

2012



Memoria Institucional

Mayo 2013

MINISTERIO DE SALUD
MEMORIA INSTITUCIONAL 2012



Mayo 2013

614

M8375m Costa Rica. Ministerio de Salud
Memoria Institucional 2011 - San José, Costa Rica:
El Ministerio, 2013

160p.;ilus, 28cm

ISSN 1659-35 96

1. Salud Pública. 2. Memorias. 3. Costa Rica.
I. Ministerio de Salud. II. Título



*República de Costa Rica
Ministerio de Salud
Despacho Ministerial*

DM-3410-2013

San José, 29 abril de 2013

Señor

Víctor Emilio Granados, Presidente

Asamblea Legislativa

Su Oficina

Estimado señor:

En mi calidad de Ministra de Salud y de conformidad con el artículo 144 de la Constitución Política de la República, presento la Memoria Anual del año 2012 del Ministerio de Salud.

En esta se describen los logros obtenidos en el cumplimiento de los compromisos en salud, asumidos en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 María Teresa Obregón Zamora, y las prioridades de la Administración Chinchilla Miranda.

Las acciones logradas van enfocadas hacia una mejor calidad de vida a su población y al ámbito de estilo de vida saludable:

Dentro de esas acciones podemos mencionar que en la Red de Cuido y Desarrollo Infantil a través de los servicios de atención y protección infantil en los CEN CINAI, se atendieron en los diferentes servicios a 124.728 niños(as), madres embarazadas o lactantes en condición de vulnerabilidad por pobreza o riesgo social.

En cuanto a la cobertura de agua segura para consumo humano el Ministerio ha iniciado la implementación del Sistema de Estandarizado de Regulación Sanitaria (SERSA) e incorporó 235 acueductos al Sistema, lo cual corresponde aproximadamente al 14% de los acueductos a nivel nacional.

También se dotaron de 1677 Sistemas de Tratamientos de Excretas a familias de zonas rurales dispersas, a familias en pobreza y pobreza extrema, con miembros con discapacidad, mujeres jefas de hogar y de población indígena.

"85 AÑOS PROTEGIENDO SU SALUD"

*Apdo. 10123-1000
San José, Costa Rica*

*Tel. (506) 2233-0683
Fax: (506) 2255-2594*



*República de Costa Rica
Ministerio de Salud
Despacho Ministerial*

DM-3410-2013

San José, 29 abril de 2013

Página 2

En materia de gestión integral de residuos, actualmente, 44 cantones cuentan con el Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos y 15 cantones iniciaron el proceso de elaboración y el diagnóstico. Por otro lado, la Institución ha liderado, promovido y articulado a diferentes actores sociales la ejecución de diferentes acciones como el sistema de información, la capacitación a funcionarios públicos y actores sociales, además de la constitución de la Red Costarricense de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables.

El esfuerzo mancomunado de representantes de los supremos poderes, instituciones de salud y organizaciones sociales permitieron la publicación de la Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud; la cual permitirá reducir al mínimo la exposición de las personas a sus efectos, reducir en la población el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo, prevenir a los niños y adolescentes en la iniciación en el tabaquismo y declarar espacios 100% libres de la exposición al humo de tabaco establecimientos públicos, comerciales y culturales.

El Artículo 22 de la Ley N° 9028 dispuso la creación de un impuesto específico para los cigarrillos y productos similares. La misma ley establece que los recursos que se recauden se deberán destinar a fortalecer los servicios de diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo entre ellas el cáncer. Durante el 2012 se recaudó una suma cercana a los 15 mil millones de colones y para el 2013 se ha proyectado que la cantidad a recaudar ronde los 37 mil millones de colones.

En cuanto al Registro de Productos de interés sanitario se disminuyó los tiempos de espera en cinco tipos de Registro Sanitario y se implementa un plan de mejora en el Registro de Medicamentos.

El 10 de octubre del 2012 Día Mundial de la Salud Mental, se presentó la **Política de Salud Mental 2012-2021**, con el lema: *“De la atención hospitalaria a la atención comunitaria”*. Esta Política surge de la necesidad de contar con un marco de referencia para conducir a los actores sociales hacia la promoción de la salud mental, prevención de enfermedades, atención, curación y rehabilitación de personas con trastornos mentales en el ámbito comunitario; un fin que supera el paradigma de atención biologista basado en el centro hospitalario. El objetivo general de esta política es desarrollar un Modelo de Salud Mental que garantice el derecho a la salud mental de la población por medio de la acción intersectorial e interinstitucional.

“85 AÑOS PROTEGIENDO SU SALUD”

*Apdo. 10123-1000
San José, Costa Rica*

*Tel. (506) 2233-0683
Fax: (506) 2233-2594*



República de Costa Rica
Ministerio de Salud
Despacho Ministerial

DM-3410-2013

San José, 29 abril de 2013

Página 2

En el 2012, Costa Rica presentó la **tasa de mortalidad infantil más baja de su historia**, en total ocurrieron 48 muertes infantiles menos que el año anterior, siendo uno de países con los mejores niveles de este indicador de América Latina. Es necesario resaltar que la tasa de mortalidad infantil no solamente es indicador del estado de la salud de la población si no también un indicador de desarrollo y bienestar de un país.

Para promover el continuo avance en este tema el Ministerio de Salud ha nombrado una Comisión Permanente de Alto Nivel para la Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil la cual dirigirá su trabajo para realizar intervenciones específicas en las comunidades de mayor riesgo, como lo son las poblaciones indígenas.

Todas estas acciones son analizadas y explicadas en el documento que me permito hacerle llegar. Deseo expresar mi sincero agradecimiento a todos los funcionarios y a todas las funcionarias del Ministerio de Salud, así como a las instituciones adscritas, por su apoyo en la elaboración de este documento.

Con toda consideración y respeto, atentos saludos,



Dra. Daísy María Corrales Díaz, MSC.
MINISTRA DE SALUD

Tabla de Contenido

MARCO ESTRATÉGICO.....	1
1. Misión Institucional.....	3
2. Visión Institucional.....	3
3. Estrategia Maestra.....	3
4. Objetivos Estratégicos Institucionales.....	3
5. Valores Institucionales.....	3
ESTRUCTURA ORGÁNICA.....	5
1. Nivel Central.....	7
2. Nivel Regional	10
3. Nivel Local	11
4. Entes Adscritos.....	11
5. Recurso Humano.....	13
6. Organigrama.....	17
POLÍTICAS INSTITUCIONALES	19
SITUACIÓN DE SALUD Y SUS DETERMINANTES.....	25
1. Situación Demográfica.....	27
1.1. Fecundidad.....	27
1.2. Expectativa de Vida.....	28
1.3. Migración	29
1.4. Estructura Poblacional	30
2. Enfermedades Crónicas no Transmisibles	31
2.1. Cáncer	33
2.2. Enfermedades del Sistema Circulatorio.....	46
2.3. Diabetes Mellitus	50
2.4. Enfermedades Respiratorias Crónicas.....	51
3. Enfermedades Transmisibles	52
3.1. Infección por VIH Y Sida	52
3.2. Dengue.....	58
3.3. Malaria	59
3.4. Enfermedad de Chagas	62
3.5. Filariasis	62
3.6. Enfermedades Registro Colectivo	62
3.7. Tuberculosis	62
3.8. Enfermedades Inmunoprevenibles	65
4. Intoxicaciones por Plaguicidas	70
5. Mortalidad Infantil	73
6. Mortalidad Materna	74
7. Coberturas de Vacunación	79
7.1 Vacunación en Recién Nacidos	79

7.2 Vacunación básica en el primer año de vida	79
7.3 Vacunación en niños de 1 año a menos de 2 años.....	79
7.4 Vacunación en población escolar.....	80
8. Violencia social	84
8.1 Violencia de género.....	84
8.2 Violencia intrafamiliar	86
8.3 Accidentados de tránsito.....	88
9. Mortalidad por causas externas.....	88
9.1 Mortalidad por suicidios.....	89
9.2 Mortalidad por homicidios.....	89
9.3 Mortalidad por accidentes de tránsito	92
10. Determinantes sociales de la salud.....	95
10.1 Pobreza	95
10.2 Conformación étnica.....	95
10.3 Educación	97
10.4 Actividad física	97
10.5 Determinantes ambientales.....	98
LOGROS	101
1 Logros institucionales.....	103
1.1 Desarrollo de capacidades humanas en la población para el cuidado de su salud	103
1.2 Mejoramiento de la calidad de agua para consumo humano.....	103
1.3 Programa saneamiento rural básico (SANEBAR).....	105
1.4 Gestión integral de residuos.....	105
1.6 Lucha contra el cáncer.....	110
1.7 Control del tabaco.....	110
1.8 Salud mental.....	113
1.9 Atención integral al VIH/sida.....	113
1.10 Salud sexual y reproductiva.....	114
1.11 Maternidad e infancia saludable y segura.....	115
1.12 Promoción de la lactancia materna.....	115
1.13 Red nacional de cuidado.....	116
1.14 Plan de reducción del riesgo sanitario en establecimientos públicos (PRESAEP).....	117
1.15 Registro de productos de interés sanitario.....	118
1.16 Seguridad alimentaria y nutricional.....	119
2 Entes adscritos.....	120
2.1 Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia.....	120
2.2 Instituto costarricense de investigación y enseñanza en nutrición y salud.....	122
2.3 Dirección nacional de centros de educación y nutrición y de centros infantiles de atención integral.....	127
CUMPLIMIENTO DE METAS DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2011-201 “MARÍA TERESA OBREGÓN ZAMORA”	135
Metas del ministerio de salud en el PND 2011- 2014.....	133
INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD	137
1. Ejecución presupuestaria	139
2. Inversión ANUAL del sector salud.....	148
3. Gasto sector salud y PIB deflactado	150

CAPITULO I

Marco Estratégico

1 MISIÓN INSTITUCIONAL

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.

2 VISIÓN INSTITUCIONAL

Seremos una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutive, con una cultura caracterizada por la orientación a los resultados y a la rendición de cuentas, con funcionarios debidamente calificados y 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.

3 ESTRATEGIA MAESTRA

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

4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

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.

5 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.

- *Efectividad*

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.

CAPITULO II

Estructura Orgánica



A partir del año 2008, mediante Decreto Ejecutivo N°34582-MP-PLAN y sus reformas, el Poder Ejecutivo define dieciséis sectores para mejorar la coordinación y organización del aparato público estatal. Entre ellos se crea el Sector Salud, cuya rectoría recae en el Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, como ente rector de la salud, lidera y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población.

Para ejercer sus funciones, el Ministerio de Salud se divide en tres niveles:

1 NIVEL CENTRAL

Constituye el nivel político-estratégico y técnico- normativo de la institución. Está conformado por el Despacho de la Ministra de Salud, apoyada por dos Viceministros. Tiene una Dirección General de Salud. La Auditoría Interna, la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud, la Dirección de Asuntos Jurídicos y la Contraloría de Servicios Institucional las cuales funcionan como unidades asesoras. También cuenta con entes adscritos al Ministerio: INCIENSA, el IAFA, la Dirección Nacional de CEN CINAI.

Dirección General de Salud

Es una unidad organizativa que depende orgánicamente del Ministro/a. Su principal objetivo es orientar y conducir la gestión del Ministerio de Salud para garantizar

el cumplimiento del marco estratégico institucional, a nivel nacional, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Asegura que todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Emite lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución. Para el desarrollo de sus funciones, la Dirección General de Salud cuenta con las siguientes instancias que tienen una dependencia orgánica:

- **Dirección Desarrollo Estratégico Institucional**

Su principal función es apoyar a la Dirección General de Salud en el alineamiento estratégico de la institución. Ejecuta los procesos de planificación intrainstitucional, desarrollo organizacional, mercadotecnia institucional, control interno, y gestión integral de la información, de los cuales constituye el mayor referente técnico institucional, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud. Asesora a las demás unidades organizativas de la institución en estos procesos.

- **Dirección Atención al Cliente**

Su principal función es ejecutar el proceso de Atención al Cliente Interno y Externo en el nivel central, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud. Normaliza la ejecución de este proceso en el nivel regional y local y asesora a

quienes lo requieran. Esta Dirección permite que el cliente interno y externo exprese sus necesidades y expectativas. Por medio de este proceso, el Ministerio de Salud garantiza el cumplimiento de las políticas destinadas a la simplificación de trámites, incorporación de la voz del cliente y su satisfacción con los servicios recibidos, de manera que fortalezca la imagen institucional y la implementación de la estrategia maestra.

- **Dirección Vigilancia de la Salud**

Su objetivo principal es garantizar que la ejecución del proceso de Vigilancia de la Salud, a nivel nacional, se realice de manera articulada, eficaz y con la requerida calidad. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local. Es responsable de la producción de información oportuna y veraz sobre la situación de salud del país que permita fundamentar la toma de decisiones para ejercer la rectoría en forma efectiva, eficiente y con enfoque de promoción, para garantizar la protección y mejoramiento del estado de salud de la población.

- **Dirección Mercadotecnia de la Salud**

Su función principal consiste en garantizar que la ejecución del proceso de Mercadotecnia de la Salud, a nivel nacional, se realice de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Para lo cual define directrices, formula planes y proyectos, establece procedimientos y desarrolla sistemas. Ejecuta, directamente,

las actividades operativas del proceso de Mercadotecnia de la Salud correspondientes al nivel central y las del nivel regional cuando requieren de un abordaje multiregional en coordinación con las unidades organizativas institucionales involucradas. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los tres niveles de gestión.

- **Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud**

Su objetivo principal es garantizar que la ejecución de los procesos de Planificación Estratégica de la Salud y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud a nivel nacional, se realicen de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Define directrices, formula planes y proyectos, establece procedimientos y desarrolla sistemas. Ejecuta directamente las actividades operativas de los procesos de Planificación Estratégica de la Salud y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud correspondientes al nivel central y las del nivel regional cuando requieren de un abordaje multiregional, en coordinación con las unidades organizativas institucionales involucradas. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles centrales, regionales y local.

- **Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud:**

Su principal objetivo es garantizar la ejecución de las funciones de Armonización de la

Provisión de Servicios de Salud y Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud, mediante la ejecución de los procesos de Vigilancia de la Salud, Planificación Estratégica de la Salud, Evaluación de las Acciones en Salud y Regulación de la Salud en el ámbito de los servicios de salud a nivel nacional. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local. Esta dirección, además, es responsable de la adecuada articulación de funciones de rectoría y de procesos que garanticen a la población el acceso a servicios de salud de calidad.

- **Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud**

Su objetivo es articular y ejecutar los procesos de rectoría en el ámbito del Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud a nivel nacional, para garantizar que la generación de conocimiento científico y tecnológico responda a las prioridades nacionales, a criterios éticos y de calidad y que esté disponible, accesible y pueda ser utilizado como insumo para la toma de decisiones. Ejerce el liderazgo del Sistema Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, con enfoque de promoción, y asegura, en este ámbito, la equidad, la calidad y la transparencia en la generación y uso del conocimiento para contribuir a garantizar la protección y mejoramiento del estado de la salud de la población.

- **Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario**

Su objetivo principal es garantizar que la ejecución del proceso de Regulación de productos de interés sanitario, a nivel nacional, se realice de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Para lo cual define directrices, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas. Ejecuta directamente las actividades operativas del proceso de Regulación de productos de interés sanitario correspondientes al nivel central y las del nivel regional, cuando requieren de un abordaje multiregional, en coordinación con las unidades organizativas institucionales involucradas. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local.

- **Dirección de Protección del Ambiente Humano**

La Dirección de Protección al Ambiente Humano depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en contribuir a la protección y mejoramiento del ambiente humano, mediante el ejercicio de las funciones rectoras sobre los determinantes ambientales claves, que permitan mantener y fortalecer las condiciones de vida de la población nacional.

- **División Administrativa**

Depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo principal es

garantizar que los procesos relacionados con la gestión de los recursos humanos, financieros, de infraestructura física y bienes y servicios se ejecuten de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, respetando el marco legal vigente, acorde con las políticas de gestión institucional emitidas por el Ministro de Salud y apegados a los lineamientos estratégicos establecidos por el Director General de Salud. Brinda además el apoyo técnico necesario para que estas condiciones se den en el Despacho del Ministro de Salud y en todas las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

De esta División dependen el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), el Consejo Técnico Administrativo, la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS) y las siguientes unidades organizativas:

- **Dirección de Desarrollo Humano**

Su objetivo es garantizar que la ejecución del proceso de gestión de recursos humanos, a nivel institucional, se realice de manera articulada, eficaz y con la requerida calidad. Define directrices técnicas, formula planes y proyectos. Establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de dicho proceso correspondientes a la Dirección de Desarrollo Humano. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico al Despacho del Ministro y a las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

- **Dirección Financiera y de Bienes y Servicios**

Su objetivo es garantizar que la ejecución de los procesos de gestión de recursos financieros, de infraestructura física y de bienes y servicios a nivel institucional, se realicen de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Para lo cual define directrices técnicas, formula planes y proyectos, establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de estos procesos correspondientes a esta División. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico al Despacho del Ministro y a las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

2. NIVEL REGIONAL

Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud

Su objetivo consiste en garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel regional. Asegura que los componentes regional y local de todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director General de Salud. Para cumplir con este objetivo dirigen y conducen a los actores sociales con representación regional y articulan los esfuerzos de las áreas rectoras de salud



haciendo uso, en especial, de la supervisión capacitante como herramienta base para la mejora continua.

3. NIVEL LOCAL

Constituye el nivel político-operativo de la institución para la ejecución de las funciones rectoras y de provisión de servicios de salud. Está integrado por ochenta y dos áreas rectoras de salud.

Direcciones de Áreas Rectoras de Salud

Son las unidades organizativas de la institución con representatividad y operación en el ámbito local y en las cuales se realizan tanto las funciones de insumo como las funciones de impacto de la rectoría de la producción social de la salud, con fundamento en una sólida gerencia intrainstitucional. Está constituida por un equipo interdisciplinario de funcionarios, liderado por un director que gerencia efectiva y eficientemente todos los procesos que se realizan en el área.

Su aporte principal al marco estratégico es ejercer las funciones rectoras en los ámbitos definidos en el modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud. Desempeña la misión institucional y aporta, proactivamente, en la consecución de la visión, mediante la implementación de las estrategias de descentralización, desconcentración y participación social inteligente para el cumplimiento de la estrategia maestra de promoción de la salud.

4. ENTES ADSCRITOS

Son instancias desconcentradas que asumen funciones específicas con el fin de lograr una mayor eficiencia en la prestación de determinados servicios. Ellos son:

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), órgano adscrito al Despacho del Ministro de Salud según artículo 12 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (ley No 5412 de 8 de noviembre de 1973).

La ley 8270 de 2 de mayo del 2002 reformó el artículo 15 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Le otorga al Consejo personalidad jurídica instrumental y autonomía administrativa.

Oficina Cooperación Internacional de La Salud (OCIS)

La ley No 8270 reformó el artículo 36 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, (ley No 5412 de 8 de noviembre de 1973). Corresponde a OCIS proporcionar apoyo administrativo a los programas que se le encomienden, ajustándose a la política general del Ministerio. Para ello, goza de independencia, tanto económica como administrativa, y de personalidad jurídica instrumental.

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

En 1969, mediante la ley 4508 nació la Clínica Nacional de Nutrición. Posteriormente, en

1977, la ley 6088 transforma ésta clínica en el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), como un organismo responsable de la vigilancia epidemiológica base en laboratorios, de las investigaciones prioritarias en salud pública y de los procesos de enseñanza en salud derivados de su quehacer y tendrá personalidad jurídica instrumental.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

La Ley 8289 reformó el inciso d) del artículo 5 y los artículos 21, 22, 23 y 24 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, de 8 de noviembre de 1973 creando al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) es un órgano con desconcentración mínima, adscrito al Ministerio de Salud, con personalidad jurídica instrumental.

Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiológica

El artículo 4 de la Ley No. 8111 del 18 de julio del 2001, publicada en La Gaceta No 151 de 8 de agosto del 2001, "Ley Nacional de vacunación", creó la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología adscrita al Ministerio de salud, como órgano con desconcentración máxima y personalidad jurídica instrumental.

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

Órgano Adscrito al Despacho del Ministro según Artículo 5 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No 5412 de 8 de noviembre de 1973.

Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes

Órgano Adscrito al Despacho del Ministro según Artículo 5 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No 5412 de 8 de noviembre de 1973. Integración: artículo 19 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No 5412 de 8 de noviembre de 1973.

Consejo interinstitucional de atención a la Madre Adolescente

Ley General de Protección a la Madre Adolescente Ley No 7735 19 de noviembre de 1977. Órgano de desconcentración máxima con personalidad jurídica instrumental y adscrito al Ministerio de Salud.

Consejo de Atención Integral

Ley General de Centros de Atención Integral Ley No 8017 de 29 de agosto del 2000:

Artículo 6°—Creación. Créase el Consejo de Atención Integral, en adelante denominado Consejo, como un órgano adscrito al Ministerio de Salud. Se encargará de autorizar, supervisar, fiscalizar y coordinar el adecuado funcionamiento de las modalidades de atención integral de las personas menores hasta de doce años de edad."

Artículo 8°—Integración. El Consejo estará integrado en la siguiente forma:

- a) Un representante del Ministerio de Salud Pública, uno del Ministerio de Educación Pública y otro del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

- b) Un representante de cada una de las siguientes instituciones autónomas: el Patronato Nacional de la Infancia y el Instituto Mixto de Ayuda Social.
- c) Un representante del Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia.
- d) Dos representantes del sector formado por las asociaciones u organizaciones no gubernamentales, dedicadas a administrar y atender los centros de atención integral.
- e) Un representante del Colegio de Trabajadores Sociales.

Dirección Nacional de CEN-CINAI

Creada por la ley 8809 del 01/06/2010 como órgano de desconcentración mínima adscrito al Ministerio de Salud. Sus funciones son:

- a) Contribuir a mejorar el estado nutricional de la población materno-infantil y el adecuado desarrollo de la niñez, que viven en condiciones de pobreza y/o riesgo social.
- b) Brindar al niño y a la niña en condición de pobreza y/o riesgo social la oportunidad de permanecer en servicios de atención diaria de calidad, facilitando la incorporación de las personas

responsables de su tutela al proceso productivo y educativo del país.

- c) Incorporar la participación organizada de las personas responsables de la tutela de la persona menor y de la comunidad en los procesos de análisis y toma de decisiones relacionados con la ejecución del programa.

5 RECURSO HUMANO

Este Ministerio cuenta con un capital humano compuesto por 4.685 funcionarios dispuestos en 85 distintas clases ocupacionales, en el cuadro N° 1 se presenta el recuento de estos colaboradores según la clase de puesto.

Distribución de puestos

Seguidamente se presenta un detalle con la distribución de puestos del Ministerio de Salud en sus tres niveles de gestión y por Programa Presupuestario.

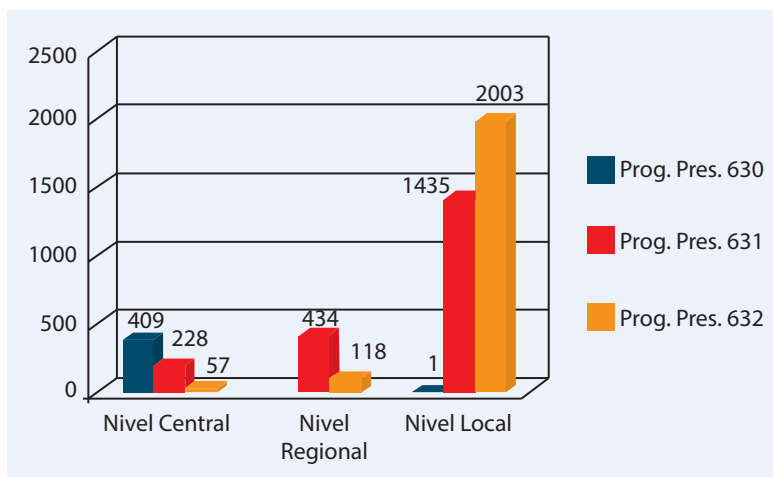
Se muestra el nivel de gestión con mayor fuerza laboral y la asignación de puestos por Programa Presupuestario (Programa Presupuestario 630: Gestión Intrainstitucional, Programa Presupuestario 631: Producción Social de la Salud, Programa Presupuestario 632: Provisión de Servicios de la Salud).

Cuadro N°2. 1
Funcionarios del Ministerio de Salud según clase ocupacional,
Costa Rica, febrero 2013

CLASE DE PUESTO	CANTIDAD	CLASE DE PUESTO	CANTIDAD
ASESOR A	1	OFICINISTA DE SERVICIO CIVIL 2	194
ASESOR B	3	PROF. DE SERVICIO CIVIL 1 A	130
ASIST.SALUD SERVICIO CIVIL 2	708	PROF. DE SERVICIO CIVIL 1 B	286
ASIST.SALUD SERVICIO CIVIL 3	327	PROF. DE SERVICIO CIVIL 2	123
ASISTENTE C	1	PROF. DE SERVICIO CIVIL 3	208
ASISTENTE PROFESIONAL	1	PROF. EN INFORMATICA 1 A	4
AUDITOR NIVEL 3	1	PROF. EN INFORMATICA 2 B	5
CHOFER	2	PROF. EN INFORMATICA 3 C	7
CONDUCTOR DE SERVICIO CIVIL 1	156	PROF. EN INFORMATICA 2	3
CONSULTOR LICENCIADO	1	PROF. EN INFORMATICA 3	9
DIRECTOR DE AREA F	81	PROF. JEFE DE INFORMATICA 1 B	1
DIRECTOR GENERAL DE SALUD	1	PROF. JEFE DE SERVICIO CIVIL 1	18
DIRECTOR NIVEL CENTRAL C	1	PROF. JEFE DE SERVICIO CIVIL 2	26
DIRECTOR NIVEL CENTRAL F	4	PROF. JEFE DE SERVICIO CIVIL 3	13
DIRECTOR NIVEL REG. DE SALUD F	9	PROF. LIC. DE LA SALUD 1 A	17
ENFERMERA 1 (Bachiller)	3	PROF. LIC. DE LA SALUD 1 B	2
ENFERMERA 4 BACHILLER	1	PROF. LIC. DE LA SALUD 1 C	20
ENFERMERA 4 LICENCIADA	3	PROF. LIC. DE LA SALUD 1 D	2
ENFERMERA 5 LICENCIADA	59	PROF. LIC. DE LA SALUD 1 E	2
ENFERMERA 6 LICENCIADA	2	PROF. LIC. DE LA SALUD 1 F	110
ENFERMERA 7 LICENCIADA	1	PROF. LIC. DE LA SALUD 2 A	40
GERENTE DE SERVICIO CIVIL 1	4	PROF. LIC. DE LA SALUD 2 B	12
GERENTE DE SERVICIO CIVIL 2	1	PROF. LIC. DE LA SALUD 2 C	18
INSPECTOR DE SERVICIO CIVIL 1	417	PROF. LIC. DE LA SALUD 2 D	20
INSPECTOR DE SERVICIO CIVIL 2	41	PROF. LIC. DE LA SALUD 2 E	3
JEFE DE UNIDAD NIVEL CENTRAL A	2	PROF. LIC. DE LA SALUD 2 F	19
JEFE DE UNIDAD NIVEL CENTRAL B	1	PROF. LIC. DE LA SALUD 3 B	1
JEFE DE UNIDAD NIVEL CENTRAL F	5	PROF. LIC. DE LA SALUD 3 C	6
JEFE DE UNIDAD NIVEL REGIONAL A	2	PROF. LIC. DE LA SALUD 3 D	1
JEFE DE UNIDAD NIVEL REGIONAL B	1	PROF. LIC. DE LA SALUD 3 F	5
JEFE DE UNIDAD NIVEL REGIONAL D	2	SECRETARIO DE SERVICIO CIVIL 1	112
JEFE DE UNIDAD NIVEL REGIONAL E	1	SECRETARIO DE SERVICIO CIVIL 2	14
JEFE DE UNIDAD NIVEL REGIONAL F	7	SUBAUDITOR INTERNO 3	1
MINISTRO	1	TECNICO DE SERVICIO CIVIL 1	10
MISCELANEO DE SERVICIO CIVIL 1	133	TECNICO DE SERVICIO CIVIL 2	2
NUTRICIONISTA 1	22	TECNICO DE SERVICIO CIVIL 3	149
NUTRICIONISTA 2	25	TECNICO EN INFORMATICA	34
NUTRICIONISTA 3	25	TRAB. AUXILIAR DE CEN-CINAI	893
NUTRICIONISTA 4	8	TRAB. CALIF. SERVICIO CIVIL 1	1
NUTRICIONISTA 5	1	TRAB. CALIF. SERVICIO CIVIL 2	35
NUTRICIONISTA 6	1	TRABAJADOR ESPECIALISTA	4
OFICIAL DE SEG. SERVICIO CIVIL 1	56	VICEMINISTRO	2
OFICINISTA DE SERVICIO CIVIL 1	1		
		TOTAL GENERAL	4685

Fuente: Dirección de Desarrollo Humano, Unidad de Recursos Humanos (Reporte al 28 de febrero del 2013)

Gráfico N° 2.1
Distribución de puestos del Ministerio de Salud por Nivel de Gestión y Programa Presupuestario
Costa Rica 2012

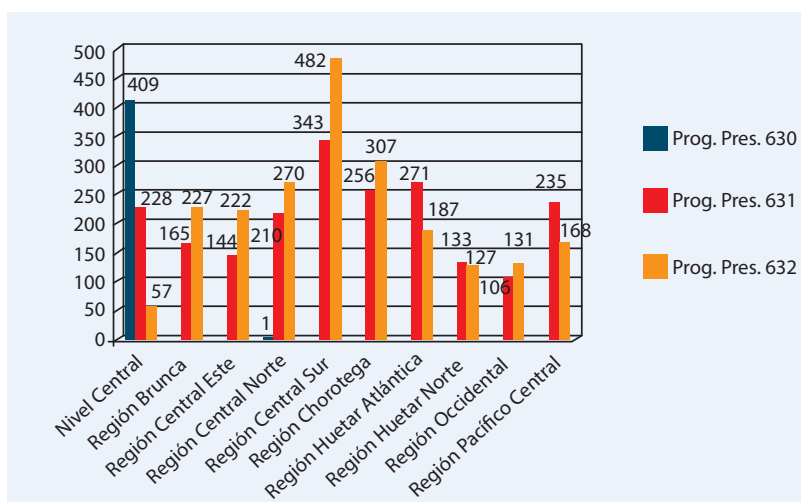


Fuente: Dirección de Desarrollo Humano, Unidad de Recursos Humanos

De la tabla anterior, se determina que el nivel local presenta un total de 3439 puestos que significa el 73 % de la cantidad total de puestos que conforman el Ministerio de Salud, que actualmente ascienden a los 4685. Lo que deja de manifiesto el interés del Ministerio de Salud de fortalecer su impacto a nivel local.

En el Gráfico N°2 se representa el comportamiento de los puestos según el ámbito geográfico que refleja la composición de puestos por región y afirma la representatividad de cada programa presupuestario.

Gráfico N° 2.2
Distribución de puestos del Ministerio de Salud por Ámbito Geográfico y Programa Presupuestario
Costa Rica 2012

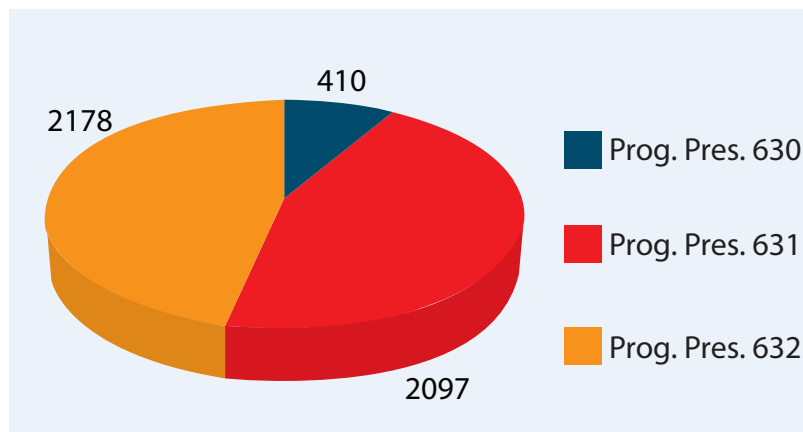


Fuente: Dirección de Desarrollo Humano, Unidad de Recursos Humanos

Para una mejor apreciación del impacto de la Gestión Intra Institucional, de la Producción Social de la Salud y de la Provisión de Servicios

de Salud, en el Grafico N°3 se refleja la composición total de puestos por programa presupuestario.

Gráfico N°2.3
Distribución de puestos del Ministerio de Salud por Programa Presupuestario
Costa Rica 2012

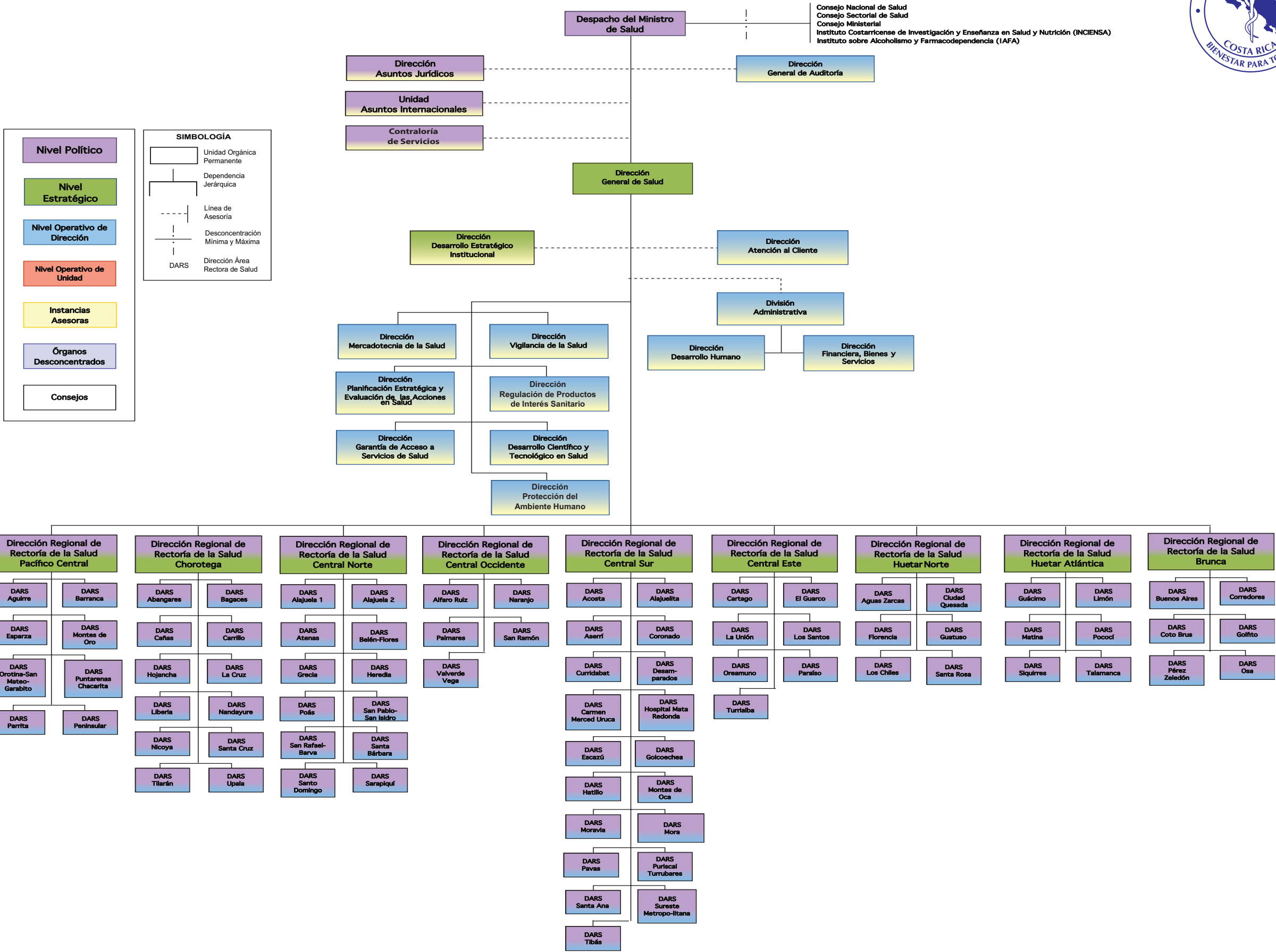


Fuente: Dirección de Desarrollo Humano, Unidad de Recursos Humanos

Se evidencia del grafico anterior que persiste el fortalecimiento de la Producción y Provisión de Servicios de la Salud,

contándose a la fecha con un 91% de los puestos existentes al servicio de la población costarricense.

ESTRUCTURA ORGÁNICA MINISTERIO DE SALUD



CAPITULO III

Políticas
Institucionales

POLÍTICAS GENERALES DEL MINISTERIO DE SALUD

1 Modelo conceptual y estratégico:

El Ministerio de Salud es el ente rector del sistema de producción social de la salud y, como tal, es el garante de la protección y mejoramiento del estado de salud de la población. Para esto, el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud constituye el fundamento teórico de su quehacer y delimita su accionar.

2 Separación de funciones:

El modelo organizacional del Ministerio de Salud identifica y separa claramente las funciones de rectoría de la salud, de gestión intrainstitucional, de provisión de servicios de salud de atención a las personas y protección y mejoramiento del hábitat humano.

3 Responsabilidad por niveles de gestión:

En los procesos de gestión intrainstitucional y de rectoría se debe implementar efectivamente el rol asesor técnico y normativo del nivel central, el papel supervisor, integrador y de apoyo técnico del nivel regional y el papel ejecutor del nivel local.

4 Desconcentración:

Se deben crear las condiciones para continuar con la estrategia de desconcentración técnica y administrativa de actividades operativas del nivel central hacia el nivel regional y local.

5 Rendición de cuentas:

Todas las funcionarias y todos los funcionarios de la institución tienen la obligación de rendir cuentas de sus actos ante la autoridad superior, por los deberes y responsabilidades encargados y aceptados, y por el uso de los recursos.

6 Voz del cliente:

La voz del cliente, tanto interno como externo, se incorpora en todo el quehacer institucional, con el fin de satisfacer sus necesidades en las mejores condiciones de calidad y oportunidad posibles.

7 Coordinación con otros órganos del estado:

Toda acción que realice el Ministerio de Salud, que de alguna manera se relacione con las competencias de otros órganos del Estado, deberá ejecutarse en armonía y estrecha coordinación con éstos, para garantizar un eficaz servicio.

POLÍTICAS DE RECTORÍA DE LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

1 Enfoque de derechos humanos y de equidad:

El Ministerio de Salud reconoce que, desde el punto de vista moral y jurídico, el enfoque basado en los derechos humanos y la equidad es el que debe prevalecer en el ejercicio de las funciones rectoras ya que conduce a resultados más justos y sostenibles en salud.

La promoción y protección de los derechos humanos, y específicamente del derecho a la salud, debe ser el principal eje orientador del ejercicio rector del Ministerio de Salud, el cual debe procurar corregir las inequidades y las prácticas discriminatorias, así como el injusto reparto del poder, que obstaculizan el progreso en salud.

Por derecho a la salud se entiende aquel derecho que tiene la población a que su salud sea protegida y mejorada con equidad, mediante el abordaje de sus determinantes, y no sólo el derecho de acceso a los servicios de salud de atención a las personas.

Para ejecutar su función rectora, el Ministerio de Salud debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- La capacidad de los titulares de reclamar sus derechos fundamentales y de que sus reclamos sean atendidos por los titulares de deberes.
- La existencia de sujetos en condiciones de desigualdad en cuanto al respeto de sus derechos fundamentales, tomando como referencia la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales sobre el tema.

La identificación de grupos vulnerables debe realizarse sobre la base de un análisis de situación riguroso, que identifique claramente aquellos grupos poblacionales en los que la interacción de determinantes protectores y de riesgo, de las dimensiones socioeconómica, ecológica, biológica y de

servicios de salud, impliquen un deterioro actual o futuro en su estado de salud.

2 Liderazgo técnico:

El Ministerio de Salud ejercerá la rectoría del Sistema de Producción Social de la Salud con enfoque de liderazgo, donde la promulgación y aplicación de instrumentos legales es una estrategia importante, pero no es la principal.

Tiene la responsabilidad de dirigir y conducir a los actores sociales de este sistema utilizando el convencimiento, la negociación, la conciliación de intereses y la coordinación de sus acciones, en procura de lograr objetivos comunes que lleven a mejores resultados en salud.

El Ministerio de Salud debe focalizar sus esfuerzos sobre las prioridades establecidas por la cima estratégica de la institución, a partir del análisis de la situación de salud imperante, a fin de alcanzar un mayor impacto y contribuir con la misión institucional.

Las funcionarias y los funcionarios del Ministerio de Salud deben basar sus acciones de rectoría en evidencia técnica que dé seguridad razonable de su impacto positivo sobre el estado de salud de la población. También deben asegurar que las intervenciones sean viables y con relaciones costo efectividad y costo-beneficio razonables.

La ejecución de cualquier función rectora, incluyendo la de regulación, debe ir precedida de acciones de divulgación de sus fines, de las

bases técnicas que la sustentan y del impacto final que se espera tener sobre la salud de la población con su cumplimiento.

Las funcionarias y los funcionarios del Ministerio de Salud darán especial importancia al trabajo con la comunidad y con otros actores sociales claves del Sistema de Producción Social de la Salud, y formarán alianzas estratégicas mediante un liderazgo proactivo y participativo.

Las organizaciones prestadoras de servicios de salud son actores sociales del Sistema, de gran importancia para la protección y mejoramiento de la salud de la población, pero no los únicos relevantes sobre los cuales el Ministerio realiza su función.

3 Participación social y derecho a la no exclusión:

La rectoría, en todos los niveles de gestión, debe realizarse en forma participativa, e involucrar a representantes, tanto de las instituciones públicas y privadas que forman parte del Sistema de Producción Social de la Salud, como de la población en general. La participación de los actores sociales debe incidir en el análisis de situación, en la definición de alternativas de abordaje de determinantes clave, en la priorización de acciones, en su ejecución y en su evaluación y seguimiento.

El Ministerio de Salud debe contribuir a potenciar la capacidad de acción efectiva de la población, especialmente de los grupos vulnerables, para participar en la formulación,

la implementación y la evaluación de políticas y acciones en salud de toda índole, y en la rendición de cuentas de quienes tienen el deber de actuar. Para lograr esto debe fomentar la cultura de no exclusión y promover la apertura de espacios de participación en instancias gubernamentales y no gubernamentales, cuyo accionar tenga impacto significativo sobre el estado de salud de la población.

El Ministerio de Salud debe dar preeminencia en su quehacer rector a la reivindicación de grupos excluidos y marginados, y de aquellos cuyos derechos corren el riesgo de ser infringidos. La universalidad significa que todas las personas tienen derecho, aunque las limitaciones de recursos obliguen a fijar prioridades. No implica que todos los problemas de todas las personas deban ser abordados simultáneamente. Pero sí significa que se debe respetar su derecho a ser escuchadas y a participar activamente.

4 Orientación al impacto:

Todas las acciones de rectoría deben tener claramente identificados los determinantes del proceso salud enfermedad sobre los cuales se desea incidir (sea para desarrollarlos o para reducirlos) -explicitándose en metas cuantificables-, así como el impacto final sobre el proceso salud enfermedad que se desea lograr.

5. Búsqueda de la sinergia:

Toda instancia institucional que realice funciones de rectoría debe utilizar los medios

a su alcance para evitar duplicidades y contradicciones, y asegurar la coordinación y sinergia del accionar de las diferentes funciones rectoras que aborden el mismo determinante de la salud en cualquier nivel de gestión institucional, en procura de lograr el mayor impacto posible sobre el estado

de salud de la población con los recursos disponibles.

La Institución, siempre que le sea posible, debe coordinar las acciones de rectoría en su ámbito de competencia con otros entes rectores, con el fin de potenciar los recursos del Estado.

CAPITULO IV

Situación de Salud
y sus Determinantes

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

La caracterización de la población en Costa Rica parte de los datos sobre la estructura demográfica, la natalidad, la fecundidad y la esperanza de vida, registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el Centro Centroamericano de Población.

Si hay algo que caracteriza a las poblaciones es su dinamismo. La estructura y la dinámica poblacional está determinada por tres componentes: la fecundidad, la mortalidad y la migración.

1.1. Fecundidad

En Costa Rica en el año 2012 hubo un total de 73.326 nacimientos, de los cuales una leve mayoría (50,74%) fueron hombres, representando una relación de nacimientos hombre/mujer de 1,03. La tasa de natalidad nacional fue de 15,8 por mil habitantes, superada en cinco puntos por la provincia de Limón, y en dos puntos en la provincia de Puntarenas. Por el contrario las provincias Cartago y Heredia presentan las tasas más bajas.

