico N° 17
Mortalidad por suicidio según año. Costa Rica, 1995-2006
 (Tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

El grupo de edad de 40 a 44 años, es el que registra la mayor tasa con 13,9/100.000 habitantes seguida por el de 60 a 64 años con una tasa de 11,6.

Gráfico N° 18
Mortalidad por suicidio según grupo de edad. Costa Rica, 2006
 (Tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

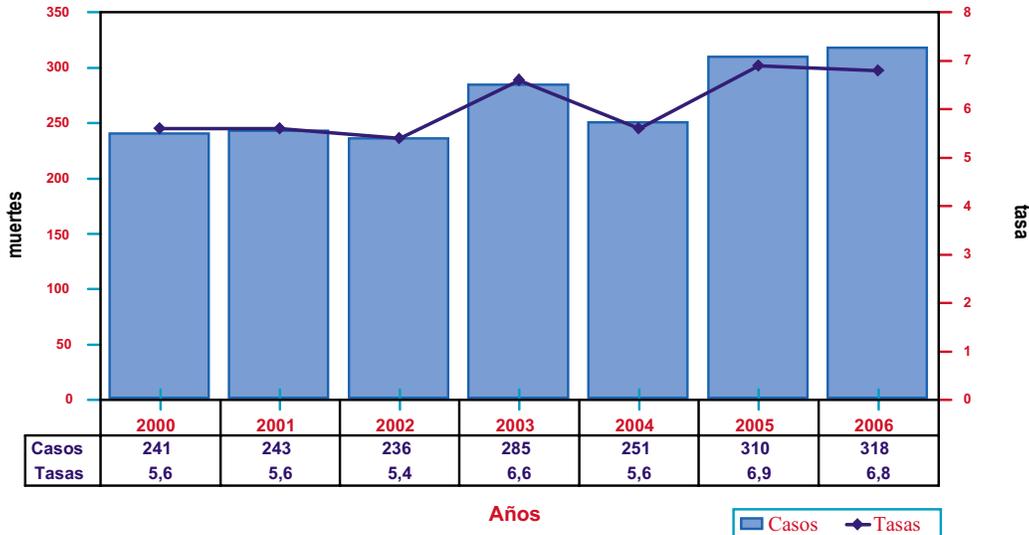
La provincia de Guanacaste es la que presentó la mayor tasa de incidencia (10,9/100.000), seguida por Heredia (8,9/100.000) y Limón (8,8/100.000).



Mortalidad por homicidio

En el año 2006 se registró un total de 318 homicidios, con una tasa ajustada de 6,8/100.000 habitantes, de los cuales 285 fueron hombres (89,6%) y 33 mujeres (10,38%), lo cual representa un aumento del 2,5 % de las muertes con respecto al año anterior.

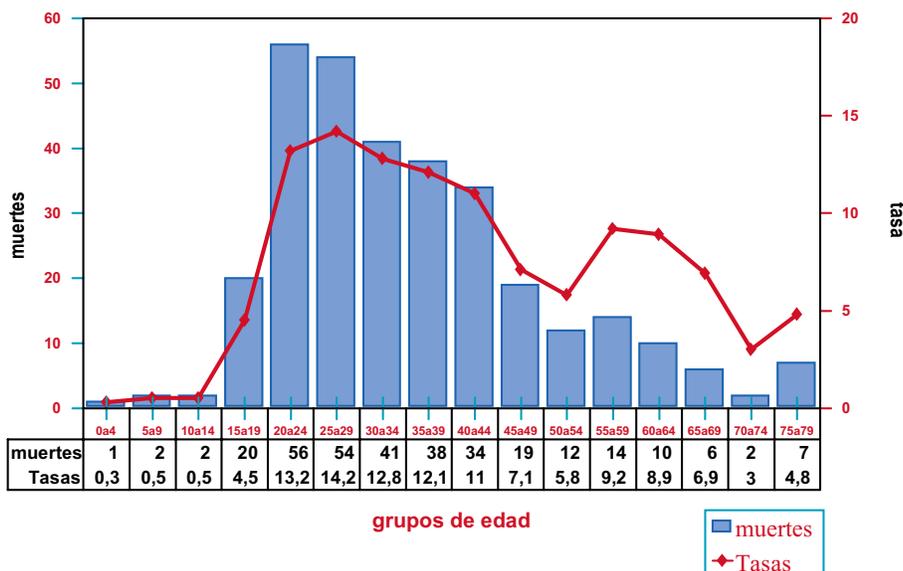
Gráfico N° 19
Mortalidad por homicidios según año. Costa Rica, 2000-2006
 (Tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

El grupo de 25 a 29 años fue el que presentó la mayor mortalidad (54 homicidios, 14,2/100.000).