Cuadro N°4. 1
Nacimientos según provincia y sexo
Costa Rica 2012

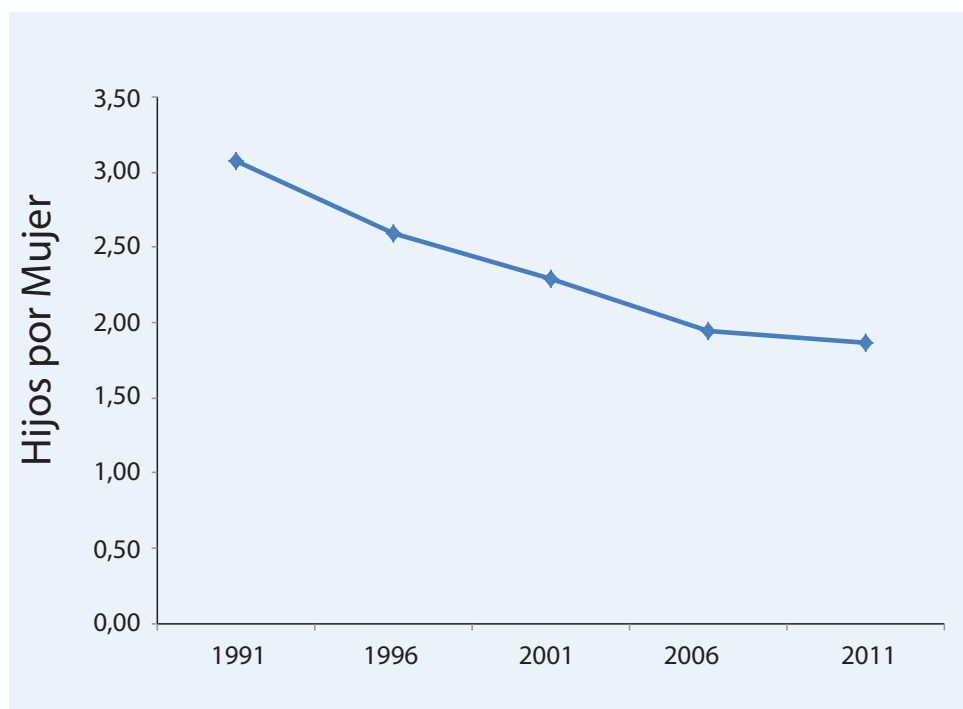
Provincia	Total	Masc.	Fem.
Costa Rica	73326	37206	36120
San José	22619	11524	11095
Alajuela	14658	7453	7205
Cartago	7364	3731	3633
Heredia	6624	3347	3277
Guanacaste	5956	3009	2947
Puntarenas	7673	3952	3721
Limón	8432	4190	4242

Fuente: INEC y Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia Salud.

Según datos del INEC la fecundidad ha descendido en forma sostenida, pasando de una tasa global de fecundidad de 3,08 en 1991 a 1,87 en el año 2012, tal y como se observa en la siguiente gráfica, lo que muestra que el

país se encuentra en un nivel de fecundidad menor que la tasa de reemplazo, que es 2,1 hijos e hijas por mujer al final del período fértil. Esta reducción de la fecundidad se da en todos los grupos de edad.

Gráfico N° 4.1
Tasa global de fecundidad según año.
Costa Rica 1991-2011



Fuente: INEC y Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia Salud.

El embarazo en adolescentes representó el 18,65% del total de embarazos en el 2012. Más allá del porcentaje que representen los nacimientos en madres adolescentes, está claro que ellas constituyen un grupo con características y necesidades diferentes al resto de las mujeres. Los jóvenes, en general, son un grupo poblacional cuyas necesidades han sido relegadas, por considerarse un sector que goza de buena salud. Sin embargo, los riesgos asociados al embarazo adolescente son mayores que en otros grupos etarios.

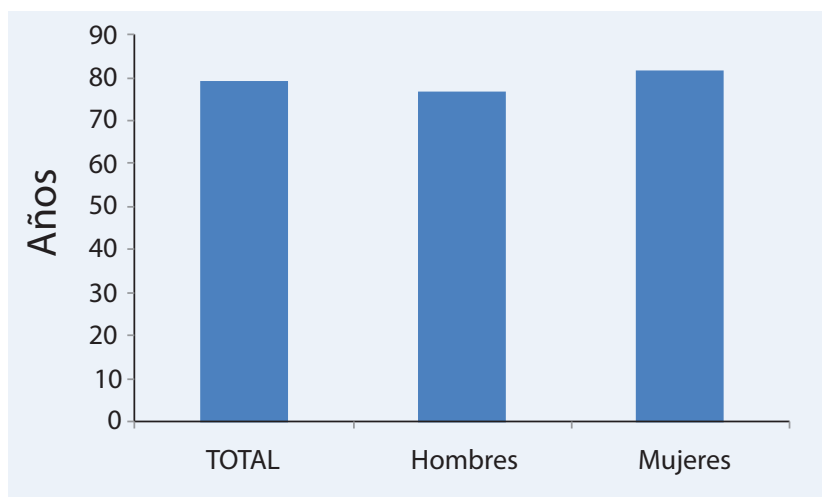
1.2. Expectativa de vida

En esta sección nos referiremos a la esperanza de vida al nacer como indicador global o

resumen del nivel de mortalidad. Es un indicador del nivel de mortalidad infantil y mortalidad general, ya que cuanto más disminuyen estos dos hechos demográficos, más aumenta la expectativa de vida al nacer.

El cálculo más reciente de la esperanza de vida al nacimiento es el del año 2011, la cual alcanzó los 79,3 años en general, en las mujeres fue de 81,8 años y en los hombres 76,9 años, se sigue manteniendo una brecha de 5 años entre hombres y mujeres, lo que se refleja en el gráfico 4.2.

Gráfico N° 4.2
Esperanza de vida al nacer por sexo.
Costa Rica 2011



Fuente: INEC – Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

1.3. Migración

1.3.1. Inmigración Internacional

El Censo 2011 según el INEC, registra un aumento de la población nacida en el extranjero que reside habitualmente en Costa Rica. Esta población alcanzó las 385.899 personas, lo que representa el 9,0% de la población total del país. Sin embargo, la tasa de crecimiento de la población inmigrantes descendió de un 7,5% en el período 1984-2000 a un 2,4% para el presente período intercensal (2001-2011).

Dichos resultados indican que la inmigración internacional ha tendido a una estabilización a partir del año 2000, lo cual incide también en el menor ritmo de crecimiento de la población total del país.

Es de destacar que dentro del componente migratorio, las personas provenientes de

Nicaragua continúan siendo la mayoría. Los casi 300 mil nicaragüenses que habitan actualmente en Costa Rica representan el 74,5% del total de inmigrantes residentes en el país, aunque sin mayor cambio porcentual desde el 2000 cuando representaban el 76,4% del total de la población inmigrante.

1.3.2. Migración interna

De acuerdo con el Censo Nacional 2011, este fenómeno constituye el componente más importante del cambio poblacional para algunas divisiones geográficas. Heredia es la provincia que atrajo más inmigrantes internos, aunque disminuyó su tasa neta desde el 2000 al presente; en contraste, se observó un aumento de la atracción hacia las provincias de Alajuela y Cartago.

San José acrecentó su característica expulsora de población al doble, pasando el saldo migratorio neto de -2,41 en el periodo

1995-2000 a una tasa de -4,94 por cada mil habitantes en el periodo 2006-2011.

Mientras tanto, Guanacaste muestra un cambio en su signo migratorio, como una provincia de relativa mayor atracción. En el caso de Limón, que en censos anteriores aparecía como zona de atracción pasó a ser una zona de baja expulsión. Entre tanto, Puntarenas atenuó su condición de expulsora de población.

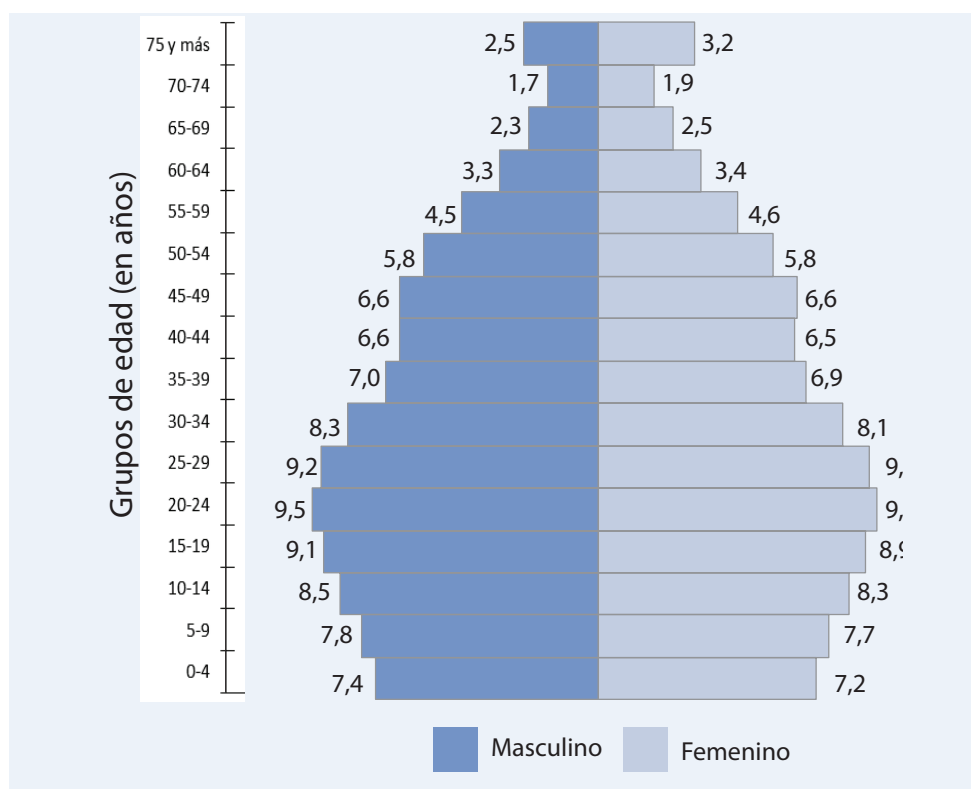
Estos resultados dan cuenta de los cambios presentados en las diferentes zonas del país y como existen factores que motivan o desestimulan a las personas a cambiar de

lugar de residencia; sea en búsqueda de mejores condiciones de vida o de algún modo forzadas por las condiciones socioeconómicas y socioculturales de sus lugares de origen y destino, según sea el caso.

1.4 Estructura poblacional

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones oficiales de población, Costa Rica en el año 2012 tuvo un total de 4.667.096 habitantes, de los cuales 50,75% eran hombres. La población se encuentra en proceso de transición demográfica avanzada, con una disminución de la base pirámide poblacional y un incremento en los grupos de edades mayores, tal y como se visualiza en el gráfico 4.3.

Gráfico N° 4.3
Distribución porcentual de la población por grupos de edad quinquenales según sexo.
Costa Rica 2012



Fuente: Estimaciones y proyecciones de población, INEC / CCP / Ministerio de Salud.

En cuanto a los grupos de edad, el mayor porcentaje se encuentra ubicado entre 20 a 24 años con un 9,37 % del total. La población se concentra en los grupos de 20 a 49 años, con un 46,82% de la población.

La estructura de población en Costa Rica tiene características de un país que tiende al envejecimiento de su población, producto de la reducción de la natalidad y fecundidad, y una reducción de la mortalidad que se refleja en el incremento de la esperanza de vida.

2. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), actualmente son la principal causa de mortalidad a nivel mundial, y causando casi el 25% de las muertes prematuras (entre 30 y 69 años). Dentro de las ECNT que más muertes producen están las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas. (Organización Mundial de la Salud, 2012). Para el caso de la región de Centroamérica y República Dominicana, los países decidieron incorporar además la enfermedad renal crónica, como una de las enfermedades crónicas no trasmisibles prioritarias. La situación de Costa Rica no escapa a esta realidad mundial.

Las ECNT tienen factores de riesgo comunes tales como: la adopción de dietas con alto contenido de grasa y una reducida actividad física, el fumado y el abuso del alcohol. Otros factores con alta prevalencia como

como la obesidad, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia se consideran tanto como ECNT como factores de riesgo para desarrollar otras ECNT.

Lo anterior, combinado con una longevidad en aumento, ha servido como base para un incremento en la prevalencia y mortalidad por estas enfermedades. Esta situación se evidencia en los siguientes resultados.

La Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular del 2010 (Caja Costarricense de Seguro Social, 2010) dirigida a mayores de 20 años, encontró una prevalencia de 31,5% de Hipertensión diagnosticada y 6,3% no diagnosticada, lo que sumado nos da una prevalencia nacional de 37,8%, siendo más alta en el sexo femenino. Lo anterior implica que entre 3 o 4 de cada 10 residentes en el territorio nacional mayores de 20 años de edad es hipertenso(a).

Las personas con cifras elevadas de colesterol total en su sangre (por arriba de 200 mg/dL) en esta misma encuesta, representaron el 42%. Para el caso de los hombres la prevalencia encontrada 42,4%, y en caso de las mujeres 41,6%, dicho de otra manera 4 de cada 10 costarricenses mayores de 20 años de edad tiene valores altos de colesterol.

La prevalencia de sobrepeso fue de 36,1% mientras que la de obesidad fue de 26%. El 50,9% de la población encuestada tiene una actividad física baja o nula. La prevalencia de fumado, medida como prevalencia actual al momento de la encuesta fue de 14,6% en los mayores de 20 años, sin embargo este

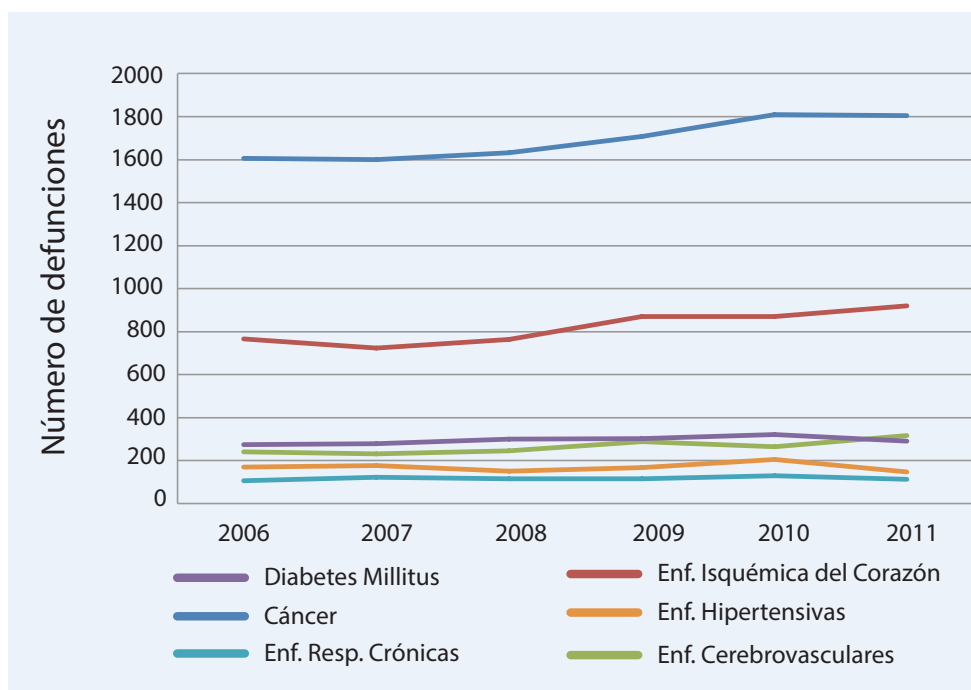
porcentaje aumenta en los grupos de menor edad, siendo en el grupo de 20 a 39 de 16,2%, y mayor para todos los grupos de edad en el sexo masculino.

Un aspecto muy importante de señalar es que la mayoría de los entrevistados presenta más de un factor de riesgo.

La tendencia de la mortalidad prematura de las ECNT ha tenido muy poca variación, y en el

caso del cáncer y la enfermedad isquémica del corazón más bien se observa un incremento, tal y como se observa en el siguiente gráfico, si se quiere poder alcanzar la meta de reducción de un 25% para el año 2025, planteada por la OMS, se debe trabajar muy fuertemente en la promoción de estilos de vida saludable, acompañada de las medidas regulatorias pertinentes y el favorecimiento de espacios seguros para la práctica de actividad física.

Gráfico N° 4.4
Tendencia de la mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles en personas de 30 a 69 años, por tipo según año. Costa Rica 2006-2012

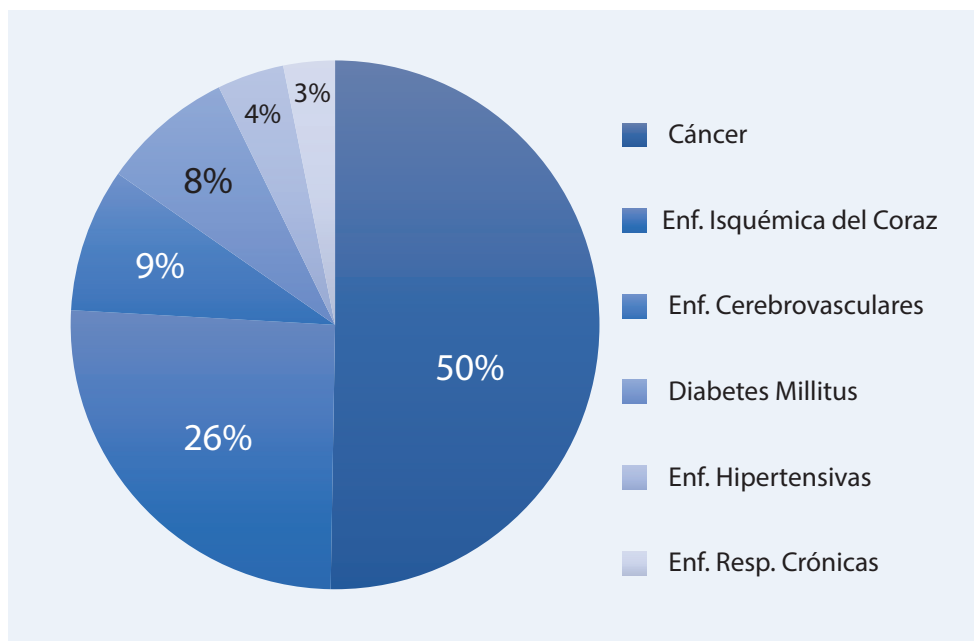


Fuente: Dirección Vigilancia de la salud con base datos del INEC

Las muertes prematuras (la que ocurren entre los 30 y 69 años de edad) por las ECNT, representan el 20% del total de muertes ocurridas en el año 2012, y el 55% del total de muertes en este grupo de edad. Dentro de las

muertes prematuras por las ECNT, el cáncer aporta la mitad de las muertes prematuras, seguido de la enfermedad isquémica del corazón con un 26%, tal como se observa en el gráfico 4.5.

Gráfico N° 4.5
Distribución porcentual de muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles.
Costa Rica 2012



Fuente: Dirección Vigilancia de la salud con base datos del INEC

2.1. Cáncer

2.1.1. Incidencia y Mortalidad por Cáncer

Al analizar la incidencia de cáncer según su localización, para ambos sexos, se encuentra que las diez localizaciones más frecuentes, en orden descendente, las ocupan piel, próstata, mama, cérvix, estómago, tiroides, colon, sistema hematopoyético, ganglios linfáticos y pulmón. Como se verá más adelante, al desglosarlos por sexo, este orden varía, ya que algunas localizaciones son exclusivas de un sexo como es próstata o cérvix, o predominante en un sexo como es el caso de cáncer de mama donde la razón de presentación es de 99,7 mujeres por 1 hombre. El número de casos nuevos diagnosticados en

el año 2010, así como la tasa estandarizada se puede observar en el cuadro N° 4.2.

La mayoría de estas localizaciones se repite al analizar la mortalidad, aunque piel que es el de mayor incidencia desaparece, algunos varían en su orden y aparecen otras localizaciones en estos diez primeros lugares

A nivel de mortalidad general, las neoplasias malignas ocupan el segundo lugar después de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Las diez localizaciones más frecuentes para ambos sexos, aunque ya se explicó que algunas localizaciones son propias de un determinado sexo, y en el caso de cáncer de mama así como la incidencia es predominantemente en mujeres, la

mortalidad igual, con una razón de 285 mujeres por un hombre.

En el cuadro N° 4.3, podemos observar el número absoluto de muertes ocurridas en el año 2012, así como la tasa estandarizada. El cáncer de estómago que ocupaba el quinto lugar en incidencia, pasa a ocupar el segundo

lugar en mortalidad, por el contrario cáncer de cérvix, que ocupa el cuarto lugar en incidencia pasa a ocupar el sexto en mortalidad. Por otra parte aparecen entre las diez primeras localizaciones en mortalidad, el cáncer de hígado y de páncreas y desaparecen en estos diez primeros puestos, el cáncer de piel y el de tiroides.

Cuadro N° 4.2

Incidencia de tumores malignos más frecuentes según localización anatómica. Costa Rica 2012
(Tasas estandarizadas por edad por 100.000)

LOCALIZACIÓN	Nº	TASA
Piel	2492	53,0
Próstata	1038	50,2
Mama	1007	22,1
Cérvix	816	32,5
Estomago	748	16,0
Tiroides	509	10,4
Colon	446	9,7
Sistema. Hematopoyético	387	8,8
Ganglios linfáticos	375	8,3
Pulmón	301	6,7

*método directo, población estándar mundial

Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud

Cuadro N° 4.3

Mortalidad por tumores malignos más frecuentes según localización anatómica Costa Rica, 2012
(Tasas estandarizadas por edad por 100.000)*

LOCALIZACIÓN	Nº	TASA
Próstata	373	13,6
Estómago	656	12,8
Mama*	286	5,7
Pulmón	289	5,7
Colon	292	5,6
Cérvix	137	5,4
Hígado	253	5,0
Páncreas	220	4,4
Sistema Hematopoyético	179	3,6
Ganglios linfáticos	181	3,5

*método directo, población estándar mundial

Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud

A continuación se encuentra el comportamiento de las neoplasias más frecuentes para hombres y mujeres.

2.1.2 Incidencia y mortalidad más frecuentes en hombres

2.1.2.1 Incidencia en hombres

En el sexo masculino las localizaciones de cáncer más frecuentes de acuerdo a su incidencia (tasa ajustada por cada 100.000 hombres) para el año 2012 en orden descendente son: piel (55,8), próstata (50,2), estómago (20,1), sistema hematopoyético (10,3), colon (9,6) y pulmón (9,5).

En el gráfico N° 4.6 se puede observar la tendencia de las mismas. Llama la atención la disminución en la incidencia que presenta el cáncer de próstata en el año 2010, después de venir con una tendencia creciente en los años anteriores y sin que se hayan implementado en el país acciones tendientes a disminuir la misma. El cáncer de piel continúa con una tendencia creciente, por lo que es importante seguir insistiendo en las medidas de prevención conocidas como por ejemplo la protección a la exposición a los rayos ultravioleta, sobre todo en las edades tempranas y en las personas más vulnerables por ser de piel blanca y ojos claros.

El cáncer de estómago presenta una tendencia decreciente sostenida alcanzando en el 2010 una tasa de 20,1 por 100.000 hombres, la más baja desde el año 2000. Esto es reflejo del trabajo de prevención como es el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. El cáncer del sistema hematopoyético

reticuloendotelial presenta una tendencia oscilante, ocupando las tasas ajustadas más altas en los años 2003, 2004 y 2010.

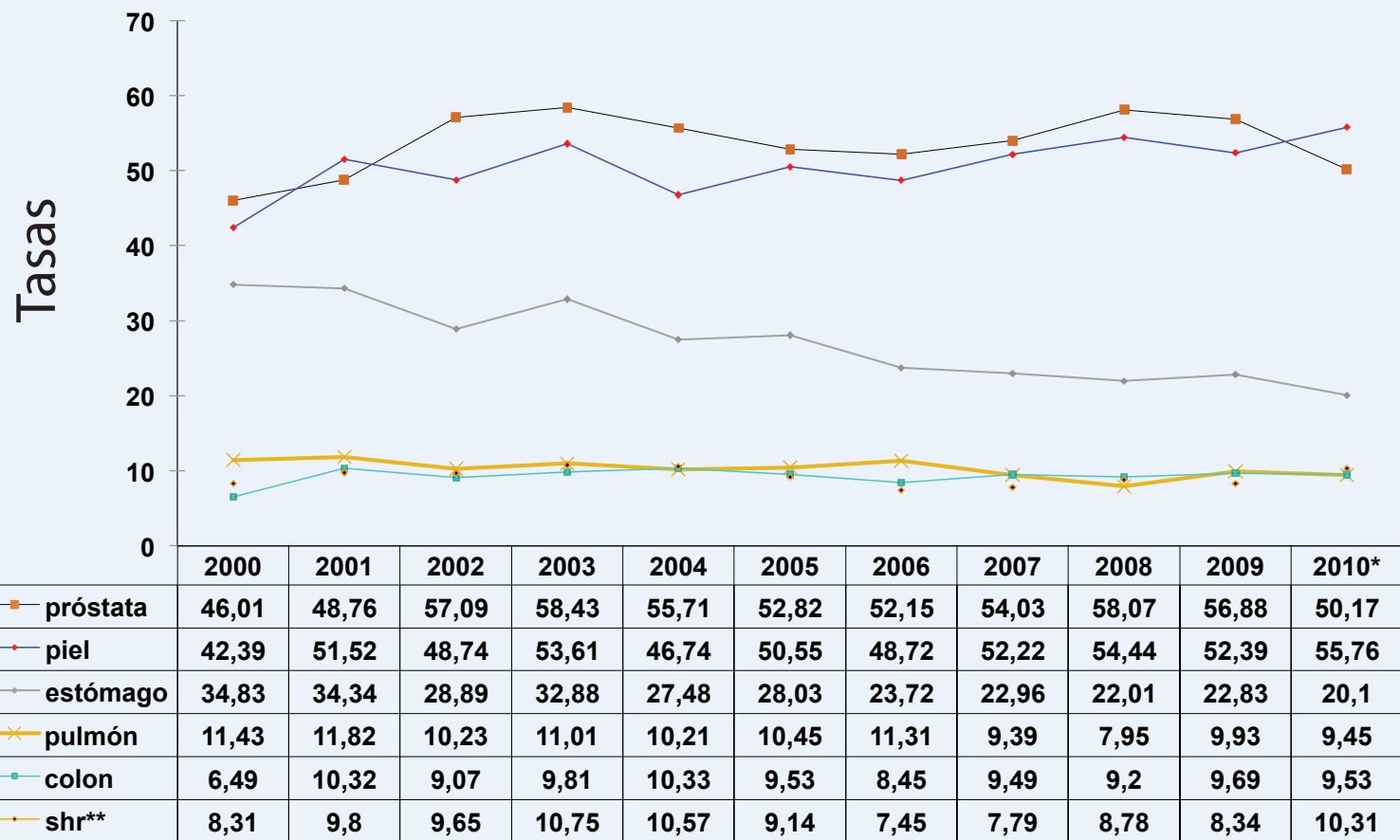
Con respecto al cáncer de colon y el del pulmón, presentan una tendencia con muy pocas variaciones entre 2001 y 2010, con tasas ajustadas entre 9 y 10 por 100.000 varones.

Al analizar la distribución geográfica de la incidencia del cáncer en el año 2010, gráfico N°4.7 nos encontramos que las provincias con mayor incidencia para cáncer de próstata son San José, con una tasa ajustada de 61,2 casos nuevos por 100.000 hombres, seguida de la provincia de Guanacaste, con 47,5 y en tercer lugar la provincia de Heredia con 46,4.

Para el cáncer de estómago, la provincia con mayor incidencia es Cartago con una tasa ajustada de 25,1 casos nuevos por 100.000 hombres, en segundo lugar está San José con una tasa de 22,5 y en tercer lugar Puntarenas con 22,1. Para el cáncer de pulmón, Limón es la provincia de mayor incidencia, 13,1 casos nuevos por 100.000 hombres, seguida de Heredia con 11,2 y San José en tercer lugar con 9,5.

El hecho de que San José y Heredia aparezcan en los tres primeros lugares para tres de los principales tipos de cáncer, puede obedecer a una mayor accesibilidad a servicios de salud y exámenes diagnósticos, aunque otros factores también pueden asociarse con esa mayor incidencia, tales como factores genéticos, alimentación, nivel de conocimiento de la población y la exposición a determinados factores de riesgo.

Gráfico N° 4.6
Incidencia por tumores malignos más frecuentes en hombres según año. Costa Rica. 2000-2010*
(Tasas ajustadas por 100.000 hombres)

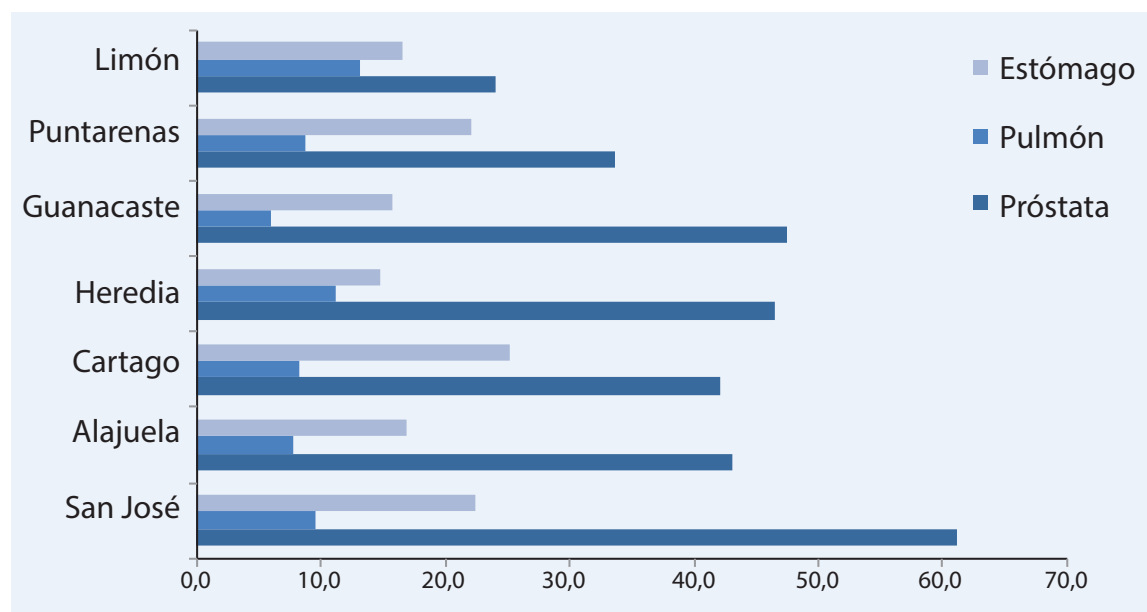


* cifras preliminares

SHR= sistema hematopoyético y reticuloendotelial

Fuente: Dirección Vigilancia de la salud con base datos del INEC

Gráfico N° 4.7
Incidencia de tres tipos principales de cáncer en hombres por provincia según tipo. Costa Rica 2010.
(Tasa ajustadas por 100.000 hombres)



Fuente: Cifras preliminares Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

2.1.2.2 Mortalidad por tumores malignos en hombres

Al analizar la tendencia de la mortalidad por tipo de cáncer en hombres, en el período 2000 al 2012, se observa que el cáncer de estómago que presentaba una tendencia descendente, se estabiliza a partir del 2009, y pasa a partir del año 2012 a ocupar el primer lugar, sobre todo por una disminución en la mortalidad por cáncer de próstata que ocupaba el primer lugar en años anteriores. El cáncer de próstata presentó en el 2012 con una tasa de mortalidad ajustada de 13,59 muertes por cada 100.00 hombres, siendo su tasa más baja en todo el periodo 2000-2012.

El cáncer de pulmón ha tenido un descenso de 3 puntos en la tasa ajustada, pasando de

11,23 muertes por cada 100.000 hombres en el 2000 a 8,03 en el 2012. El cáncer de colon, hígado y el del sistema hematopoyético y reticuloendotelial han sufrido oscilaciones en el periodo sin cambios significativos, tal y como se muestra en el gráfico 4.8.

En el gráfico 4.9 se comparan la incidencia del 2010 y la mortalidad del 2012 del cáncer de próstata, si bien es cierto los casos incidentes del 2010 no corresponden a la mortalidad del 2012, si nos dan un perfil del comportamiento de este tipo de cáncer sobre todo para llamar la atención que provincias como Limón con una baja incidencia, presenta altas tasas de mortalidad. Lo anterior podría estar indicando una brecha en la accesibilidad a los servicios de salud, así como en la oportunidad de tratamiento; por lo cual se hace necesario

hacer un análisis sobre posibles barreras existentes. Dentro de las barreras existentes además de las propias de los servicios de salud, pueden encontrarse las geográficas y culturales que hacen que los hombres no se acerquen a los servicios de salud a realizarse los exámenes de tamizaje.

2.1.3. Incidencia y mortalidad más frecuentes en mujeres

2.1.3.1. Incidencia en mujeres

En el sexo femenino, la localización más frecuente de tumores malignos para el año 2010 es el de piel, seguido por el de mama, en tercer lugar está el cáncer de cérvix y el cáncer de tiroides ocupó el cuarto. El cáncer de estómago ocupa el quinto puesto y el de colon el sexto.

Como puede observarse en el gráfico 4.10 el cáncer de piel, el de cérvix y el de tiroides muestran una tendencia creciente. Por el contrario el cáncer de estómago muestra una tendencia decreciente y el cáncer de mama y colon presentan poca variación en el periodo 2000 al 2010.

Llama la atención la tendencia creciente del cáncer de cérvix a partir del 2008, lo que analizaremos en detalle más adelante.

Al analizar la distribución geográfica de la incidencia del cáncer de piel en el año 2010, la provincia de Puntarenas obtiene la tasa más alta con un 68,7 por 100.000 mujeres, seguida por Alajuela con un 56,2. Las menores tasas

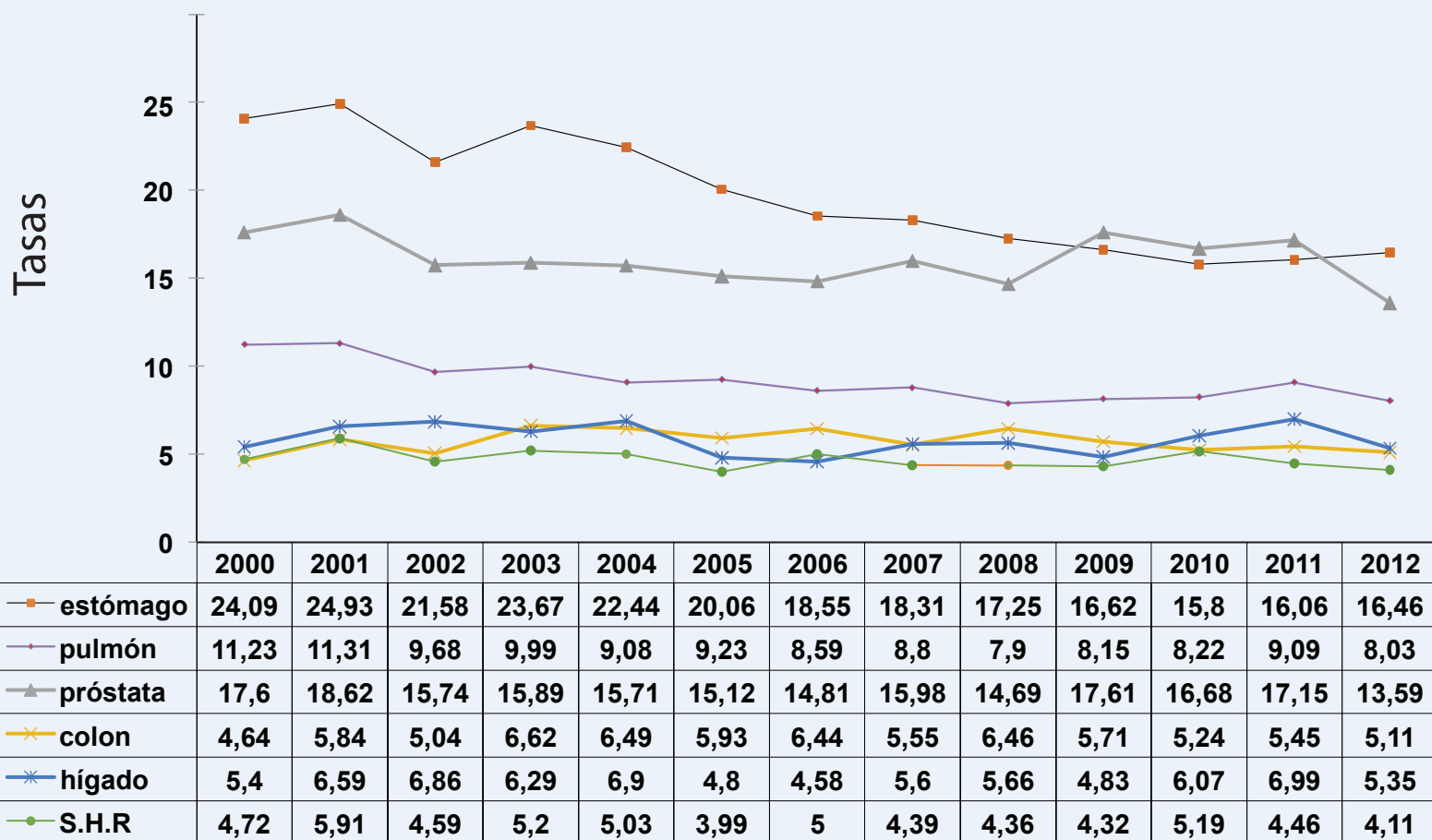
se presentan en Guanacaste con 19,1 y Limón con una tasa de 36,9. Esto llama la atención ya que la exposición a rayos ultravioleta en estas provincias es alta, sin embargo en general es una población con piel más morena lo que podría estar actuando como factor protector, aunque habría que investigar más al respecto.

Con respecto a la distribución geográfica en el año 2010 del **cáncer de mama**, la provincia de San José tiene la tasa ajustada más alta, 49,2 por 100.000 mujeres, le sigue Cartago con 41,4 y en tercer lugar Alajuela con 40,3. Limón y Puntarenas presentan las incidencias más bajas.

Al analizar la tendencia de la incidencia de **cáncer de cérvix**, se puede observar que entre el 2003 y el 2008 presenta una tendencia descendente, la cual se invierte a partir de este año, pasando de una tasa de 26,55 a una tasa de 32,51 por cada 100.000 mujeres en el 2010. Esta reducción se da a expensas de una disminución del CA => Cáncer in situ, lo que podría reflejar que los programas de detección temprana no estaban teniendo una cobertura efectiva.

En los dos años siguientes vuelve a aumentar la incidencia del CA => Cáncer in situ, lo que nos puede reflejar que se están haciendo esfuerzos para una mejor cobertura a través del tamizaje con la citología. Sin embargo la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino, muestra una disminución muy lenta, lo que implica que todavía estamos haciendo detecciones tardías.

Gráfico N° 4.8
Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en hombres según año. Costa Rica 2000-2012*.
(Tasas ajustadas por 100.000 hombres)

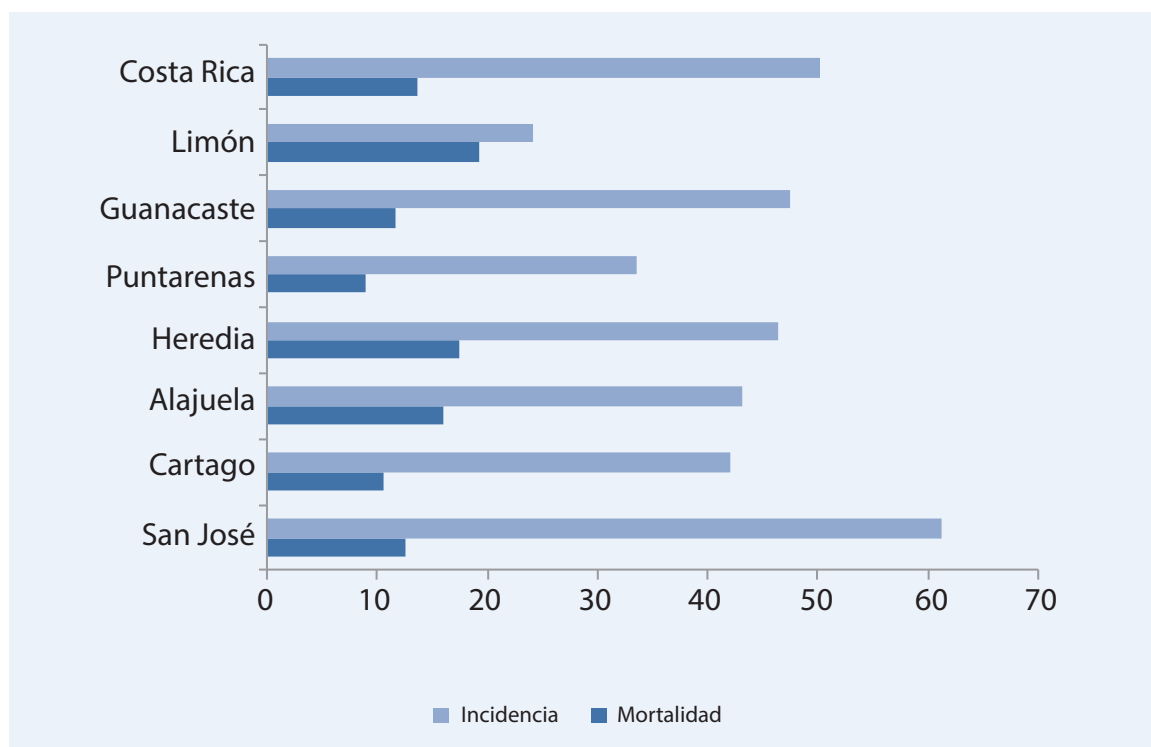


* cifras preliminares

Fuente: INEC – Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.



Gráfico N°4.9
Incidencia 2010 y mortalidad 2012 de cáncer de próstata según provincia. Costa Rica



*Cifras preliminares

Fuente: INEC – Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

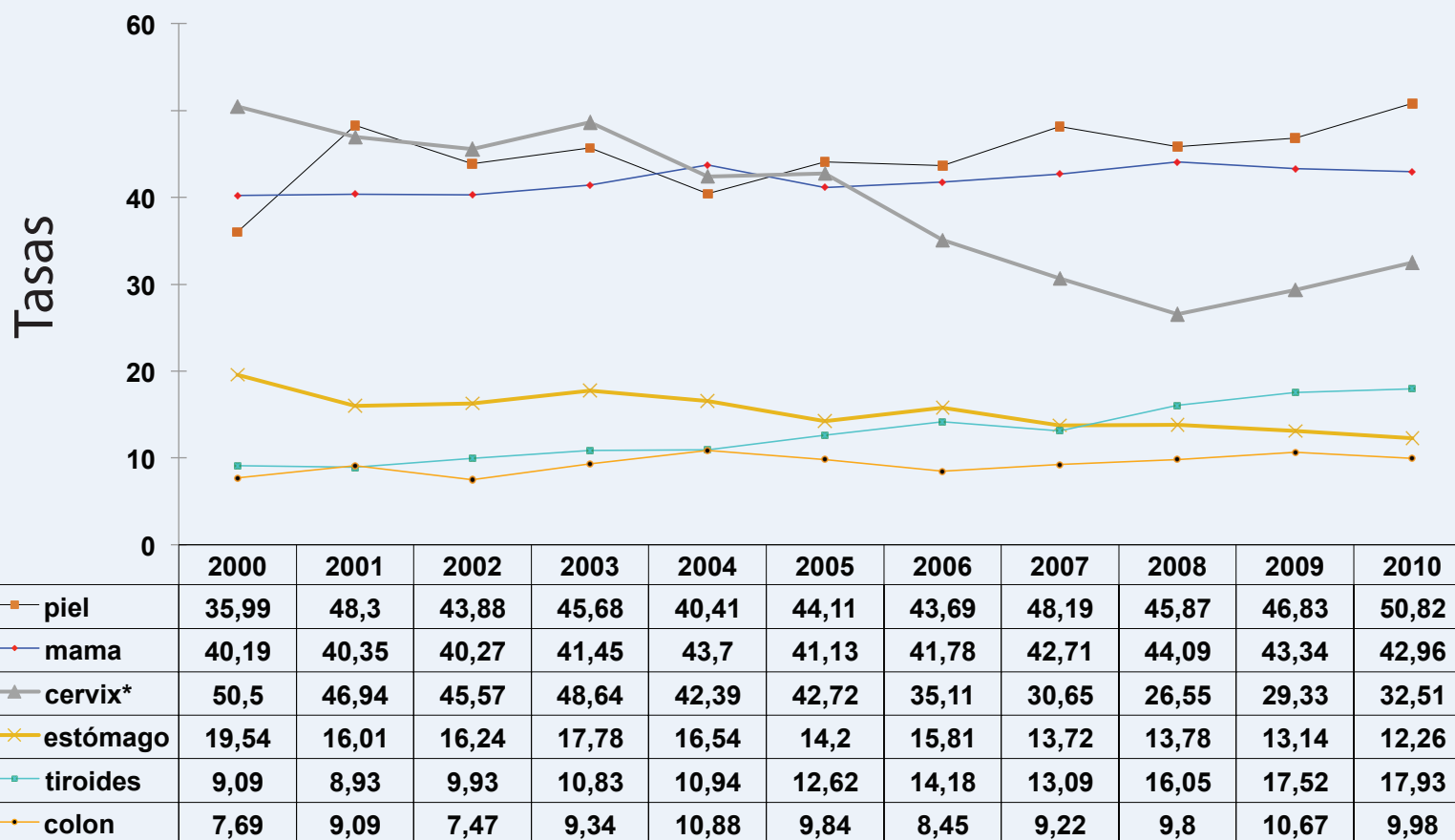
En cuanto a la distribución por provincia, llama la atención que Limón en el 2009 y 2010, tiene la segunda tasa más baja en cáncer de cérvix in situ y la segunda provincia con mayor tasa de cáncer invasor, lo que refleja que posiblemente existan problemas de: acceso oportuno a los servicios de tamizaje, de colposcopia y tratamiento

En el cuadro 4.4 se evidencia las disparidades entre las diferentes provincias, mientras que en Cartago por cada 3,6 casos diagnosticados de Ca in situ se diagnostica un invasor, en

Guanacaste la relación es de uno a uno y en Limón se invierte, diagnosticándose 1,6 casos de cáncer invasor por cada caso de cáncer in situ.

Por otra parte el cáncer de tiroides que muestra una tendencia creciente, presenta tasas superiores al promedio nacional en las provincias de San José y en Cartago, y muy por debajo al promedio nacional en las provincias de Alajuela, Limón y Guanacaste, tal y como se evidencia en el gráfico N° 4.13.

Gráfico N° 4.10
Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica. 2000-2010*.
(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



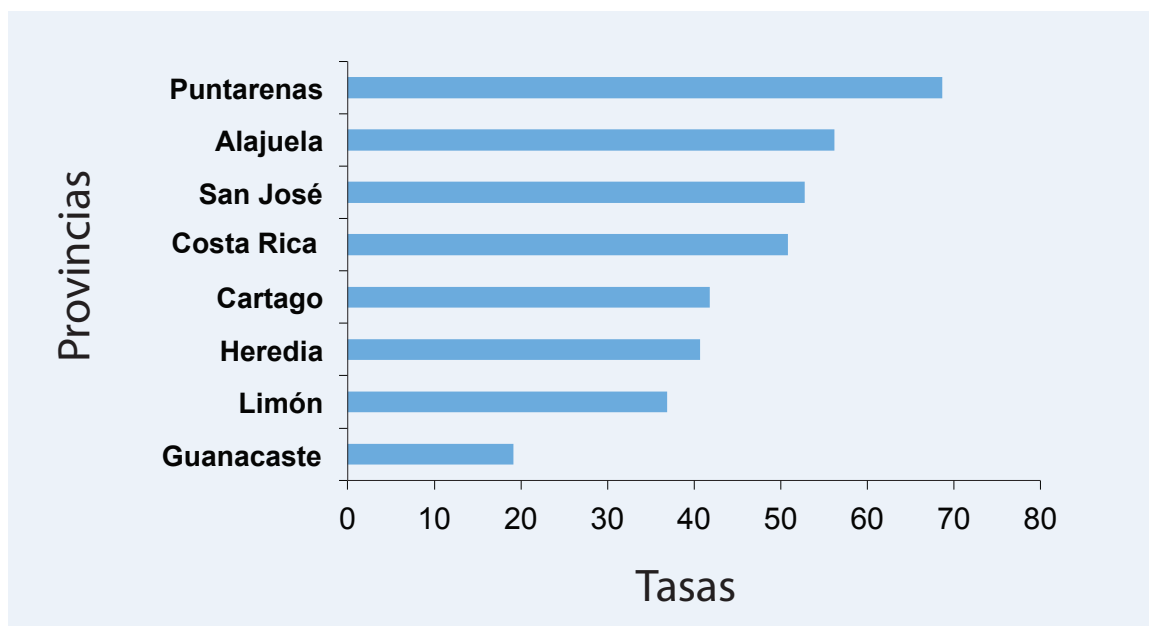
* Cifras al 2010 son preliminares

** Incluye tanto in situ como invasor

Fuente: INEC – Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.



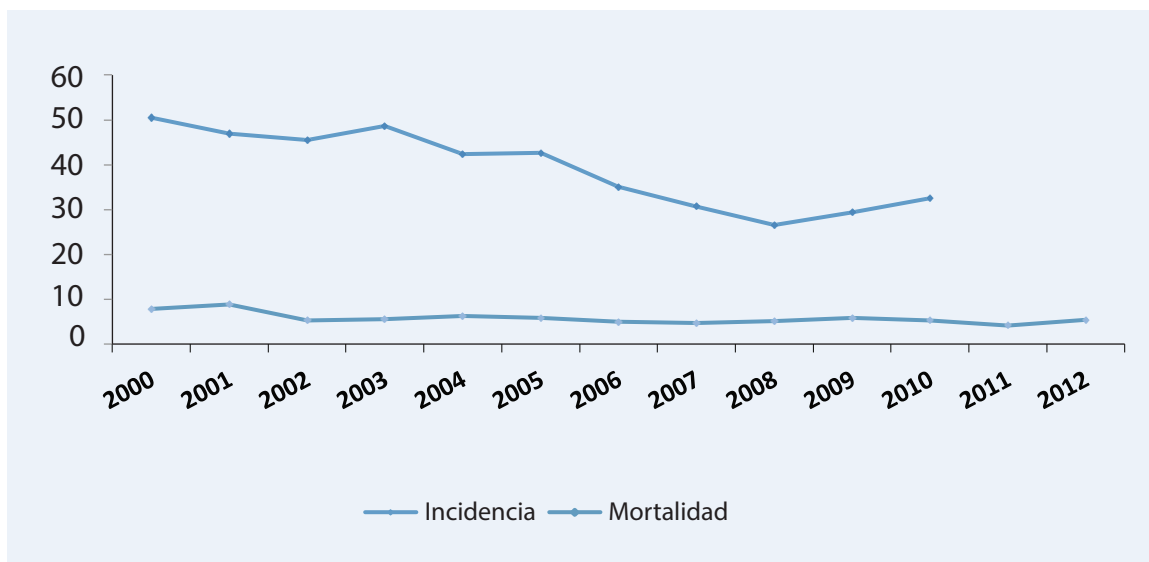
Gráfico N° 4.11
Incidencia por cáncer de piel por provincia. Costa Rica 2010*
 (Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



*Cifras preliminares

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Vigilancia de la Salud. Registro Nacional de Tumores

Gráfico N° 4.12
Incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix. Costa Rica 2000-2010
 (Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



Fuente: INEC – Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

Cuadro N° 4.4
Incidencia de Cáncer de cérvix por comportamiento, según provincia. Costa Rica 2010
(Tasa ajustada por 100.000 mujeres)

PROVINCIA	IN SITU		INVASOR	
	N°	TASA	N°	TASA
Costa Rica	526	20,65	290	11,85
San José	171	18,22	93	11,85
Alajuela	65	13,63	54	11,85
Cartago	122	43,37	34	11,85
Heredia	23	8,81	17	11,85
Guanacaste	39	26,48	39	11,85
Puntarenas	50	25,85	19	11,85
Limón	21	10,59	34	11,85
Ignorada*	35		0	

*se incluyen 35 casos que no reportaron residencia

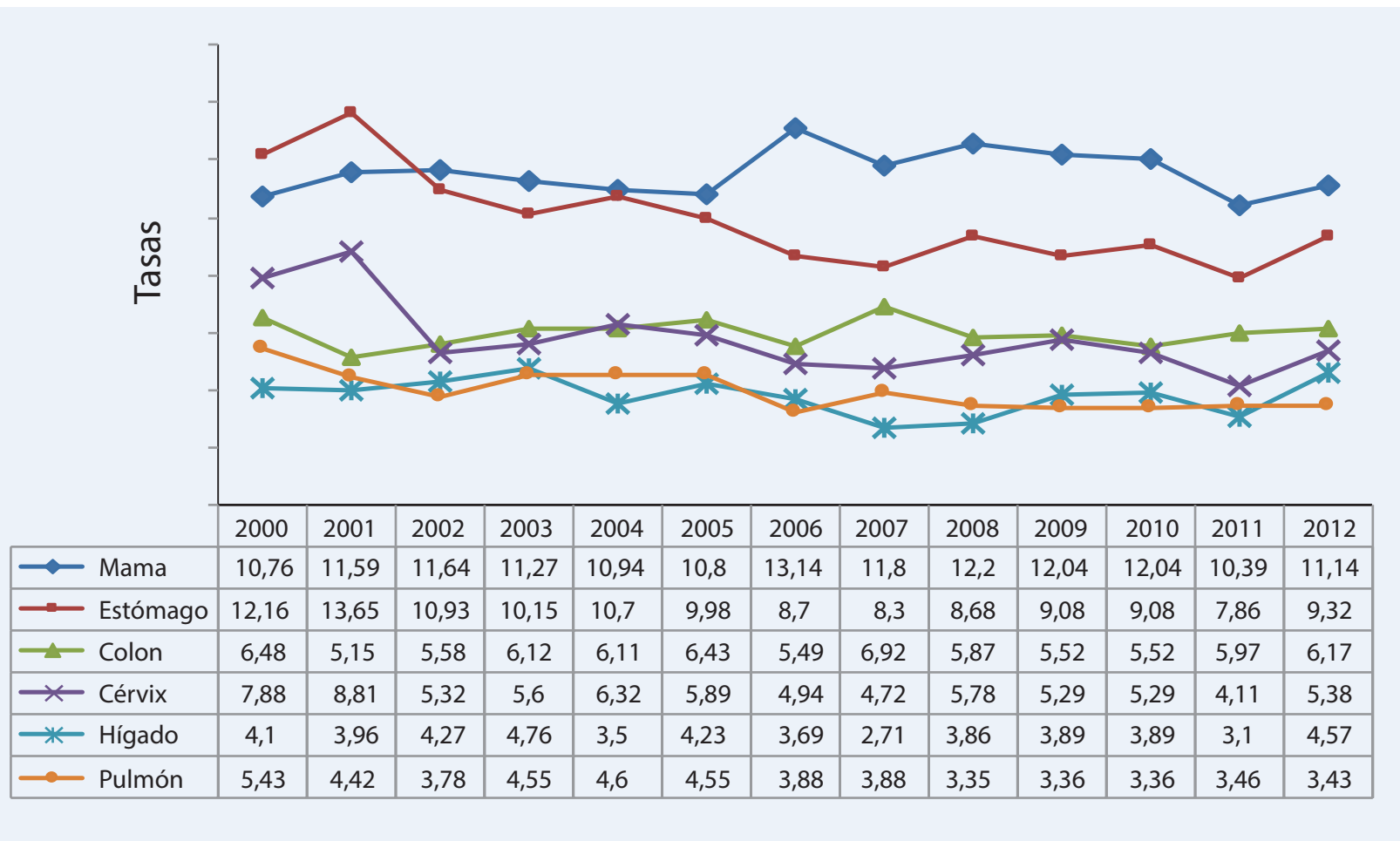
Fuente: Dirección Vigilancia de la salud. Registro Nacional de Tumores.

Gráfico N° 4.13
Incidencia de cáncer de tiroides según provincia. Costa Rica. 2010*
(Tasa ajustadas por 100.000 mujeres)



Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Vigilancia de la Salud. Registro Nacional de Tumores

Gráfico N° 4.14
Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres por tipo según año Costa Rica 2000 -2012



Fuente: INEC-M. Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores

2.1.3.2. Mortalidad por tumores malignos mujeres

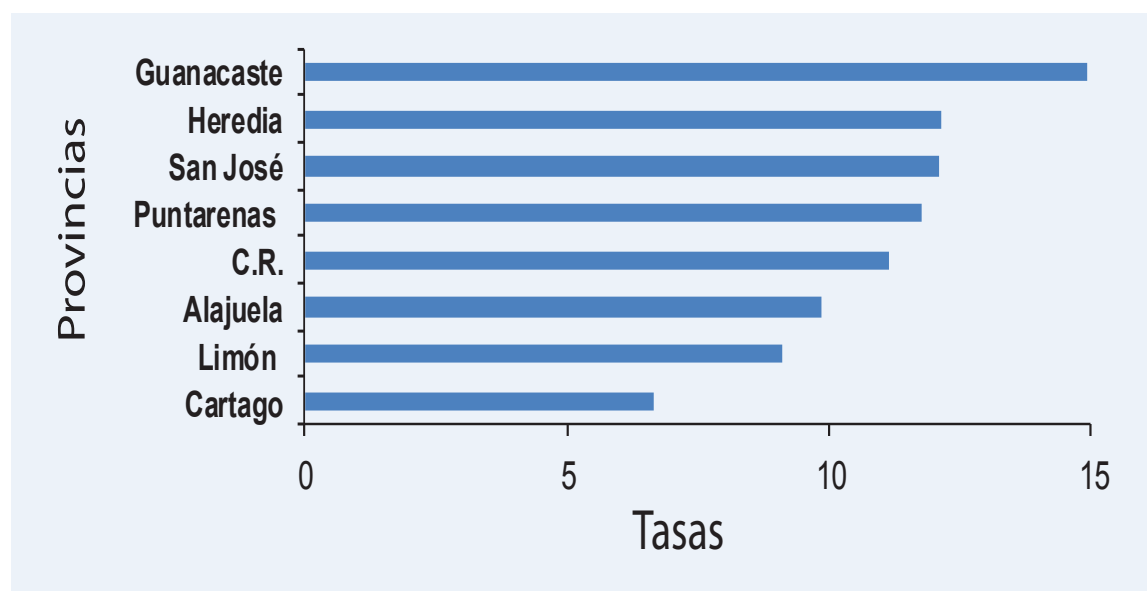
Los tipos de cáncer que provocan más muertes en mujeres son en orden decreciente mama, estómago, colon, cérvix, hígado y pulmón. La tendencia del cáncer de estómago y el de cérvix, son los que han presentado una disminución más significativa en el periodo, de tres y dos puntos respectivamente en sus tasas ajustadas. En el resto de los tipos la tendencia de la mortalidad ha sido bastante estable.

Llama la atención que para el año 2012, a excepción del cáncer de pulmón, el resto de tipos sufrió un incremento en la mortalidad, tal y como se observa en el gráfico 4.14.

Para el cáncer de mama las provincias con mayores tasas de mortalidad son Guanacaste, San José, Heredia y Puntarenas, por otra parte Cartago presenta la tasa más baja.

El cáncer de cérvix presenta un incremento en la mortalidad en el último año pasando de una tasa de 4,1 por cada 100.000 mujeres en el 2011 a 5,3 en el año 2012. Lo anterior puede ser consecuencia de lo expuesto anteriormente de que a pesar que mejorarnos la captación de cáncer in situ, no logramos bajar efectivamente la incidencia de cáncer invasor, lo anterior puede estar siendo afectado por problemas de acceso a los servicios oportunos tanto de captación como de tratamiento.

Gráfico N° 4.15
Mortalidad por cáncer de mama según provincia. Costa Rica 2012*
(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



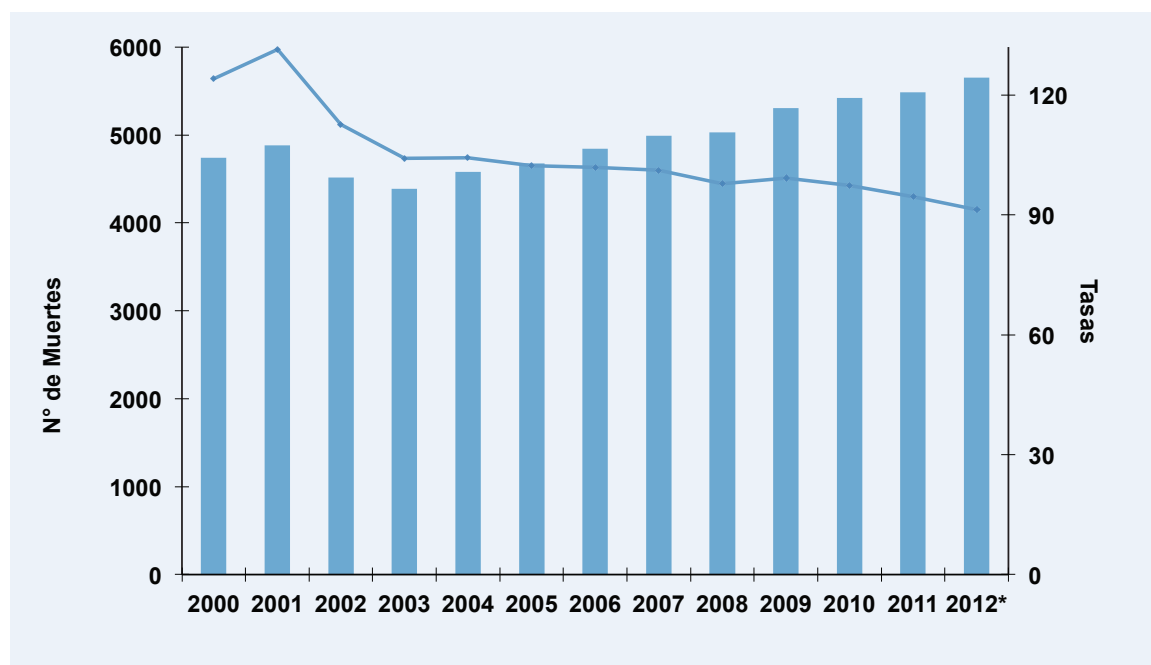
Fuente: INEC-Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud.

2.2. Enfermedades del Sistema Circulatorio

Dentro de los cinco grandes grupos de causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio (CIE-X I 00- I 99) han constituido la principal causa de muerte de la población costarricense. Se registró en el año 2012

un total de 5.651 muertes para una tasa ajustada de 91,3 por 100.000 habitantes, con una tendencia descendente muy leve en los últimos ocho años. Esto representa en el año 2012 un aumento del 2,97% respecto al total de casos del año anterior.

Gráfico N° 4.16
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según año. Costa Rica 2000-2012*
(Tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*cifras preliminares

Fuente: INEC – Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

En el año 2012 el 95,89% de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio ocurrieron en personas de 45 años y más. Sin embargo, por ser el grupo de causas que más defunciones generó, impacta de manera considerable el promedio de años de vida perdidos. El 54,70% de estas muertes corresponde al sexo masculino.

En cuanto a las causas de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el año 2012, el primer lugar lo ocupan las enfermedades isquémicas del corazón con 2.594 muertes y una tasa de 5,6 muertes por cada diez mil habitantes, seguido de las enfermedades cerebrovasculares y, en tercer lugar, la enfermedad hipertensiva, tal como se observa en el cuadro 4.5.

Cuadro N° 4.5
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según grupo de causa
Costa Rica 2012. (Tasas por 10.000 habitantes)

CAUSAS ESPECÍFICAS	N°	TASA
Costa Rica	5651	12,1
Enfermedad reumática aguda	0	0,0
Enfermedad cardiaca reumática crónica	40	0,1
Enfermedad hipertensiva	814	1,7
Enfermedad isquémica del corazón	2594	5,6
Enfermedad cardiopulmonar y enf. de la circulación pulmonar	78	0,2
Otras formas de enferm. del corazón	591	1,3
Enfermedades cerebrovasculares	1281	2,8
Enf. arterias, arteriolas y de los vasos capilares	147	0,3
Enf. Venas y de los vasos y ganglios linfáticos.NCOP	87	0,2
Otros trastornos y los no especific.del sistema circulatorio	19	0,04

Fuente: INEC – Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades cardiovasculares (CIE X I 00-I 52), representan el 72,85%. Para en el año 2012 se registraron 4117 muertes por estas enfermedades, lo cual evidencia un aumento de 4,35% del total de estas muertes con respecto al año anterior. Sin embargo, la tasa ajustada más bien presenta un leve descenso.

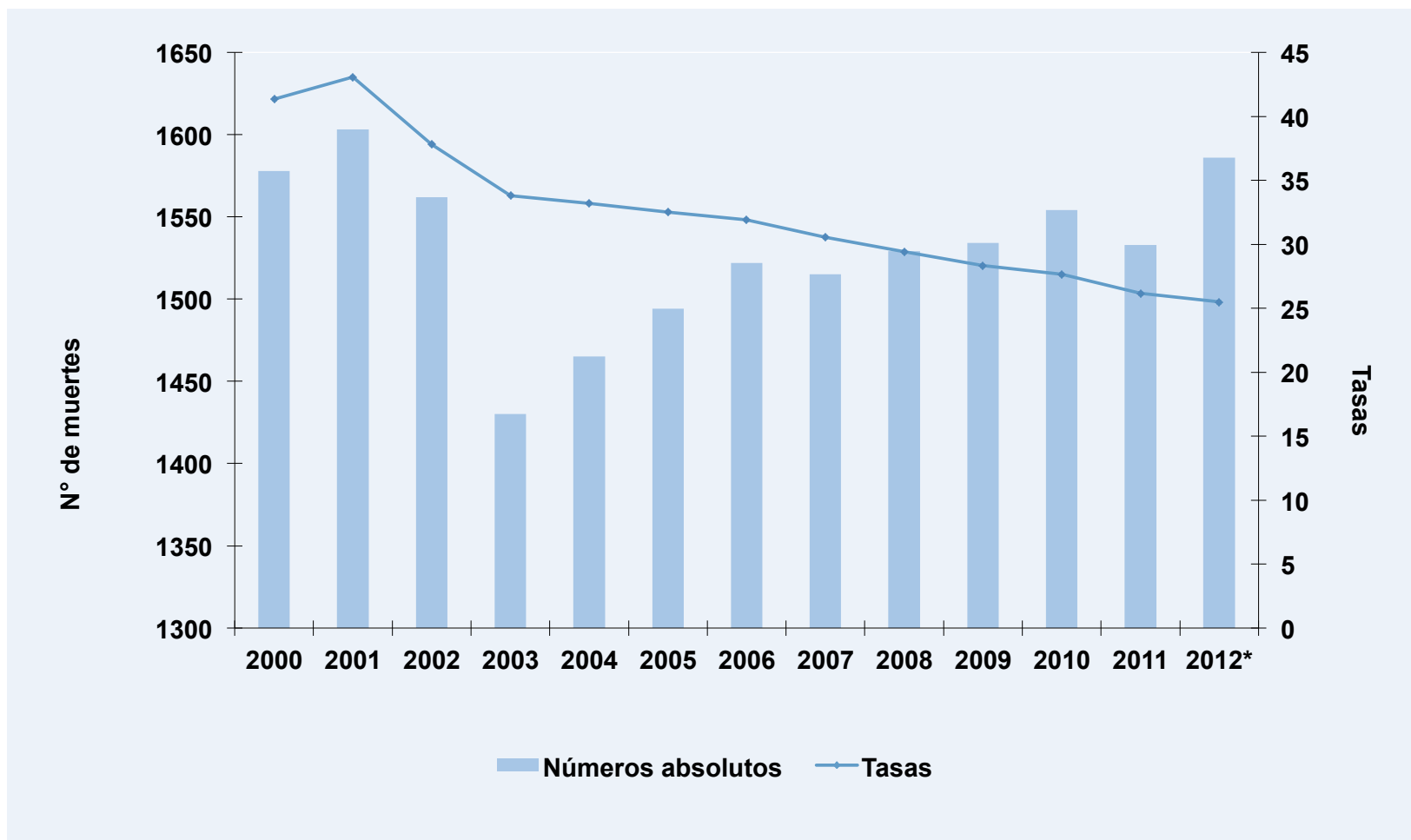
2.2.1. Enfermedad isquémica del corazón

La enfermedad isquémica del corazón constituye la segunda causa de muerte prematura, dentro de las ECNT, representando el 26% de las muertes prematuras. Del total de muertes por esta causa el 36% se producen

antes de los 70 años. El infarto del miocardio es la más frecuente de las enfermedades isquémicas.

La mortalidad por infarto agudo (CIE-X código I 21) del miocardio representa el 38,5% de las enfermedades cardiovasculares. En el año 2012 hubo un total de 1.586 muertes para una tasa ajustada de 26,6 muertes por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 3,34% de los casos con respecto al año anterior, sin embargo la tasa ajustada es menor. El 62,42% de las muertes corresponden al sexo masculino. A continuación se presenta la tendencia de la mortalidad del período 2000 al 2012. El 92,94% de las muertes por esta causa corresponde a mayores de 50 años, tal y como se refleja en el cuadro 4.6.

Gráfico N° 4.17
Mortalidad por infartos agudos al miocardio según año. Costa Rica 2000-2012*
(Tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC – Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

Cuadro N° 4.6
Mortalidad por infarto agudo del miocardio según grupo de edad y sexo Costa Rica- 2011-2012
(Tasa por 10.000 habitantes)

GRUPOS DE EDAD	2011						2012					
	TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
Costa Rica	1533	3,3	927	4,0	606	2,7	1586	3,4	990	4,2	596	2,6
0-4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
5-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
10-14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
15-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
20-24	2	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,02	1	0,0	0	0,0
25-29	1	0,0	1	0,0	0	0,0	6	0,1	6	0,3	0	0,0
30-34	6	0,2	5	0,3	1	0,1	3	0,1	2	0,1	1	0,1
35-39	14	0,4	9	0,6	5	0,3	13	0,4	9	0,6	4	0,3
40-44	33	1,1	27	1,7	6	0,4	31	1,0	27	1,8	4	0,3
45-49	51	1,7	39	2,5	12	0,8	58	2,0	45	3,1	13	0,9
50-54	86	3,3	66	5,0	20	1,5	77	3,0	57	4,5	20	1,6
55-59	123	6,1	93	9,2	30	3,0	124	6,3	91	9,3	33	3,3
60-64	130	8,8	94	12,9	36	4,8	163	11,0	124	17,0	39	5,2
65-69	167	15,7	108	21,0	59	10,8	151	13,5	108	19,5	43	7,6
70-74	173	21,8	118	31,2	55	13,2	179	21,2	108	26,1	71	16,5
75 Y +	747	58,7	366	65,3	381	53,5	780	55,6	412	63,5	368	48,7

Fuente: INEC – Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.



En el 2011 se produjeron 1.886 egresos hospitalarios por infarto agudo del miocardio, de los cuales el 67,6% correspondió al sexo masculino. La gran mayoría de los egresos corresponden a personas de 45 años o más, un 2,2% de los casos ocurre entre los 20 y 44 años, cifra que no debe ser menospreciada no por su magnitud si no por las repercusiones de atención en los servicios y en aspectos sociales ante la ocurrencia de estos eventos en personas jóvenes.

2.2.2 Enfermedades cerebrovasculares

Se producen anualmente alrededor de 1.300 muertes por enfermedades cerebrovasculares, las mismas se incrementan a partir de los 40 años de edad, no se encuentran diferencias por sexo. La tendencia de las mismas va en ascenso. Constituyen el 9% de las muertes prematuras debidas a enfermedades crónicas no transmisibles.

2.2.3 Enfermedad hipertensiva

Las enfermedades del aparato circulatorio representan alrededor del 8% del total de causas de consulta y dentro de éstas la hipertensión arterial ocupa el primer lugar. En el año 2012 se registraron 812 muertes por enfermedad hipertensiva, antes de los 40 años las defunciones son muy escasas, pero a partir de los 40 años se empiezan a elevar en forma exponencial.

Al año se producen entre 600 y 700 egresos hospitalarios por esta patología. La enfermedad

hipertensiva es un factor de riesgo importante para las enfermedades cerebrovasculares, el infarto del miocardio y las enfermedades renales crónicas. Se encuentran egresos desde los 15 años de edad y cada vez se diagnostican casos a más temprana edad condicionado como se mencionó anteriormente, por dieta con alto contenido de grasa, inactividad física e hipercolesterolemia.

De acuerdo al estudio de factores de riesgo cardiovascular realizado por la CCSS, en el año 2010, la prevalencia de hipertensión es del 37,8%, de los cuales el 31,5% diagnosticada y 6,3% la no diagnosticada, lo anterior se traduce en que 4 de cada 10 personas de 20 años o más en nuestro país es hipertenso.

2.3. Diabetes Mellitus

Según la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular realizada en nuestro país en el año 2010 a personas de 20 años y más, la prevalencia de diabetes fue de un 1,3% y en población diagnosticada 9,5% lo que nos da una prevalencia nacional de 10,8% cifra similar a las encontradas en países como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica (Caja Costarricense de Seguro Social, 2010), siendo más elevada en el sexo femenino (11,6%) que en el masculino (9,8%).

La diabetes mellitus es la cuarta causa de muerte prematura entre las ECNT, y del total de muertes por esta enfermedad, alrededor del 40% ocurren antes de los 70 años. Constituye la principal causa de consulta dentro del grupo de las enfermedades endócrinas y metabólicas, y es la causa de alrededor de 3500 egresos

hospitalarios por año, en los últimos 5 años.

En el año 2012 la tasa de mortalidad fue de 11 personas a causa de la diabetes por cada 100.000 habitantes. Sin embargo se sabe que el impacto que tiene este padecimiento es aún mayor, ya que la diabetes es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria, aumenta significativamente el riesgo de accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica y cáncer, e incrementa el riesgo de muerte asociada a estos y a otros padecimientos. Por otra parte, la hipertensión es más prevalente en la población diabética que en la no diabética.

La mortalidad en edades más tempranas es más elevada en el sexo masculino, entre los 50 y 69 años y se equiparan a partir de los 70 años. La mortalidad es mayor en el sexo femenino.

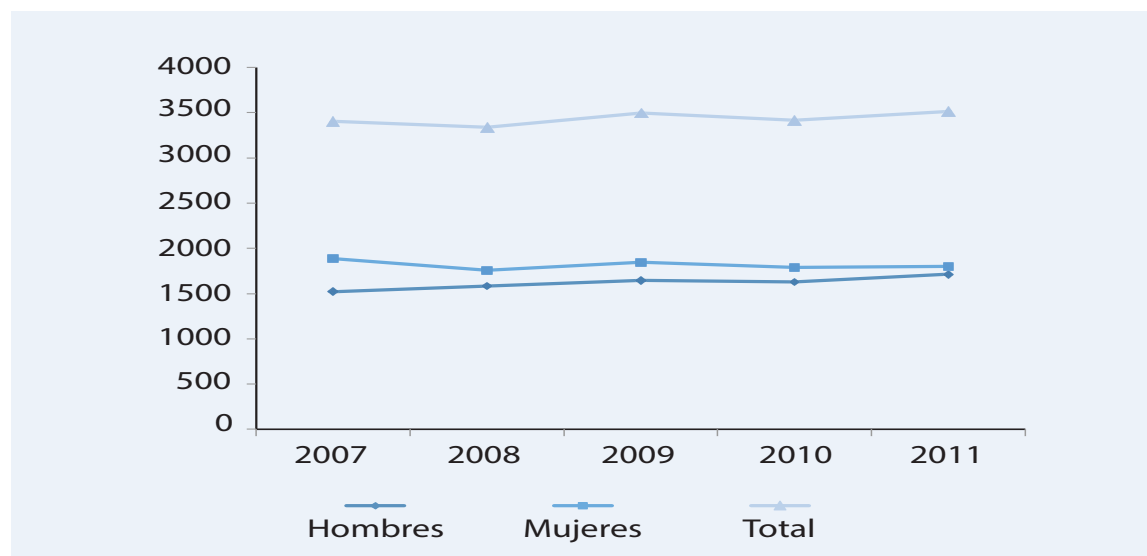
La tasa ajustada en el año 2012, muestra una tendencia descendente, provocando 661 muertes.

Según datos de la CCSS para el 2008, cada incapacidad por diabetes representó en promedio 7 días fuera de la fuerza laboral para los hombres y 7,5 días para las mujeres. Esto sin duda tiene un impacto económico no solo para la población que se encuentra en la fuerza laboral, sino también para el sector productivo. Es conocido que existe una relación recíproca entre el bienestar socioeconómico y el estado de salud de la población. La diabetes representa un reto en el sistema de salud costarricense.

2.4. Enfermedades respiratorias crónicas.

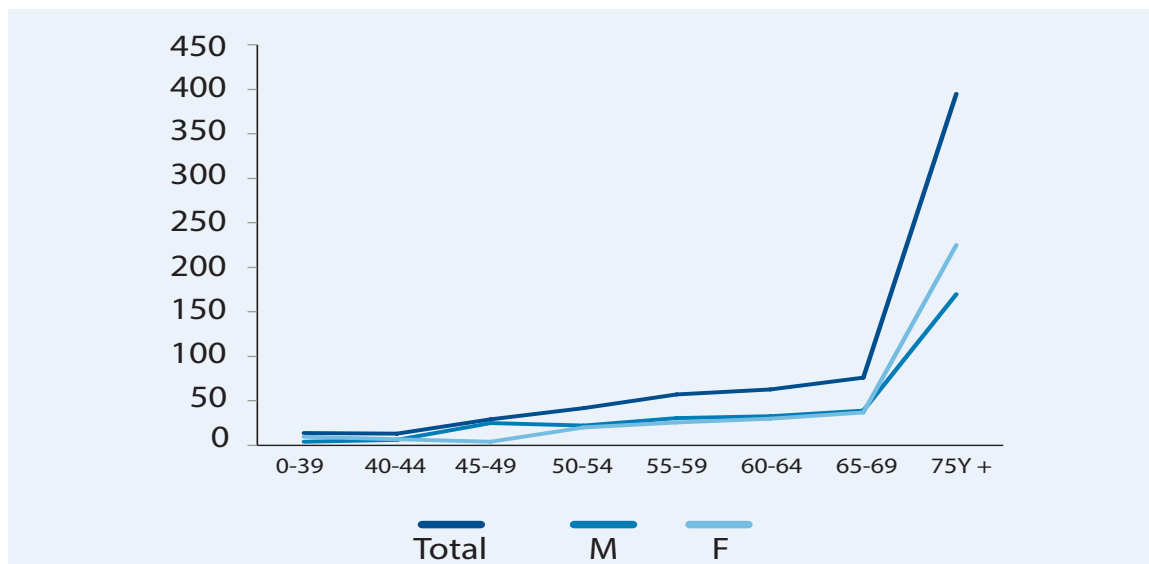
Anualmente ocurren alrededor de 800 muertes por enfermedades respiratorias crónicas, esta patología incrementa el número de muertes a partir de los 50 años. Si bien podríamos afirmar que el número de muertes anuales no es muy elevado, es una patología que resta calidad de vida y provoca discapacidad.

Gráfico N° 4.18
Egresos hospitalarios por diabetes mellitus en personas de 20 años o más por sexo, según año de ocurrencia. Costa Rica. 2007-2011



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base en datos de la CCSS y el INEC

Gráfico N° 4.19
Defunciones por Diabetes mellitus por sexo según grupos de edad. Costa Rica 2011



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base en datos de la CCSS y el INEC

3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

3.1. Infección por VIH y SIDA

Las características y condiciones del país en el campo político, económico, social y cultural determinan la actual respuesta nacional al VIH y/o el sida y el abordaje estratégico para atender y controlar la epidemia.

El contexto demográfico y social, caracterizado por un conjunto de indicadores de desarrollo social y de salud establecen el marco general sobre el cual se está dando la respuesta actual y determinan las condiciones que permitirán continuar generando oportunidades de mejoramiento de la calidad de vida de las personas con VIH, sus allegados y las poblaciones en mayor riesgo de infección. En este contexto se ubican las bases para el desarrollo oportuno de estrategias dirigidas al conocimiento social e individual del comportamiento del VIH, su

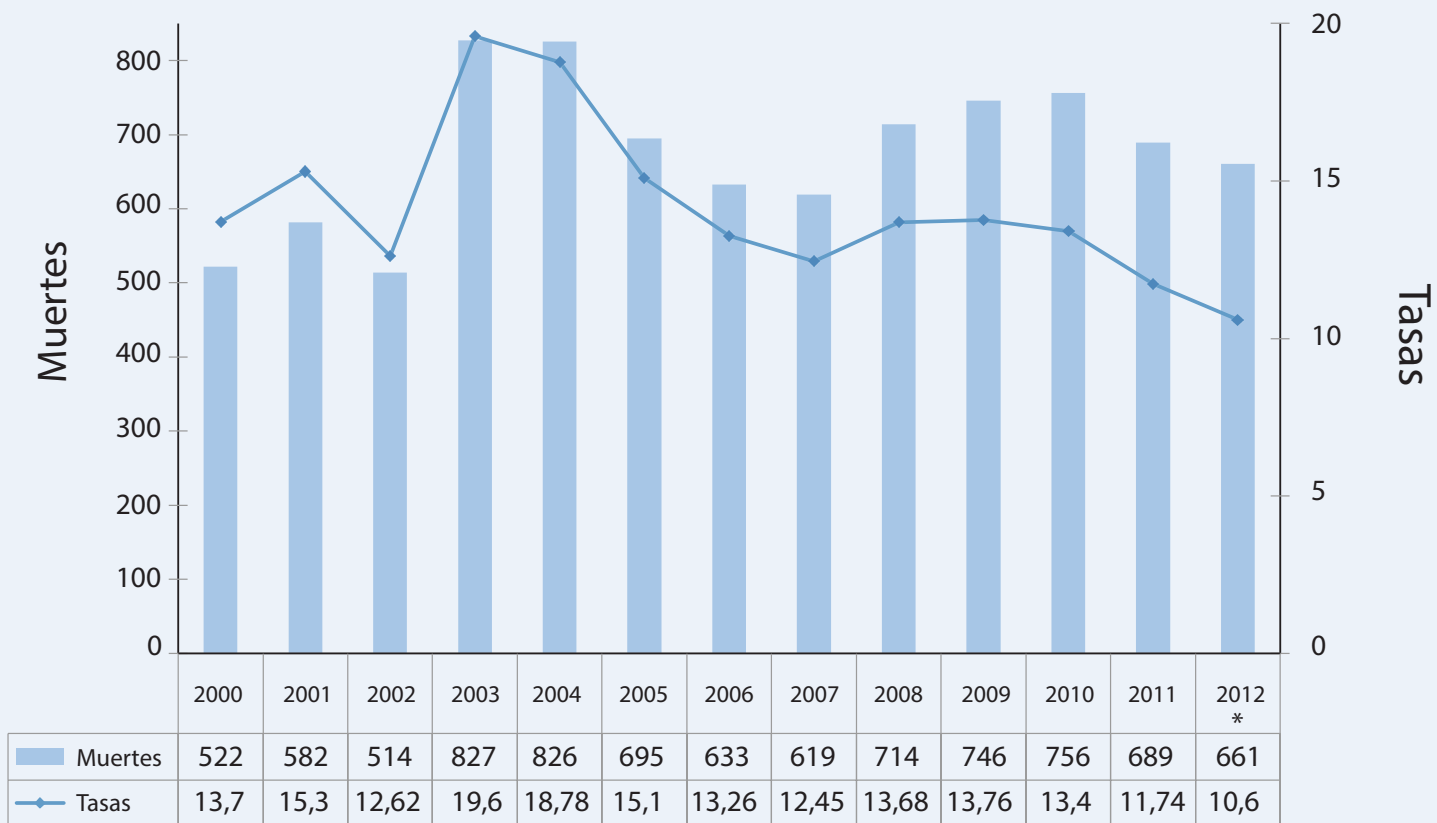
atención y las posibilidades de prevenir la infección como una respuesta proactiva a la situación.

3.1.1 Situación epidemiológica

El primer caso de sida en Costa Rica, ocurrió en 1983 en el grupo de pacientes hemofílicos. En 1986 se detectaron los primeros casos en homosexuales y bisexuales. La transmisión perinatal se detecta a partir de 1990 con una tendencia creciente hasta 1995 en que se inicia el tratamiento con AZT a las mujeres embarazadas con VIH y a sus productos. A partir de 1998 se introduce la terapia antirretroviral.

Analizando los casos de VIH y sida para el período 2002-2011, se observa un incremento en las tasas de VIH, excepto en los años 2008 y 2009 debido probablemente al efecto la sub-notificación, mientras que el sida muestra una tendencia a la disminución.

Gráfico N° 4.20
Mortalidad por diabetes mellitus según año. Costa Rica 2000-2012*

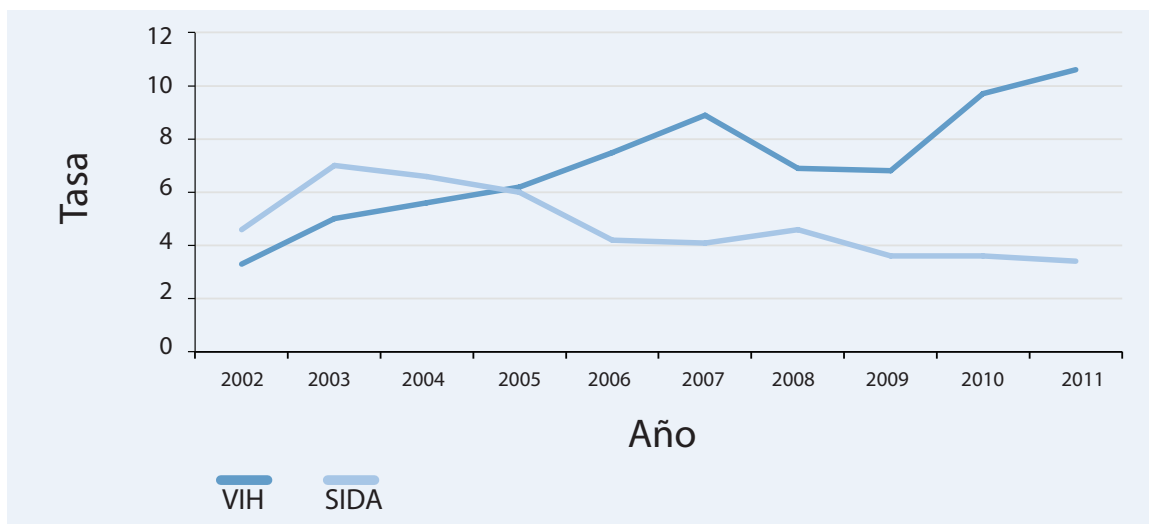


*cifras preliminares

Fuente: INEC – Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.



Gráfico N° 4.21
Incidencia de VIH y sida por año. Costa Rica 2002-2011.
(Tasas por 100.000 habitantes)



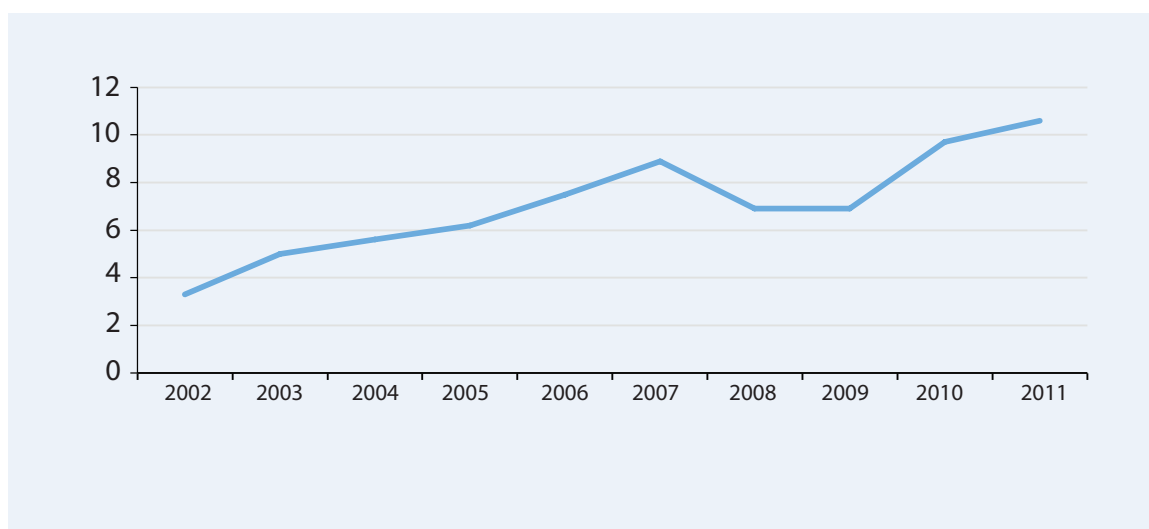
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

3.1.2 Infección por VIH

En el período 2002-2011, se registraron 3.108 casos de VIH (incidencia de 69,4 casos nuevos

por cada 100.000 habitantes). A partir del año 2002 la tendencia de VIH es ascendente, excepto en los años 2008 y 2009 debido probablemente al efecto de sub-notificación.