Gráfico N° 20
Mortalidad por homicidio según grupo de edad. Costa Rica, 2006
 (Tasa por 100.000 habitantes)

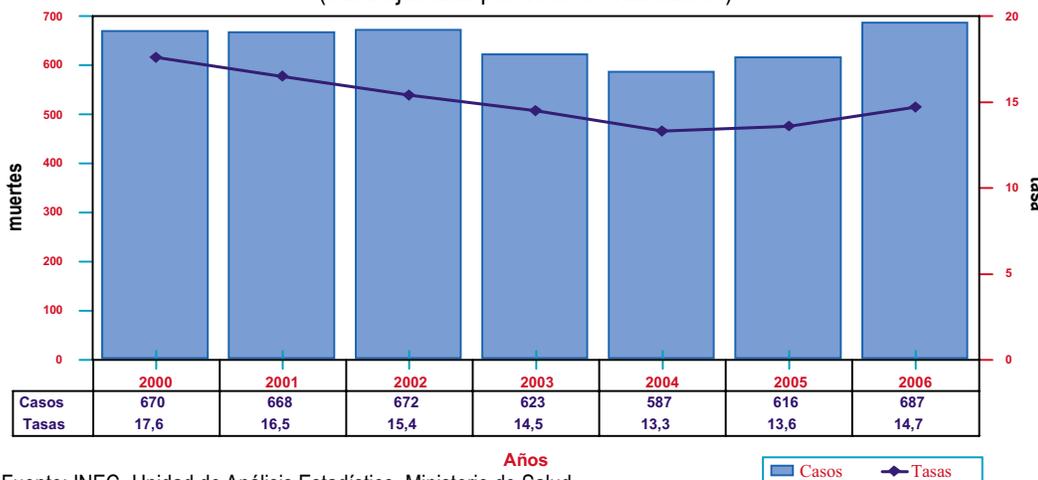


Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Mortalidad por accidentes de tránsito

En el 2006 fallecieron 687 personas a causa de accidentes de tránsito, cifra que representa el 4,10% del total de las muertes ocurridas en el año. El gráfico 21 muestra la tendencia de la mortalidad por accidentes de tránsito en el período de 2000 al 2006. Se aprecia un aumento del 10,33% de la mortalidad en el año 2006 con respecto al año anterior.

Gráfico N° 21
Mortalidad por accidentes de tránsito según año, Costa Rica, 2000- 2006
 (Tasa ajustada por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC -Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

El 82% de las personas que fallecieron por esta causa fueron hombres y el 17,9%, mujeres.

El grupo de edad que presentó la mayor cantidad de muertes por accidentes es el de 20 a 24 años, con 88 muertes lo que represento el 12,8%.

La provincia de San José fue la que tuvo el mayor número de muertes (44,40%), seguida por Alajuela (14,3 %) y Heredia con el menor porcentaje de muertes (3,64%).

Cuadro N° 5
Mortalidad por accidentes de tránsito según provincia de ocurrencia. Costa Rica, 2006
 (Cifras absolutas y relativas)

PROVINCIA	2006	
	NÚMERO	%
COSTA RICA	687	100,00
SAN JOSÉ	305	44,40
ALAJUELA	98	14,26
CARTAGO	26	3,78
HEREDIA	25	3,64
GUANACASTE	75	10,92
PUNTARENAS	85	12,37
LIMÓN	73	10,63

Fuente: INEC - Unidad Análisis Estadístico, Ministerio de Salud



IV. INVERSIÓN EN SALUD

Gasto del Ministerio de Salud

En el año 2006 el presupuesto total del Ministerio de Salud en sus cuatro organismos presupuestarios fue de ₡36.580,01, según se describe a continuación: Oficina de Cooperación Internacional de la Salud Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (OCIS-DESAF) ₡5.698,4 millones, el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS): ₡2.066,8 millones, Gobierno Central con ₡22.477,8 millones y el Fideicomiso 872 Ministerio de Salud Banco Nacional de Costa Rica con ₡4.669,8 millones. Gráfico 1.

Presupuesto de Gobierno Central

Se gastó un 76,8% (₡22.477,8 millones) de los recursos que obtiene la institución, de los cuales ₡20.550,4 millones fueron para el pago de salarios. De éstos, ₡9.125,4 millones en el pago por remuneraciones básicas (sueldos o cargos fijos) y ₡8.407,4 millones para incentivos salariales (retribuciones por años servidos, aguinaldo, salario escolar, entre otros). Gráfico 2.

Gráfico N° 1
Presupuesto y gasto en millones de colones. Ministerio de Salud, 2006

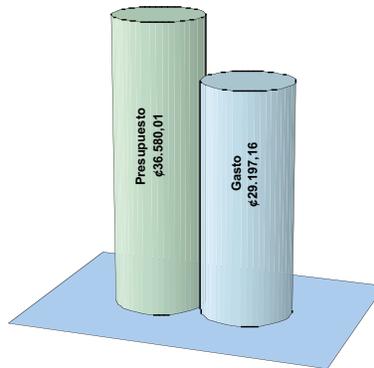
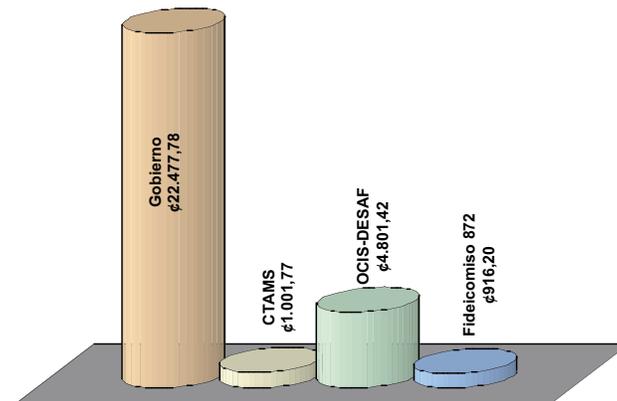