Gráfico N° 4.22
Incidencia de VIH según año de ocurrencia. Costa Rica 2002 – 2011
(Tasas por 100.000 habitantes)

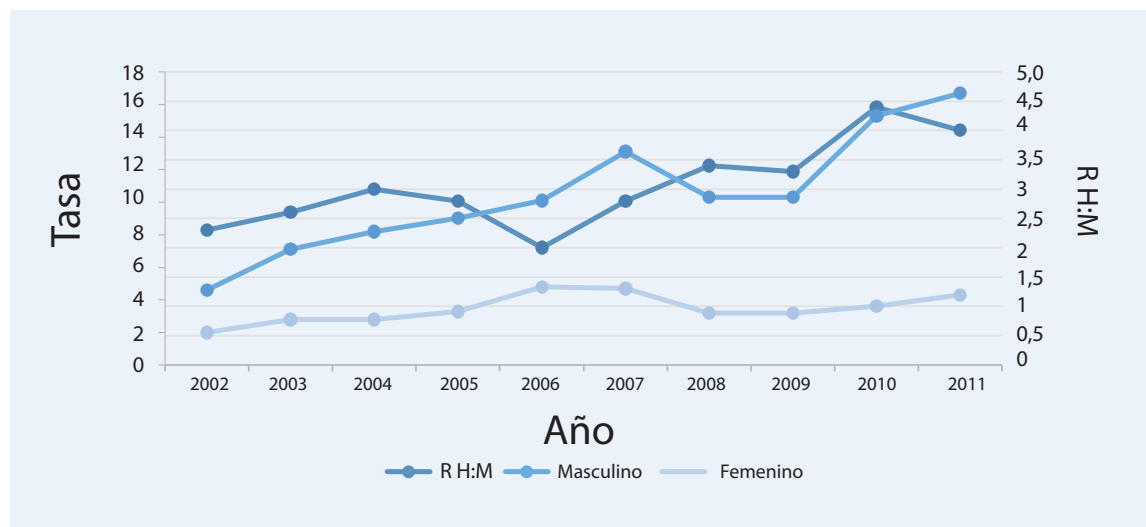


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Los casos nuevos de infección por VIH se presentan básicamente en el sexo masculino (75,7%) siendo la razón hombre/mujer para ese periodo de 3:1 (3 hombres por cada mujer).

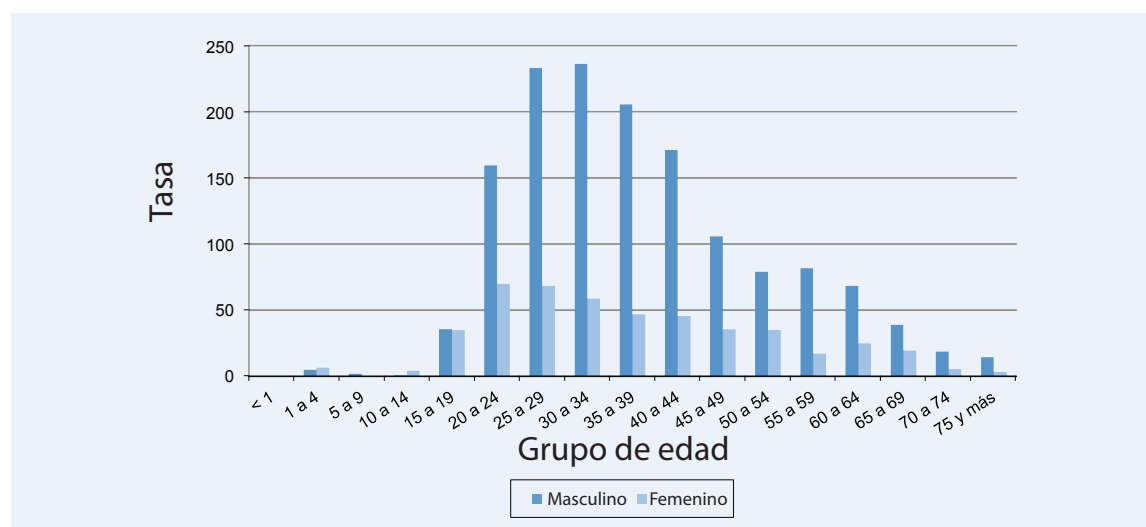
El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 44 años, aportando el 75,2% de los casos del período.

Gráfico N° 4. 23
Incidencia de VIH según sexo y razón de sexos. Costa Rica 2002-2011



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Gráfico N° 4.24
Incidencia de VIH por edad y sexo. Costa Rica 2002 – 2011.
(Tasa por 10.000 habitantes)



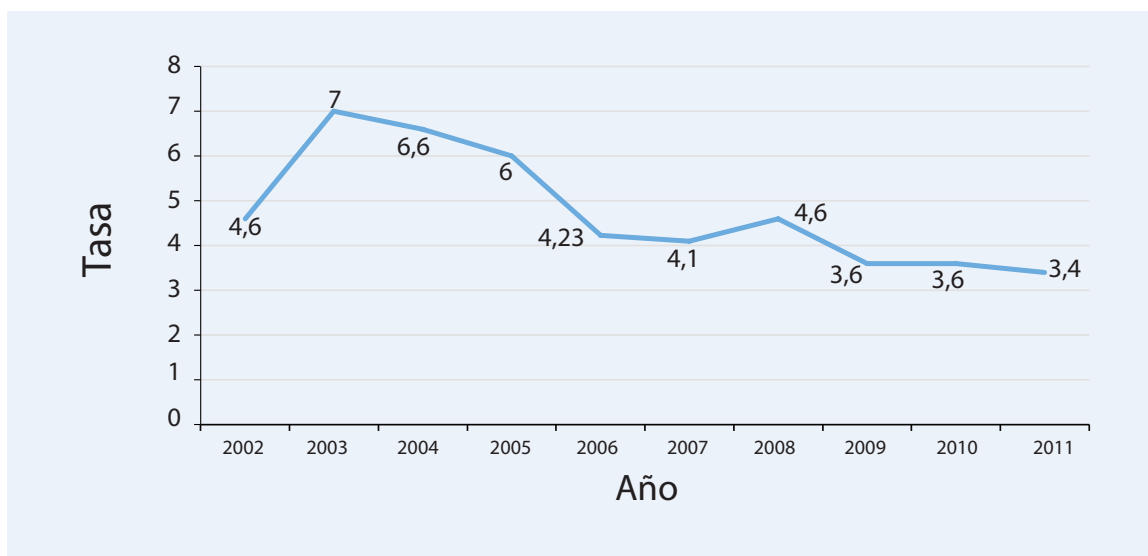
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Las provincias que presentaron la mayor incidencia fueron San José, Heredia y Puntarenas, aportando el 70,0% de los casos del país. Los cantones que presentaron las incidencias más altas fueron: San José, Montes de Oca, Curridabat, Puntarenas, Desamparados, Tibás, Heredia, aportando el 54% de los casos del país.

3.1.3 Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA)

En el período 2002-2011, se registraron 2.082 casos de sida (incidencia 46,0 casos nuevos por tasa 100.000 habitantes). La tendencia es ascendente hasta el 2003 a partir del año 2004 se observa un descenso en el número de casos nuevos de sida registrados.

Gráfico N° 4.25
Incidencia de SIDA según año de ocurrencia Costa Rica 2002 – 2011.
(Tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

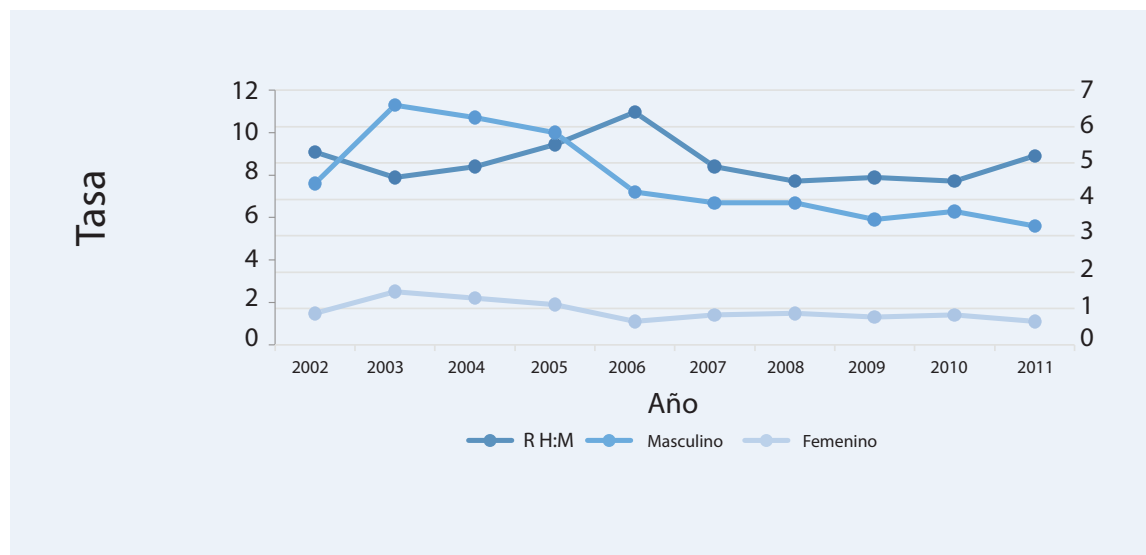
La incidencia de casos de sida depende básicamente del sexo masculino (83.4%) y la razón hombre mujer para ese periodo fue de 5:1 (5 hombres por cada mujer). El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 54 años, aportando el 88,4 % de casos para el período.

Las provincias que presentaron la mayor incidencia fueron San José, Heredia y

Puntarenas aportando el 65,4% de los casos del país, para ese período.

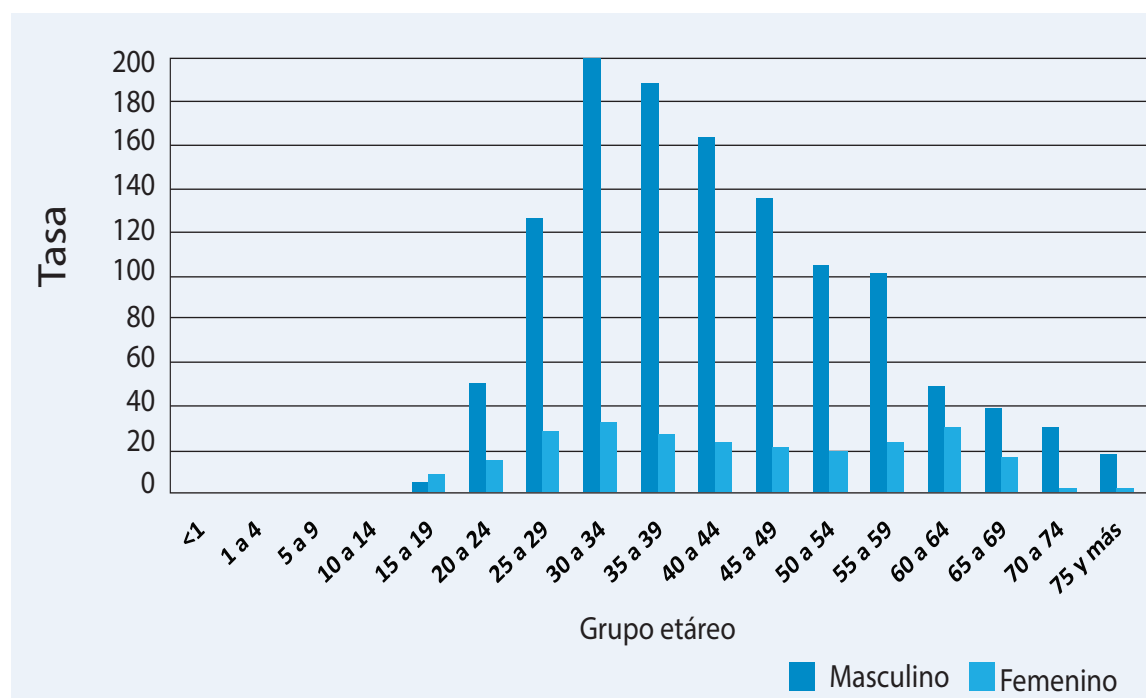
Los cantones que registraron las incidencias más altas para el período fueron San José, Desamparados, Alajuela, Puntarenas, Heredia, Tibás y Goicoechea, aportando el 47.5 % de los casos del país.

Gráfico N° 4.26
Incidencia de sida por sexo y razón de sexos. Costa Rica 2002-2011



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Gráfico N° 4.27
Incidencia de sida por edad y sexo. Costa Rica 2002 – 2011
(Tasa/100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

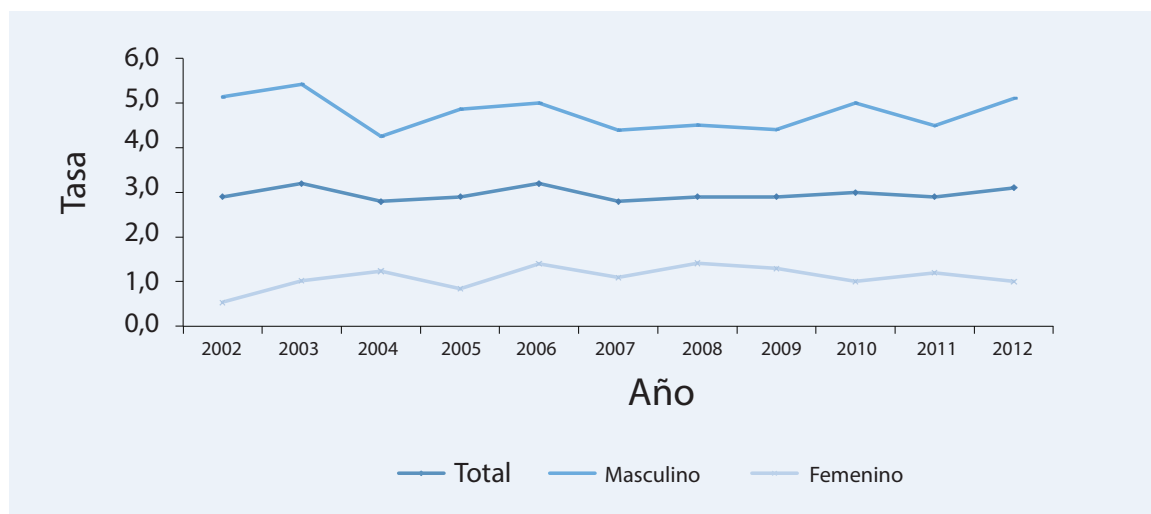
3.1.3.1. Mortalidad por sida

La tendencia de la mortalidad por sida presentó un descenso a partir del año 1998, debido a la introducción de la terapia antirretroviral y al aumento gradual de su cobertura, en donde se observa una tendencia a la estabilización de las curvas. Sin embargo, las tasas de mortalidad masculina, se mantienen por encima de las tasas nacionales durante todo el período de análisis. En el año 2012 se observó un incremento la mortalidad general por sida y en la mortalidad masculina del 6,7% y 13,2% respectivamente, y un decremento del 18,5% en la mortalidad femenina.

En el año 2012, el 84,5 % de las defunciones fueron del sexo masculino (tasa de mortalidad de 5.1/100.000 habitantes). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 59 años, representando el 88,0% del total de muertes por esta causa.

La provincia que registró la mayor tasa de mortalidad fue la de San José, con una tasa de 4,8/100.000 habitantes, lo que representó el 51,4% del total de defunciones del país, probablemente por el mayor acceso a los servicios de salud más especializados que se encuentran en la capital.

Gráfico N° 4.28
Mortalidad por sida según año y sexo. Costa Rica 2002-2012
Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

3.2. Dengue

En el año 2012, se registró una de las mayores incidencias (477 por 100.000 habitantes) con un total 22.243 casos de dengue, lo que representa un incremento de 60,7 % respecto al año 2011, situación que se manifiesta

en la mayoría de las regiones. El 93,7% de la incidencia nacional se concentró en las Regiones Huetar Atlántica, Pacífico Central, Chorotega y Central Norte. Se destaca un comportamiento regional no homogéneo, afectando áreas con alta densidad poblacional incluyendo la Gran Área Metropolitana,

altos índices de infestación además de la circulación de dos y tres serotipos de dengue en algunas localidades.

Se registraron 54 casos de dengue hemorrágico (DH) o Dengue Grave; distribuidos de la siguiente manera: Región Huetar Atlántica 19 casos; Región Chorotega 16; Región Pacífico Central 10; Región Central Norte 8 y Región Central Sur 1 caso. No obstante lo anterior **este año no se presentó ninguna defunción por dengue.**

Es importante resaltar que en el comportamiento de la incidencia de dengue influyen diversos factores ambientales, geográficos, climáticos, serotipos circulantes, acúmulo de susceptibles entre otros por lo que se ha visto comunidades

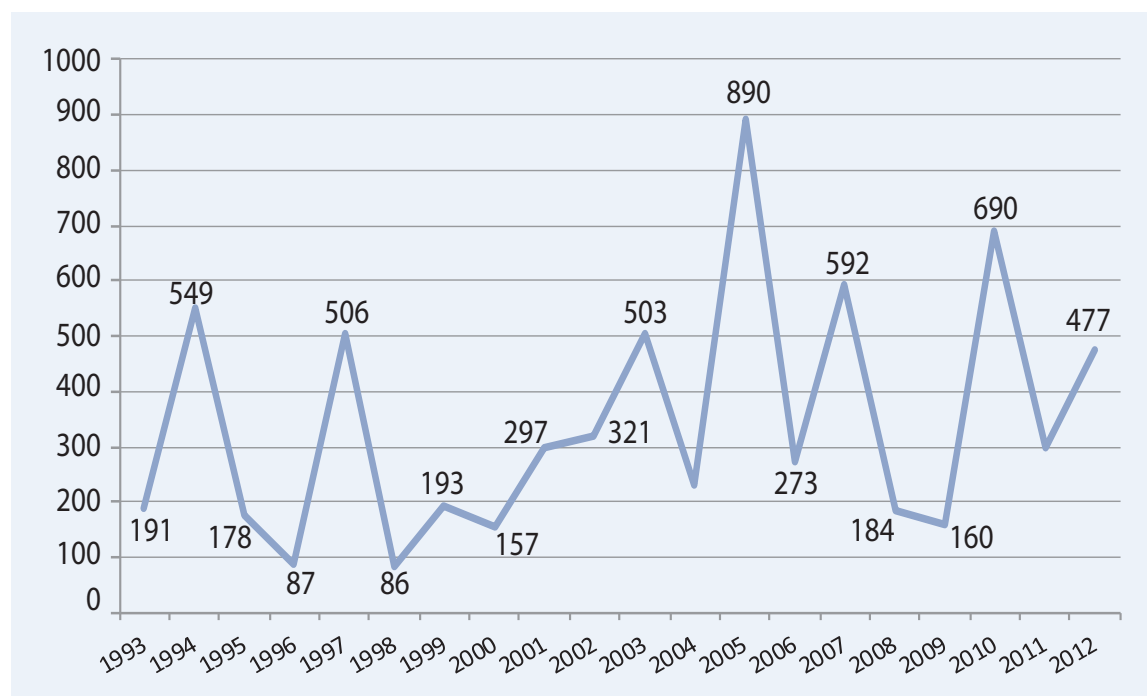
con altos índices de infestación sin dengue y por el contrario comunidades con bajos índices y grandes brotes.

3.3. Malaria

En el año 2012 solamente se registraron 8 casos de malaria; por *Plasmodium vivax* 5, de *P. malariae* 2 por técnica PCR Tiempo Real, y de *P. malariae*-*P. falciparum* 1 confirmado por el CNRP-INCIENSA y el CDC-Malaria-Branch por técnica PCR Tiempo Real TaqMan.

Se muestra una disminución del 53,0% de casos con respecto al año anterior y con la tasa de incidencia parasitaria anual 0,005 por 1000 habitantes (IPA), la más baja en la evolución de la malaria en Costa Rica.

Gráfico N° 4.29
Tasa de incidencia de dengue por 100000 habitantes. Costa Rica 1993-2012



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Cuadro N° 4.7.
Casos de dengue por región del Ministerio de Salud. Costa Rica 2011-2012

REGION	2011	2012	%	%Variación Relativa
Pacífico Central	2048	4995	22,5	143,9
Chorotega	869	3177	14,3	265,6
Central Norte	583	4659	20,9	699,1
Huetar Atlántica	9598	7981	35,9	-16,8
Central Sur	364	909	4,1	149,7
Brunca	100	188	0,8	88,0
Central Este	188	68	0,3	-63,8
Occidente	4	20	0,1	400,0
Huetar Norte	84	246	1,1	192,9
TOTAL	13838	22243	100,0	60,7

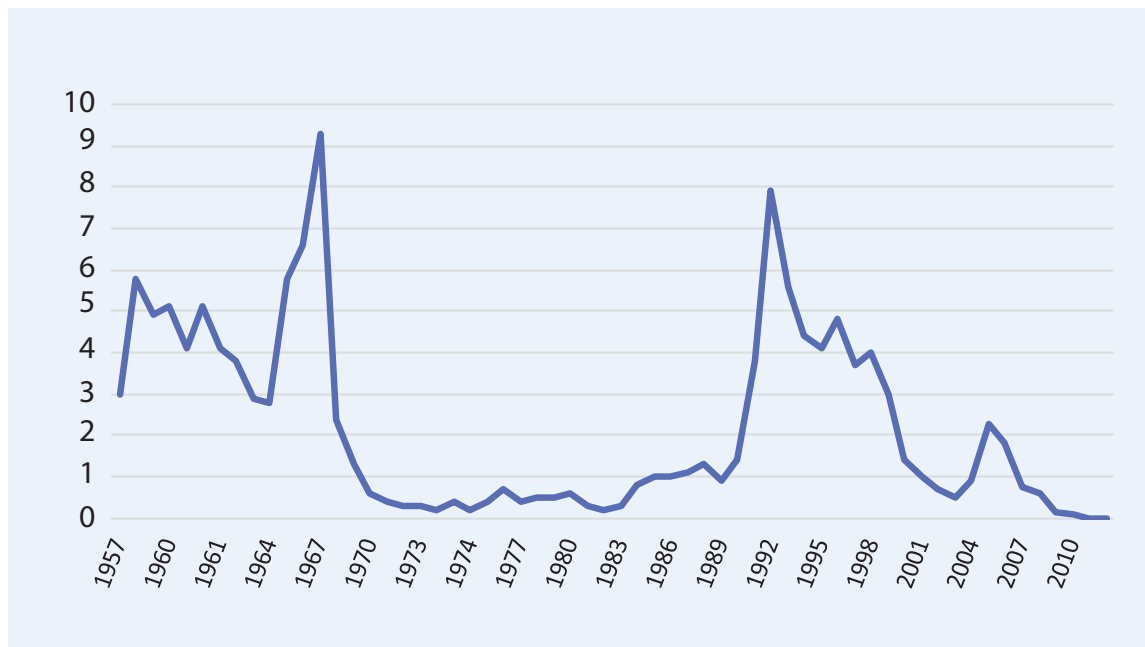
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Cuadro N° 4.8
Casos, serotipos y defunciones por dengue. Costa Rica 1993 - 2012

AÑOS	CASOS	CASOS DH	SEROTIPOS	DEFUNCIONES
1993	4.612	0	1	0
1994	13.929	0	1 Y 3	0
1995	5.137	1	1 Y 3	1
1996	2.309	2	1 Y 3	1
1997	14.421	8	1 Y 3	2
1998	2.628	0	1 Y 3	0
1999	6.041	117	2	2
2000	4.908	5	1 Y 3	0
2001	9.464	37	2	0
2002	12.251	27	1 Y 2	0
2003	19.703	69	1 Y 2	0
2004	9.408	11	1 Y 2	0
2005	37.798	52	1	2
2006	12.052	76	1 Y 2	0
2007	26.504	318	1 Y 2	8
2008	8.212	65	1, 2	2
2009	7.214	8	1- 2 Y 3	0
2010	31.484	21	1-2 Y 3	4
2011	13.838	74	1-2 Y 3	0
2012	22.243	54	1-2 Y 3	0
TOTAL	264.156	945	1-2 Y 3	22

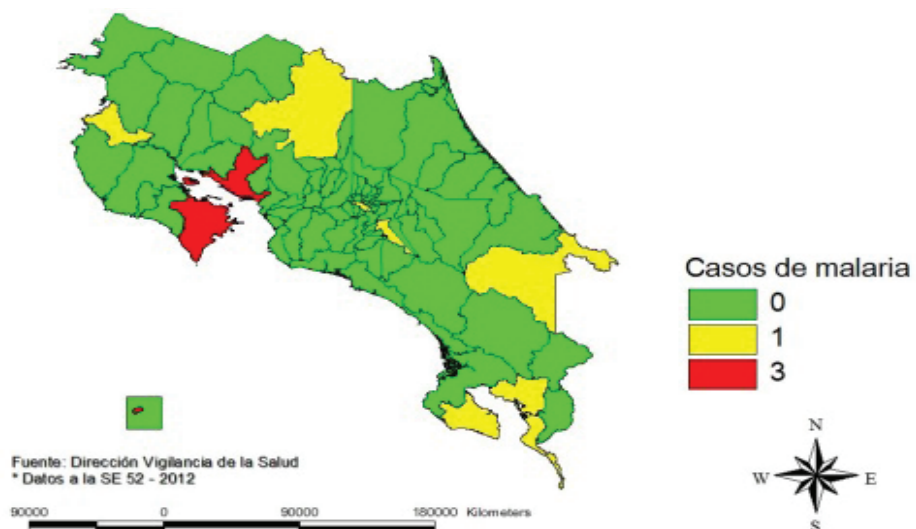
Fuente: INCIENSA - Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Gráfico N° 4.30
Tasa de incidencia de malaria por 1000 habitantes. Costa Rica 1957-2012



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Gráfico N° 4.31
Casos de malaria según cantón Costa Rica 2012



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

La OPS/OMS ubica a Costa Rica, en la fase de eliminación de esta enfermedad, ya que el país alcanzó la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir en un 75 por ciento la cantidad de casos para 2015 en comparación con los reportados para el 2000.

3.4. Enfermedad de Chagas

La “Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas” y la OPS/OMS en agosto 2011 certificaron de la ausencia de *Rhodnius prolixus* en Costa Rica, manteniéndose libre a la fecha de éste vector. Otro logro importante fue la participación y coordinación de la Dirección de Vigilancia de la Salud en el proceso de la elaboración de la “Norma de Atención Integral de la Enfermedad de Chagas” que fue oficializada en el Decreto Ejecutivo N° 37269-S. También se logró el tamizaje de ésta enfermedad en el 100% de los bancos de sangre.

3.5. Filariasis

En la “10ª Reunión del Grupo Regional de Revisión de Programas de Filariasis Linfática” de las Américas realizada en Brasilia, Brasil en mayo 2012 se comunicó que el STAG-NTD (Grupo Consultor Estratégico y Técnico de las Enfermedades Desatendidas de la OMS/Ginebra) y el Programa Global para la Eliminación de la Filariasis Linfática (FL), han clasificado a Costa Rica en la lista de países no endémicos de FL.

Para el procedimiento formal, la Dirección de Vigilancia de la Salud preparó el dossier

con apoyo del Programa de Enfermedades Desatendidas de la OPS/OMS, solicitando oficialmente la Ministra de Salud a la OMS la certificación de la interrupción de la transmisión de Filariasis Linfática en Costa Rica. En la Web de la OMS [[>>](#)] se localiza el Weekly Epidemiological record No 35, 2011, 86, 377-388 con la clasificación de países y el nuevo mapa con la situación mundial de Filariasis Linfática.

3.6. Enfermedades registro colectivo

Desde el año 2005, los eventos del tipo de infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) y enfermedad tipo Influenza (ETI) han ocupado el 99% de la notificación colectiva.

En el cuadro y gráfico se observa como la tasa bienal por cien mil habitantes de IRA aumentó de 20.295,98 durante el periodo 2005-2006, a 29.373,04 casos por cien mil habitantes, en el último bienio, siendo este evento, del grupo de enfermedades infecciosas, el que se destaca de mayor incidencia en el país. La enfermedad diarreica aguda, tiene un aumento también de 4.529,26 por cien mil habitantes en el periodo 2005-2006 a 6.366,93, en el bienio 2011-2012. La relación IRA y EDA es 4, 6 esto significa que por cada caso de diarrea se notifican casi cinco de IRA.

3.7. Tuberculosis

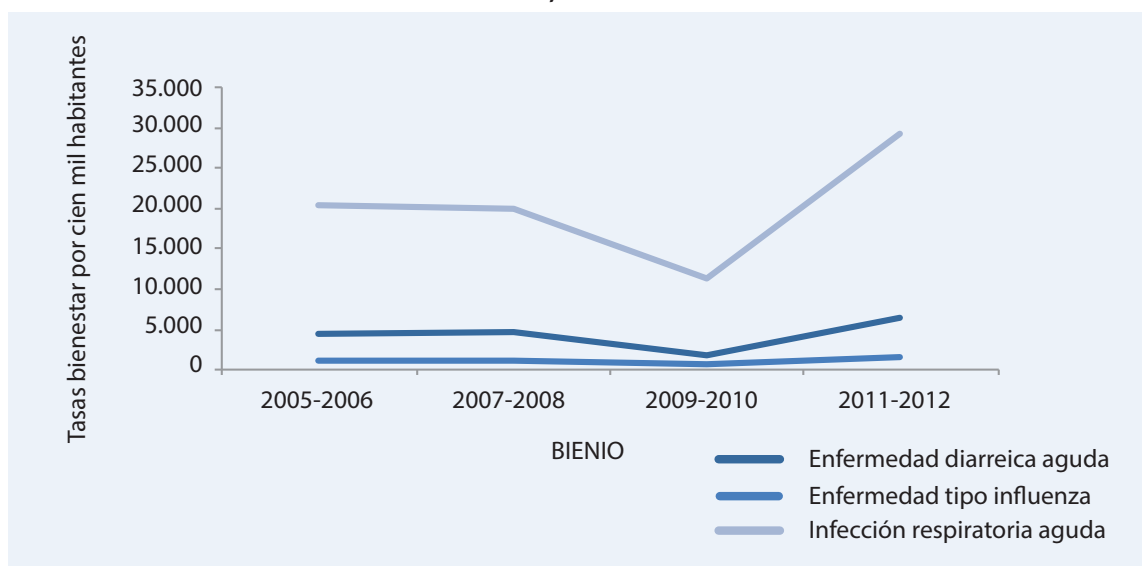
Según datos de la Unidad de Seguimiento de Indicadores de la Dirección de Vigilancia de la salud, se reportaron por parte de los servicios de atención a las persona para el año 2011 un total de 509 casos de Tuberculosis para una tasa de 11,03 casos por cada 100.000 habitantes,

Cuadro N° 4.9
Eventos de notificación colectiva por bienio. Costa Rica 2007 – 2012.
(Cifras absolutas y tasas por cien mil habitantes)

EVENTOS	2005-2006		2007-2008		2009-2010		2011-2012*	
	Numero Casos	Tasa bienal	Numero Casos	Tasa bienal	Numero Casos	Tasa bienal	Numero Casos	Tasa bienal
Accidentes ofídicos	2.126	24,75	1387	15,69	778	8,57	1.322	14,24
Conjuntivitis hemorrágica	6.888	80,19	5.794	65,54	5.345	58,91	7.342	79,09
Enfermedad diarreica aguda	389.048	4.529,26	419.822	4.748,85	167.746	1.848,86	591.032	6.366,93
Enfermedad tipo Influenza	101.785	1.184,97	97.401	1.101,76	53.307	587,54	139.954	1.507,66
Infección respiratoria aguda	1.743.357	20.295,98	1.770.241	20.024,24	1.016.879	11.207,83	2.726.655	29.373,04
Leishmaniosis	2.837	33,03	2.625	29,69	751	8,28	3.098	33,37
TOTAL	2.246.041	26148,18	2297270	25985,78	1.244.806	13.720,00	3469403	37374,33

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Gráfico N° 4.32
Números de casos y tasas bienales por cien mil habitantes de IRA, EDA y ETI .
Costa Rica, del 2005-2012.



* Para el año 2012 son datos preliminares

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

de los cuales 308 casos corresponden al sexo masculino (tasa de 13,16) y 201 casos al sexo femenino (tasa 8,83). En todos los grupos de edad se reportaron casos; pero la mayoría se presentan a partir de los 20 años.

De los 509 casos reportados 424 casos son tuberculosis pulmonares y 85 casos

extrapulmonares. Las provincias que más aportan casos son Guanacaste con 56 casos para una tasa de 19,98 por cada 100.000 habitantes y dentro de esta provincia el cantón de Liberia presenta la mayoría de los mismos (30 casos). La siguiente provincia es Limón con 90 casos para una tasa de 19,93 seguido de Puntarenas con 64 casos para una tasa de 17,34.

Cuadro N° 4.10
CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES SEGÚN AÑOS COSTA RICA 2008 -2012*
(Tasa por 100.000 habitantes)

CAUSAS	2008		2009		2010		2011		2012*	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
HEPATITIS TODAS FORMAS	1071	24,06	850	18,85	486	10,65	582	12,61	1330	28,59
HEPATITIS VIRAL A	216	4,85	144	3,19	66	1,45	113	2,45	368	7,91
HEPATITIS VIRAL B	166	3,73	66	1,46	17	0,37	140	3,03	211	4,54
INFLUENZA	44068	990,01	30695	680,69	80389	1761,55	65263	1413,95	74609	1603,65
MENINGITIS TODAS FORMAS	381	8,56	195	4,32	192	4,21	483	10,46	351	7,54
MENINGITIS MENINGOCOCICA	8	0,18	2	0,04	0	0,00	3	0,06	3	0,06
MENINGITIS NEUMOCOCICA	4	0,09	1	0,02	0	0,00	1	0,02	7	0,15
PARALISIS FLACIDA AGUDA	39	0,88	18	0,40	23	0,50	38	0,82	23	0,49
PAROTIDITIS INFECCIOSA	29	0,65	25	0,55	21	0,46	23	0,50	30	0,64
RUBEOLA	24	0,54	25	0,55	53	1,16	21	0,45	25	0,54
SARAMPION	29	0,65	20	0,44	11	0,24	16	0,35	7	0,15
TETANOS	0	0,00	1	0,02	0	0,00	2	0,04	1	0,02
TOSFERINA	403	9,05	575	12,75	961	21,06	369	7,99	713	15,33
VARICELA	12429	279,22	6635	147,14	3439	75,36	6391	138,46	5887	126,54

* Para el año 2012 son datos preliminares

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Las nacionalidades participantes en el 2011 son diversas, se detectó que 430 casos son costarricenses; seguido por 62 casos en nicaragüenses; luego 14 casos en panameños y un chino, un colombiano y un peruano.

Para el año 2011 se reportaron por el INEC 51 defunciones para una tasa de 1,10 muertes por cada 100.000 habitantes. Entre las provincias con tasas más altas se encuentra en primer lugar Limón con una tasa de 2,21 muertes por cada 100.000 habitantes, seguido de Guanacaste (tasa de 2,14) y en tercer lugar San José (tasa de 1,33). De la provincia de Limón los cantones que más casos aportaron fueron Limón Centro y Pococí.

Según sexo de los 51 defunciones 34 correspondieron al sexo masculino para una tasa de 1,45 muertes por 100.000 habitantes y 17 defunciones en el sexo femenino (tasa de 0,75). La mayoría de las defunciones se presentaron en mayores de 40 años.

3.8. Enfermedades inmunoprevenibles

Las enfermedades infectocontagiosas que se observan en el siguiente cuadro de eventos notificados del 2008 al 2012, pueden prevenirse por diferentes medidas, entre ellas la vacunación; dicha medida, según la historia mundial y nacional tiene gran impacto en la incidencia de estas enfermedades inmunoprevenibles, no obstante se siguen presentando varias de ellas por lo que se mantiene y acentúa una vigilancia epidemiológica constante de las mismas.

Es importante destacar que sólo alrededor del

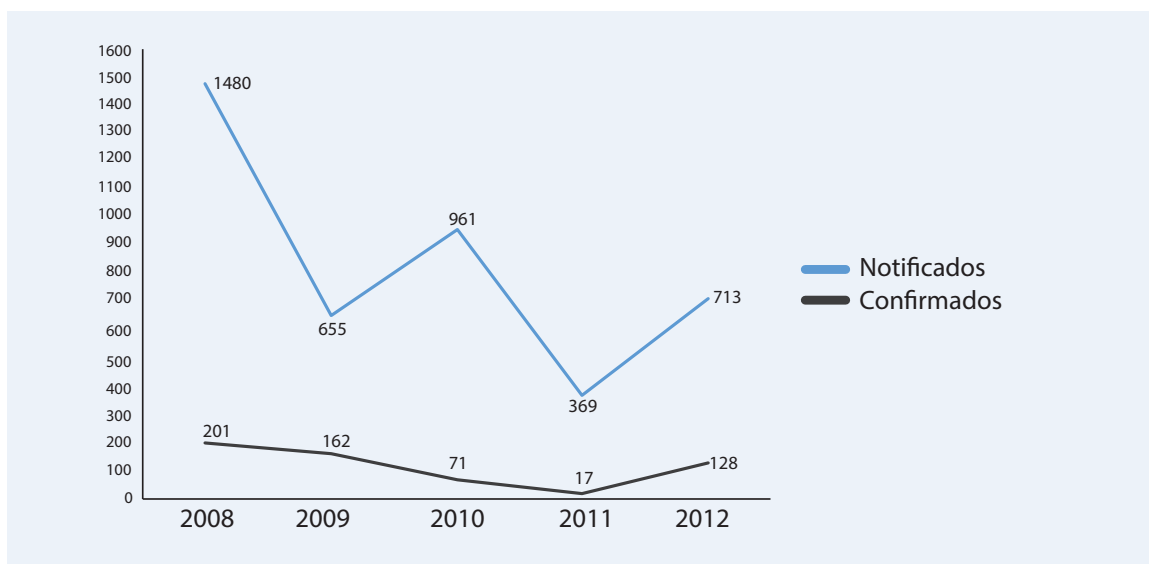
40% de las hepatitis se tipifican (determinar sin tipo A o B), lo anterior tiene importancia, ya que las medidas de control para evitar la propagación de la enfermedad así como el seguimiento y evolución de los casos varía, lo que puede tener un efecto negativo en el control de estas enfermedades.

En el caso de las meningitis se logra tipificar (determinar si son de origen meningocócico o neumocócico) un porcentaje muy bajo alrededor del 2%, lo anterior debido a que algunos pacientes han sido parcialmente tratados con antibióticos antes de su diagnóstico o porque las bacterias y virus causantes de estas enfermedades son de difícil aislamiento.

Se observa un aumento en las tasas de la hepatitis A del 2011 al 2012 (de 2,45 a 7,91), al igual que la B (3,03 a 4,54) en el mismo periodo. En lo relacionado con las meningitis, la neumocócica se mantuvo constante hasta el último año donde tuvo un incremento leve, de 0,02 en el 2011 a 0,15 en el 2012.

La tosferina en el período 2008-2012 ha tenido fluctuaciones con aumentos y disminuciones en el número de casos, con una periodicidad de dos años tanto en una como en otra condición: 2008, 2010 y 2012 aumentos y, 2009 y 2011, disminuciones; si observamos los casos notificados en los dos últimos años, aumentaron de 369 (7,99) en el 2011 a 713 (15,33) en el 2012. La tendencia de los positivos por laboratorio fue al descenso en dicho período, salvo en el último año, donde aumentaron.

Gráfico N° 4.33
Casos notificados y confirmados de tosferina. Costa Rica 2008-2012



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INCIENSA

Comparando los dos últimos años, los confirmados por laboratorio fueron 17 en el 2011 y 128 en el 2012. Desglosando los casos de dichos años por grupo de edad específica tenemos lo que se observa en el cuadro a continuación:

Cuadro N° 4.11
Casos notificados y confirmados de tosferina, según grupos edad específica.
Costa Rica 2011 – 2012

GRUPOS EDAD ESPEC.	2011		2012	
	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS
Total	369	17	713	128
0-1 m	125	9	173	43
2-5 m	117	5	198	37
6-11 m	44	1	105	16
12 y más	79	2	237	32
Ignorada	4	0	0	0

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INCIENSA

Se tiene entonces, que el 77% (286) en el 2011 y el 66% (476) en el 2012 de los casos correspondieron a menores de un año y, dentro de éstos, el 85% (242) y 78% (371) respectivamente fueron menores de 6 meses.

Cabe destacar que los menores de dos meses son un grupo de riesgo, vulnerable, donde no se ha iniciado el esquema de vacunación para la prevención de tosferina, por tanto no tienen protección al respecto. Para favorecer

dicha protección a la madre y al recién nacido, en el país se introdujo la vacunación con Tdap a las mujeres gestantes en el tercer trimestre de embarazo. Con respecto a los niños de dos a cinco meses debemos recordar que no han completado su esquema básico, por tanto están relativamente susceptibles.

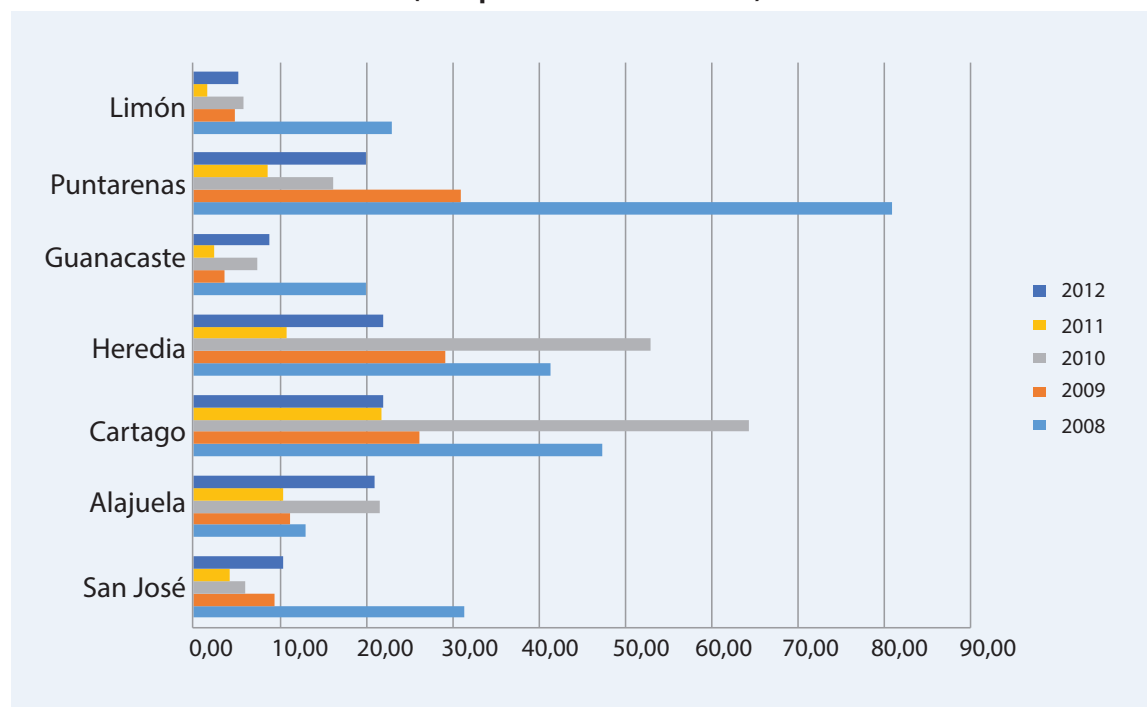
Si analizamos los casos de tosferina por provincia, salvo Cartago que tuvo una leve diferencia, en el resto de provincias la tasa se incrementó en forma importante del 2011 al 2012, como se evidencia a continuación:

No todos los casos de enfermedades prevenibles por vacunación tienen

confirmación por laboratorio, tal es el caso de la varicela, sin embargo los confirmados por clínica muestran una tendencia al descenso de 279.2 en el 2008 a 75.4 al 2010 y un incremento de más o menos 35% en los dos últimos años (138.5 y 126.5 respectivamente), tal y como se observa en el gráfico 4.35.

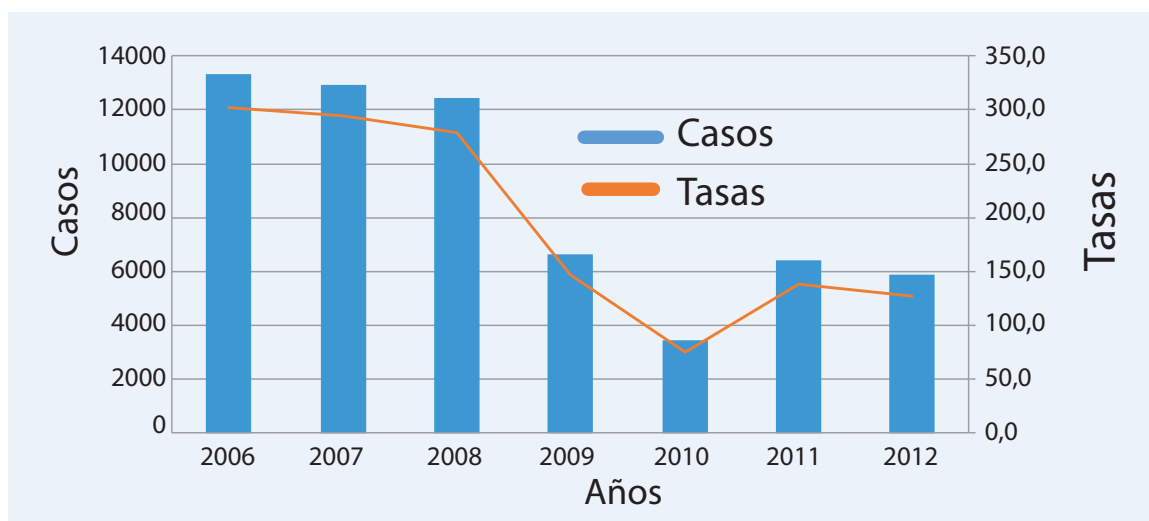
Si analizamos por grupos de edad este evento, podemos observar como las tasas son mayores en los niños menores de 5 años en el 2012, pero con una tendencia a la disminución, según aumenta la edad en dicho año, comparado con el 2011.

Gráfico N° 4.34
Casos notificados de tosferina según año y provincia. Costa Rica 2008-2012
(Tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INCIENSA

Gráfico N° 4.35
Casos notificados y tasas de varicela. Costa Rica 2006 - 2012
(Tasas por 100000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INEC

En cuanto a la poliomielitis, en el país se vigilan las parálisis flácidas agudas para prevenir y detectar oportunamente la introducción de esta patología, recordando que con una vigilancia epidemiológica constante y, una investigación inmediata de cualquier sospechoso notificado o detectado, además de altas coberturas de vacunas antipolio, garantizamos un país libre de este evento y alerta según el desarrollo de la polio en el resto de mundo donde todavía se presenta.

Se han presentado los siguientes casos de parálisis flácidas agudas (PFA) del 2007 al 2012:

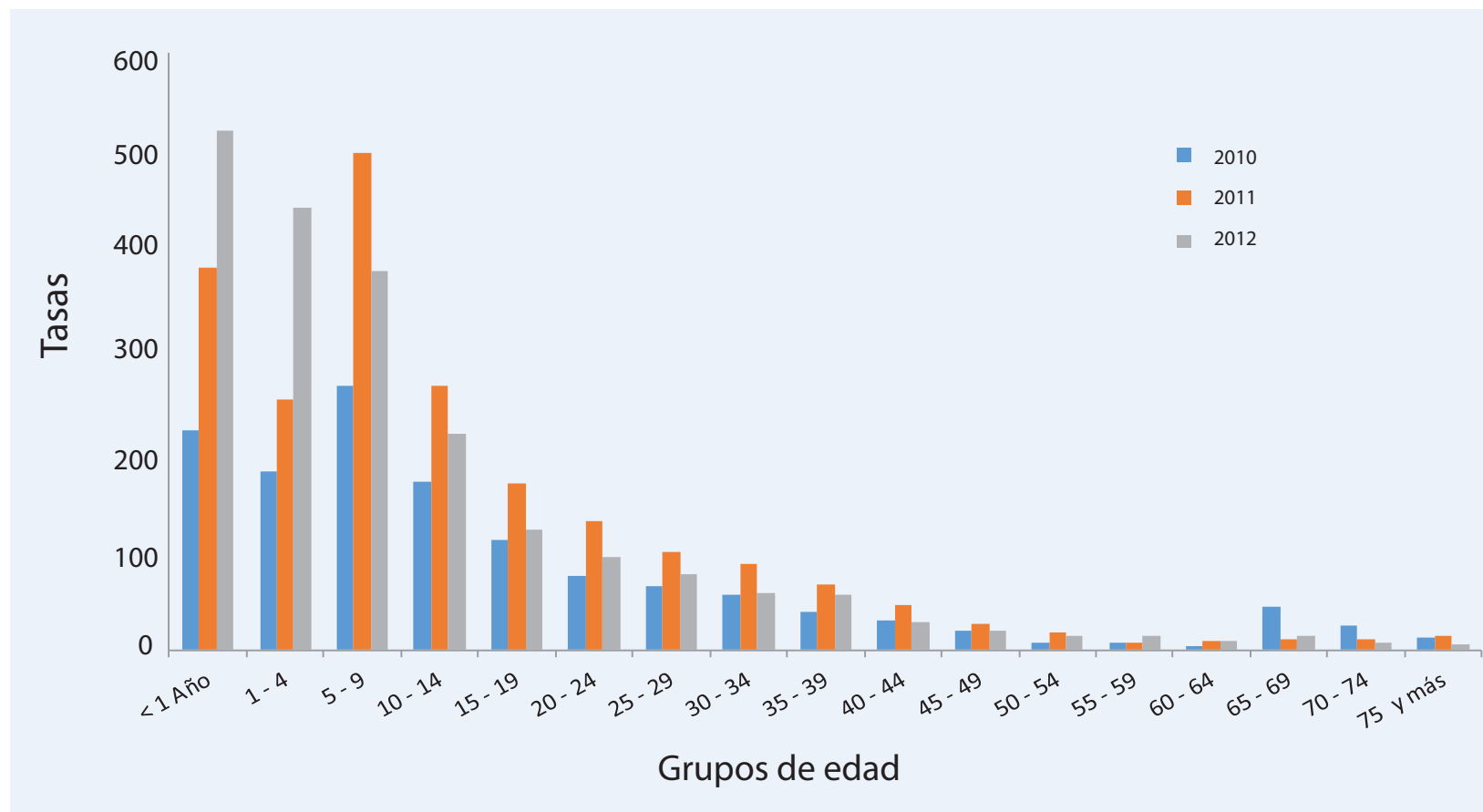
2007 (24), 2008 (38); 2009 (18); 2010 (23), 2011(38) y 2012 (23). Todos fueron descartados como casos de poliomielitis por un equipo de trabajo interinstitucional, MS-CCSS-INCIENSA.

El impacto de las diferentes medidas entre ellas la vacunación no sólo se observa en la

morbilidad sino también en la mortalidad de estos eventos. Como podemos observar en el cuadro N° 4.12, en los años 2011 - 2012 se ha presentado un incremento leve en las muertes por hepatitis B - C y tosferina. La tasa de mortalidad por todas formas de las hepatitis se ha mantenido estable en los dos últimos años analizados, 0,22 en 2011 y 0,21 en 2012. Dentro de las hepatitis especificadas, la B es la que ha causado más muertes. Las edades de las personas que fallecieron por hepatitis B en el periodo analizado, estaba en los grupos mayores de 30 años, con excepción del 2010 que hubo 2 defunciones en el grupo de 20 a 29 años.

Con respecto al resto de enfermedades inmunoprevenibles, la investigación demuestra que no hay casos de Sarampión ni Rubéola, y que en el 2012 no hubo muertes por varicela.

Gráfico N° 36
Casos notificados de varicela según grupos de edad. Costa Rica 2010 - 2012
(Tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INEC

Cuadro N° 4.12
Mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, Costa Rica 2008 - 2012
(Tasa por 100000 habitantes)

CAUSAS	2008		2009		2010		2011		2012	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
HEPATITIS TODAS FORMAS	23	0,52	10	0,22	26	0,57	10	0,22	10	0,21
HEPATITIS VIRAL A	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
HEPATITIS VIRAL B	9	0,2	1	0,02	8	0,18	6	0,13	7	0,15
HEPATITIS VIRAL C	2	0,04	2	0,04	1	0,02	3	0,06	2	0,04
MENINGITIS MENINGOCOCICA	2	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOSFERINA	6	0,13	2	0,04	0	0,00	1	0,02	3	0,06
VARICELA	5	0,11	4	0,08	2	0,04	4	0,11	0	0,00

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INEC

Referente a la mortalidad por virus respiratorios, la tasa de mortalidad en el país fue de 0,88 muertes por cada 100.000 habitantes. Predominaron las defunciones

por adenovirus (0,37), influenza A H3N2 e influenza B (0,15 para cada uno); la influenza A H1N1 presentó una tasa de mortalidad de 0,11.

Cuadro N° 4.13
Mortalidad por Virus Respiratorios*. Costa Rica 2011 - 2012
(Tasa por 100000 habitantes)

CAUSAS	2011		2012	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
ADENOVIRUS	0	0,00	17	0,37
INFLUENZA A	0	0,00	1	0,02
INFLUENZA A H1N1	3	0,06	5	0,11
INFLUENZA A H3N2	0	0,00	7	0,15
INFLUENZA B	0	0,00	7	0,15
PARAINFLUENZA 3	0	0,00	2	0,04
VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL	0	0,00	2	0,04
TOTAL	3	0,06	41	0,88

(*): Virus confirmados por laboratorio

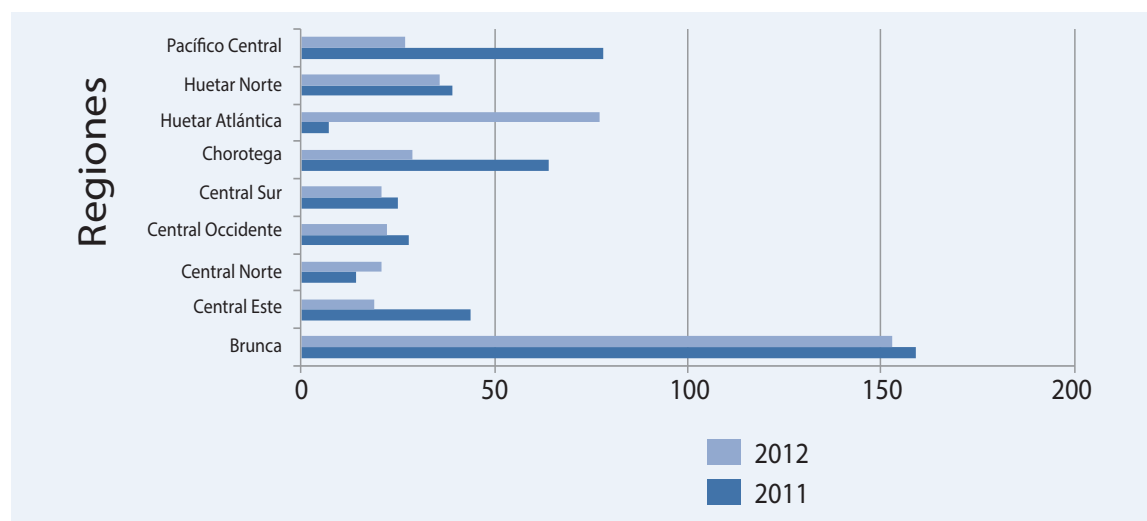
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INCIENCIA

4. INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS

En el año 2012 se diagnosticaron 405 intoxicaciones por plaguicidas, de los cuales el 37,78% corresponde a la Región Brunca, seguido por la Región Huetar Atlántica con un 19,01%. La región con el menor porcentaje de casos notificados es la Central Este con un 4,69% del total.

Al hacer la comparación con el año 2011, se puede apreciar que existe una reducción del 13,07% de los casos notificados a nivel nacional. En el siguiente gráfico se puede apreciar la comparación del número de casos en cada Región de Salud, durante los años 2011 y 2012.

Gráfico N° 4.37
Comportamiento de las intoxicaciones agudas por plaguicidas, según región de salud.
Costa Rica 2011-2012



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INEC

Como puede observarse en el siguiente gráfico, el 82,7 % de los casos totales corresponden al sexo masculino, evidenciándose este predominio en todos los grupos de edad. El 87,5% de los casos, se ubican dentro de los grupos de 15 a 64 años, sin embargo se observan casos en las edades extremas de la vida, donde existe un importante grupo en menores y adultos mayores que tienen contacto de diversas formas con los plaguicidas, lo cual si se tratase de intoxicaciones laborales se está contraviniendo la legislación y si se trata de accidentales hay que enfatizar en las medidas de prevención.

El mes en que se registran más casos de intoxicaciones fue en julio con un 12,35% del total, y en donde se registran menos casos es en el mes de diciembre con un 3,46 %.

Se registra un promedio de 31 personas intoxicadas en el primer trimestre del año

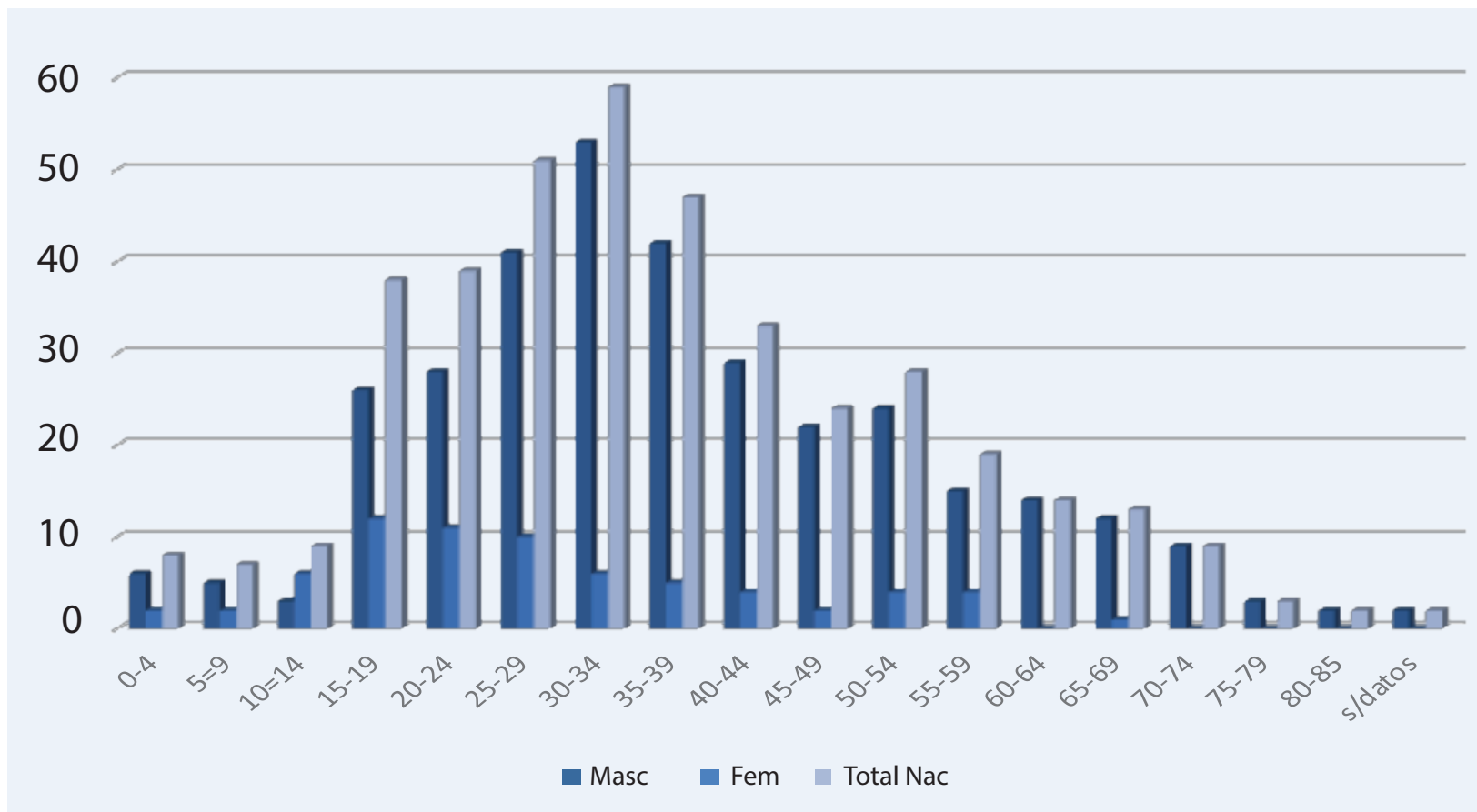
2012, posteriormente y en los meses de mayo y agosto se dio un promedio de 47.

En lo que respecta al año 2012, las intoxicaciones laborales ocuparon el 43% del total de intoxicaciones reportadas, los accidentes no laborales conformaron el 31 %, lo cual no necesariamente refleja la realidad del país ya que este tipo de intoxicaciones no tiene mecanismos que obliguen su notificación.

En tercer lugar se reporta un 21 % de personas con intento de suicidio, indicador no medible debido a que no existe seguimiento de casos.

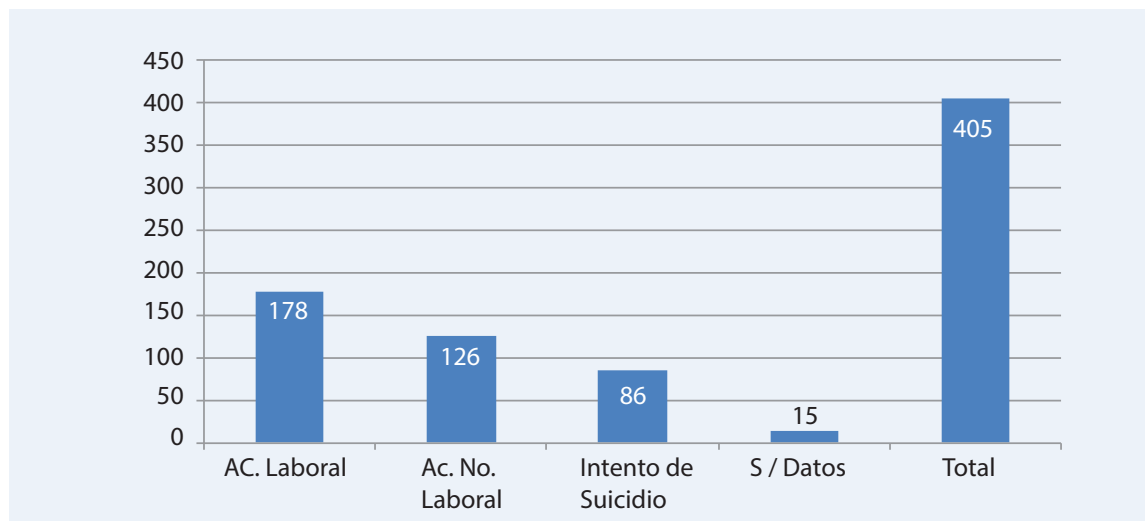
Con relación a los efectos de los plaguicidas, el 47,6 % de las Intoxicaciones agudas son causadas por insecticidas de uso agrícola y salud pública, el 32,8% de las intoxicaciones son producidas por herbicidas. Luego en menor porcentaje, los nematocidas y fungicidas.

Gráfico N° 4.38
Intoxicaciones agudas con plaguicidas, según grupo etáreo . Costa Rica 2012



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INEC

Gráfico N° 4.39
Intoxicaciones agudas con plaguicidas, según modo. Costa Rica 2012



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INEC

5. MORTALIDAD INFANTIL

Los datos para calcular los indicadores de mortalidad infantil se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, así mismo se contó con el informe de MIDEPLAN sobre indicadores del milenio y la Memoria Institucional del Ministerio de Salud.

La tasa de mortalidad infantil en 1990 fue de 15,3 y en el 2012 de 8,51 muertes de niños menores de 1 año por cada mil nacimientos. De enero a diciembre del 2012 ocurrieron 73.326 nacimientos y 624 muertes infantiles, o sea 133 nacimientos menos y 42 defunciones menos que el año anterior, es decir que se produjo una disminución relativa de 0,56 muertes por cada mil nacimientos.

La provincia de Guanacaste registró la tasa de mortalidad infantil más alta con 9,91 por mil nacimientos, la segunda Puntarenas con 9,38. Las provincias de Cartago y San José presentan

tasas mayores a la nacional. La provincia con la tasa menor fue Heredia, con 7,10.

En cuanto al sexo, la tasa de mortalidad infantil es más alta en los niños (9,03) que en las niñas (7,97) por mil nacimientos.

Para el trienio 2010-2012, Costa Rica presentó una tasa de 9,01 muertes por cada mil nacidos vivos. La provincia con la mayor tasa fue Limón con 9,82, seguida de Puntarenas con 9,73. Y la menor tasa la presenta Heredia con 7,38 por mil nacimientos, para ese período.

Al analizar la distribución porcentual de la mortalidad infantil para el período 2008-2012 por principales grupos de causas de muerte, en general el comportamiento de los grupos mantiene casi invariable, manteniéndose las afecciones originadas en el período perinatal en el primer lugar en el año 2012, con un 48,88%, reflejando una leve disminución (0,46 puntos porcentuales) con respecto al año anterior.

En segundo lugar en el año 2012 las malformaciones congénitas (36,70%) presentaron un mayor aumento entre el 2010 (34,87%) y el 2012 (36,41%). Dentro de las malformaciones congénitas el primer lugar lo ocupan las del sistema circulatorio con el 30,57% del total, seguidas por las del sistema nervioso con un 17,47 % del total en ese período.

En tercer lugar las Enfermedades del Sistema Respiratorio registran una leve disminución al pasar de 3,60 % en el 2011, a 3,37% en el 2012, lo que significa 0,63 puntos porcentuales en el período.

En cuanto a la mortalidad en el año 2012 por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, hubo 8 fallecidos: 5 por diarreas y gastroenteritis, de las cuales 3 las clasificaron de presunto origen infeccioso, una por enteritis debida a salmonella, una a shigelosis debida a *Shigella dysenteriae*, una tosferina, una septicemia debida a *Staphylococcus aureus* y una de sífilis congénita. Estas son muertes prevenibles que con la cobertura de servicios y la tecnología actual no deberían presentarse.

Con respecto a los componentes de la mortalidad infantil en el año 2012, del total de menores de un año, las defunciones neonatales, (las ocurridas en los primeros 28 días de vida), representan el 73,96%, registrando una tasa de defunción neonatal de 6,34 por mil nacimientos, la postneonatal fue 2,17 por mil nacimientos.

6. MORTALIDAD MATERNA

Los datos para calcular los indicadores de mortalidad materna se obtuvieron del Instituto

Nacional de Estadísticas y Censos; así como del informe de MIDEPLAN sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Memoria Institucional del Ministerio de Salud.

En el año 2012 se registró un total de 16 muertes maternas para una tasa de 2,18 por diez mil nacimientos vivos. El gráfico 4.42 muestra la tendencia de la mortalidad materna para el período 2000-2012.

El comportamiento de este indicador muestra variabilidad con altibajos constantes. La tasa del 2012 muestra una ligera disminución con respecto al año anterior. El gráfico 4.43 muestra la tendencia de la mortalidad materna frente a las proyecciones al año 2015.

Las causas más frecuentes de este tipo de muertes en cuanto a grandes grupos de causas son otros los trastornos maternos relacionados con el embarazo (4 muertes), otras afecciones obstétricas no clasificables en otra parte (4 casos), embarazo terminado en aborto (3 muertes) y complicaciones del trabajo de parto y del parto con dos muertes.

En cuanto al quinquenio 2008-2012 el principal grupo de causas fue "Otras afecciones obstétricas no clasificables en otra parte" con 35 muertes para una tasa de 0,95 por 10.000 nacimientos, seguido por "Edema proteinuria y trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio" con 13 muertes para una tasa de 0,35 por 10.000 nacimientos. Lo anterior se sintetizan en el cuadro N° 4.14.

Cuadro N° 4.14
Mortalidad Materna según grandes grupos de causas. Costa Rica- Quinquenio 2008-2012
(Tasa por 10000 habitantes)

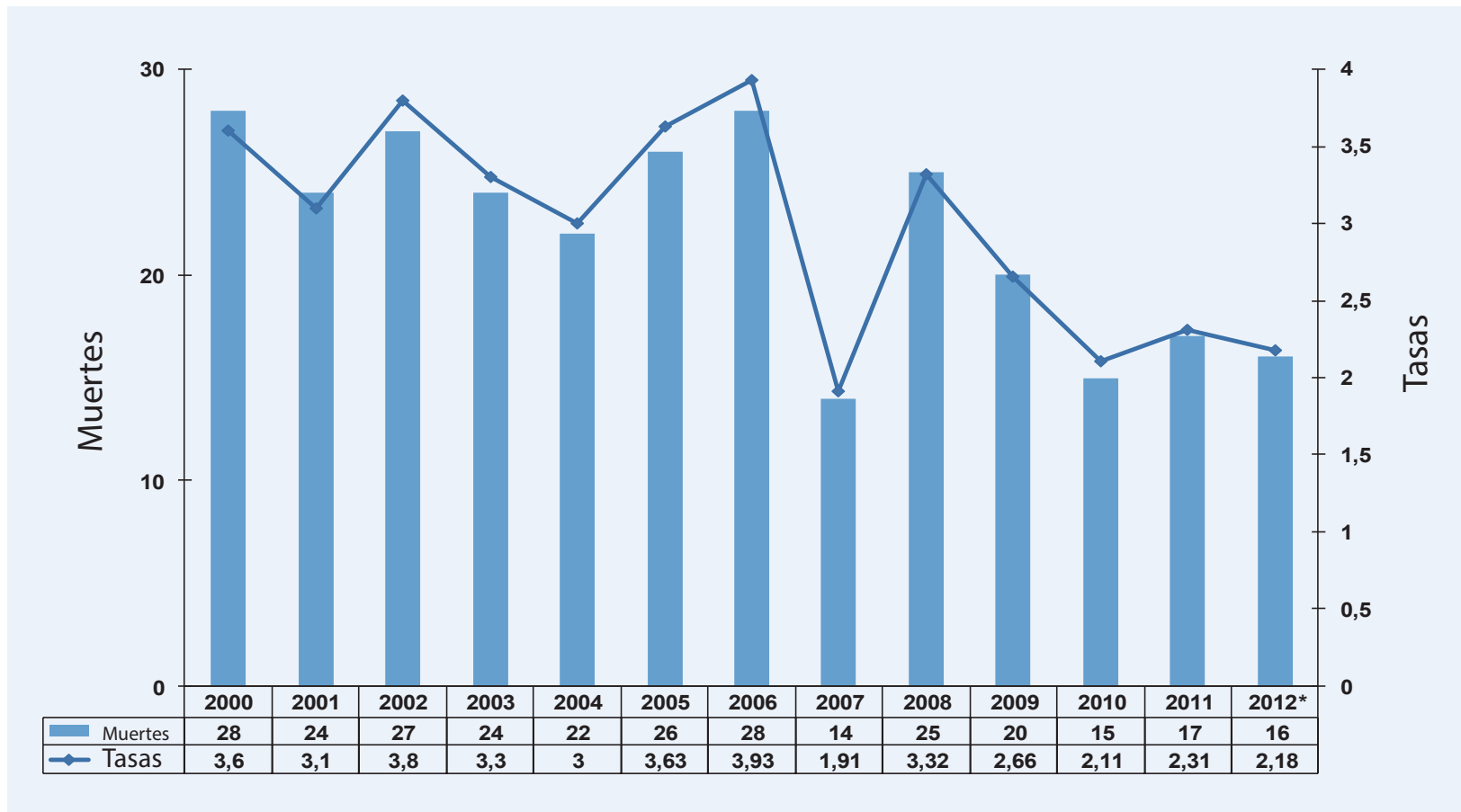
GRUPOS DE CAUSAS	2008		2009		2010		2011		2012		Quinquenio 2008-2012	
	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa	N°	Tasa
Total	25	3,33	16	2,13	15	2,11	17	2,31	16	2,18	89	2,42
Embarazo terminado en aborto	1	0,13	2	0,27	1	0,14	1	0,14	3	0,41	8	0,22
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio	4	0,53	4	0,53	1	0,14	2	0,27	2	0,27	13	0,35
Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo	1	0,13	2	0,27	0	0,00	2	0,27	4	0,55	9	0,24
Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	1	0,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,14	2	0,05
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	1	0,13	3	0,40	3	0,42	2	0,27	2	0,27	11	0,30
Parto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	2	0,27	0	0,00	4	0,56	5	0,68	0	0,00	11	0,30
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	15	2,00	5	0,67	6	0,85	5	0,68	4	0,55	35	0,95

(*): Virus confirmados por laboratorio

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INCIENCIA



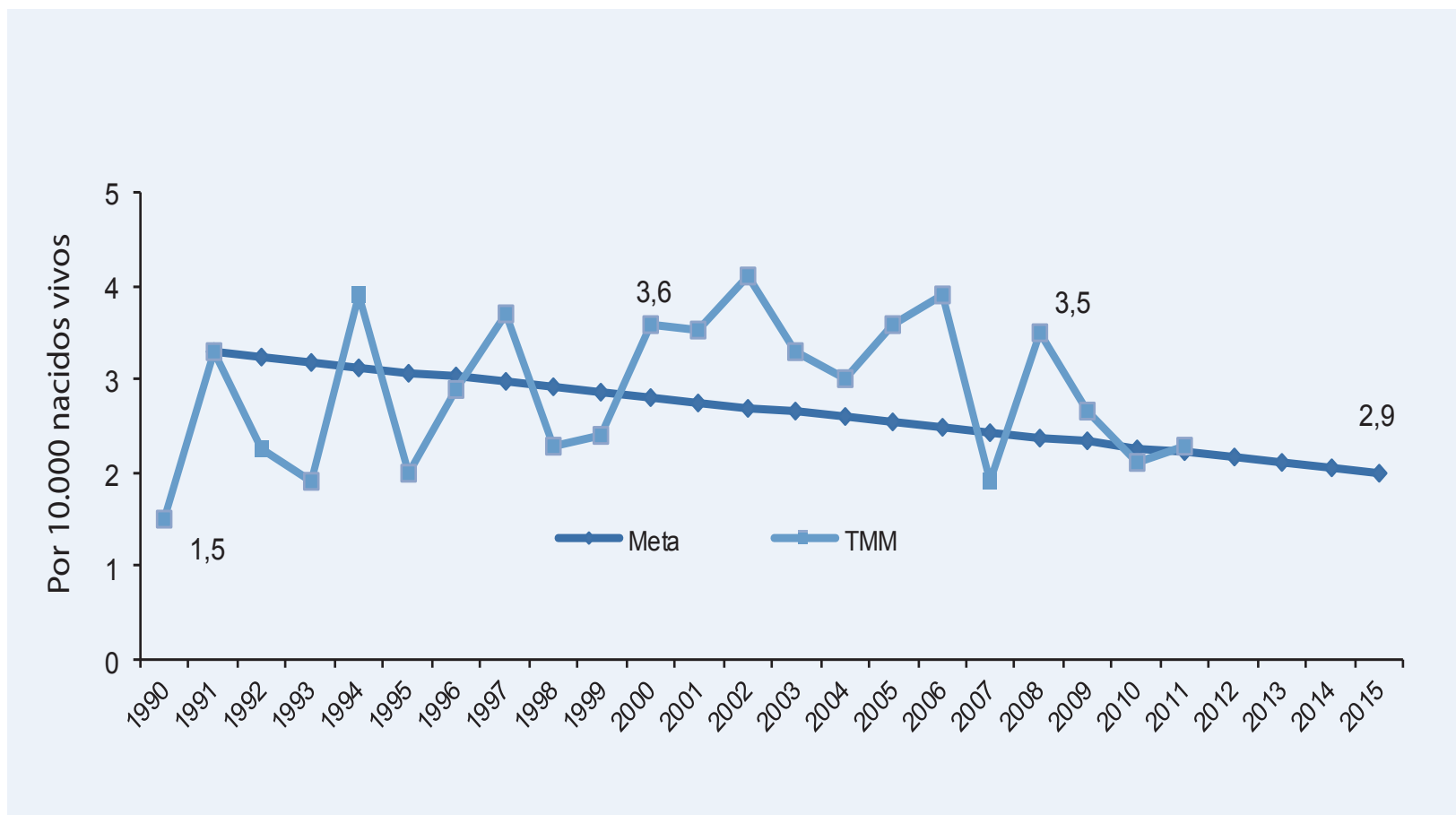
Gráfico N° 4.42
Mortalidad materna según año. Costa Rica 2000-2012*
 (tasas por 10.000 nacimientos)



*cifras preliminares

Fuente: INEC-Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud-Ministerio de Salud

Gráfico 4.43
Tasa de mortalidad materna, 1990-2012 y proyección 2015



Fuente: INEC-MIDEPLAN-M.Salud,Dirección Vigilancia de la Salud,Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud .

En cuanto a la tasa quinquenal del período 2008-2012, la provincia de Limón registró la tasa más alta con 4,97 por 10.000 nacimientos, seguida por Alajuela con 2,7. La provincia con menor tasa fue Heredia con 1,52, lo cual se refleja en el cuadro N° 4.15.

Cuadro N° 4.15
Mortalidad materna según provincia, Costa Rica Quinquenio 2008 -2012
(Tasa por 10000 habitantes)

PROVINCIA	2008		2009		2010		2011		2012		Quinquenio 2008-2012	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Costa Rica	25	3,33	20	2,67	15	2,11	17	2,27	16	2,18	93	2,53
San José	6	2,51	5	2,11	6	2,68	5	2,11	5	2,21	27	2,34
Alajuela	3	2,02	5	3,33	1	0,70	7	4,66	4	2,73	20	2,72
Cartago	4	5,36	1	1,34	1	1,39	0	0,00	1	1,36	7	1,90
Heredia	1	1,51	2	2,98	0	0,00	0	0,00	2	3,02	5	1,52
Guanacaste	2	3,21	2	3,23	0	0,00	0	0,00	1	1,68	5	1,67
Puntarenas	3	3,70	2	2,54	3	4,15	0	0,00	1	1,30	9	2,32
Limón	6	7,50	3	3,71	4	5,24	5	6,18	2	2,37	20	4,97

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INEC

Con respecto al año 2012, la provincia que registró la tasa más alta de mortalidad materna Heredia con una tasa de 3,02 por 10.000 nacimientos, seguida por Alajuela con 2,73.

Las tasas más altas de mortalidad se dan a partir de los 20 años de edad (81,25%) del total. A continuación se desglosa un cuadro por tasa de mortalidad materna específica por grupo de edad de la madre:

Cuadro N° 4.16
Mortalidad materna según edad de la madre. Costa Rica 2012
(Tasa por 10000 habitantes)

EDAD DE LA MADRE	Nº	Tasa	%
TOTAL	16	2,18	100,00
15-19	3	2,19	18,75
20-24	4	1,92	25,00
25-29	4	2,18	25,00
30-34	3	2,38	18,75
35-39	2	3,63	12,50

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INEC

7. COBERTURAS DE VACUNACIÓN

En relación con las vacunas que se aplican en el país, los datos de coberturas que se tienen son los siguientes:

7.1 Vacunación en Recién Nacidos

Para el año 2012, la cobertura de vacunación de BCG obtenida fue de un 78% no hubo variación significativa con respecto al 2011. La hipótesis de que la cobertura sea tan baja, es que existe un subregistro de las vacunas aplicadas en los hospitales, principalmente en hospitales nacionales, los ubicados en la Gran Área Metropolitana y en la Región Pacífico Central.

Lo anterior por cuanto el porcentaje de partos a nivel de la CCSS es más del 95% y las contraindicaciones para la vacunación son en primer lugar Bajo Peso al Nacer, que en nuestro país ronda entre el 6 y 7%, y niños con una condición delicada de salud al nacer donde el pediatra considere que no debe vacunarse. En ambos casos una vez superada la situación el niño debe recibir la vacuna. En el gráfico 4.44 se puede observar los cantones con bajas coberturas en color rojo.

7.2 Vacunación básica en el primer año de vida

Durante el primer año de vida, el niño debe recibir tres dosis de vacuna contra Difteria, Tos ferina y Tétanos (DPT), contra Poliomiелitis (IVP) y contra H influenzae tipo b (Hib), estos biológicos se aplican en una sola inyección de vacuna combinada, además recibe tres dosis de vacuna contra Hepatitis B y dos dosis contra el neumococo.

Para el año 2012 se alcanzó una cobertura nacional del 91%. Sin embargo al desglosarlo por región se encuentra que tres regiones tienen coberturas inferiores al 90%, la Central Norte con 87%, la Central Sur con 88% y la Huetar Atlántica con 88%.

Al desglosar estas coberturas por cantón nos encontramos que catorce cantones (17,3%) presentan coberturas inferiores al 80%, de los cuales seis se encuentran en la Región Central Sur (Alajuelita, Aserri, Curridabat, Escazú y Santa Ana), tres en la región Central Norte (San Rafael, Belén y San Pablo), uno en la Huetar Norte (Los Chiles), uno en la Huetar Atlántica (Limón), uno en la Pacífico Central (San Mateo) uno en la Chorotega (Hojancha) y uno en la Central Este (La Unión), lo anterior se puede visualizar en el gráfico 4.45.

A diferencia de las vacunas mencionadas anteriormente, la vacuna contra el neumococo, alcanzó una cobertura de 105%, lo anterior puede ser explicado porque se captaron niños que estaban pendientes de vacunar del año anterior en que la cobertura alcanzada fue muy baja, 68%, y que fueran registrados dentro de la cohorte de niños del 2012. Sin embargo al desglosarlos por cantón, aún se encuentran algunos cantones con coberturas por debajo del 95%, y 2 cantones con coberturas inferiores al 80%, tal y como se visualiza en el gráfico 4.46.

7.3 Vacunación en niños de 1 año a menos de 2 años

Después del año de edad el niño de acuerdo al esquema nacional recibe a los 15 meses

la vacuna contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis, (Vacuna SRP), para el año 2012 se obtuvo una cobertura de vacunación de un 90%, que si bien es cierto no es la cobertura ideal de 95% o más, si representa una mejora con respecto al año 2011 de siete puntos porcentuales. Dos regiones presentan coberturas inferiores al 90%, la Región Central Sur con un 83% y la región Huetar Atlántica con un 87%.

La vacuna contra varicela para el año 2012 tuvo una cobertura de vacunación de un 88% mientras que en el año 2011, la cobertura obtenida fue de un 78%, representando un incremento de 10 puntos porcentuales, llama la atención que siendo una vacuna que se aplica en el mismo momento que se aplica la SRP tenga una cobertura ligeramente inferior, lo cual puede estar dado por un problema de subregistro de la información. En el gráfico 4.47 se observan los cantones según rango de cobertura, evidenciándose que son los mismos cantones los que presentan las coberturas inferiores al 80%.

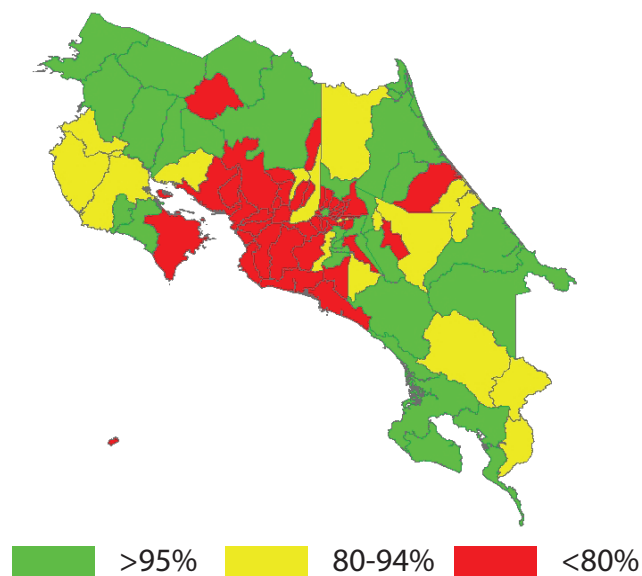
7.4 Vacunación en población escolar

De acuerdo al esquema oficial de vacunación los escolares reciben dos vacunas, la SRP al ingreso a la escuela y la Td (contra difteria y tétanos) a los 10 años de edad. Para el año 2012,

la cobertura obtenida fue de un 95% para SRP y de 84% para Td, con una mejora de 15 puntos porcentuales respecto al año 2011 en que se obtuvo una cobertura de un 80%, para SRP. Sin embargo siguen cantones con coberturas inferiores al 95% y un 13,5% (11 cantones) presentan coberturas inferiores al 80%, para la SRP tal y como se visualiza en el siguiente mapa. En el caso de la vacuna Td, un 33% de los cantones presentan coberturas inferiores al 80%, y de estos el 85% se concentra en las regiones centrales del país, por lo que habría que revisar la cobertura de trabajo escolar en estas regiones (Gráfico N° 4.49).

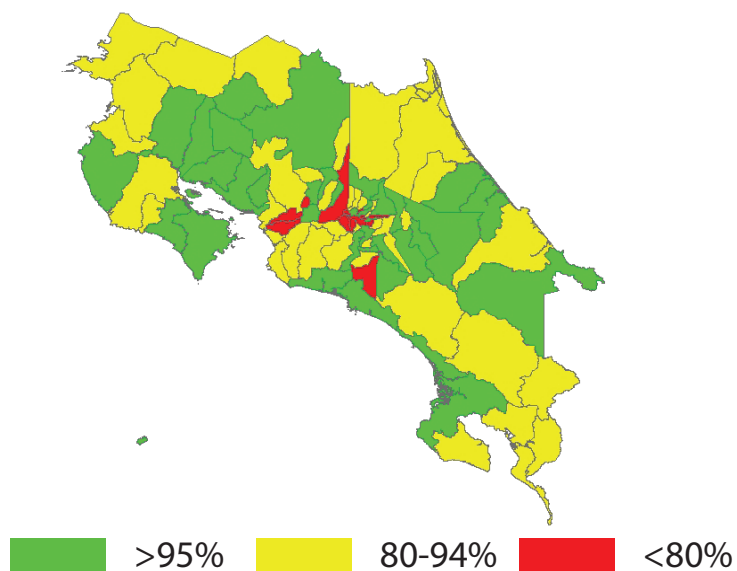
Como conclusión, es importante poder notar que en general ha habido un aumento en las coberturas de vacunación entre el año 2012 y el 2011, lo que indica un trabajo conjunto de la parte operativa, que se realiza desde las áreas locales, niveles regionales y nivel central del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social, sin embargo, siempre se puede mejorar este trabajo, y las coberturas de vacunación en el país, para este año 2013. Un reto es aumentar las coberturas de vacunación en aquellos cantones que las tienen por debajo del 95% y mantener o superar aquellas coberturas que están por encima del 95%.

Gráfico N° 4.44
Cobertura de menores de 1 año con vacuna BCG, por cantón de residencia. Costa Rica 2012.



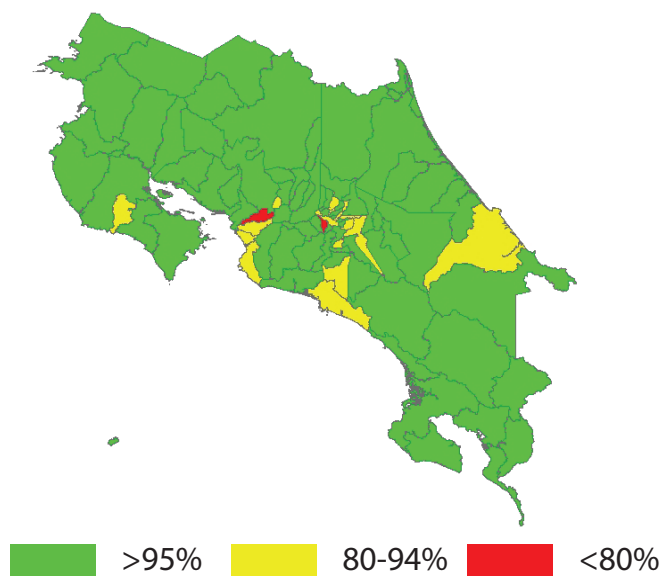
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud con base en registro de establecimientos públicos y privados.

Gráfico N° 4.45
Coberturas de vacunación básica en menores de un año (DPaT3). Costa Rica 2012.



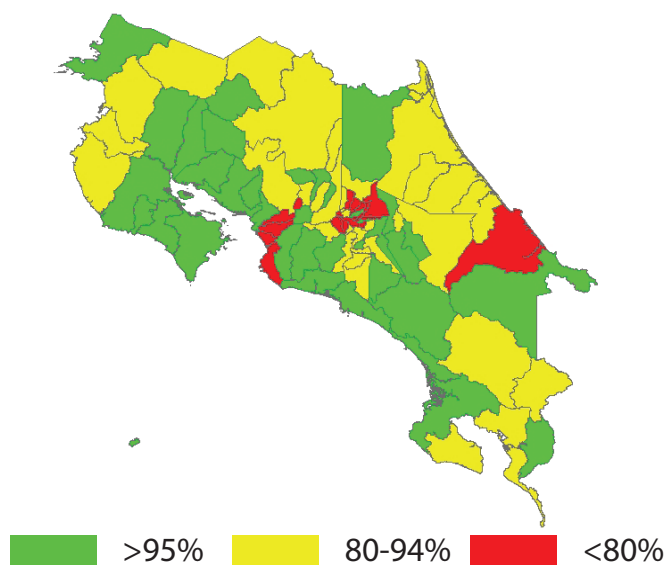
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud con base en registro de establecimientos públicos y privados.

Gráfico 4.46
Cobertura con vacuna contra el neumococo en menores de 1 año, según cantón. Costa Rica. 2012.