Gráfico N° 2
Gasto según organismo presupuestario. Ministerio Salud, 2006



Por concepto de cuotas obrero-patronales $\text{¢}1.533,5$ millones y para lo correspondiente a Ley de Protección al Trabajador, $\text{¢}1.452,0$ millones. Por otro lado se invirtieron $\text{¢}1.246,3$ millones en la partida de servicios; de ellos $\text{¢}532,4$ millones para gasto de viajes y transportes (viáticos de los funcionarios), $\text{¢}436,6$ millones para el pago de servicios básicos en todo el país (servicio de energía eléctrica, telecomunicaciones, acueducto y alcantarillado) y $\text{¢}216,8$ para pago de seguros, entre otros.

Además se gastaron $\text{¢}368,0$ millones en materiales y suministros, de ellos, se adquirieron productos químicos y conexos por $\text{¢}310,7$ millones (combustibles y lubricantes), también tintas pinturas y diluyentes por $\text{¢}26,0$ millones entre otros. Además, se realizaron transferencias por $\text{¢}283,6$ millones principalmente por el concepto de prestaciones legales un monto de $\text{¢}156,9$ millones y entre otros $\text{¢}78,6$ millones para el pago de pensiones a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Presupuesto de OCIS-DESAF

Este organismo es el encargado de la administración de los recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (ley N° 5662 de 1974) cuya finalidad es favorecer a los sectores de la población de escasos recursos económicos. Durante el 2006 se presentó una ejecución de 16,4% ($\text{¢}4.801,4$ millones) del total invertido en la Institución. El 62,5% ($\text{¢}3.002,6$ millones) correspondió a la partida materiales y suministros, específicamente la sub partida de productos alimenticios, que representó un total de $\text{¢}2.998,1$ millones, para la compra de leche en polvo, y $\text{¢}4,5$ millones en otros materiales de construcción (adquisición de letrinas). Además, se realizaron transferencias por $\text{¢}1.798,8$ millones, de los cuales $\text{¢}1.474,3$ millones se destinaron a las asociaciones de desarrollo específico de nutrición y desarrollo infantil que administran los recursos de los CEN y CINAL distribuidos en todo el territorio nacional; además se entregaron $\text{¢}313,9$ millones correspondientes al superávit del programa de Saneamiento Básico Rural (Sanobar) y de la Dirección de Nutrición y Desarrollo Integral al Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares.

Cuadro N° 1
Gasto según organismo presupuestario y partida presupuestaria.
Ministerio de Salud, 2006.

Partida Presupuestaria	GOBIERNO		C.T.A.M.S.		OCIS-DESAF		FIDEICOMISO		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
0. Remuneraciones	20.550,42	91,43%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	20.550,42	70,20%
1. Servicios	1.246,33	5,54%	680,28	66,82%	0,00	0,00%	275,16	28,15%	2.201,77	7,52%
2. Mater. Y Sumin	367,96	1,64%	112,38	11,04%	3.002,62	62,54%	143,22	14,65%	3.626,18	12,39%
6. Transf. Corrientes	283,55	1,26%	32,27	3,17%	1.798,80	37,46%	3,05	0,31%	2.117,68	7,23%
TOTALES	22.477,78	8,57%	1.018,09	100,00%	4.801,42	100,00%	977,53	100,00%	29.274,81	29,80%



Presupuesto del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)

Este organismo apoya al Ministerio de Salud mediante el diseño, financiamiento y ejecución de estrategias, programas y proyectos para mejorar la capacidad técnica y gerencial de la institución, a fin de fortalecer el ejercicio de la rectoría en salud.

Durante el año 2006 se ejecutó un 3.5% del presupuesto total del Ministerio (¢1.018,09 millones), de los cuales se invirtió un total de ¢680,3 millones en la partida de servicios (gestión de apoyo, contratación de mantenimiento y reparación de equipo de transporte, de edificios y locales, equipo de cómputo y sistemas de información, entre otros). Además se invirtieron ¢193,2 millones en la partida bienes duraderos, principalmente en remodelaciones de edificios por un monto de ¢115,3 millones, provenientes del programa Desarrollo del Sector Salud, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). También se adquirieron equipos por un valor de ¢77,8 millones (ver cuadro . Por otro lado, se adquieren materiales y suministros por ¢112,4 millones por la adquisición de productos químicos y conexos, específicamente en combustibles y lubricantes (¢31,5 millones) y tintas, tinturas y diluyentes (¢23,2 millones), útiles, materiales y suministros diversos (¢23,9 millones), entre otros (cuadros 2 y 3, Acción Estratégica IV).