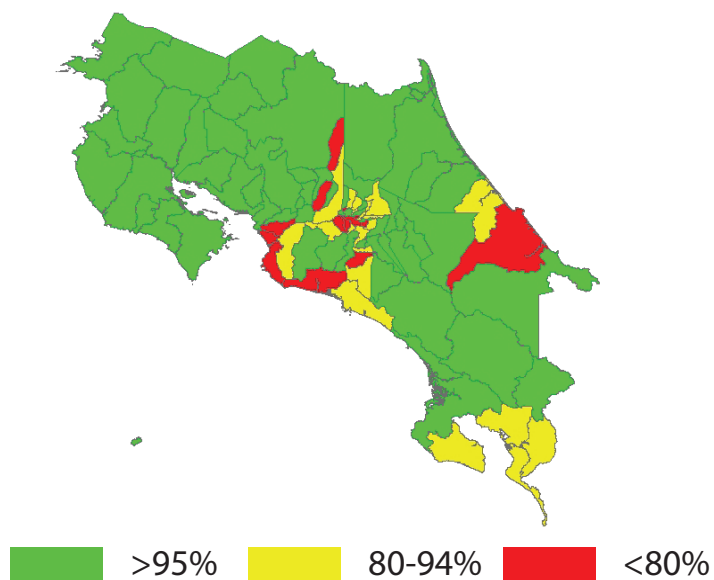
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud con base en registro de establecimientos públicos y privados.

Gráfico 4.47
Coberturas de vacunación contra varicela, en niños de 1 año, según cantón. Costa Rica 2012



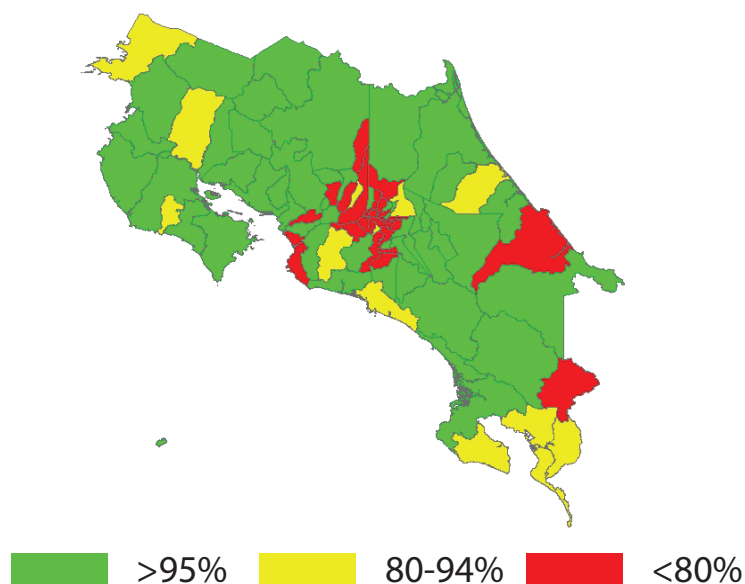
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud con base en registro de establecimientos públicos y privados.

Gráfico 4.48
Cobertura con SRP en escolares por cantón, según rango. Costa Rica. 2012



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud con base en registro de establecimientos públicos y privados.

Gráfico 4.49
Cobertura de vacunación con Td en escolares, por cantón según rango. Costa Rica 2012



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud con base en registro de establecimientos públicos y privados.

8. VIOLENCIA SOCIAL

8.1 Violencia de género

Del total de mujeres asesinadas durante el 2011, el 64% (40) lo fueron por femicidio y el 36% restante por otros móviles o razones no asociadas con la condición de ser mujer.

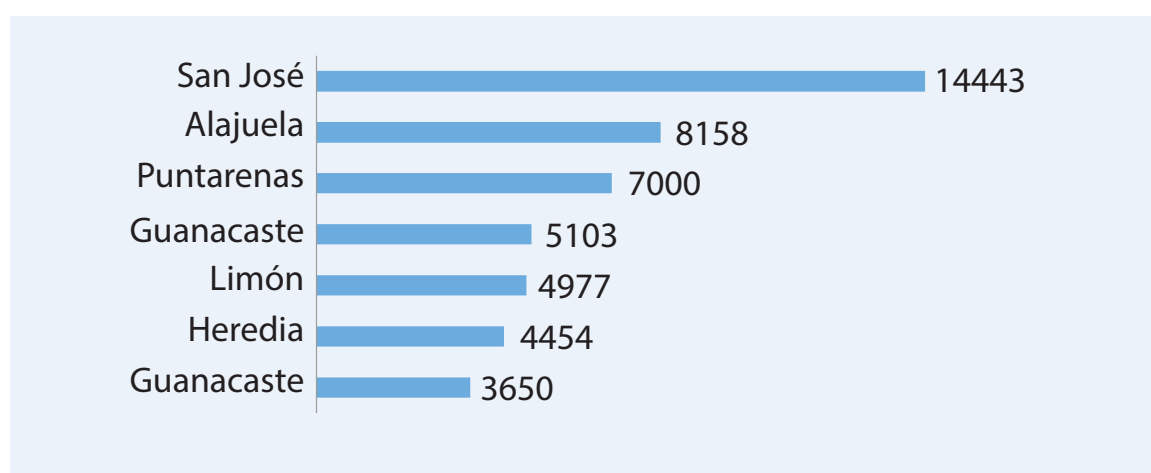
Según los datos proporcionados por el Poder Judicial el número de demandas por violencia doméstica recibidas fue de 47.785, por la concentración de población San José, fue la provincia donde se realizaron la mayor cantidad de demandas siendo estas de 14.443.

Gráfico 4.50
Distribución de homicidios en mujeres. Costa Rica. 2011



Fuente: Sección de Estadística, Poder Judicial

Gráfico 4.50
Distribución de homicidios en mujeres. Costa Rica. 2011

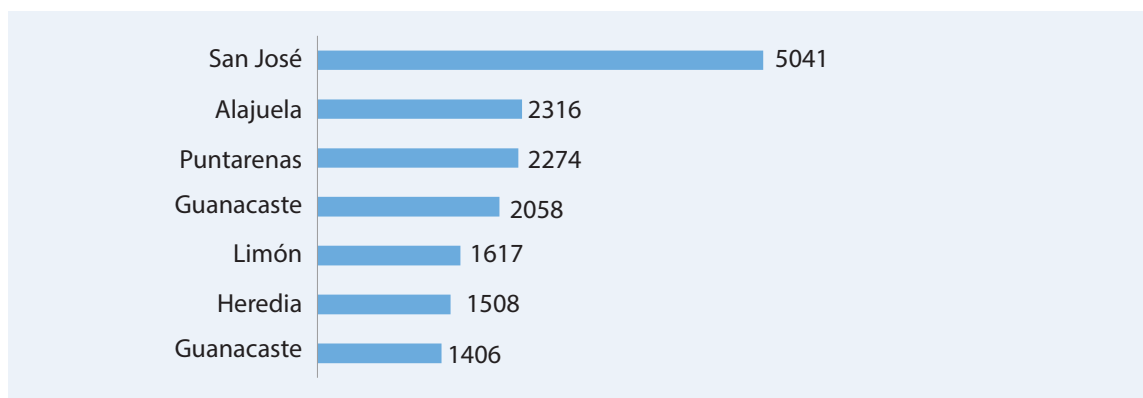


Fuente: Sección de Estadística, Poder Judicial

En lo que corresponde a las audiencias celebradas por violencia domésticas en el país, el total fue de 16.220 y San José por la

misma razón de mayor concentración de población, representó la mayor cantidad audiencias para un total de 5.041

Gráfico 4.52
Audiencias Celebradas por Violencia Doméstica según Provincia. Costa Rica 2011



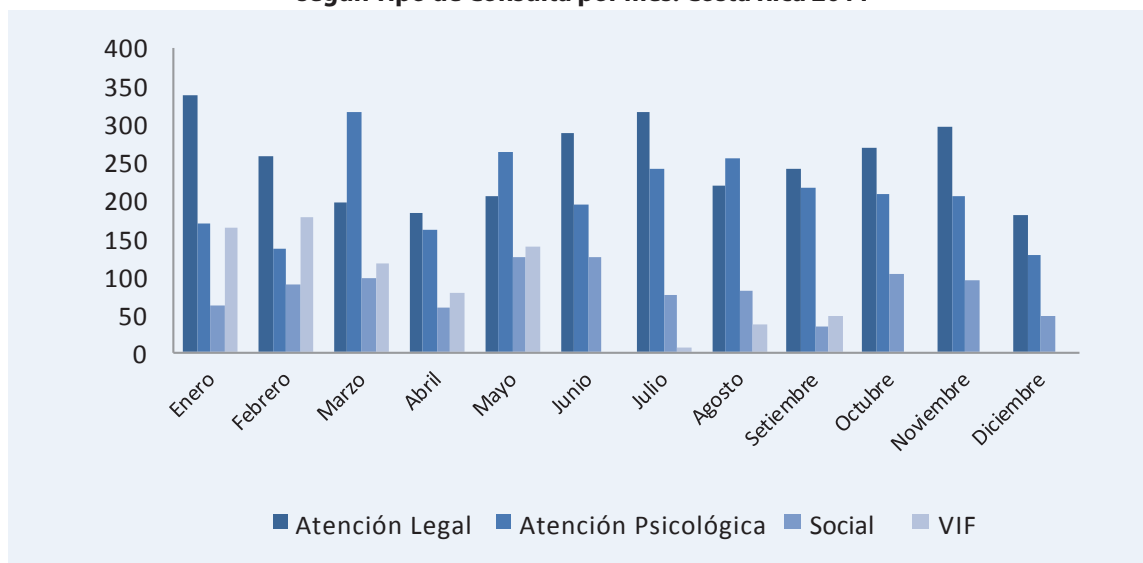
Fuente: Sección de Estadística, Poder Judicial

Durante el 2012, 7.094 mujeres accedieron a los servicios de consulta que brinda el INAMU, a través de la Delegación de la Mujer.

La consulta que más se realizó fue de tipo legal, para un total de 2984 consultas,

siendo la mayoría en los meses de enero, julio y noviembre, coincidiendo con las temporadas de vacaciones épocas en las que por lo general, los agresores permanecen más tiempo en el hogar.

Gráfico 4.53
Mujeres Atendidas en la Delegación de la Mujer de San José según Tipo de Consulta por mes. Costa Rica 2011

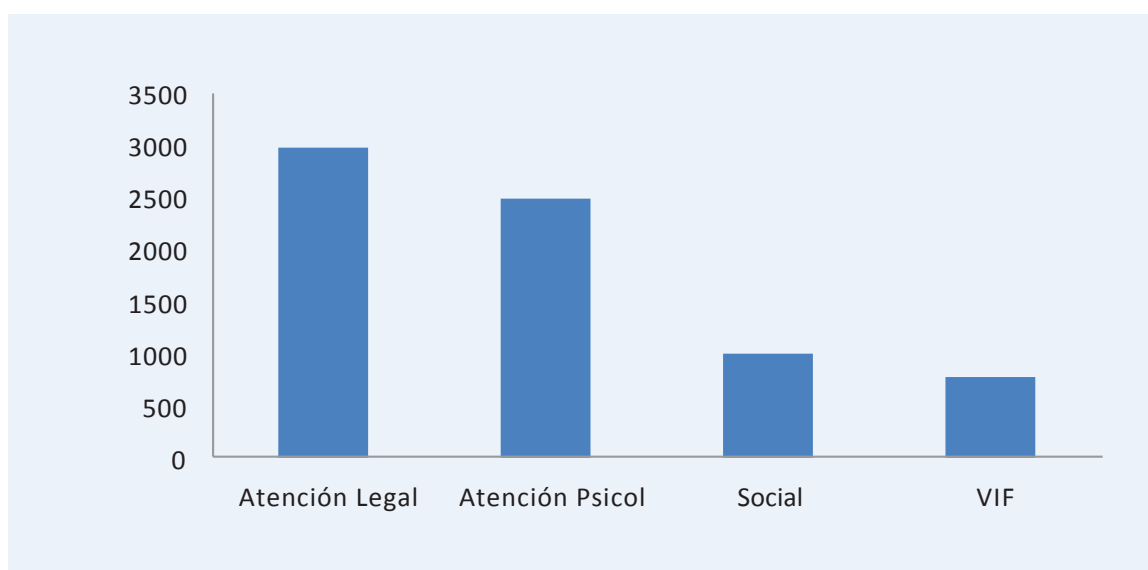


Fuente: Delegación de la Mujer, INAMU

Con base en los datos brindados por la Delegación de la Mujer del INAMU, 7.094 mujeres fueron atendidas con diferentes

consultas, de dicho total, 2.984 corresponde a consultas de índole legal, seguido por las de atención psicológica con 2.487 casos

Gráfico 4.54
Mujeres Atendidas en la Delegación de la Mujer de San José
según Tipo de Consulta. Costa Rica 2011



Fuente: Delegación de la Mujer, INAMU

8.2 Violencia Intrafamiliar

Siendo la violencia intrafamiliar un evento que continua ubicándose como un problema de salud pública y dado su comportamiento de aumento paulatino dentro del proceso de notificación obligatoria es importante reconocer que este evento marca una pauta importante en el bienestar bio-psicosocial de los individuos del país.

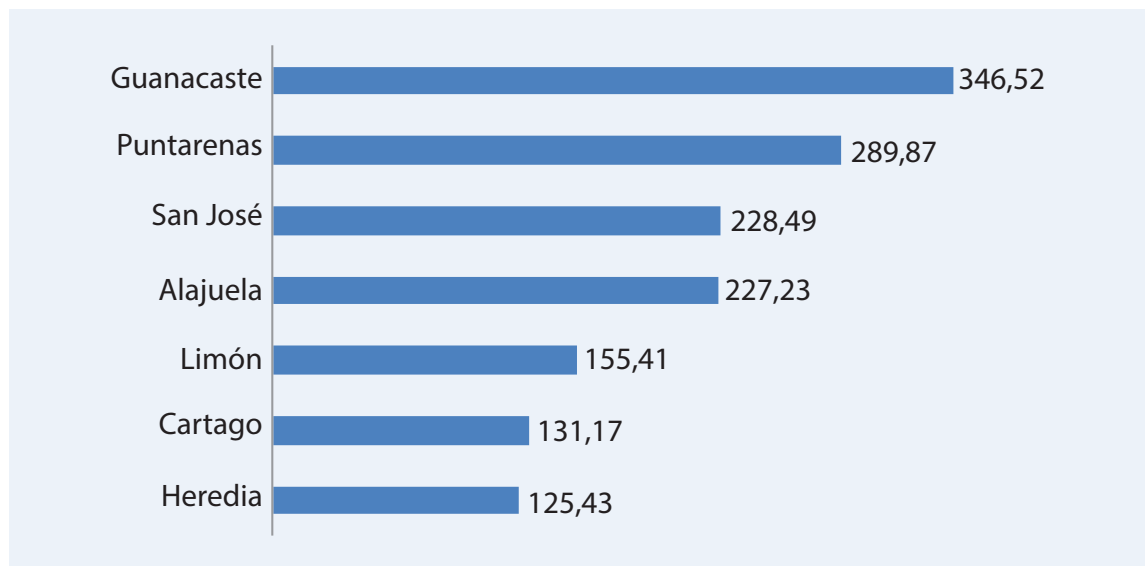
Si bien es cierto las denuncias de violencia se registran en bases de datos, la información desde el punto de vista cualitativo es escasa, aun cuando el tema reviste importancia por la forma en que afecta a quienes la sufren ya

que provoca serias secuelas incapacitantes tanto físicas como psicológicas. Por otro lado demanda un alto costo en términos económicos y sociales para el Estado y la sociedad.

Es así como vemos que una vez más es la provincia de Guanacaste la que reporta una mayor incidencia, seguido por Puntarenas y San José, y la de menor reporte ha sido la provincia de Heredia.

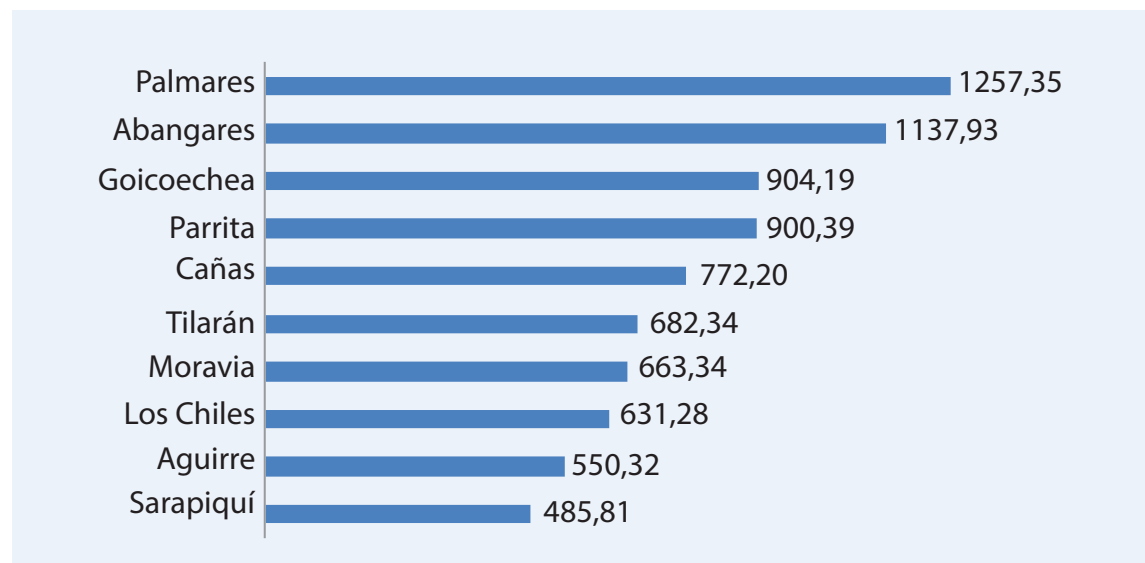
En relación a los cantones prioritarios en el tema de violencia intrafamiliar encontramos al cantón de Palmares en la primera posición, seguido por Abangares y Goicochea.

Gráfico 4.55
Incidencia de Violencia Intrafamiliar por Provincia. Costa Rica. 2012.



Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. USIS.

Gráfico 4.56
Incidencia de Violencia Intrafamiliar según los Diez Primeros Cantones. Costa Rica. 2012.

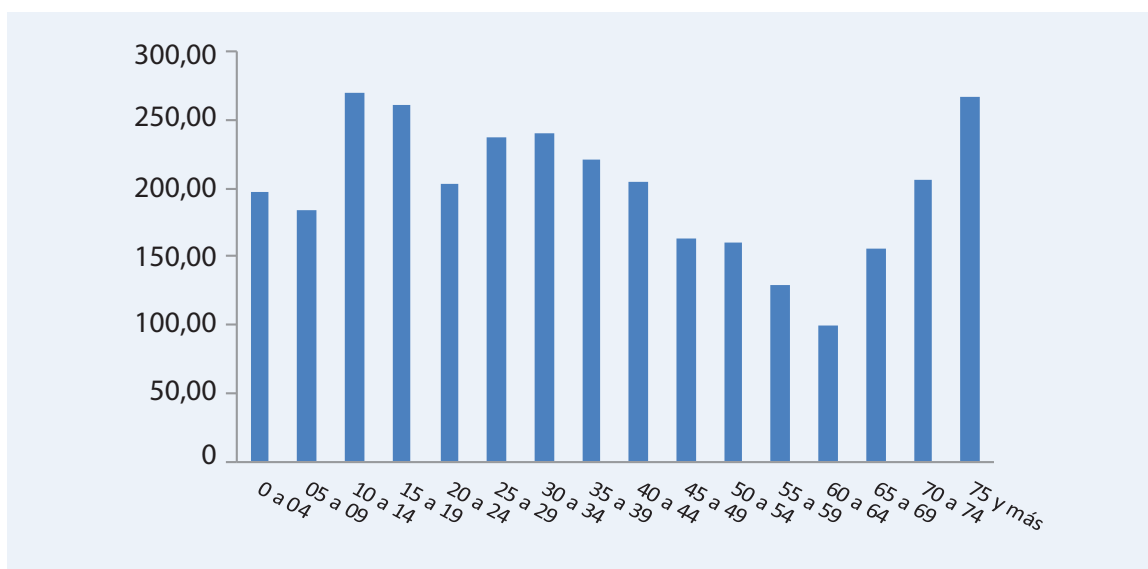


Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. USIS.

No obstante lo anterior, hay evidencia de sub registro en la notificación en algunos cantones que no reportaron casos de violencia intrafamiliar.

En relación al grupo de edad se observa que los grupos de 10 a 19 y mayores de 75 años presentan las mayores incidencias.

Gráfico 4.57
Incidencia de Violencia Intrafamiliar según Grupo de Edad. Costa Rica. 2012



Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. USIS.

En relación al sexo se observa un predominio de las mujeres, sin embargo en los primeros grupos de edad esta diferencia no es tan marcada, sino que es a partir de 10 a 14 años que este margen empieza a crecer de forma exponencial y se presenta un decremento en el grupo de 60 a 64 años, a partir de los 65 años se observa un incremento en la incidencia de ambos sexos.

8.3 Accidentados de tránsito

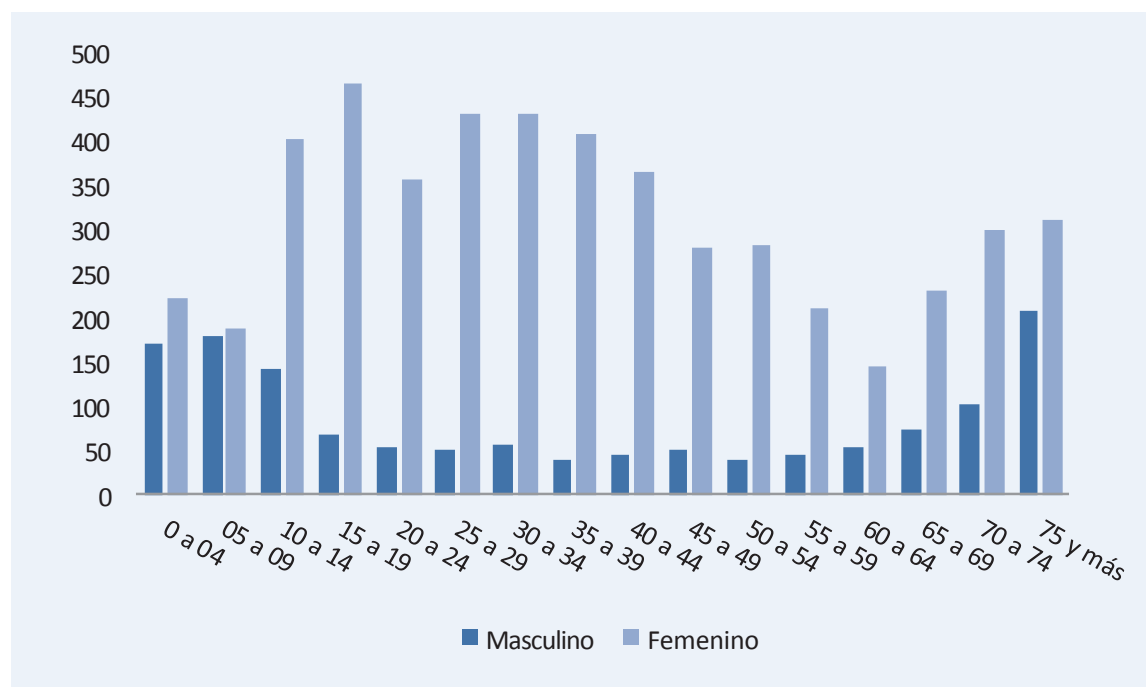
De acuerdo con lo notificado por los establecimientos de salud públicos y privados se notificaron un total de 11.288 casos de accidentados de tránsito, dentro de los cuales el 70,72% corresponde a hombres.

Con respecto a los grupos de edad de 20 a 49 años se notificaron 8298 casos de accidentados de tránsito, lo que representa el 73,51% del total de casos registrados.

9. MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS

Las muertes por causas externas ocupan el tercer lugar dentro de la mortalidad general, y afectan a población joven y económicamente activa, lo cual genera una magnitud importante en Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP) y un gran impacto social y económico. Se observa un descenso de los homicidios y los accidentes de tránsito; pero un incremento en los suicidios: esto refleja un problema en el ámbito de la salud mental.

Gráfico 4.58
Incidencia de Violencia Intrafamiliar según Grupo de Edad y Sexo. Costa Rica. 2012



Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. USIS.

A continuación se analizan las principales causas de mortalidad por causas externas.

9.1 Mortalidad por suicidios

En el año 2012 se registró un total de 278 suicidios, para una tasa ajustada de 5,5 por 100.000 habitantes. El número de defunciones por suicidios aumentó en un 14,38% con respecto al total del año anterior. El 86,69 % de suicidios ocurrieron en hombres.

El cuadro 4.18 refleja la tendencia de la mortalidad por suicidios del 2008 al 2012, donde se observa que los grupos de 15 a 49 años son los de mayor peso pondera.

9.2 Mortalidad por Homicidios

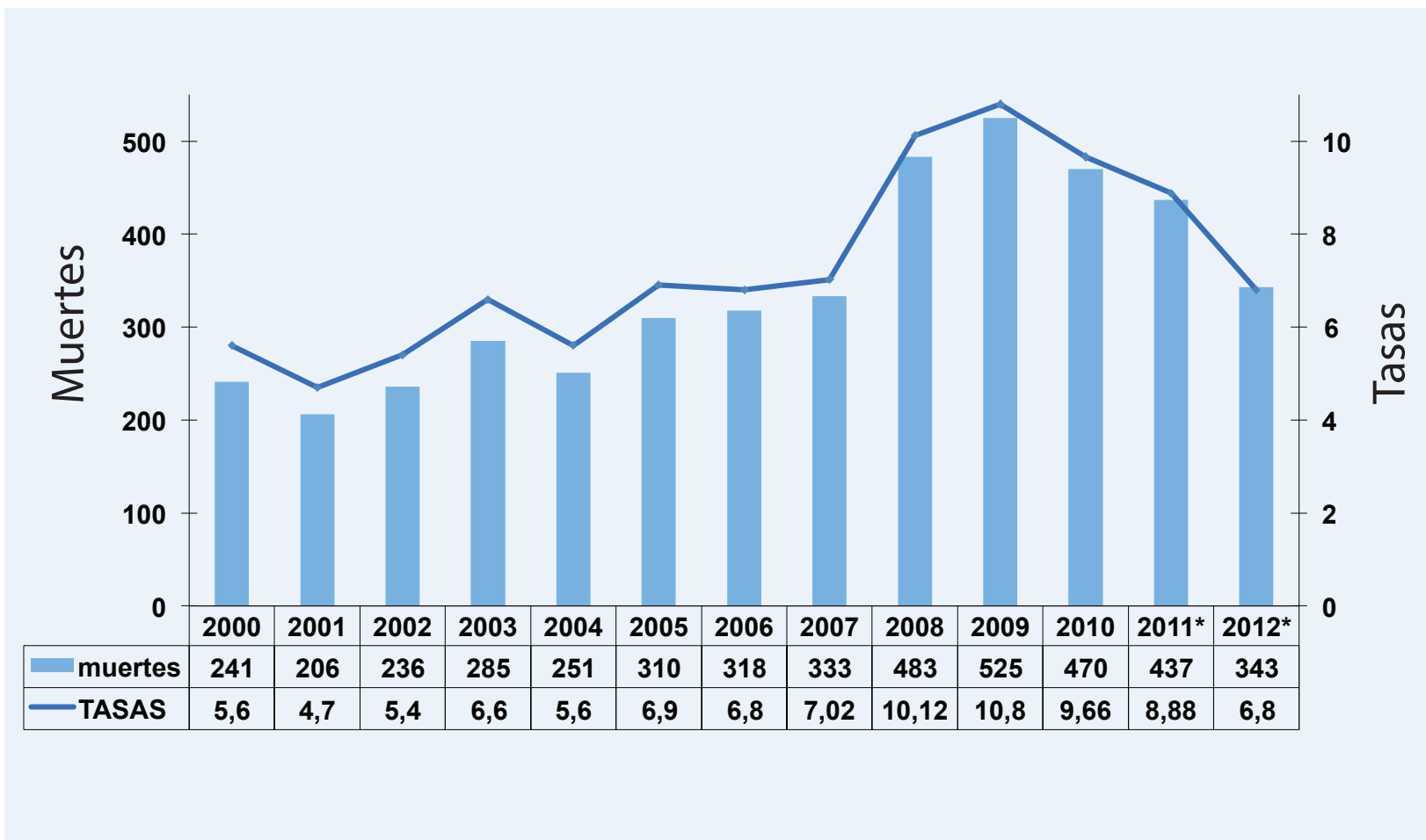
En el año 2012 se registró un total de 343

muerter con una tasa ajustada de 6,8 por 100.000 habitantes. Esto representa una disminución del 27,40% en el total de estas muertes comparada con el año anterior, lo que se refleja en el gráfico 4.59.

Un 88,34% corresponde al sexo masculino. El mayor porcentaje se encuentra entre edades de 15 a 54 años, lo cual se refleja en el cuadro 4.19.

La provincia de Limón es la que registró en el año 2012 la tasa más alta de homicidios con una tasa de 18,6 por 100.000 habitantes, seguida por San José 8,7. La provincia que tiene la menor tasa es Guanacaste con 3,2 por 100.000 habitantes, lo que se refleja en el cuadro 4.20.

Gráfico 4.60
Mortalidad por homicidios según año. Costa Rica 2000-2012*
 (Tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC-M.Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

Cuadro N° 4.19
Mortalidad por homicidios según grupos de edad por sexo. Costa Rica 2008
(cifras absolutas)

GRUPOS DE EDAD	2008			2009			2010			2011			2012		
	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM
Costa Rica	483	430	53	525	469	56	470	424	46	437	376	61	343	303	40
0-4	2	2	0	3	1	2	11	4	7	7	4	3	2	2	0
5-9	1	1	0	3	1	2	1	0	1	2	0	2	2	2	0
10-14	4	1	3	3	1	2	5	2	3	5	1	4	2	0	2
15-19	39	33	6	60	55	5	41	40	1	53	45	8	24	23	1
20-24	108	97	11	84	75	9	85	78	7	74	67	7	67	60	7
25-29	85	75	10	95	87	8	74	69	5	62	54	8	64	58	6
30-34	62	58	4	64	58	6	61	58	3	61	50	11	43	38	5
35-39	41	33	8	48	44	4	57	52	5	39	36	3	26	24	2
40-44	51	44	7	37	32	5	34	33	1	40	37	3	27	23	4
45-49	26	25	1	36	34	2	24	20	4	31	26	5	20	17	3
50-54	18	17	1	27	25	2	27	26	1	15	15	0	18	15	3
55-59	19	18	1	22	21	1	13	10	3	11	11	0	18	12	6
60-64	11	11	0	8	7	1	9	7	2	13	10	3	11	11	0
65-69	6	6	0	13	8	5	11	10	1	7	5	2	8	7	1
70-74	4	4	0	9	8	1	3	2	1	9	8	1	5	5	0
75 y +	6	5	1	13	12	1	14	13	1	7	7	1	6	6	0

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. USIS.

Cuadro N° 4.20
Mortalidad por homicidios según provincia. Costa Rica 2012
(tasas por 100000 habitantes)

PROVINCIA	N°	TASA
Costa Rica	343	7,4
San José	132	8,7
Alajuela	45	4,9
Cartago	20	3,8
Heredia	25	5,3
Guanacaste	11	3,1
Puntarenas	32	7,2
Limón	78	18,6

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. USIS.

9.3 Mortalidad por accidentes de tránsito

Los accidentes de tránsito son una de las causas de muerte más importantes en el país y, como se ha visto, una de las que mayor impacto tiene sobre la carga de enfermedad.

En este apartado desglosamos la mortalidad por estos accidentes de tránsito, datos tomados de la base de datos del INEC.

En el 2012 fallecieron 604 personas por accidentes de tránsito, que representa una tasa de 11,9 por 100.000 habitantes y que, además, ocupa un 3,09% de las muertes totales. El número de muertes por esta causa aumentó en 3,96% con respecto al año anterior. A continuación se muestra el gráfico N° 4.61 sobre la tendencia de la mortalidad ajustada

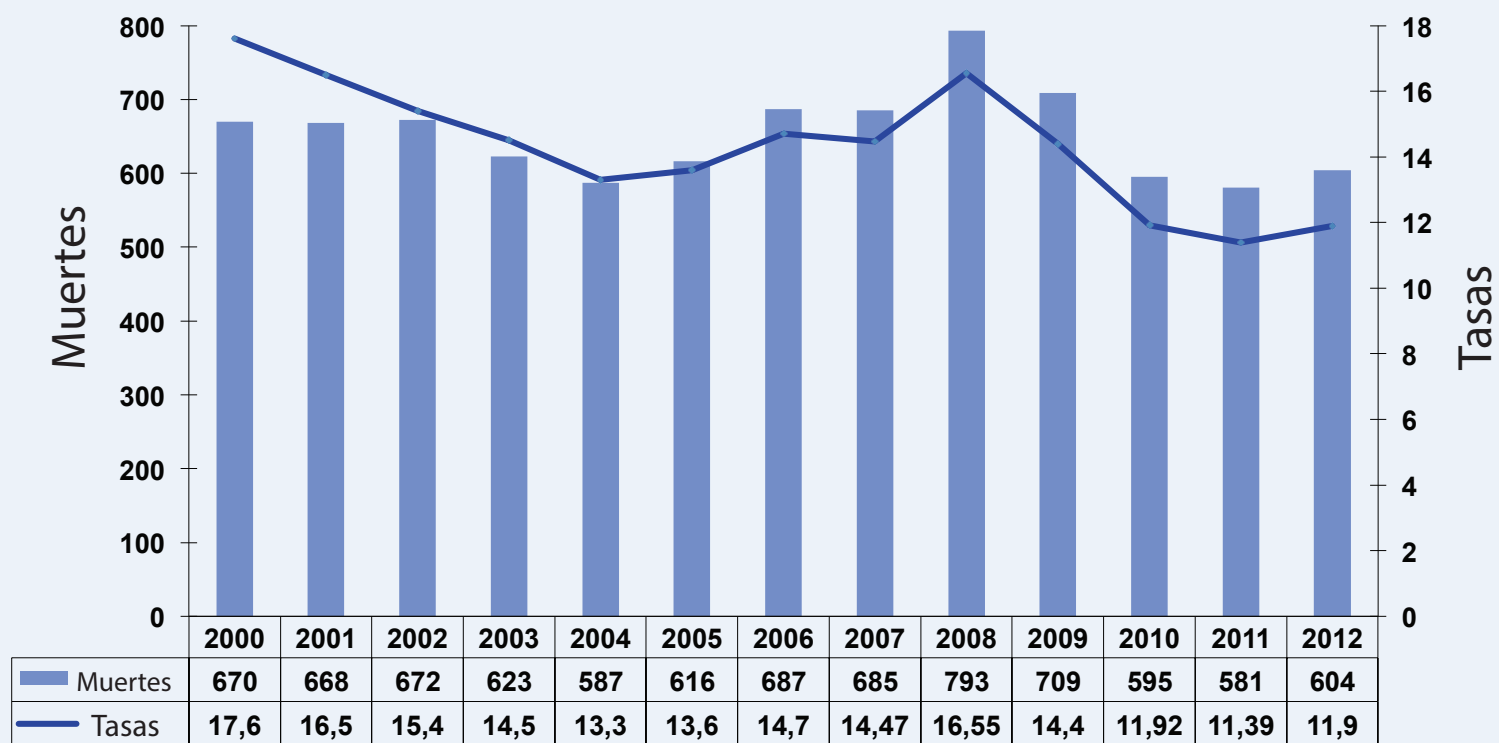
por accidentes de tránsito de los años 2000 al 2012.

Con respecto al sexo, el 82,12% del total de muertes por esta causa corresponde al masculino.

De acuerdo con el grupo de edad, el 84,44% de las muertes por accidentes de tránsito en el año 2012, ocurrieron en personas de 15 a 64 años, lo que se aprecia en el cuadro 4.21.

Con respecto a la **provincia de ocurrencia**, las muertes por accidentes de tránsito ocurren en primer lugar en Puntarenas con una tasa de 22,3 por 100.000 habitantes, seguido por Puntarenas con 21,8. La provincia donde ocurren menos muertes es Heredia con una tasa de 4,1.

Gráfico 4.61
Mortalidad por accidentes de tránsito según año. Costa Rica 2000-2012
(Tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*cifras preliminares

Fuente: INEC-Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud-Ministerio de Salud

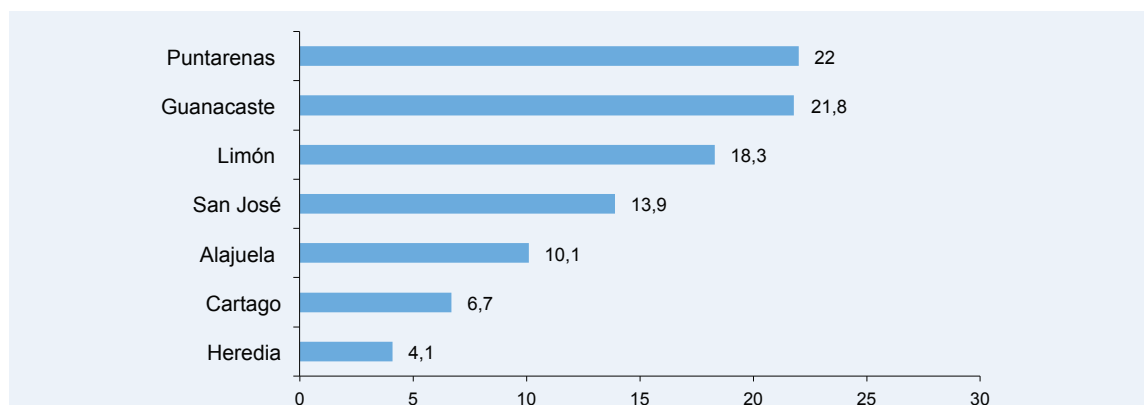


Cuadro N° 4.21
Mortalidad por accidentes de tránsito según grupos de edad por sexo. Costa Rica 2008-2012

GRUPOS DE EDAD	2008			2009			2010			2011			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
<u>Costa Rica</u>	<u>793</u>	<u>679</u>	<u>114</u>	<u>709</u>	<u>593</u>	<u>116</u>	<u>595</u>	<u>509</u>	<u>86</u>	<u>581</u>	<u>463</u>	<u>118</u>	<u>604</u>	<u>496</u>	<u>108</u>
0-4	7	4	3	8	5	3	10	5	5	18	7	11	8	5	3
5-9	14	8	6	11	8	3	5	2	3	6	4	2	10	3	7
10-14	16	11	5	12	8	4	10	8	2	11	8	3	10	7	3
15-19	64	51	13	56	48	8	47	36	11	44	32	12	54	46	8
20-24	111	94	17	104	92	12	87	78	9	61	45	16	77	62	15
25-29	88	78	10	77	66	11	73	64	9	69	60	9	71	60	11
30-34	79	70	9	76	67	9	59	51	8	65	52	13	66	58	8
35-39	70	64	6	54	45	9	52	43	9	43	38	5	52	43	9
40-44	70	61	9	49	44	5	42	37	5	53	48	5	49	43	6
45-49	56	47	9	58	45	13	46	40	6	55	43	12	44	31	13
50-54	44	38	6	53	44	9	37	34	3	47	43	4	38	32	6
55-59	47	43	4	40	34	6	27	25	2	33	24	9	37	33	4
60-64	31	26	5	31	25	6	25	24	1	24	21	3	22	20	2
65-69	27	26	1	27	23	4	18	15	3	16	11	5	17	14	3
70-74	29	24	5	21	13	8	26	20	6	9	6	3	18	16	2
75 Y +	40	34	6	32	26	6	31	27	4	27	21	6	31	23	8

Fuente: INEC-Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. USIS.

Gráfico 4.62
Mortalidad por accidentes de tránsito según provincia de ocurrencia. Costa Rica 2012*
 (tasa por 100.000 habitantes)



* cifras preliminares

Fuente: INEC- M.Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud

10. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

10.1 Pobreza

Con respecto al tema de la pobreza, según los datos de la última Encuesta Nacional de Hogares 2012 sigue habiendo una brecha considerable entre la población de las diferentes regiones.

La mayor prevalencia de hogares tanto en condición de pobreza, como de pobreza extrema, se encuentra en las regiones Chorotega y Brunca, regiones donde además históricamente se acentúan otras problemáticas asociadas al tema como el desempleo y el bajo nivel educativo, en contraposición con la región Central donde se encuentra en menor cantidad de hogares con esta condición, lo anterior es importante para tomar en cuenta en la planificación de acciones dirigidas a disminuir la brechas entre la población con esta condición, como se observa el cuadro 4.22.

A pesar de estas brechas, de acuerdo al

Decimotavo Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2011 la economía nacional se recuperó considerablemente a partir del 2010, año en el que se registró una tasa de crecimiento de 4,2%, ya para inicios del 2012 mostró tasas cercanas al 7%. Este crecimiento superó el promedio Centroamericano y a otros países de Latinoamérica.

10.2 Conformación Étnica

Costa Rica ha tenido presencia de diversos grupos étnicos, estos han enriquecido social y culturalmente la conformación de la identidad étnica del país de muchas maneras, por lo que se hace importante tener con mayor claridad cómo está distribuida esta población y así entender la dinámica propia de cada región.

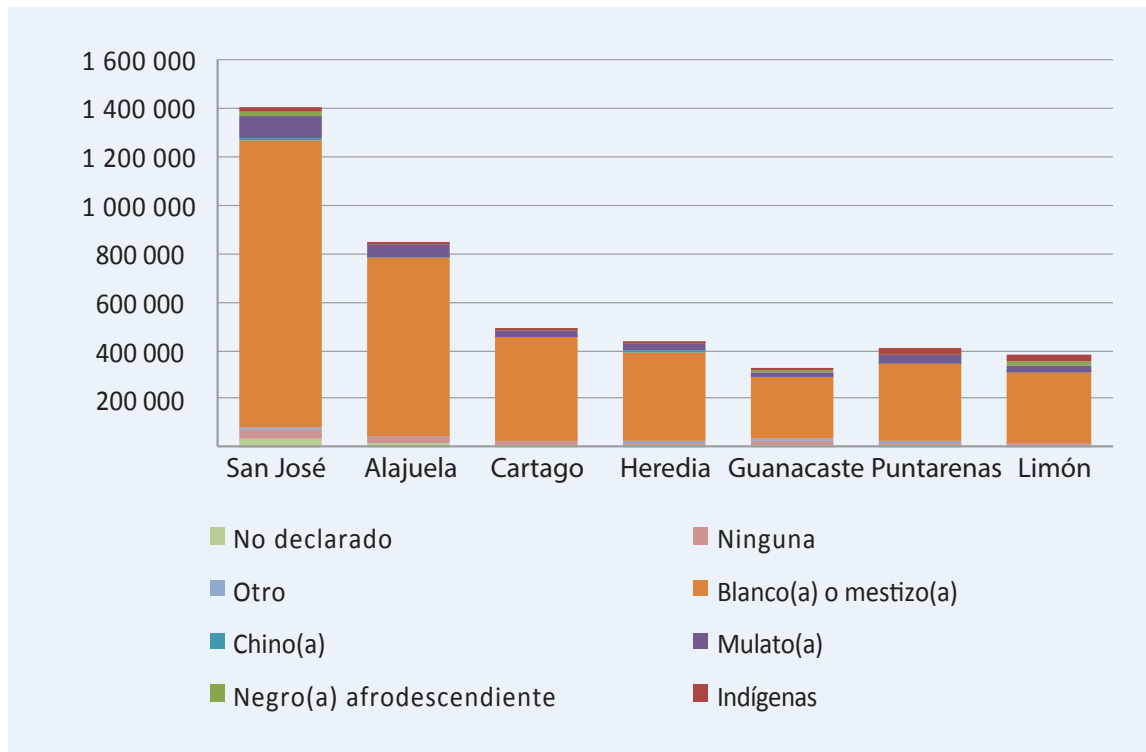
Según datos del Censo 2011 la mayor parte de la población se visualiza como blanco o mestizo. La población bajo esta categoría se encuentra principalmente en San José.

Cuadro N° 4.22
Distribución relativa de los hogares por nivel de pobreza según región de planificación.
Costa Rica. Julio 2012

DISTRIBUCION RELATIVA DE LOS HOGARES POR NIVEL DE POBREZA SEGUN REGION DE PLANIFICACION JULIO 2012			
Región de planificación	No pobres	Pobreza no extrema	Pobreza extrema
Central	83,7	12,0	4,3
Chorotega	65,5	21,8	12,6
Pacífico Central	73,4	17,1	9,5
Brunca	65,4	21,8	12,9
Huetar Atlantica	73,8	17,4	8,8
Total país	79,4	14,3	6,3

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en INEC, ENAHO 2012.

Gráfico 4.63
Población por auto identificación étnica por provincia. Costa Rica, 2011



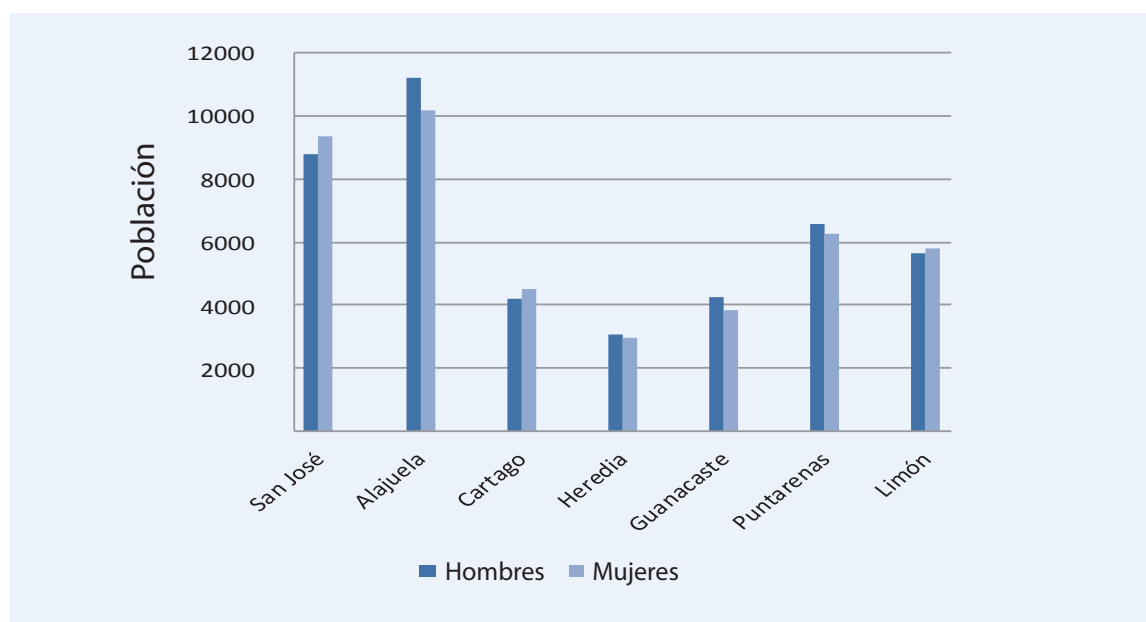
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en INEC, Censo de Población 2011.

10.3 Educación

Los datos de Censo 2011 registran una tasa de alfabetización de 97,6%, superando los datos del censo anterior, la diferencia sigue siendo evidente en algunas regiones con mayor

desventaja social. Si se observa el siguiente cuadro, Alajuela y San José poseen la mayor cantidad de población con dicha condición, sin embargo es interesante notar como las diferencias entre hombre y mujeres son mínimas en cada provincia.

Gráfico 4.64
Población de 10 años y más en condición de analfabetismo según sexo y provincia.
Costa Rica.2011



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en INEC, Censo de Población 2011.

Las diferencias siguen siendo evidentes cuando se toma en cuenta el nivel de instrucción de la población, como se observa en el siguiente cuadro, San José posee mayor cantidad de personas con nivel de instrucción de secundaria completa y universitaria, mientras que la provincia de Limón posee la menor, lo que confirma que las zonas periféricas siguen teniendo mayor ventaja en cuanto al acceso a la educación en comparación a las zonas rurales del país que continúan en desventaja.

10.4 Actividad física

De acuerdo con la información proporcionada por la CCSS en la publicación de la Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, el propósito de analizar la actividad física fue determinar el porcentaje de personas adultas que realizan un nivel de actividad física alta, moderada o nula y se logró demostrar que un 50,9% de la población realiza actividad física baja o nula y un 34,3% de las personas adultas realizan un nivel de actividad física definido como alto.

En relación a la actividad física alta, el sexo con mayor porcentaje fue el masculino con 47,2% y predominantemente en el grupo de edad de 20 y 39 años. En este grupo de edad mostró mayor porcentaje de actividad física en las mujeres con el 22,5%.

En relación a la actividad física baja, el sexo que femenino aporta el mayor porcentaje, (63,4%) y el grupo de edad en ambos sexos, que presenta el menor nivel de actividad física fue el grupo de 65 años y más.

Cuadro N° 4.23
Población de 5 años y más por nivel de instrucción según provincia.
Costa Rica.2011

POBLACIÓN DE 5 AÑOS Y MÁS POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN, SEGÚN PROVINCIA								
Provincia	Nivel de instrucción							
	Ningún grado	Enseñanza especial	Kinder o preparatoria	Primaria	Secundaria académica	Secundaria técnica	Parauniversitaria	Universitaria
San José	40 954	3 493	26 950	496 401	414 606	35 939	25 267	261 830
Alajuela	41 101	2 123	17 934	367 600	209 448	24 798	12 287	103 910
Cartago	17 230	1 650	10 611	209 485	124 318	11 929	8 176	70 225
Heredia	13 255	1 036	9 368	145 975	122 212	10 584	8 720	91 787
Guanacaste	15 041	706	6 757	136 164	84 663	13 438	3 997	38 188
Puntarenas	23 895	822	9 341	187 148	97 088	18 801	3 363	33 385
Limón	23 017	529	9 595	181 220	91 165	13 800	2 545	27 125

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en INEC, Censo de Población 2011.

10.5 Determinantes ambientales

10.5.1 Disposición de residuos sólidos

Según los datos del INEC en el Censo 2011, un 84% de las viviendas cuenta con servicio de recolección de residuos por medio de camión recolector, en tanto que el 10 % los queman, un 5% los entierran o disponen en huecos y el porcentaje restante, los tiran a ríos y al mar. Cuando se refiere a la población urbana esta cifra en la recolección se eleva hasta el 96% y decrece en el área rural hasta un 48 %. Esta cifra puede verse explicada por las dificultades en el transporte, geografía y estado de las vías de acceso; así como a lo disperso de los puntos de recolección lo que encarece y dificulta el servicio por parte de

las municipalidades. Así mismo aumenta el porcentaje de enterramiento de la basura y quema, debido a estos factores y a otros de carácter cultural.

En cuanto a la separación de residuos en al menos tres categorías, a nivel nacional un 41% indica separar el Plástico, vidrio y aluminio. Por otro lado un 35.8% de la población manifiesta separar el papel; mientras que un 39% indica separar restos de comida.

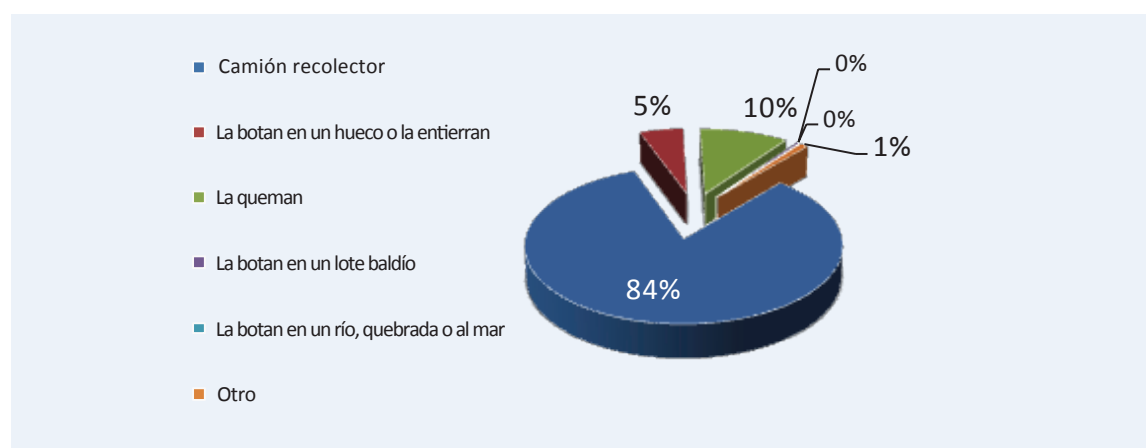
La comparación de estos datos entre el sector urbano y el rural muestra algunas diferencias. Por ejemplo: a nivel rural el porcentaje de separación del Plástico, vidrio y aluminio es 4.7% mayor que en el área urbana. En tanto que para los restos de comida (orgánicos) el

porcentaje de separación es 21.4% mayor en el área rural respecto a la urbana. En cuanto al papel el porcentaje de aprovechamiento es similar 35.3 a 37.2%.

En términos generales se observa una buena disposición de la población a la separación de residuos valorizables de la corriente ordinaria de residuos. Esto puede deberse al impacto de la

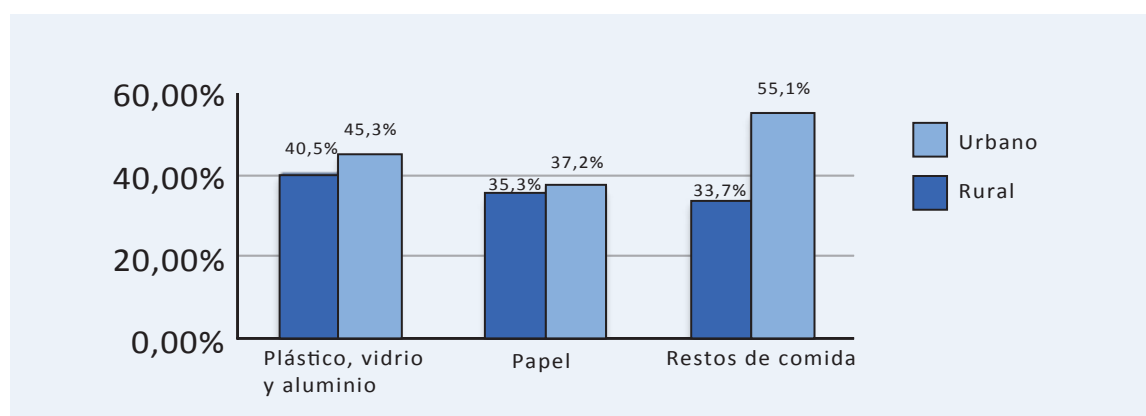
Ley 8839 para la Gestión Integral de Residuos, cuya rectoría está en manos del Ministerio de Salud y a la elaboración e implementación de los Planes municipales para la gestión de residuos; los cuales deben ofrecer mejores servicios y alternativas a los ciudadanos; así como facilitar las condiciones para la separación y aprovechamiento de los mismos.

Gráfico 4.65
Porcentaje de viviendas a nivel nacional con servicio de disposición de residuos por tipo. Costa Rica 2011



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo 2011-INEC

Gráfico 4.66
Disposición de residuos a nivel nacional por tipo para zona urbana y rural. Costa Rica 2011



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo 2011-INEC

10.5.2 Disposición de aguas negras

Según datos del Censo 2011, el 76% de la población cuenta con tanque séptico como método para disponer sus aguas negras; mientras que tan solo el 20% está conectado al alcantarillado sanitario.

Estos datos coinciden muy cercanamente con los emitidos por el Estado de la Nación 2011, que además indica que en la Gran Área Metropolitana, tan solo el 0.79% de las aguas residuales son tratadas en plantas de tratamiento. El resto es vertida principalmente a los Ríos Tiribí, María Aguilar, Torres y Rivera, con el consecuente impacto ambiental a los ecosistemas y a la salud de las poblaciones aledañas.

10.5.3 Agua Para uso humano

Según los datos del Censo 2011, el 48% de la población cuenta con servicio de agua suministrado por AyA seguido por el 24% y 15 % suministrados por acueductos rurales o comunales y Municipales respectivamente. El porcentaje restante obtiene su suministro de otras fuentes tales como pozos, acueductos de empresa, ríos u otros.

Del Total de la población nacional el 97,5% cuenta con suministro interno de agua contra un 2,5% que no lo tiene. Así mismo, según el Estado de la Nación, el 90,1% de la población recibe agua de calidad potable según el Decreto 32324-H, lo cual se convierte en uno de los grandes logros del país y que tiene un alto impacto a nivel sanitario. Esto contrasta con un consumo desmedido del recurso, situando al país con un 8% por encima del consumo promedio mundial.

10.5.4 Calidad del aire

Según el Estado de la Nación existe un problema creciente relacionado con los niveles de contaminación sónica; ocasionada principalmente por la flota vehicular y por la insuficiencia de la regulación existente para controlar este aspecto.

Por otro lado, el Cuarto Informe de calidad del aire, realizado por la UNA en convenio con el Ministerio de Salud. MINAE, Municipalidad de San José y otras instituciones estatales refleja que el material particulado (PM10), que constituye el material respirable, parece estar estabilizándose ya que no se han presentado disminuciones considerables en sus valores respecto al 2010.

Sin embargo, la gran preocupación es ahora el material particulado igual o inferior a 2.5 micras o PM2.5, cuya capacidad de penetración al sistema respiratorio es mucho mayor y conforman entre el 65 al 70% del material particulado, alcanzando incluso al nivel alveolar. Sus valores se han incrementado sobrepasando la Norma de la OMS.

Estas partículas mayoritariamente son de carbono orgánico y elemental proveniente de la combustión de vehículos diesel y gasolina en zonas residenciales y comerciales; mientras que las fuentes fijas hacen un aporte importante en zonas industriales; razones por las cuales deben seguir reforzándose medidas de prevención, control y mitigación en estos aspectos.

También se observó un incremento en la acidificación de la precipitación, lo cual requiere estudios más minuciosos para comprender las causas

CAPITULO V

Logros

1 LOGROS INSTITUCIONALES

El Ministerio de Salud presenta las principales acciones realizadas en el año 2012, las cuales han estado orientadas hacia el cumplimiento de la misión institucional, que es garantizar la protección y mejoramiento de la salud de la población en su rol rector.

El presente informe se estructura alrededor de los temas que fueron considerados como prioritarios durante el año 2012 para la presente administración y pretende exponer en forma sucinta los principales aportes a la protección y mejoramiento de la salud de la población acaecidos por la labor del Ministerio de Salud.

1.1 Desarrollo de capacidades humanas en la población para el cuidado de su salud

Logro: *Empoderamiento de poblaciones vulnerables para la defensa de sus derechos y cuidado de su salud.*

Atendiendo las prioridades establecidas por la presente administración de promover una cultura de paz para disminuir los casos de violencia intra y extrafamiliar y en la búsqueda del desarrollo de capacidades humanas, durante el 2012 se desarrollaron las siguientes actividades con miras a fortalecer la capacidad de personas de poblaciones vulnerables para la defensa de sus derechos y el cuidado de la salud:

- Capacitación de 2165 mujeres víctimas de violencia mediante la realización de 144 actividades como charlas, foros, talleres, en coordinación con la C.C.S.S. y las

Oficinas Locales de la Mujer;

- Formación de líderes juveniles como herramienta para atacar la violencia en la juventud, con participación social de educadores, psicólogos, orientadores y trabajadores sociales, proporcionándoles información para lidiar en resolución de conflictos y mejorar la autoestima;
- Se desarrolló el programa de comunidades amigables para la persona adulta mayor, conjuntamente con la participación de actores sociales.

1.2 Mejoramiento de la Calidad de Agua para Consumo Humano

Logro: *Fortalecimiento de las capacidades regulatorias del Ministerio en materia de calidad de Agua para Consumo Humano*

El Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 establece como una de sus metas aumentar en 4% la cobertura de agua segura para consumo humano en las poblaciones cubiertas por ASADAS, CAARS y acueductos municipales, para contribuir a alcanzar esta meta el Ministerio de Salud inició la implementación del Sistema de Estandarizado de Regulación Sanitaria (SERSA).

Este es un sistema multifuncional de seguimiento y registro que el Ministerio emplea para fortalecer su función de ente regulador, y en el tema específico de regulación de la calidad del agua para el consumo humano tiene como finalidad evaluar y controlar el nivel de riesgo de los acueductos, así como la aplicación de la

normativa vigente en el suministro de agua potable. Esta estrategia viene a complementar los esfuerzos realizados por el A y A y de las comunidades, mediante la instalación de cloradores en acueductos vulnerables.

El alcanzar este logro implicó la capacitación a los niveles locales en la aplicación de las guías para identificación de factores de riesgo en los acueductos con miras a implementar acciones para reducir ese riesgo. Actualmente, se han incorporado 235 acueductos al Sistema lo cual corresponde aproximadamente al 14% de los acueductos a nivel nacional.

Adicionalmente a lo anterior, en la página web del Ministerio de Salud [\[>>\]](#) se encuentra disponible un inventario de tecnologías para el almacenamiento, distribución, aprovechamiento y captación del agua para consumo humano, legislación internacional y nacional en el tema, como también aspectos de provisión de agua en situaciones de emergencia. Este inventario puede ser consultado por los diversos actores sociales tales que necesitan contar con una base de conocimiento para la toma de decisiones.

Afecto de contar con información actualizada para la toma de decisiones en salud pública se procedió a monitorear la presencia de Arsénico en las fuentes de abastecimiento de 32 ASADAS en los cantones de Bagaces y Cañas tomando en cuenta el antecedente de la presencia de este metaloide en varias fuentes de esos cantones y de la toxicidad y carcinogenicidad comprobada de este elemento. El resultado nos reveló la presencia

de Arsénico en niveles elevados en una comunidad de Cañas, y el resto sin evidencia de contaminación.

Igualmente en los cantones de San Carlos, Guatuso y Los Chiles se procedió a investigar la presencia de Arsénico en 19 Acueductos Comunales y municipales detectándose 2 fuentes con presencia elevada de este elemento.

Se extendió el monitoreo en fuentes de agua de la Región Huetar Norte para determinar la presencia de Bromacil y Diurón en fuentes de agua cercanas a actividad piñera en 7 ASADAS del cantón de San Carlos, además del seguimiento que se ejecuta en las 3 ASADAS de Siquirres afectadas por la presencia de residuos de plaguicidas. En las mismas fuentes de Siquirres se valoró la presenica de nitratos, que es un indicador de contaminación por abonos nitrogenados y demostrada su toxicidad en niveles elevados.

También, se apoyó al Área Rectora de Salud de Tilarán para dar seguimiento a la presencia de hidrocarburos en aguas subterráneas previamente contaminadas por lixiviación en una estación de servicio.

Para abordar la situación de riesgo para la salud de las personas en todos los casos donde se demostró contaminación en las fuentes de agua se procedió a tomar las acciones pertinentes para remediar el problema. Una de estas acciones fue la promulgación por parte del Ministerio de Salud y la Presidencia de un decreto de emergencia sanitaria.

El decreto permite acelerar la intervención de varios sitios donde fueron clausurados los acueductos con problemas, tomar las medidas temporales para garantizar el servicio de agua, agilizar trámites y presupuestar recursos para comprar equipos de remoción de arsénico, así como buscar nuevas fuentes de agua para las zonas afectadas.

1.3 Programa Saneamiento Rural Básico (SANEBAR)

Logro: *Instalación de 1350 Sistemas de Tratamiento de Excretas Humanas y 327 letrinas secas.*

El Programa SANEBAR tiene como objetivo brindar a las familias de áreas prioritarias la provisión de servicios de salud de saneamiento básico para la adecuada disposición y tratamiento de excretas humanas, esto con el fin de disminuir la carga contaminante a los cuerpos de agua, al aire y al mismo suelo; alcanzando así un ambiente más favorable con menor cantidad de contaminantes, lo cual incidirá positivamente en la salud y calidad de vida a la población.

En el año 2012 se alcanzó la instalación de 1350 Sistemas de Tratamientos de Excretas Humanas y 327 Letrina Secas para Disposición de Excretas Humanas. Se atendió población rural dispersa, a familias en pobreza y pobreza extrema, con miembros con discapacidad, mujeres jefas de hogar y de población indígena.

Se beneficiaron los cantones de: Upala, Los Chiles, Guatuso, San Carlos, Sarapiquí, La Cruz, Carrillo, Hojanca, Santa Cruz,

Bagaces, Liberia, Parrita, Aguirre, Montes de Oro, Puntarenas, Pérez Zeledón, Corredores, Buenos Aires, Coto Brus, Osa, Golfito, Limón, Guácimo, Talamanca, Siquirres, Pococí y Matina.

1.4 Gestión Integral de Residuos

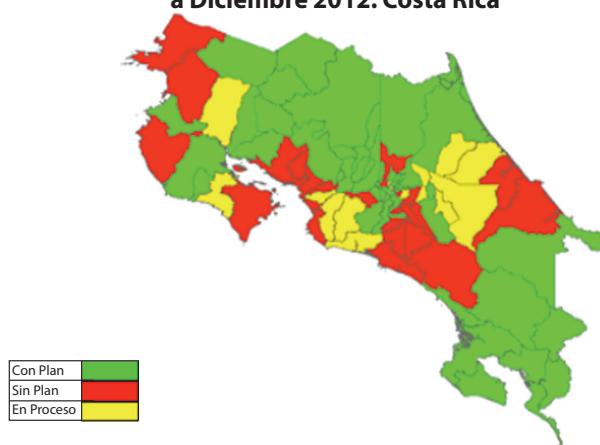
Logro: *Fortalecimiento de los gobiernos locales para la gestión integral de residuos sólidos por medio la elaboración de 44 Planes Municipales de Gestión Integral de Residuos.*

Por designación expresa de la "Ley N° 8839 - Ley para la Gestión Integral de Residuos", las municipalidades son los entes responsables de la gestión integral de los residuos generados en cada cantón. Para esto, entre otras tareas, deben establecer y aplicar el Plan Municipal para la Gestión Integral de residuos en concordancia con la Política y el Plan Nacional.

El Ministerio de Salud tiene como responsabilidad en esta materia el formular la Política y el Plan Nacional para la gestión integral de residuos, los cuales son el marco de acción que orienta las acciones gubernamentales, fija las prioridades y establece los lineamientos y las metas que guían a los diferentes planes municipales. Adicionalmente, todos estos planes deben ser presentados ante el Ministerio de Salud para su registro, seguimiento y monitoreo.

Actualmente, 46 cantones y un Consejo de Distrito cuentan con el "Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos" y 15 cantones iniciaron el proceso de elaboración y de diagnóstico.

Gráfico N°5.1
Situación de Planes Municipales de Gestión Integral de Residuos por Cantones
a Diciembre 2012. Costa Rica



Fuente: Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Acciones en Salud. Diciembre 2012

Cuadro N°5.1
Situación de Planes Municipales de Gestión Integral de Residuos.
a Noviembre 2012. Costa Rica

PROVINCIA	CANTONES		
	Con Plan	En Proceso	Sin Plan
San José	Acosta Alajuelita Aserrí Coronado Desamparados Escazú Goicoechea Montes de Oca Moravia San José Santa Ana	Tibás Puriscal Turubares	Curridabat Dota León Cortés Mora Pérez Zeledón Tarrazú
Cartago	Alvarado Paraíso *Tucurrique	Jiménez La Unión Oreamuno Turrialba	El Guarco Cartago Cervantes
Heredia	Belén Flores Santo Domingo San Isidro San Rafael Santa Bárbara Sarapiquí	San Pablo	Heredia Barva
Alajuela	Alajuela Atenas Gutuso Grecia Los Chiles Naranjo Palmares San Carlos San Ramón Upala Valverde Vega Zarcero Poás	Orotina	*Peñas Blancas San Mateo
Guanacaste	Abangares Cañas Hojancha Tilarán Nicoya Carrillo	Bagaces Nandayure	Liberia Santa Cruz La Cruz Colorado*
Limón	Pococi Talamanca	Guácimo Siquirres	Matina Limón
Puntarenas	Buenos Aires Corredores Coto Brus Golfito Osa	Monteverde* Parrita	Aguirre Esparza Cóbano* Lepanto* Garabito Montes de Oro Paquera* Puntarenas
TOTAL GENERAL	47	15	27

* CONCEJOS DISTRITALES

Fuente: : Dirección Planificación Estratégica y Evaluación del Impacto de Acciones en Salud, Ministerio de Salud, 2012.

En el proceso de conducción de la Política Nacional de Gestión de Residuos, la Institución ha liderado y articulado a diferentes actores sociales como el MINAET, el INEC, el IFAM, la Comisión Centroamericana para el Ambiente y Desarrollo, la Agencia Alemana de Cooperación GIZ, universidades públicas y privadas, municipalidades, sociedad civil, quienes han participado, de acuerdo con su competencia, en la ejecución de diferentes acciones como:

- Sistema de Información de Gestión Integral de Residuos.
- Creación e implementación de la Red Costarricense de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables.
- Capacitación a actores sociales en la elaboración, seguimiento e implementación de Planes Municipales y herramientas para establecer costos en la gestión integral de residuos.
- Capacitación a los administradores y gerentes de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables sobre la implementación del Reglamento que los rige.
- Establecimiento de una base de datos con todos los rellenos y vertederos del país, en la que se destacan los siguientes aspectos: estado actual; fecha de apertura; fecha de cierre; tonelaje diario de recepción de residuos; cobertura del servicio; nombre de la entidad administradora, etc.

- Conformación de un archivo fotográfico de todos los vertederos y rellenos sanitarios visitados con los funcionarios de la UNA, como evidencia objetiva de la situación de estos sitios.
- Mapa de Costa Rica con la ubicación georeferenciada de todos los vertederos y rellenos sanitarios verificada por medio de GPS.
- Acompañamiento en los vertederos que presentan per se anomalías en su funcionamiento, para que se pongan a derecho por ejemplo el caso del botadero de Cervantes o el vertedero de Colorado de Abangares, entre otros.

Las anteriores acciones traen como beneficio un diagnóstico actual de la situación de los vertederos y rellenos sanitarios existentes en el país para su seguimiento y aplicación de las medidas sanitarias correspondientes, así como contar con información sistematizada, actualizada y oportuna en beneficio de la población del país y la toma de decisiones.

Algunas de las contribuciones del nivel regional y local en este tema han sido:

- La Región Chorotega realizó 12 campañas de recolección de desechos y recipientes y charlas educativas en las escuelas y colegios. Además se trabajó en el fortalecimiento de los Comités Ambientales Cantonales.
- En la Región Huetar Norte para dar cumplimiento a Ley 8839 se coordinó

con la Municipalidad de San Carlos y la Comisión de Seguimiento al Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos, una mejor disposición de los residuos. Dentro de esas acciones se estableció una ruta para la recolección de residuos sólidos reciclables, lográndose recolectar entre el primer y segundo trimestre 64.850 kilos de residuos sólidos reciclables y 3.561 llantas en desuso.

- En la Región Huetar Atlántica el Cantón de Limón realizó cuatro campañas Recolección de Residuos Valorizables en las localidades de Limoncito Etapa I y Etapa II, Limón 2000 y Santa Eduvigis, donde se recaudó un total de 560 botellas plásticas, 235 en vidrio, en chatarra 175 kilos, aluminio 38 kilos y bolsas plásticas 50 kilos. Asimismo, tres campañas de recolección de llantas, tanto en el distrito Valle de La Estrella como en el Distrito Limón, en coordinación con el Programa Manejo Integral Control Vectores (P.M.I.C.V.) con un total de 9.741 llantas de desecho.

Logro: Ordenamiento del adecuado manejo de los residuos electrónicos.

Con el advenimiento de los aparatos electrónicos como los teléfonos celulares, las computadoras portátiles, los juegos de video y las tabletas, por ejemplo, los residuos de esta naturaleza se hacen cada vez más comunes y no deben ser desechados indiscriminadamente, dado el potencial efecto de peligrosidad para la salud humana y para el ambiente.

La creación del Comité Ejecutivo para la Gestión Integral de Residuos Electrónicos (CEGIRE), ha permitido efectuar una articulación con diferentes sectores para ordenar el manejo integral de estos residuos específicos: se inició con el registro de los 11 gestores que desensamblan y exportan a otros países los equipos para ser valorizados.

Otro aspecto abordado ha sido el establecer los requisitos para la inscripción de las unidades de cumplimiento de estos residuos, conformadas por importadores y productores con el propósito de aplicar el Principio de Responsabilidad Extendida del Productor, el cual es base de la Ley para la Gestión Integral de Residuos, de forma que los productores e importadores recolecten los artefactos que llegaron al final de la vida útil, y lo entreguen a uno de los gestores indicados en el párrafo anterior, lo que va a permitir que la población esté informada sobre la disposición de estos desechos, garantizándonos de esta manera la conservación de un ambiente limpio de este tipo de artefactos.

Logro: Desconcentración del servicio de Certificación de la Calidad del Agua Residual.

La contaminación del recurso hídrico es uno de los problemas de mayor incidencia negativa en nuestro entorno ambiental. Este tipo de polución favorece la proliferación de enfermedades de transmisión hídrica, reduce el número de fuentes de abastecimiento disponibles, eleva los costos de tratamiento del agua para consumo humano y pone en peligro de extinción a muchas especies de nuestra flora y fauna.

Por estos motivos la legislación nacional establece que todo ente generador de aguas residuales deberá estar provisto de sistemas de tratamiento necesarios para que sus aguas residuales cumplan con ciertas disposiciones y se eviten así perjuicios a la vida, a la salud, o al bienestar humano.

La emisión de la Certificación de la Calidad del Agua Residual a los entes generadores es una responsabilidad que el Ministerio de Salud debe atender anualmente, en virtud del mandato establecido por la Ley 7317, "Ley de Conservación de la Vida Silvestre" y el Decreto N° 33601-S-MINAE y sus reformas "Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales".

Esta certificación busca corroborar que la disposición de las aguas residuales cumpla con los parámetros establecidos sobre la contaminación del agua residual o que exista un plan de acciones correctivas, verificable por los funcionarios del Ministerio, en caso de que los sistemas de tratamiento no logren cumplir con los límites establecidos.

Durante el año 2012, el servicio de Certificación de la Calidad del Agua Residual se trasladó a las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, lo cual facilitará a los usuarios la gestión ya que no tendrán que trasladar documentos hasta la sede central del Ministerio. Lo que ha generado una gestión más eficiente. Se trasladaron un total de 5028 expedientes de entes generadores que se encontraban en el nivel central a las nueve regiones rectoras de salud lo que permitirá mejorar el control de sus aguas residuales.

1.5 Control Integral de Vectores

Logro: Reducción del 99% de los casos de malaria desde el año 2000.

En lo referente al control de la malaria, el 2012 fue el año con menor incidencia de la historia. Al hacer un recuento comparativo se encuentra que el año 2000 se reportaron 1879 casos lo cual contrasta fuertemente con los 8 casos reportados en el 2012. La conducción de un trabajo integrado con actores sociales públicos y privados en el manejo ambiental, la búsqueda activa de casos y el tratamiento oportuno, ha permitido una reducción muy significativa de los casos de malaria en nuestro país.

Los 8 casos de malaria reportados en 2012, significan una disminución del 53,0% de casos con respecto al año 2011 y un 99% de disminución con respecto al año 2000.

La OPS/OMS ubica a Costa Rica, en la fase de pre-eliminación de esta enfermedad, ya que el país alcanzó la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir en un 75% la cantidad de casos para 2015 en comparación con los reportados para el 2000.

Es muy relevante destacar que el cantón de Matina, el cual históricamente se consideraba una zona endémica de malaria y que en los últimos años venía siendo el cantón con mayor número de casos, en el 2012 registra una incidencia de 0 casos.

Logro: No ocurrieron defunciones por dengue en el 2012

Con relación al dengue, a pesar de las inclemencias del tiempo, de la circulación de 3 serotipos en el país, y uno de los peores años del dengue en las Américas, se logró controlar todos los brotes que afectaron al país, según los siguientes resultados:

- No ocurrieron defunciones pese a una alta incidencia de la enfermedad sobre todo en la Región Huetar Atlántica
- Se aumentaron en más del 50% los trabajos realizados: casas visitadas 750.822, depósitos eliminados o tratados 4.000.476, llantas recolectadas 52.061 viviendas nebulizadas 852.299 y viviendas rociadas 9.785.
- Se capacitaron en Entomología Básica 57 funcionarios de Control de Vectores en colaboración con las Universidades de Costa Rica y Nacional.
- Se realizaron encuestas entomológicas para *Aedes Aegypti* en todas las regiones del país y en todos los cantones prioritarios.

El Ministerio de Salud sigue en la lucha contra esta enfermedad y de la lucha contra los criaderos del mosquito del dengue *Aedes aegypti* y se ha dado énfasis con la “Campaña de Recolección de Llantas” porque según estudios realizados durante varios años, se detectó que el lugar preferido para el zancudo son las llantas, por lo que se preparó una calendarización con fechas establecidas para las diferentes regiones.

En las campañas de recolección de llantas para eliminar los criaderos del dengue, se recolectaron 22.154 llantas, y como parte del Programa Nacional de Vectores se recolectaron 29.907 de enero a agosto 2012, para un total acumulado de 52.061 llantas recolectadas.

1.6 Lucha contra el cáncer

Logro: Mejora en el sistema de vigilancia del cáncer para fortalecer la toma de decisiones

El cáncer representa una de las más importantes causas de morbilidad y es responsable del 47,3% de las muertes prematuras en nuestro país. Es por esta razón que se diseñó un sistema de información automatizado (SIRNAT), para que brinde información relevante oportuna y de calidad, para dirigir las estrategias de promoción, prevención, atención y rehabilitación. La puesta en marcha de este sistema se inició en diciembre del 2012 y se espera que para junio del 2013 todos los hospitales y laboratorios de patología públicos y privados estén utilizando dicho sistema. Paralelamente se logró disminuir la brecha en oportunidad del registro anterior, logrando cerrar el 2012 con datos de incidencia del 2010 y mortalidad del 2011.

1.7 Control del Tabaco

Logro: Promulgación de la “Ley N°9028 – Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud

En marzo del 2012 después de un largo proceso de discusión y cabildeo nacional los Poderes Legislativo y Ejecutivo aprobaron y

promulgaron la “Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud”, cuyo objetivo principal es establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. El 26 de junio del 2012 se publicó el Reglamento a la Ley.

Entre los resultados esperados con la aplicación de esta Ley se encuentran:

- Reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo del tabaco.
- Reducir en la población el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo.
- Prevenir a los niños y adolescentes en la iniciación en el tabaquismo.
- Declarar espacios 100% libres de la exposición al humo de tabaco establecimientos públicos, comerciales y culturales.
- Financiar los programas de prevención y cese de fumado, así como los servicios de salud por medio de la creación de impuestos específicos a los productos de tabaco para.
- Eliminar la publicidad, promoción y patrocinio de tabaco.

Logro: Vigilancia del cumplimiento de las disposiciones de la Ley N°9028.

Por medio de sus Direcciones Regionales y Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, el Ministerio de Salud realizó múltiples acciones en búsqueda de velar por el cumplimiento efectivo de las disposiciones de la Ley N° 9028 en lo referente a rotulación y control del fumado en sitios declarados como 100% libres del humo del tabaco. Entre esas acciones se pueden mencionar las siguientes:

- La Región Huetar Norte realizó actividades de divulgación y sensibilización a la población en normativa y rol rector ante este tema.
- La Región Chorotega mediante sus 12 áreas rectoras realizó visitas a los locales y establecimientos comerciales para verificar la colocación del rótulo oficial que promueve ambientes libre de humo de tabaco; se realizaron reuniones con actores sociales para divulgar la Ley N°9028, así como mensajes educativos e informativos en medios de comunicación local (radio y televisión) y a través del uso de correos electrónicos masivos dirigidos a ciertos actores sociales vinculados con el tema.
- En la Región Huetar Atlántica en el Área Rectora de Salud de Guácimo hay 279 establecimientos con certificación de espacios libres de humo y con seguimiento semanal para verificar el cumplimiento de la Ley.

- La Región Pacífico Central realizó la divulgación de la ley 9028 para lo cual los niveles locales asumieron la divulgación, logrando una cobertura del 100% de los gobiernos locales y actores sociales clave dando seguimiento a la verificación del cumplimiento en los establecimientos por medio del trabajo de campo y con el apoyo de Gobiernos locales, fuerza pública, medios de comunicación, empresa privada.

Logro: Recaudación de cerca de 15 mil millones de colones para el control del tabaco.

El Artículo 22 de la Ley N° 9028 dispuso la creación de un impuesto específico para los cigarrillos y productos similares. La misma ley establece que los recursos que se recauden se deberán destinar en un 60% a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), para

que sean utilizados en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo entre ellas el cáncer.

El resto del dinero se destina un 20% al Ministerio de Salud, para que cumpla las funciones encomendadas en la ley; un 10% al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), y un 10% se destinará al Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER) para el cumplimiento de sus funciones vinculadas con el deporte y la recreación.

Durante el 2012 se recaudó una suma cercana a los 15 mil millones de colones; la cual se distribuyó de la siguiente forma que se puede apreciar en el cuadro N° XX. Para el 2013 se ha proyectado que la cantidad a recaudar ronde los 37 mil millones de colones.

Cuadro N°5.2
Distribución del dinero recaudado por el impuesto a los productos de tabaco en 2012 y proyección al 2013. Costa Rica

INSTITUCION	AÑO 2012	AÑO 2013
	(Monto recaudado)	(Monto presupuestado)
Ministerio de Salud	2.905.336.000,00	7.480.000.000,00
IAFA	1.504.000.000,00	3.760.000.000,00
ICODER	1.504.000.000,00	3.760.000.000,00
CCSS	9.024.000.000,00	22.560.000.000,00
TOTAL	14.937.336.000,00	37.560.000.000,00

Fuente: División Administrativa, Ministerio de Salud, Enero 2013.

1.8 Salud Mental

Logros: Promulgación de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021

El 10 de octubre del 2012 Día Mundial de la Salud Mental, se presentó la Política de Salud Mental 2012-2021, con el lema: **“De la atención hospitalaria a la atención comunitaria”**. Esta Política surge de la necesidad de contar con un marco de referencia para conducir a los actores sociales hacia la promoción de la salud mental, prevención de enfermedades, atención, curación y rehabilitación de personas con trastornos mentales en el ámbito comunitario; un fin que supera el paradigma de atención biológica basado en el centro hospitalario. El objetivo general de esta política es desarrollar un Modelo de Salud Mental que garantice el derecho a la salud mental de la población por medio de la acción intersectorial e interinstitucional.

Como parte de los postulados de esta Política durante el 2013 se implementará Plan de Autocuidado, el cual contempla actividades relacionadas con la salud mental, así como para reforzar lo realizado por la institución estrategias de autocuidado.

Para tener un mayor control sobre la población que presenta problemas de depresión, esquizofrenia, intento de suicidio y trastorno bipolar, se han integrado dichas enfermedades como eventos de notificación obligatoria.

1.9 Atención Integral al VIH/Sida

Logro: Estrategias y acciones multisectoriales en VIH/Sida

La Respuesta Nacional al VIH/sida es producto de un trabajo multisectorial en donde se incorporan diferentes sectores de la economía nacional entre instituciones gubernamentales, las ONG, sectores de la sociedad civil, personas con VIH y la cooperación internacional como ONUSIDA y USAID/PASCA, con el objetivo de potencializar las capacidades de manera coordinada.

Las acciones y estrategias prioritarias desarrolladas del Plan Operativo Intersectorial son:

- Elaboración y entrega a ONUSIDA Ginebra del Informe de avance de la respuesta nacional al VIH y sida 2010-2011- Incluyendo el Informe de Medición del Gasto de VIH y sida Costa Rica 2010.
- Investigaciones cuali-cuantitativas en poblaciones específicas:
 - Trabajo de fortalecimiento de organizaciones de trabajadoras sexuales y promoción de la salud y prevención de ITS/VIH entre las Trabajadoras Sexuales y sus clientes.
 - Se realizó la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010-2011.
 - Proyecto Giro 180°: para la promoción de estilos de vida saludables y prevención del VIH y sida en

adolescentes, desarrollado por el Viceministerio de Juventud y el Fondo de Población.

- Políticas para la prevención y el abordaje del VIH/sida en el mundo del trabajo, del Consejo de Salud Ocupacional con el apoyo de USAID/ PASCA.
- Se estableció el primer sitio de vigilancia centinela de segunda generación de ITS y VIH/sida en San José para las poblaciones travesti y trabajadoras sexuales a cargo de la Clínica Moreno Cañas.

Otra acción fue la validación del algoritmo diagnóstico de VIH y sida, iniciando con prueba rápida en el año 2012, lo que permitirá ampliar la cobertura diagnóstica y brindar una mayor accesibilidad a la prueba por parte de la población, se reducirá considerablemente el tiempo de reporte de los resultados tanto negativos como positivos y habrá una reducción en los costos del diagnóstico, transporte de muestras y envío de resultados, lo que permitirá una captación más oportuna de las personas con VIH.

10 Salud sexual y reproductiva

Logro: Puesta en marcha del Plan Estratégico de Sexualidad 2010-2021

Como parte de la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, en el 2012 se puso en marcha el Plan Estratégico de Sexualidad para el periodo 2012-2015. Este Plan reúnen los principales compromisos del Estado costarricense para la garantía y respeto al acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad

segura, informada, corresponsable para todas las personas que habitan este país, como parte integral del derecho humano a la salud para un período de 11 años.

El desafío principal de este Plan es promover y garantizar el derecho a una sexualidad integral que abarque sus diferentes determinantes y que trascienda el paradigma de un abordaje biológico, basado en la atención del daño a la salud y centrado en la genitalidad, hacia un abordaje integral, basado en la promoción de la persona, que se enfoque en la búsqueda de relaciones de igualdad, respeto y cuidado mutuo.

Otra actividad desarrollada en materia de sexualidad saludable fue la elaboración de una estrategia de acceso universal a condones femeninos y masculinos, que incluye un plan de mercadeo social,

Logro: Puesta en marcha del Plan de Acción del Consejo Interinstitucional de Atención a Madre Adolescente 2012-2016

De acuerdo con la Ley número 8312 llamada "Ley General de Protección a la Madre Adolescente", se formula el Plan de Acción del Consejo Interinstitucional de Atención a Madre Adolescente (CIAMA), donde se establecen las prioridades que deben ejecutarse para la prevención y atención del embarazo en adolescentes por parte de las instituciones integrantes de este consejo.

Como parte de las estrategias de comunicación social se realizó el lanzamiento de la Campaña de Prevención del Embarazo

en Adolescente y el “Modelo Nacional Intersectorial de Prevención y Atención a la Madre Adolescente”.

1.11 Maternidad e infancia saludable y segura

Logro: *Tasa de mortalidad infantil 8,51 por mil nacidos*

En el 2012, Costa Rica presentó la tasa de mortalidad infantil más baja de su historia, en total ocurrieron 48 muertes infantiles menos que el año anterior, siendo uno de países con los mejores niveles de este indicador de América Latina.

Es necesario resaltar que la tasa de mortalidad infantil no solamente es indicador del estado de la salud de la población si no también un indicador de desarrollo y bienestar de un país

Para promover el continuo avance en este tema el Ministerio de Salud ha nombrado una Comisión Permanente de Alto Nivel para la Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil la cual dirigirá su trabajo para realizar intervenciones específicas en las comunidades de mayor riesgo, como lo son las poblaciones indígenas.

Logro: *90% de los establecimientos proveedores de servicios de salud materno-infantiles han mejorado la calidad de sus servicios.*

El Ministerio de Salud evaluó el 90% de los establecimientos proveedores de servicios de salud materno-infantiles sobre el cumplimiento del Plan Estratégico Nacional

en Maternidad e Infancia Saludable y Segura 2006-2015.

Con el cumplimiento del plan, la población se vio beneficiada, ya que se reducen las brechas de las inequidades existentes en zonas y sectores de la población más deprimidos o alejados y en las regiones del país que presentan los indicadores de salud más bajos, con debilidades en la calidad de atención y dificultades para el acceso a los servicios de salud. Asimismo, contribuye en la reducción de las muertes infantiles y maternas, lo cual se ve reflejado en las tasas de mortalidad que muestra el país, logrando mantenerlas en cifras muy bajas.

1.12 Promoción de la Lactancia Materna

Logro: *Incremento en la tasa de Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses de vida, pasó de un 10% en 2008 a un 53% en 2011*

El sistema de salud, las condiciones sociales, ambientales y por los esfuerzos conjuntos entre el Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), se posicionado la importancia de la lactancia materna; destacando los siguientes avances:

- A partir del año 2009 se incorporó en el carné de desarrollo integral del niño y la niña, información sobre la iniciación temprana de la lactancia materna, permitiendo conocer el período que fue amamantado el niño.

- 95,5% de bebés son amamantados dentro de la hora posterior a su nacimiento.
- Se reforzó la información brindada a las madres en los centros de salud y maternidades, enfatizando en la importancia de la lactancia materna en los primeros 6 meses de vida y continuada hasta los 2 años o más, con introducción de alimentos complementarios adecuados. De esta manera, el indicador Duración Mediana de La Lactancia Materna aumentó de 12 meses en 2008 a 14,7 meses en 2011.
- Se realizó el Monitoreo y verificación del cumplimiento de la Ley 7430 y su Reglamento, así como del Código Internacional de Sucedáneos de la Lactancia Materna.
- Se publicaron y divulgaron los resultados de la Encuesta de Hogares 2010, en el tema de Lactancia Materna.

prestan, esta medida ha beneficiado a más de 2000 niños.