Fideicomiso 872 Ministerio de Salud – Banco Nacional de Costa Rica

Se crea en el año 2002, y su objetivo es el financiamiento de los programas de construcción y reparación de infraestructura sanitaria, investigación y desarrollo tecnológico, y formación y capacitación del personal del Ministerio de Salud.

En el 2006 se invirtió un 3.3% (¢977,5 millones) de los cuales ¢556.1 millones ha sido para la construcción de edificios en el territorio nacional, ¢275,2 millones para la contratación de servicios.

Gasto Anual del Sector Salud

Desde el año 2002 se ha notado el incremento en el presupuesto de las instituciones del Sector Salud. Del 2005 al 2006, dicho incremento fue del 19.3% (¢107.215,3 millones), lo cual se observa en el gráfico 3. Se muestra que el presupuesto de todas las instituciones así como la proyección del gasto de las municipalidades, cuyas liquidaciones anuales se encuentran en estudio en la Contraloría General de la República.

Cuadro N° 2
Gasto en millones de colones, Sector Salud, 2006.

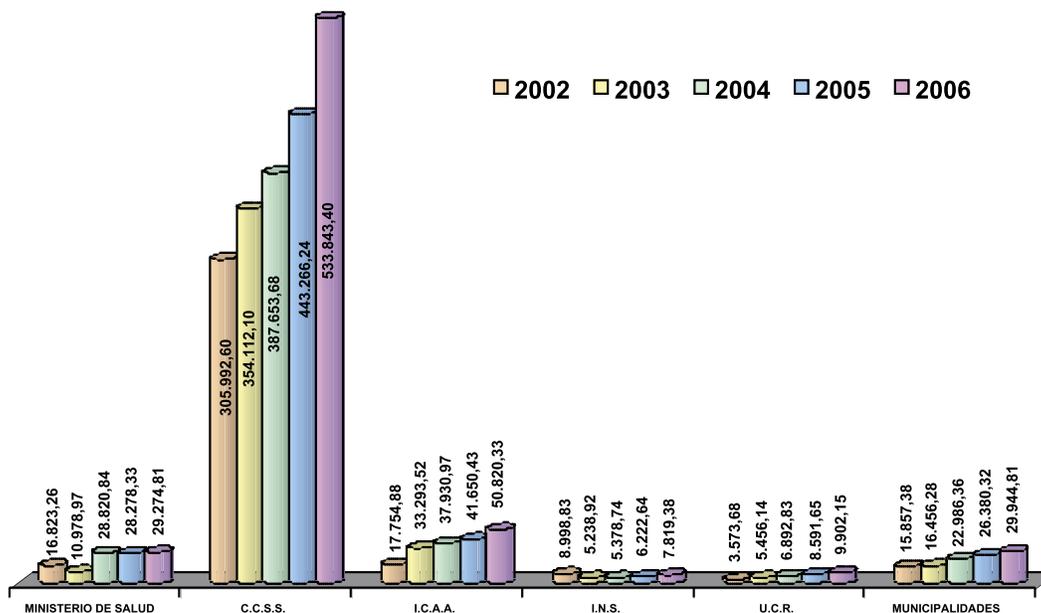
AÑO	MINISTERIO DE SALUD		C.C.S.S.		I.C.A.A.		I.N.S.		U.C.R.		MUNICIPALIDADES		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
2002	16.823,26	4,6%	305.992,60	82,9%	17.754,88	4,8%	8.998,83	2,4%	3.573,68	1,0%	15.857,38	4,3%	369.000,63	14,76%
2003	10.978,97	2,6%	354.112,10	83,2%	33.293,52	7,8%	5.238,92	1,2%	5.456,14	1,3%	16.456,28	3,9%	425.535,93	17,02%
2004	28.820,84	5,9%	387.653,68	79,2%	37.930,97	7,7%	5.378,74	1,1%	6.892,83	1,4%	22.986,36	4,7%	489.663,43	19,59%
2005	28.278,33	5,1%	443.266,24	80,0%	41.650,43	7,5%	6.222,64	1,1%	8.591,65	1,5%	26.380,32	4,8%	554.389,61	22,17%
2006	29.274,81	4,4%	533.843,40	80,7%	50.820,33	7,7%	7.819,38	1,2%	9.902,15	1,5%	29.944,81	4,5%	661.604,88	26,46%

Fuente: Informe de liquidación presupuestaria y proyecciones al 31 de diciembre de cada institución del último quinquenio.

Se hace un pronóstico del año 2006 por no contar con la información debido a que está en proceso de revisión en la Contraloría General de la República

Nota: No se incluyen los compromisos devengados en el 2005 ya que estos serán cancelados en el 2006.

Gráfico N° 3
Gasto en millones de colones. Sector Salud, 2002-2006.



Como se observa en el gráfico 3, la CCSS incrementó su gasto en un 17,0% (¢90,6 millones) manteniéndose como la institución más robusta en lo que a inversión en salud se refiere, ya que su gasto representa el 81,1% (¢533.843,4 millones) del total de la inversión del sector en el 2006, inversión que en el último año aumentó en un 20,4% (¢90.577,2 millones) con respecto al año 2005.

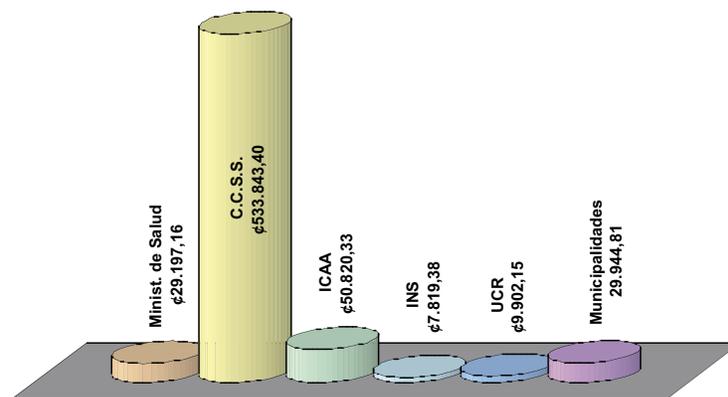
Por otro lado, el AyA, ocupa el segundo lugar con una participación total de un 7,7% (¢50.820,3 millones) y cuyo crecimiento con respecto al 2005 fue de ¢9.169,9 millones (18,0%) .



El tercer lugar lo ocupan las municipalidades, con una participación de ¢29.944,8 millones, equivalente a un 4.5% de inversión pronosticada, los cuales deberían ser del 20% de los ingresos específicos (por concepto de aseo de vías y sitios públicos, la recolección de residuos sólidos, inversión a parques y obras de ornato, a los acueductos, entre otros).

Le sigue el Ministerio de Salud, el cual invirtió ¢22.477,8 millones por medio de los cuatro organismos presupuestarios mencionados anteriormente; la Universidad de Costa Rica con aportes que alcanzan el 1.5% (¢9.902,1 millones) y por último el Instituto Nacional de Seguros cuyo presupuesto estaba en ¢11.355,2 millones y que de acuerdo al informe se gasta en total un 68.9% ¢7.819,4 millones o sea un 1.2% del peso total de toda la inversión en salud.

Gráfico N° 4
Gasto en millones de colones. Sector Salud, 2006.



Gasto del Sector Salud según Producto Interno Bruto (PIB) Deflatado y Gasto Per cápita

Para el año 2006 la relación del gasto/PIB deflatado, utilizando el Índice Subyacente de Inflación; brinda una noción de los esfuerzos institucionales para atender las necesidades en salud de la población de acuerdo con la disponibilidad total de recursos reales. Cuadro 3.

Cuadro N° 3
Gasto según producto interno bruto deflatado. Sector Salud. Costa Rica, 2002-2006

AÑO	SECTOR SALUD		PIB DEFLATADO	PIB*	ÍNDICE SUBYACENTE DE INFLACIÓN*
	Gasto en millones de colones	% PIB			
2002	369.000,63	3,97	93.014,13	6.060.878,20	65,16
2003	425.535,93	4,35	97.923,72	6.982.287,60	71,30
2004	489.663,43	4,72	103.805,64	8.142.428,20	78,44
2005	554.389,61	5,17	107.262,29	9.542.858,00	88,97
2006	661.604,88	5,81	113.917,39	11.322.818,70	99,40

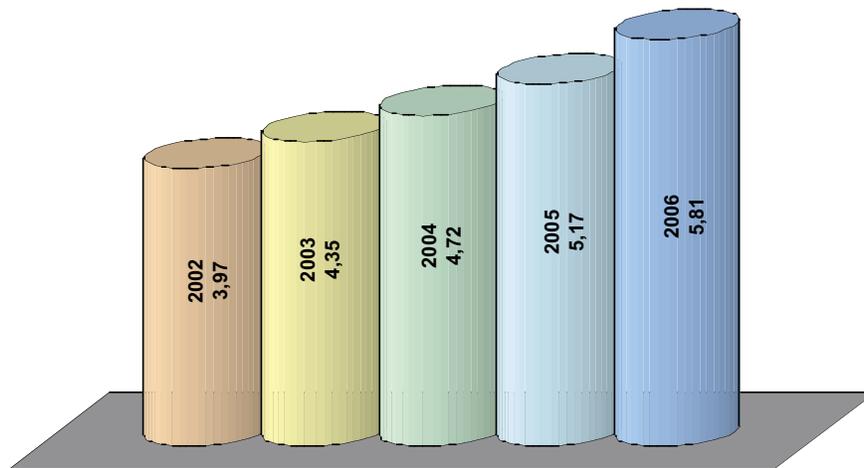
Cálculos realizados: Total Gasto en salud % = Sector Salud deflatado ¢ / PIB deflatado

Total Sector Salud columna % = Gasto anual / PIB deflatado

* Según datos del Banco Central de Costa Rica

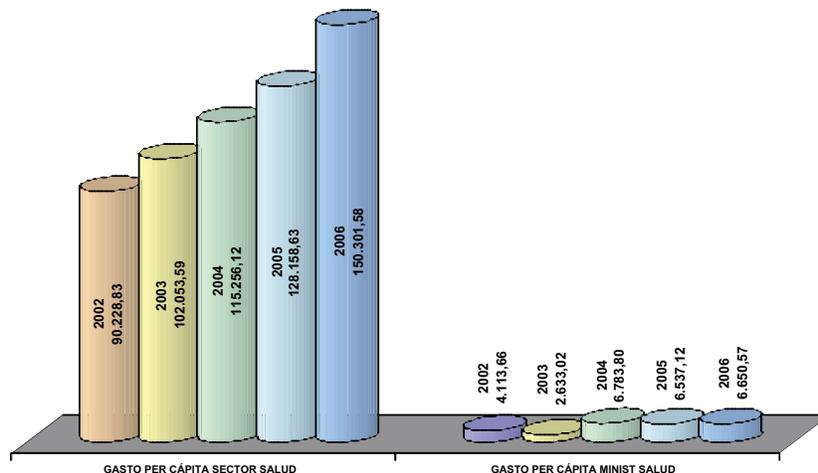
Como se observa en el cuadro 3 y gráfico 5, en el último quinquenio ha habido una inversión en salud creciente. Para el año 2006 este aumento fue de 0,64% con respecto al año anterior alcanzando el 5.8% del PIB.

Gráfico N° 5
Participación del Sector Salud en el Producto Interno Bruto.
Costa Rica, 2002-2006



En el gráfico 6 se muestra el comportamiento creciente de los últimos años del gasto per cápita en salud. En el último bienio, el total per cápita del Sector Salud fue de ¢128.158,6 y el del Ministerio de Salud fue de ¢6.537,1. Por otro lado, en el 2006 hubo un incremento en este rubro del 17,3% (¢22.143,0/habitante) quedando un total per cápita del Sector Salud de ¢150.301,6.

Gráfico N° 6
Gasto per cápita en colones corrientes, Sector Salud y Ministerio de Salud.
Costa Rica, 2002-2006



V. MARCO LEGAL

Decretos Ejecutivos

En ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, la Ministra de Salud y el Presidente de la República (Poder Ejecutivo), han promulgado una serie de decretos ejecutivos, los cuales son relevantes para el ejercicio de la función rectora:

• Reforma al Reglamento General del IAFA	• 33070-S
• Reglamento Control Sanitario de la Publicidad de Productos Regulados por la Dirección de Registros y Controles	• 33076-S
• Decreto que oficializa las Normas para Habilitación de Atención Extrahospitalaria (soporte básico)	En proceso
• Decreto sobre Obesidad como Notificación Obligatoria.	• 32980-S
• Decreto que oficializa el Manual de Cáncer de Cervix	En proceso
• Decreto de Declaratoria de Interés Público del Simposio Nacional de Cirugía de Mano	• 32962-S
• Reglamento de Normas de Seguridad en la Industria Química	• 33015-S-RE
• Reglamento de Emisiones Generadas por Incineradores	En proceso
• Reglamento a la Ley Orgánica Colegio de Enfermeras	• 33368-S
• Reforma al Reglamento para el Registro Sanitario de los Medicamentos que requieren demostrar Equivalencia Terapéutica	• 33076-S
• Reforma Decreto 30029-S sobre Sodas Centros Educativos	En proceso
• Decreto de Creación del Consejo Nacional de Apoyo a las Familias	• 33123-S-MEP-C-MTSS
• Decreto de Declaratoria de Interés Pública del IV° Foro de la Academia Nacional DE Medicina.	• 33089-S
• Decreto de Declaratoria de Interés Público del Congreso de Salud Pública	• 33090-S
• Reglamento de Uso y Reuso de Aguas Residuales.	• 33601-S
• Decreto de Declaratoria de Interés Público del Congreso Internacional de Mala Praxis	• 33061-S
• Reglamento a la Ley 8444. Reforma a la Ley Reguladora de Exoneraciones Vigentes, Derogatorias y Excepciones	• 33343-S
• Creación de la Comisión Técnica Regional para el Manejo de los Desechos Sólidos en la Región Brunca.	• 33120-S
• Decreto de Creación del Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas	• 33121-S

<ul style="list-style-type: none"> • Reforma al Reglamento para la clasificación y la evaluación de la calidad de cuerpos de Agua Superficiales 	En proceso
<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Normas Habilitación Centros de Acondicionamiento Físico 	<ul style="list-style-type: none"> • 33532-S
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Clorpirifos • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Etoprofos • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Metomil • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Terbufos granulado • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Metil • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Paraquat • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Monocrotofos • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Fosfuro de aluminio • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Endosulfan • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Aldicarb • Decreto de Prohibición/Regulación del Agroquímico Carbofuran 	Pendiente firma de Ministros de Producción, Ambiente y Trabajo y Seguridad Social.
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Género y Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • 33296-S
<ul style="list-style-type: none"> • Reglamento de Celulares 	En proceso
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de Creación de la Comisión de Influenza Aviar 	En proceso
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de Creación del Consejo Nacional de Cáncer 	<ul style="list-style-type: none"> • 33271-S
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de Creación de la Comisión Coordinadora Para la Búsqueda de la Solución Integral del Manejo de los Desechos Sólidos 	<ul style="list-style-type: none"> • 33244-S-MINAE-MP-MOPT-MEP
<ul style="list-style-type: none"> • Reforma al Reglamento Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • 33214-S
<ul style="list-style-type: none"> • Reforma Reglamento de Inscripción de Medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • 33575-S
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto mediante el cual se establece el Laboratorio de INCIENSA como Centro Nacional de Referencia 	En proceso
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de Creación de la Comisión de Medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • 33356-S
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de Declaratoria de Interés Público de las actividades de la Comisión de Lactancia materna 	<ul style="list-style-type: none"> • 33237-S
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de Establecimiento del Arancel para Productos homeopáticos 	<ul style="list-style-type: none"> • 33576-S
<ul style="list-style-type: none"> • Reglamento sobre Custodia y Destrucción de Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • 33392-S
<ul style="list-style-type: none"> • Decreto de Declaratoria de Interés Público del Congreso Latinoamericano de Infectología Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • 33387-S



<ul style="list-style-type: none"> Decreto de Declaratoria de Interés Público del Simposio: Obesidad, Epidemia del Siglo XXI 	<ul style="list-style-type: none"> 33348-S
<ul style="list-style-type: none"> Reforma Reglamento Atención Extrahospitalaria 	En proceso
<ul style="list-style-type: none"> Reforma Reglamento Equipo y Material Biomédico 	<ul style="list-style-type: none"> 33403-S
<ul style="list-style-type: none"> Decreto de Declaratoria de Interés Público de las actividades del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social en la Lucha Contra el Dengue 	<ul style="list-style-type: none"> 33362-S
<ul style="list-style-type: none"> Decreto de Declaratoria de Interés Público del Estudio Epidemiológico para Enfermedad Neumocócica Invasora 	<ul style="list-style-type: none"> 33399-S
<ul style="list-style-type: none"> Declaratoria emergencia sanitaria nacional tratamiento de las aguas residuales, domésticas e industriales, que procesa la empresa Kimberly Clark Costa Rica S.A 	En proceso
<ul style="list-style-type: none"> Modificación del Artículo 1° del Decreto 33255-S mediante el cual se fija la tasa para trámite, registro y apoyo a las funciones de inspección, vigilancia y control de los medicamentos homeopáticos 	<ul style="list-style-type: none"> 33576-S
<ul style="list-style-type: none"> Decreto de Declaratoria de Interés Público del Trámite de Aprobación de Rellenos Sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> 33477-S-MP
<ul style="list-style-type: none"> Reforma artículo 20 del Reglamento del Estatuto de Servicios de Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> 33473-S
<ul style="list-style-type: none"> Decreto sobre Obligación Vacunación Fiebre Amarilla para Personas Provenientes de Poblaciones en Riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> 33671-S
<ul style="list-style-type: none"> Modificación del Artículo 16 del Reglamento de Custodia de Drogas Estupefacientes 	<ul style="list-style-type: none"> 33626-S
<ul style="list-style-type: none"> Decreto de Declaratoria de interés público de las actividades del 80 aniversario del Ministerio de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> 33563-S
<ul style="list-style-type: none"> Decreto de Declaratoria de interés público del Congreso de Medicina Transfusional 	<ul style="list-style-type: none"> 33654-S
<ul style="list-style-type: none"> Reformas al Reglamento General para el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento del Ministerio de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> 33410-S 33602-S
<ul style="list-style-type: none"> Decreto de Prohibición del expendio de tabaco en establecimientos farmacéuticos 	En proceso
<ul style="list-style-type: none"> Decreto de Prohibición del expendio de bebidas alcohólicas en establecimientos farmacéuticos 	En proceso
<ul style="list-style-type: none"> Reglamento Sistema Nacional de Farmacovigilancia 	En proceso
<ul style="list-style-type: none"> Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Obesidad 	En proceso
<ul style="list-style-type: none"> Reglamento para el Funcionamiento Sanitario de Templos o Locales de Culto 	En proceso

• Decreto para la Prohibición de Bromato de Potasio en Productos Alimenticios	• 33607-S
• Modificación del Decreto de Auxiliares de Enfermería	En proceso
• Decreto de Declaratoria de Interés Público del Seminario del Colegio de Enfermeras	• 33625-S
• Decreto de Declaratoria de Interés Público del IX Congreso de Obstetricia	• 33627-S
• Reforma al Decreto 33119-S que oficializa el Manual de Normas y Cáncer de Cuello de Útero	En proceso
• Decreto de Restricción de Fentanilo	• 33643-S
• Decreto de Declaratoria de Interés Público del Congreso Nacional de Trabajo Social	• 33644-S
• Decreto de Declaratoria de Interés Público de la Encuesta Nacional de Nutrición	En proceso
• Decreto de oficialización del Manual Normas Establecimientos Adulto Mayor	En proceso
• Reforma al Reglamento de Control Drogas Estupefacientes y Psicotrópicos	• 33245-S
• Reforma al Reglamento de Inscripción de Medicamentos.	En proceso
• Reglamento del Consejo Nacional de Enfermeras (CONE)	En proceso
• Reforma al Reglamento a la Ley General VIH/SIDA	En proceso
• Decreto Apertura Arancelaria y la Exención del Impuesto General sobre las Ventas para los Productos Ensure, Pediasure y Glucerna	En proceso
• Decreto Reglamento Técnico Chile Dulce para Consumo en Estado Fresco	En proceso
• Decreto Reglamento Técnico Leche Cruda y Leche Higienizada	En proceso
• Decreto Reglamento Técnico de la Margarina	• 33118-MEIC-S
• Decreto Reglamento Técnico para el uso de términos lecheros	• 33288-MEIC-MAG-S
• Decreto Reglamento Técnico Jugos y Néctares de Frutas	• 32916-MEIC-S
• Decreto Reglamento del Sistema de Ventanilla Única de Comercio Exterior	• 33452-COMEX-H-MAG-DOB-S-MP
• Decreto para modificar por sustitución total el Reglamento Técnico Centroamericano No. RTCA 75.01.15.04 Productos de Petróleo, Aceites lubricantes para Motores a Gasolina a Diesel.	• 33427-COMEX-SALUD-MINAE-MEIC
• Creación Comisión de Desalojos	• 33228-SP-MIDEPLAN-MIVAH-S
• Decreto Reglamento Técnico Tapa Dulce y Dulce Granulado	En proceso

Proyectos de Ley

El Ministerio de salud se ha apersonado a varios expedientes legislativos en los que se tramitan Proyectos de Ley, contestando así las audiencias que diferentes instancias de la Asamblea Legislativa han otorgado, externando el criterio del Ministerio de Salud con respecto a los siguientes proyectos de ley:

- Proyecto de Ley No. 16118 “Reforma de Varios Artículos de la Ley de Marcas y Otros Signos Distintivos No. 7978, de 6 de enero de 2000 y de la Ley de Patentes de Invención, Dibujos y Modelos Industriales y Modelos de Utilidad, No. 6867, de 25 de abril de 1983”.
- Proyecto de Ley No. 15831 “Ley Especial para Impulsar la Obtención y Conservación de Células Madre Umbilical Humana y su Aplicación en la Cura de Enfermedades Hematológicas y Regeneración de Tejidos de los Seres Humanos.
- Proyecto de Ley No. 16298 “Ley de Creación de la Policía del Agua”.
- Proyecto de Ley No. 15090 “Ley Orgánica del Colegio de Naturópatas”.
- Proyecto de Ley No. 16240 “Ley de Fortalecimiento Financiero del Instituto Mixto de Ayuda Social.
- Proyecto de Ley No. 16454 “Reforma a la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares No. 5662.

Decretos Legislativos

Así mismo, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, a la Ministra de Salud le ha correspondido sancionar, junto con el Presidente de la República varios decretos ejecutivos.

- Decreto Legislativo No. 8556 “Reforma a la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad”.
- Decreto Legislativo No. 8584 “Ayuda al Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos”.

Ministerio de Salud **Memoria Institucional 2006-2007**

María Luisa Ávila Agüero
Ministra de Salud

Lidieth Carballo Quesada
Viceministra de Salud

Oswaldo Pandolfo Rímolo
Viceministro de Salud

Rossana García González
Directora General de Salud

Comité Editorial

Francisco Gólcher Valverde
Coordinador

Cecilia Gamboa Cerda
Fernando Herrera Canales
Ithinia Martínez Mora
Luis C. Fallas Villavicencio
Marcela Vives Blanco
Miguel Hernández Garbanzo

Análisis Estadístico

Rosa María Vargas Alvarado

Fotografías

Unidad de Comunicación
y Educación en Salud
Unidad de Prensa, Imagen y Relaciones Públicas

Diseño e Impresión

Publicaciones
Unidad de Infraestructura y Servicios





Perspectiva social: Conjunto de acciones dirigidas a garantizar el derecho a la atención en salud a las personas.

Perspectiva pública: Establecimiento, operación, desarrollo e impacto de servicios que atienden a las personas y de protección del medio ambiente humano, que cubran a todos los principios de equidad y solidaridad.

Perspectiva financiera: Mecanismos que aseguran, contra los riesgos de incertidumbre, la disponibilidad de los recursos necesarios para el acceso a los servicios de salud, en el momento que los requieren los usuarios, a través de contribuciones económicas anticipadas. Estas se refieren a las cotizaciones conocidas como de prepago.