Actualmente, se están impulsando iniciativas para abrir opciones de capacitación para formar cuidadores de niños, de acuerdo con estándares establecidos por la normativa vigente, con lo cual se generan condiciones para la apertura de nuevos centros e incrementar el acceso a este servicio. No obstante lo anterior, se está iniciando un proceso de actualización de las normas que regulan estos servicios.

Adicionalmente, se desarrollaron acciones para ajustar los mecanismos internos para que los trámites de solicitudes sean más expeditos y eficientes, de manera que se cumplan los tiempos establecidos en la normativa vigente, 20 días.

Logro: Promulgación del “Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores”.

1.13 Red Nacional de Cuido

Logro: Mejoramiento de la calidad en los servicios de Centros de Atención Integral de personas menores de 12 años mediante la habilitación de 150 establecimientos.

Durante el 2012 se aprobaron cerca de 150 solicitudes de habilitación de centros de atención integral para personas menores de 123 años, en un esfuerzo por garantizar que los establecimientos cumplen con los estándares de calidad en los servicios que

Los Hogares de Larga Estancia para persona adulta mayor, son entes de carácter privado, con o sin fines de lucro permanentes, que ofrecen servicios de higiene personal, apoyo en actividades de la vida diaria, alimentación, rehabilitación, recreación, nutrición, estimulación mental y un ambiente de pertenencia y afecto a las personas adultas mayores.

Es función del Estado a través del Ministerio de Salud velar porque los Hogares de Larga Estancia de la persona adulta mayor, cumplan

con las condiciones generales de seguridad, higiene y accesibilidad, de conformidad con lo establecido en la legislación nacional (Ley General de Salud, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor).

El “Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores” tiene como objetivo establecer una regulación que permita articular y fortalecer los hogares de larga estancia de persona adulta mayor para el desarrollo e implementación de actividades referente al cuidado básico, higiene personal, apoyo en actividades de la vida diaria, alimentación, rehabilitación, recreación, nutrición, estimulación mental, con especial énfasis en aquellos que se encuentran en riesgo social para garantizar una vejez con calidad de vida a este grupo de la población.

1.14 Plan de reducción del riesgo sanitario en establecimientos públicos (PRESAEP)

Logro: Mejora de las condiciones físico-sanitarias en instituciones del sector público

En los últimos años, en acatamiento a su función de ente regulador el Ministerio de Salud se ha visto en la necesidad de realizar múltiples actos administrativos (órdenes sanitarias) por problemas en las condiciones físico-sanitarias en edificaciones de diversas instituciones del sector público (escuelas, centros de atención de salud, delegaciones de policía, etc.). El gran problema que se ha

presentado es que la girar actos de clausura total o parcial en búsqueda de proteger la salud de la población que trabaja o acude se termina haciendo una afectación negativa por la suspensión de los servicios públicos.

Para abordar esta disyuntiva, durante el 2012 se procedió a hacer un consolidado de las órdenes sanitarias emitidas por las 82 Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, clasificándolas por el nivel de riesgo, lo cual permitió realizar un diagnóstico general de la situación físico-sanitaria de la infraestructura pública nacional.

Este diagnóstico ha permitido el concertar con los jefes de las diversas instituciones involucradas la implementación de mejoras en los planes de mantenimiento institucional, asimismo este análisis favoreció la colaboración de otras instituciones que de acuerdo con su experiencia y recursos pudieran aportar en el mejoramiento de condiciones de infraestructura.

Se puede citar como un exitoso ejemplo de esta coordinación, el proyecto “Segurito” el cual se ideó como una estrategia para la recuperación de la infraestructura de las escuelas públicas bajo un esfuerzo conjunto y articulado en que participan instituciones como el Instituto Costarricense de Electricidad, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y el Instituto Mixto de Ayuda Social, quienes aportaron recursos propios y tiempo de sus funcionarios para realizar reparaciones y mejoras en múltiples centros educativos de todo el país.

En total con esta intervención se logró el trabajo conjunto de las instituciones, en la atención de **507 establecimientos públicos**, cuyas órdenes sanitarias, en su mayoría, fueron emitidas en el 2011, pero algunas de ellas databan del 2005, sin que hasta el momento se hubiese podido lograr alguna mejora sustancial en las condiciones de los centros.

1.15 Registro de Productos de Interés Sanitario

Logro: Disminución en los tiempos de respuesta para solicitudes de Registro Sanitario.

El registro sanitario es una herramienta que permite a las Autoridades Sanitarias

certificar que los bienes de consumo que se ofrecen al público sean seguros para su salud, por lo tanto es obligatorio contar con el correspondiente registro para comerciar casi cualquier producto, ya sea que el artículo haya sido importado o fabricado en el país.

El disminuir los tiempos de respuesta de las solicitudes de registros sanitarios, manteniendo los estándares de calidad y rigurosidad del proceso, representa un beneficio para la población ya que esto significa que las personas podrán disponer en forma más oportuna de productos para el cuidado de su salud, así como de nuevos medicamentos, mejores equipos y materiales de uso médico, entre otros.

Cuadro N°5.3
Tiempos de respuesta a solicitudes de registro de productos de interés sanitario según tipo de producto. Ministerio de Salud, Costa Rica 2012

TIPO DE PRODUCTO	Tipo de Solicitud		
	Primera vez	Renovación	Cambios posteriores
Alimentos	1 mes	1 mes	N.A.
Cosméticos	1 mes	1 mes	N.A.
Medicamentos	8 meses	5 meses	10 meses
Productos químicos	10 días	10 días	N.A.
Equipo y Material Biomédico	5 meses	2 meses	N.A.
Productos Naturales	5 meses	4 meses	4 meses

Fuente: : Dirección de Atención al Cliente, Ministerio de Salud, noviembre 2012

Este logro se pudo alcanzar por medio de la implementación de varias estrategias entre las que se puede mencionar:

- Mejoras en procesos, procedimientos y guías, que faciliten la recepción de documentos, evaluación de solicitudes y control interno de la productividad.
- Implementación de la ventanilla de recepción de cambios post registro de medicamentos.
- Implementación del nuevo formulario para solicitud de cambios post registro, que permite la clasificación de dichos trámites por complejidad.

- Aplicación en forma estricta de la Ley 8220, en cuanto a la prevención única.
- Alianzas estratégicas con entidades como el Colegio de Farmacéuticos, Gobierno Digital y Georgia Tech, para identificar los puntos críticos del proceso y rediseñarlo;
- Creación de la Dirección de Registros de Productos Sanitarios, dentro del organigrama institucional;
- Contratación de 21 funcionarios nuevos que reforzaran la planilla de la nueva Dirección;
- Diseño de la plataforma digital para los trámites de solicitudes, con el apoyo de una partida de 400 millones de colones del Presupuesto de Gobierno Central.

1.16 Seguridad Alimentaria y Nutricional

Logro: Promulgación del Decreto N° 36968-MEP-S “Reglamento para el Funcionamiento y Administración del Servicio de Soda en los Centros Educativos Públicos

Publicación en la Gaceta N° 9 del 12 de enero del 2012, del Decreto N° 36968-MEP-S “Reglamento para el Funcionamiento y Administración del Servicio de Soda en los Centros Educativos Públicos”, esto en coordinación con el Ministerio de Educación Pública. El fin de este reglamento es proteger la salud de la comunidad educativa y promover el desarrollo y mantenimiento de los hábitos saludables dentro de los centros educativos de todo el país. El mismo se aplicó a partir del curso lectivo del 2012 y entre otros

aspectos limita el expendio de alimentos altos en grasas, azúcares y calorías.

Logro: Diseño y divulgación de “La Guía para la Atención Integral al niño y la niña con desnutrición menor de siete años”

Se elaboró la “La Guía para la Atención Integral al niño y la niña con desnutrición menor de siete años”, en forma conjunta con la Comisión Nacional de Desnutrición Infantil, Caja Costarricense del Seguro Social y otras instituciones afines, para aplicarse en el primer nivel de atención. Esta guía brinda estándares y lineamientos permitiendo ofrecer atenciones integrales y oportunas, eficaces y humanizadas a los niños y niñas con desnutrición y sus familias.

Logro: Fortificación del 100% de las importaciones de arroz blanco.

Una de las políticas para lograr que la población tenga a su alcance los micronutrientes esenciales que la dieta normal no le suministra, es la fortificación obligatoria de alimentos de alto consumo.

Para la verificación de que estos productos contengan las cantidades apropiadas de estos nutrientes durante el 2012 se coordinó con el Servicio Fitosanitario del Estado y como resultado se logró verificar la correcta fortificación del 100% de las importaciones de arroz blanco pilado.

También se realizaron verificación en el mercado de la fortificación del arroz, el azúcar, la leche, la harina de maíz y la harina

de trigo. Encontrando que únicamente un número reducido de productos no cumple por completo con la fortificación establecida vía decreto.

Logro: Fortalecimiento de la vigilancia de la inocuidad de los alimentos.

La vigilancia de la inocuidad de los alimentos que llegan a la población se realiza mediante la verificación de contaminantes tanto químicos como microbiológicos en alimentos, la cual, durante el año 2012, se amplió no solo en el tipo de contaminantes, sino también el número de productos alimenticios, parte de las acciones realizadas fueron:

- Coordinación con el Servicio Fitosanitario del Estado MAG para la vigilancia de aflatoxinas en maíz, maní y arroz en aduanas, como resultado no se permitió el ingreso de al menos 3 cargamentos de maíz y de 2 cargamentos de maní contaminados con aflatoxinas;
- Verificación del cumplimiento de los criterios microbiológicos en natillas y dips, productos de carnes rojas y de cerdo preempacadas. De esta actividad se encontró que al menos 3 natillas no cumplían y se encontraban contaminadas con E. coli y dos plantas procesadoras de productos cárnicos tenían problemas de contaminación con Salmonella sp. y Listeria monocytogenes, para la atención de estos hallazgos se coordinó de forma exitosa con el Servicio de Salud Animal (SENASA) del MAG para que tomaran las acciones respectivas.

2 ENTES ADSCRITOS

2.1 Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Si se considera los datos de prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes que cursan el 7°, 8° y 9° grado de colegios, obtenidos con las dos últimas encuestas nacionales en estudiantes de secundaria realizada por el IAFA en los años 2009 y 2012, se encuentra una mejoría en cuanto a la situación de consumo.

Es importante recalcar que los estudiantes del Tercer Ciclo de la Enseñanza General Básica del año 2012, en su conjunto tuvieron la oportunidad de recibir el “Programa de Prevención Aprendo a Valerme por Mi Mismo”, en los últimos tres años de la escuela primaria, lo cual, se podría vincular con la mejoría percibida en los patrones de consumo de bebidas alcohólicas en dicha población.

Según datos de la “Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria”, realizada en el 2012, ante la pregunta sobre la percepción que tienen los y las estudiantes sobre el “Programa Aprendo a Valerme por Mí Mismo”, el 54% respondió sobre temáticas relacionadas con habilidades para la vida y un 41% sobre información sobre drogas y su consumo, en coherencia con los objetivos del programa en cuanto al desarrollo de habilidades para responder adecuadamente a las dificultades que se presentan en su vida cotidiana, entre ellas el consumo de sustancias psicoactivas.

En ese sentido, el IAFA por medio del

desarrollo del “Programa Aprendo a Valerme por Mi Mismo”, con el fin de contribuir a la adopción de estilos de vida saludables, en escolares de la Educación General Básica y en los últimos años se ha venido incorporando población de pre-escolar y los CENCINAI.

En el año 2012, un total de 295.081 niños y niñas participaron del programa del IAFA, que corresponde a 10.019 niños y niñas de CEN CINAI, 69.791 niños y niñas de preescolar, 72.765 de IV grado, 70.682 de V grado y 71.824 de VI grado de la escuela primaria.

Las acciones se desplegaron en 3.561 centros educativos públicos de todo el país, pertenecientes a 178 circuitos educativos del Ministerio de Educación Pública. Lo anterior, significa que el programa tiene presencia en el 100% de los cantones del país. Ahora bien, para que esta intervención se ejecute de manera efectiva se ha requerido capacitar a 17.676 docentes como agentes multiplicadores.

En lo que tratamiento se refiere, el Plan Nacional de Desarrollo contempla una acción estratégica que refiere al fomento y protección de la salud mental y el fortalecimiento de los programas de atención integral de las adicciones. Para ello, se propuso como objetivo, aumentar la cobertura y calidad de los servicios de atención integral a personas con trastornos de consumo de sustancias psicoactivas.

Las acciones desplegadas por el IAFA en los últimos años han permitido un mayor acceso de la población a los programas y servicios

en las diversas regiones del país. Durante el año 2012, se logró una cobertura de 19.356 pacientes atendidos ambulatoriamente en el país y 176 adolescentes ingresados bajo la modalidad de internamiento o servicio residencial.

Al finalizar el año 2012, en los 10 establecimientos del IAFA en que se brindan servicios de tratamiento, se atendió a 19.532 personas que corresponde a un 10% del total de necesitados de tratamiento por consumo de sustancias.

Para el año 2012 el IAFA fiscalizó la labor realizada de 73 programas de ONG que brindan tratamiento en todo el país. Según los datos en disposición del IAFA, dichas organizaciones en su conjunto generaron 5.651 egresos. Es importante, señalar que el IAFA le trasladó recursos que provienen de la Ley N° 7972, a 23 de estas ONG, para que pudieran brindar la atención a la población afecta, por un monto de ₡97.028.522,80.

En la consulta de seguimiento del IAFA para los pacientes que ya no padecen los efectos fisiológicos o emocionales agudos de un reciente consumo de drogas y que necesitan estrategias para modificar su comportamiento, se brindaron 8.421 atenciones, a 1.754 pacientes. Respecto a las personas que acudieron al servicio, la distribución muestra que el 67% de las personas fueron hombres y un 33% corresponde a mujeres.

Por otra parte, el IAFA desarrolla un programa residencial de tres meses de duración, dotado de 24 camas, dirigido a personas menores

de edad, entre 12 y 18 años no cumplidos. Durante el año 2011, fueron ingresados 158 adolescentes, de ellos 104 son hombres y 54 son mujeres.

Si se considera la totalidad de los pacientes atendidos en las diversas modalidades de tratamiento que brinda el IAFA, al finalizar el 2011, se obtiene que se brindaron servicios a 15.493 pacientes, los cuales recibieron en total 45.707 atenciones.

Finalmente, la producción de conocimiento sigue siendo una de las prioridades del IAFA, en el año 2012 se produjo 15 investigaciones, sobresaliendo el trabajo colaborativo en el tema de trauma asociado al consumo de alcohol en salas de emergencias hospitalarias. Este estudio, resulta parte de un proyecto multinacional de la Organización Mundial de la Salud y se ejecutó en la sala de emergencias del Hospital San Juan de Dios. Esta labor responde a la condición de Centro Colaborador de la OMS que ostenta el IAFA.

2.2 Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud

A lo largo de su trayectoria, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) ha consolidado su rol como la institución pública a cargo de la vigilancia epidemiológica basada en laboratorio para la identificación y monitoreo de eventos prioritarios en salud, el aseguramiento de la calidad de los diagnósticos de las redes nacionales de laboratorios, la realización de investigaciones prioritarias en salud pública y la ejecución de actividades de enseñanza

dirigidas a mejorar las competencias de los profesionales y técnicos del área de la salud, educación y sector industrial, entre otros. Desde cada uno de sus cuatro macro-procesos, a continuación se describen los logros más relevantes del año 2012.

2.2.1 Vigilancia epidemiológica

Para facilitar la labor de los Centros Nacionales de Referencia (CNR's), en su función de gestión de las diversas redes de laboratorio de los eventos de vigilancia obligatoria, durante el año 2012 se avanzó en la actualización del sistema de información de la Unidad de Servicio al Cliente (USEC), que es la instancia que recibe las muestras, digita sus datos y las transfiere a los diversos laboratorios, manteniendo una estrecha comunicación con el usuario interno y externo, mediante el envío de resultados y documentación. Algunos logros alcanzados se refieren a la actualización de la boleta de envío y recepción de muestras, estandarizando los eventos bajo vigilancia de laboratorio y otras variables epidemiológicas. Este cambio permitirá generar alertas mediante algoritmos automatizados que envíen mensajes a través de correo electrónico y mensajes de texto, favoreciendo la oportunidad en la respuesta y la sensibilidad de la vigilancia.

Un esfuerzo muy importante fue optimizar el uso y diseminación de los datos de la vigilancia mediante la creación de universos de bases de datos históricas que, desde la creación del Sistema de Información Científica (SIC), se almacenan en el INCIENSA. Mediante

la aplicación de la herramienta de Business Object se elaboraron reportes estándar e informes epidemiológicos periódicos, en forma automática y en función del evento y necesidades de los usuarios de la información.

Este logro se complementa con la actualización de la página web del INCIENSA, que diariamente y semanalmente reporta, mediante el uso de gráficos y cuadros, la frecuencia en la recepción de muestras referidas por sospecha de los diversos eventos de notificación obligatoria, así como la positividad de los resultados de laboratorio.

En el ámbito de las patologías de origen bacteriano, el CNR de Bacteriología ha participado activamente en la vigilancia e investigación epidemiológica de las enfermedades diarreicas, incluyendo tanto brotes como defunciones remitidas por el Organismo de Investigación Judicial, con énfasis en las producidas por *Salmonella*, *Shigella*, *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* patógena, *Campylobacter*, así como enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), incluyendo brucelosis y listeriosis, y se han logrado avances importantes en el fortalecimiento de la vigilancia de la resistencia a los antibióticos basada en laboratorio, tanto en gérmenes nosocomiales como comunitarios.

Otro hecho relevante fue iniciar el proceso de remodelación del CNR de Virología que se concluirá durante el primer semestre del 2013. Con este esfuerzo se mejorarán las condiciones de bioseguridad y de organización del espacio físico del laboratorio, fortaleciendo

sus capacidades para brindar un mejor servicio a las necesidades del país en este campo. En lo que respecta a la vigilancia de Influenza y otros virus respiratorios, en conjunto con el Ministerio de Salud y CCSS, se actualizó el protocolo y procedimientos de vigilancia de laboratorio de este evento, para adecuarlo a los criterios recomendados y la realidad del país.

Para promover una mejor vigilancia de la leptospirosis, el CNRL inició el proceso de incorporación de técnicas moleculares para el diagnóstico de este agente, adicionalmente al empleo de diferentes técnicas para la determinación de anticuerpos y al incremento en el número de aislamientos autóctonos de leptospira. En relación a las parasitosis, el CNRP incluyó nuevas técnicas moleculares para el diagnóstico de la malaria, con lo cual se mejoró la caracterización de los mecanismos de transmisión y la determinación de las especies de *Plasmodium*.

Un logro de gran importancia fue el inicio de operaciones del único laboratorio del país que tiene una contención nivel 3. Este laboratorio se ubica en las instalaciones del CNR de Tuberculosis del INCIENSA, que es el centro de referencia para la identificación del *Mycobacterium tuberculosis* y otras micobacterias, así como para las pruebas de resistencia a drogas anti tuberculosas. El nuevo laboratorio de bioseguridad nivel 3 tiene un área total de construcción del 171m², con instalaciones totalmente herméticas, que cuentan con mecanismos de cierre automático e interbloqueo, utilizando de diversos sistemas de contención con presiones internas negativas,

para impedir la salida de microorganismos que se transmiten por vía aérea.

Con la creación de este laboratorio se fortalecieron las capacidades nacionales para dar cumplimiento a las regulaciones establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional. Este logro permite que Costa Rica brinde una respuesta oportuna y efectiva a alertas generadas ante la aparición de mutaciones de agentes infecciosos, nuevos microorganismos y cepas resistentes a los antimicrobianos, garantizando el nivel adecuado de bioseguridad para el manejo de muestras, con lo cual se protege la población del país y los trabajadores de salud.

Además del mejoramiento de la infraestructura, el CNRTB optimizó los métodos diagnósticos, elevando la sensibilidad de las técnicas, reduciendo el tiempo de respuesta de los resultados e incorporando nuevos métodos de cultivos sólidos y líquidos, así como técnicas de biología molecular.

La vigilancia epidemiológica que realiza el INCIENSA también incluye sistemas especializados como es el monitoreo de los defectos congénitos, que realiza la Unidad de Enfermedades Congénitas (CREC). En el año 2012 se concluyó el análisis del efecto de la inmunización contra rubéola como causa de Síndrome de rubéola congénita y se están realizando una serie de análisis históricos de datos del registro sobre las malformaciones de mayor prevalencia en el país, como las cardiopatías congénitas y defectos del tubo

neural.

La Unidad de Salud Oral, en cumplimiento de su responsabilidad de coordinar el Programa Nacional de Fluoruración de la Sal como estrategia de intervención para reducir la caries dental, realizó a finales del año 2012 un estudio piloto mediante el diseño de una muestra representativa de la Gran Área Metropolitana, cuyos resultados están en proceso de análisis. Esta información será de gran utilidad para determinar la prevalencia de caries y fluorosis en la población de niños de 7 a 8, 12 y 15 años de edad, y constituirá un insumo esencial para monitorear el efecto de la ingesta de flúor en la salud oral de esta población.

2.2.2 Aseguramiento y verificación de calidad

En apoyo a la detección y seguimiento de Enfermedades Crónicas, como la diabetes e hiperlipidemias, el CNRQC coordina el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química Clínica (PEEDQC), el cual ha impulsado el mejoramiento continuo de la calidad en las determinaciones de colesterol total, triglicéridos, HDL-colesterol, glucosa, nitrógeno ureico y creatinina de la red de laboratorios clínicos del país.

Durante el año 2012 participaron 161 laboratorios clínicos del país (105 públicos y 56 privados) en las rondas de evaluación del desempeño de estos analitos, mostrando resultados excelentes en la mayoría de los establecimientos evaluados. Esta información refuerza la tendencia creciente y el efecto positivo de este programa en los procesos de

mejora de la calidad del diagnóstico y control de estas enfermedades.

Es importante señalar la cobertura universal de este programa, al beneficiar a toda la población y, sobre todo, su aporte a la reducción de las brechas en la calidad del diagnóstico de estas enfermedades, pues incorpora los laboratorios que cubren a la población que reside en las áreas más rurales y alejadas del territorio de Costa Rica.

La implementación de los programas de aseguramiento de la calidad mediante procesos de confirmación diagnóstica y evaluaciones externas del desempeño en malaria y chagas, contribuyó a garantizar la calidad en el diagnóstico de estas enfermedades e identificar necesidades de capacitación de los laboratorios de la red.

La confirmación diagnóstica también se implementa en la red de laboratorios de bacteriología, mediante el envío de cepas para tipificación y determinación de los perfiles de resistencia a los antibióticos de agentes nosocomiales y comunitarios, así como en los laboratorios que realizan el diagnóstico de tuberculosis, para lo cual enviaron láminas de baciloscopías de todo el país, para ser analizadas en el CNRTB, así como aislamientos del *Mycobacterium tuberculosis*, para su confirmación y la realización de otros análisis.

El Centro Nacional de Referencia de Bromatología (CNRBro) es la unidad del INCIENSA responsable de verificar la calidad y los niveles de micronutrientes de los alimentos fortificados por ley y de la realización de

análisis químicos a los alimentos para el consumo humano según lo establecido por las regulaciones sanitarias del país.

Durante el año 2012, se identificó que: el contenido de ácido fólico en harina de trigo, arroz y en leche alcanzó un valor promedio acorde con el establecido en las regulaciones; el 91% de las muestras de harina de trigo analizadas cumplieron con la norma de contenido de hierro; la totalidad de las muestras de azúcar del comercio cumplían con la normativa en lo que respecta al nivel de vitamina A; y los valores de yodo en sal de muestras tomadas en las salineras estaban, en general, ubicados dentro del rango establecido en el decreto de fortificación.

Los CNRs del INCIENSA también se articulan con centros supranacionales de referencia y participan en evaluaciones internacionales externas para garantizar su óptimo desempeño. Durante el año 2012, los resultados mostraron resultados de excelencia en las evaluaciones externas, corroborando la calidad de las determinaciones que realizan los CNRs del INCIENSA.

2.2.3 Enseñanza

En apoyo al fortalecimiento de redes de vigilancia, se realizaron pasantías con el objetivo de mejorar las capacidades diagnósticas de los equipos de laboratorio que habían mostrado dificultades en la evaluación del desempeño para el diagnóstico de la tuberculosis, y se capacitó a personal de algunas regiones en el diagnóstico de malaria.

También se realizaron videoconferencias

dirigidas al personal de la CCSS relativas al rol del laboratorio en el diagnóstico de enfermedades virales y parasitarias, y la resistencia antimicrobiana en infecciones nosocomiales.

Se impartieron también pasantías a extranjeros, entre ellas, las realizadas por el CNR de Bacteriología a funcionarios del Instituto Conmemorativo Gorgas de Panamá. Se participó también en acciones de enseñanza a nivel de formación de estudiantes de la Universidad de Costa Rica de las carreras de microbiología en temas de bacteriología, virología, parasitología, tuberculosis, entre otros.

Cabe señalar, el Proyecto de Intervención Nutricional en Enfermedades Crónicas (PINEC), el cual, bajo la dirección de un grupo de nutricionistas de la Unidad de Salud y Nutrición del INCIENSA, se encuentra transfiriendo una modalidad de atención grupal de la diabetes a las nutricionistas de diversos establecimientos de la CCSS.

En el mes de abril del 2012, se impartió el curso Detección y Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos en Bacterias de Importancia de Salud pública, que contó con el apoyo de expertos en tema de antimicrobianos del Instituto Malbrán de Argentina, para capacitar al personal de los laboratorios clínicos de la CCSS y también laboratorios privados que conforman la red nacional de laboratorios.

Asimismo, con el fin de fortalecer la capacidad de los laboratorios para detectar, responder y prevenir las enfermedades transmitidas por

alimentos (ETAS), en mayo-junio del 2012 se llevó a cabo en el INCIENSA, el II Curso Avanzado de la Red Global de Infecciones Transmitidas por Alimentos (GFN por sus siglas en inglés), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para la región de Centroamérica, México y el Caribe de habla hispana. El objetivo de esta actividad fue fortalecer el vínculo entre epidemiólogos, microbiólogos y veterinarios y la colaboración intersectorial entre salud humana, veterinaria y alimentos, así como la vigilancia basada en laboratorio.

El Nodo del Campus Virtual de Salud Pública está coordinado por el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), en su condición de institución adscrita al Ministerio de Salud, especializada en el área de enseñanza e investigación. Durante al año 2012 se impartió en forma virtual el Curso de Epidemiología de Campo, que durante muchos años se había aplicado mediante una modalidad presencial. Actualmente se está evaluando esta experiencia para incorporar los ajustes necesarios y ampliar su cobertura a las poblaciones meta que se identifiquen prioritarias para capacitarse en esta temática.

2.2.4 Investigación

En el transcurso del año 2012 se realizaron 12 publicaciones científicas que versaron sobre temas variados de importancia para la salud pública. De éstas, seis estuvieron relacionadas con aspectos nutricionales de trascendencia para el desarrollo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Cabe destacar las publicaciones relacionadas con el consumo de sal y sodio, que arrojan datos relevantes sobre los conocimientos, percepciones, y comportamientos asociados a la ingesta de este mineral en el país y que constituyen un insumo fundamental para el diseño de políticas públicas en la materia, y la relacionada con las grasas trans, que tras una revisión del conocimiento existente sobre los efectos deletéreos de su consumo aboga por la prohibición de este tipo de grasas en los alimentos procesados.

A su vez, dos publicaciones abordaron el tema de la leptospirosis, enfermedad con una alta tasa de letalidad que impacta a la población laboral joven y turistas que visitan el país, y sobre la cual existe poca información. Con respecto a las investigaciones en curso, se están llevando a cabo diversas investigaciones para profundizar en el conocimiento de enfermedades de origen bacteriano, como el estudio para evaluar el efecto de la estrategia capullo en la severidad y mortalidad de casos de tos ferina (*Bordetella pertussis*) y el análisis de tendencias de los serotipos circulantes de neumococo para determinar el cambio durante la etapa post introducción de la vacuna contra neumococo.

En el ámbito de la salud infantil, se están implementando estudios orientados a evaluar e identificar alternativas de mejora de la calidad de la atención de defectos que, como las cardiopatías congénitas, constituyen una causa significativa de mortalidad en la infancia que, además, genera una elevada carga de enfermedad en la población infantil.

2.3 Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral

La Dirección Nacional tiene como Misión Institucional “Contribuir al bienestar actual y futuro de los niños y niñas desde su periodo de gestación hasta menos de 13 años, brindando servicios de salud en atención y protección infantil, nutrición preventiva, y promoción del crecimiento y desarrollo infantil con calidad, accesibles y equitativos; dirigidos a la niñez desde su periodo de gestación hasta los 13 años, a sus grupos familiares y comunidad, impulsando la participación social”, la que se operativiza a través de cinco Objetivos Estratégicos Institucionales los cuales pretenden incrementar la cobertura de atención en los Servicios de Nutrición Preventiva y en Atención y Protección Infantil, Promover el Crecimiento y Desarrollo Infantil, Ser una Dirección Nacional que lidere, articule y controle su gestión, así como el Desarrollo y fortalecimiento de la Dirección Nacional de CEN CINAI.

En el marco de los objetivos estratégicos de la Dirección Nacional de CEN-CINAI se presentan los principales logros obtenidos durante el 2012. En el nivel local, a través de del servicio diario de Atención y Protección Infantil (cuido diario) brindado en los 644 establecimientos CEN-CINAI distribuidos en todo el territorio nacional, se atendieron un total 23,511 niños y niñas, incrementando la cobertura en éste servicio y logrando a la fecha un acumulado de 5160 niños de nuevo ingreso para el período 2011-2014.

Según los informes mensuales de alimentación complementaria la Dirección Nacional de CEN-CINAI, atendió en los diferentes servicios de nutrición preventiva a 124.728 niños(as), madres embarazadas o lactantes en condición de vulnerabilidad por pobreza o riesgo social.

Los servicios de nutrición preventiva contemplan el servicio diario de comidas servidas a clientes que residen cerca de los establecimientos CEN-CINAI y mediante la estrategia de extramuros la distribución mensual de alimentos como leche íntegra en polvo y/o paquetes de alimentos en espacios comunales o centros de distribución, acompañada de acciones educativas, tendientes mejorar el desarrollo de los niños(as) y brindar acompañamiento a sus padres en la tarea de crianza de los mismos.

Desde el año 2005, la Dirección Nacional de CEN-CINAI ha estado interesada en conocer el efecto logrado por los servicios en el estado nutricional de los niños y niñas clientes del programa y es a partir del 2012 que implementa la metodología para evaluar el efecto en el

desarrollo psicomotor de los niños y niñas.

El estudio evaluó el efecto en los niños y niñas clientes de los servicios de atención y protección infantil (API) y de distribución de alimentos a familias (DAF) durante el año 2011. Esta evaluación toma como referencia dos evaluaciones en el estado nutricional y del Desarrollo Psicomotor con más de 10 meses entre una. Para este estudio se tomaron los 6 establecimientos CEN CINAI con mayor cobertura por Oficina Local, es decir 46% del total de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral.

2.3.1 Estado Nutricional

El estudio considera a todos los niños y niñas independientemente de su estado nutricional, teniendo la gran mayoría de estos un estado nutricional normal. Los resultados obtenidos nos muestran que la población atendida mantiene o mejora su estado nutricional (más de un 90%), lo que indica que la atención que recibieron le permite mantener un crecimiento adecuado, según lo muestra el siguiente cuadro:

Cuadro N°5.4
Número de usuarios atendidos, según efecto encontrado (mejora, igual o baja),
por indicadores P/E, P/T, T/E, IMC. Efectos 2011- 2012.

INDICADOR	MEJORA	%	IGUAL	%	BAJA	%	TOTAL
Peso/Edad	609	11,3	4304	80,2	453	8,4	5366
Peso/Talla	589	11,0	4300	80,1	478	8,9	5367
Talla/Edad	801	14,9	4073	75,9	492	9,2	5366
IMC	76	11,7	519	79,7	56	8,6	651

Fuente: Dirección Nacional CEN-CINAI

2.3.2 Desarrollo Psicomotor y Afectivo

En el año 2012 se realiza por primera vez la evaluación de efectos en el desarrollo, en ella se incluyeron igualmente los 6 establecimientos CEN CINAI con mayor cobertura en los servicios de API y DAF y las

dos evaluaciones realizadas tenían no menos de 10 meses entre una y otra.

La información del siguiente cuadro, refiere el porcentaje de mejora de niños y niñas que presentaban algún problema de desarrollo, para cada una de las áreas de desarrollo evaluados.

Cuadro N°5.5

Porcentaje de usuarios con mejora en el desarrollo, según área el desarrollo en la evaluación de efectos en el desarrollo. Dirección Nacional de CEN-CINAI. 2011-2012

SERVICIOS	ÁREAS DEL DESARROLLO					
	MOTORA GRUESA	MOTORA FINA	COGNOSCITIVA	LENGUAJE	SOCIO-AFECTIVA	HÁBITOS DE SALUD
Atención y protección infantil (API)	85,6	85,2	71,0	63,3	82,6	83,3
Distribución alimentos a familias (DAF)	69,7	64,2	57,9	56,7	80,8	71,6
TOTAL	78,3	75,4	66,7	60,7	81,7	77,8

Fuente: Dirección Nacional CEN-CINAI

En el cuadro se puede observar, como la mayor parte de los niños y niñas mejoraron. Se evidencia que son más los niños y niñas del servicio de API que mejoran en relación a los niños y niñas de DAF. Lo anterior, se debe a que los usuarios de API reciben un servicio diario que les permite mayor oportunidad de progresar en su desarrollo, mediante la atención integral que reciben en las aulas.

de Alimentos a Familias (DAF), la mayoría de los niños y niñas reciben actividad educativa mensual durante la entrega de alimentos para consumo en el hogar.

En el siguiente cuadro, se resume la información sobre el número de usuarios que tuvieron como resultado de su evaluación la clasificación de bajo en una o más áreas, permitiendo observar el comportamiento entre la primera y la segunda evaluación.

Por el contrario, en el servicio de Distribución

Cuadro N°5.6

Número de usuarios según cantidad de áreas del desarrollo con resultado bajo para la primera y segunda evaluación. Dirección Nacional de CEN-CINAI. 2011-2012

SERVICIOS	ÁREAS BAJAS EN LA PRIMERA EVALUACIÓN						ÁREAS BAJAS EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN						
	1 ÁREA	2 ÁREAS	3 ÁREAS	4 ÁREAS	5 ÁREAS	6 ÁREAS	0 ÁREAS	1 ÁREA	2 ÁREAS	3 ÁREAS	4 ÁREAS	5 ÁREAS	6 ÁREAS
Atención y protección infantil (API)	557	214	70	27	15	10	619	215	35	15	5	2	2
Distribución alimentos a familias (DAF)	259	142	56	24	12	22	304	138	39	17	6	5	6
TOTAL	816	356	126	51	27	32	923	353	74	32	11	7	8

Fuente: Dirección Nacional CEN-CINAI

En el desarrollo de nuevas modalidades de atención a grupos vulnerables como lo son los bebés, se ha iniciado en la región Chorotega y la Central Norte sesiones de estimulación del Crecimiento y Desarrollo a niños menores de 2 años que asisten a los servicios de comidas servidas. Sesiones en las que participan las madres y los niños

Con el objetivo de mejorar el acceso de los niños(as) a los servicios de cuidado diario brindados en los establecimientos CEN CINAI, se promueve el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de dichos establecimientos, por lo cual en el 2012 se logra concluir 39 obras de las cuales 14 construcciones, 11 ampliaciones, 14 son reparaciones mayores. Dichas obras permitirán ampliar la oferta de servicios o mejorar las condiciones de los establecimientos en cuanto a seguridad y cumplimiento de la Ley 7600. Se logra iniciar la atención de niños y niñas en el CEN Sabanilla de Alajuela, establecimiento que fue destruido por el terremoto de Cinchona en el 2009, y que fue construido con aportes del Ministerio de Salud, el CEN de Nueva Cinchona construido con fondos de la Comisión Nacional de Emergencias y el de San Isidro de la Laguna de Fraijanes iniciarán funcionamiento en el 2013.

Otro logro importante de destacar es la contratación de servicio para trasladar a los niños y niñas clientes de los servicios de Atención y Protección Infantil (API) con dificultad en el acceso a los establecimientos por la distancia de su domicilio o la

peligrosidad en el traslado.

2.3.3 Coordinación interinstitucional

Mediante la estrategia de coordinación interinstitucional e intersectorial se ha conformado la Red SAID en el nivel regional y redes Risas en el nivel local, con el fin optimizar recursos y facilitar el contratación del servicio de busetas para trasladar a los niños y niñas clientes de los servicios de Atención y Protección Infantil (API) con dificultad en el acceso a los establecimientos por la distancia de su domicilio o la peligrosidad en el traslado abordaje conjunto de los casos referidos, logrando ser más eficientes y efectivos en su abordaje. Participan instituciones como la CCSS, Ministerio de Educación, PANI, IMAS y Fiscalía

En coordinación con la Fundación PANIAMOR se da inicio a la capacitación de funcionarios y miembros de las Asociaciones de Desarrollo Específico Pro CEN-CINAI sobre el modelo de niñez ciudadana para fortalecer la capacidad de agencia de los niños y niñas clientes de CEN-CINAI fomentando entornos igualitarios, de respeto, pensamiento crítico y creativo, autonomía, participación real y la libertad.

En coordinación con Instituciones como el PANI, PANIAMOR y MUCAP se implementaron proyectos tendientes a desarrollar una cultura de paz en los niños y niñas, como lo es el proyecto denominado "Haciendo Cultura de Paz en y desde la Primera Infancia", en el cual como producto final se entrega a cada Asistente de la Salud del Servicio Civil 2 (maestra) una caja de herramientas con



materiales esencialmente diseñada para abordar la temática en su trabajo cotidiano con los(as) niños y niñas de los establecimientos.

En el marco de la Política de Igualdad y Equidad de Género y el compromiso adquirido por la Institución en su Plan de Acción, se trabajó en coordinación con el INAMU talleres para el personal con el objeto de revisar modelos tradicionales como Sistema Patriarcal, Socialización de Género y Currículo oculto de Género con el fin de ir cambiando estructuras de género excluyentes y dañinas.

Se amplía el programa “Creciendo con la Música” a cinco centros: CINAI Desamparados, CINAI Santa Catalina de Pavas, CINAI Gravilias de Desamparados y CEN León XIII del área metropolitana y CEN de Upala y Guatuso de la región Central Norte. Y se inicia con el patrocinio privado un proyecto

de estimulación musical en el CEN de San Francisco de San Isidro de Heredia

Para mejorar las condiciones de acceso a servicios de salud de la población que habita los “Cordones Fronterizos” la Dirección Nacional de CEN-CINAI logra mediante el financiamiento de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) construir y remodelar 7 Centros de Educación y Nutrición ubicados en los cantones de Guatuso, Upala y Los Chiles. Gracias a esto unos 513 niños y niñas, entre los 0 meses y los 13 años, tendrán mejores espacios para alimentarse, jugar y crecer. Además, el proyecto ha permitido acceder a 3550 familias de las comunidades más alejadas de dichos cantones con los servicios de leche integra en polvo, paquetes de alimentos para las familias y talleres educativos para los padres, madres o encargados.

CAPITULO VI

Cumplimiento de Metas del Ministerio de Salud
del Plan Nacional de desarrollo 2011-2014
"María Teresa Obregón Zamora"

METAS DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL PND 2011- 2014

Ministerio Salud durante el período 2012, del Plan Nacional de Desarrollo “María Teresa Obregón Zamora” 2011-2014.

A continuación se presenta un resumen del estado de cumplimiento de las metas del

Planeación de Metas de Acciones Estratégicas PND 2011-2014			Programación Anual	Evaluación Resultado de las metas anuales al 31 de Diciembre	
Acción Estratégica	Meta-PND	Indicador	Meta anual programada	Resultado	% de cumplimiento de la meta
1.2. Acceso a los servicios de salud de atención integral a las personas con equidad, calidad, seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social.	Atender de forma diferenciada al 100% de las personas menores de edad trabajadoras detectadas según el protocolo establecido a partir del 2012.	Porcentaje de personas menores de edad trabajadoras detectadas atendidas.	100%	100%	100%
1.3. Desarrollo de una respuesta efectiva para el abordaje integral del cáncer.	Sistema del Registro Nacional de Tumores automatizado e Implementado 2012: Etapa 1 2013: Etapa 2 2014: Etapa 3	Etapas de avance	Etapas 1 Diseño y desarrollo del sistema	Etapas 1 Diseño y desarrollo del sistema concluida	100%
Acceso a servicios de salud de protección y mejoramiento del hábitat humano con equidad, calidad y seguridad	25% de incremento en la cantidad de todos tratados	Porcentaje de incremento	6,25%	16,45	263,20%
Protección, restauración, mejoramiento y uso sostenible del hábitat humano	5025 sistemas húmedos instalados (inodoro y tanque séptico) 2011: 525 2012: 1500 2013: 1500 2014: 1500	Número de sistemas húmedos instalados	1500	1350	90%
Protección, restauración, mejoramiento y uso sostenible del hábitat humano	1200 letrinas secas instaladas	Número de letrinas secas instaladas	400	327	81,70%
Protección, restauración, mejoramiento y uso sostenible del hábitat humano	48 cantones con Planes Municipales de Gestión Integral de Residuos (GIR) en ejecución	Porcentaje de aumento	11	10	95,30%

Como se aprecia en el cuadro anterior, el Ministerio de Salud obtuvo los siguientes logros:

- En cuanto a las personas menores de edad trabajadoras detectadas atendidas se reportaron 93 personas menores de edad atendidas, de las cuales 41 son menores de 15 años y 52 entre 15 y 18 años. Se logro avanzar en esta área realizando la divulgación de instrumentos y sensibilización para la detección de los casos, lográndose el 100% de la meta propuesta para el 2012.
- Con respecto al Sistema del Registro Nacional de Tumores automatizado e Implementado se concluyó con la primera etapa que corresponde al diseño y desarrollo del sistema de registro automatizado, como se estableció en la meta para el año 2012.
- En relación con el incremento en la cantidad de lodos tratados, se obtuvo un cumplimiento de un 263,20%, debido a la construcción y entrada en operación de varias plantas de tratamiento de lodos que no estaban programadas. Actualmente se encuentran operando 10 plantas de

tratamiento de lodos, de acuerdo a la normativa establecida a nivel nacional. Lo anterior, por las acciones de promoción que la institución realiza para el uso de las mismas por parte de los transportistas de lodos.

- Al concluir el año 2012 se han logrado elaborar 10 de los 11 planes municipales programados para el año 2012, logrando un cumplimiento de un 95.3%. El Ministerio de Salud en materia de gestión integral de residuos, está liderando el proceso con diferentes estrategias, como: Planes municipales de gestión integral de residuos y Promoción y divulgación de la Ley de Gestión Integral de Residuos.

Como aciertos el Ministerio de Salud, ha logrado que todas las municipalidades estén anuentes a desarrollar los planes a nivel de las comunidades, favoreciendo la mejor disposición de los residuos tanto a nivel de municipalidades y de su población, ha generado nuevos empleos con la apertura de centros de acopio de residuos valorizables y se ha evidenciado el cambio cultural de las personas que han aceptado el reciclaje de residuos, contribuyendo a disminuir la contaminación ambiental.

CAPITULO VII

Inversión del Sector Salud

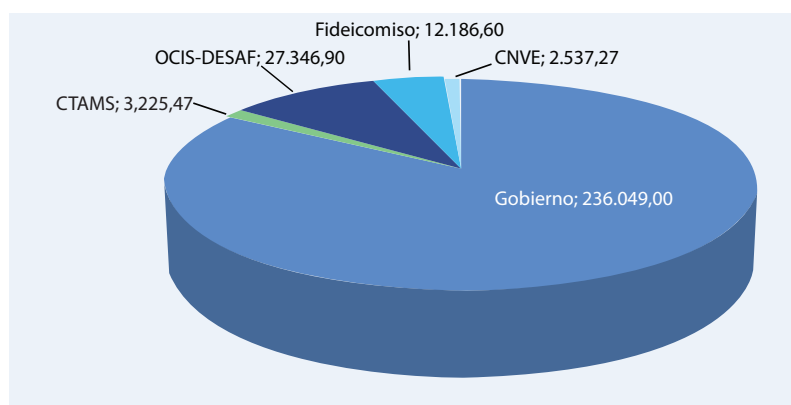
1. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Se presentan los montos destinados en los presupuestos utilizados por los diferentes organismos del Ministerio de Salud, para cumplir la función que ejerce como ente rector a nivel nacional. A los Organismos presupuestarios del Ministerio se les asignó un monto de ₡353.457,88 millones, esta cifra

incluye Transferencias de Capital a Empresas Descentralizadas no Empresariales por un monto de ₡72.112,63 millones, monto que restado al total presupuestal deja un monto a ejecutar por la institución de ₡281.109.26 millones, distribuido de la siguiente manera:

Por organismo

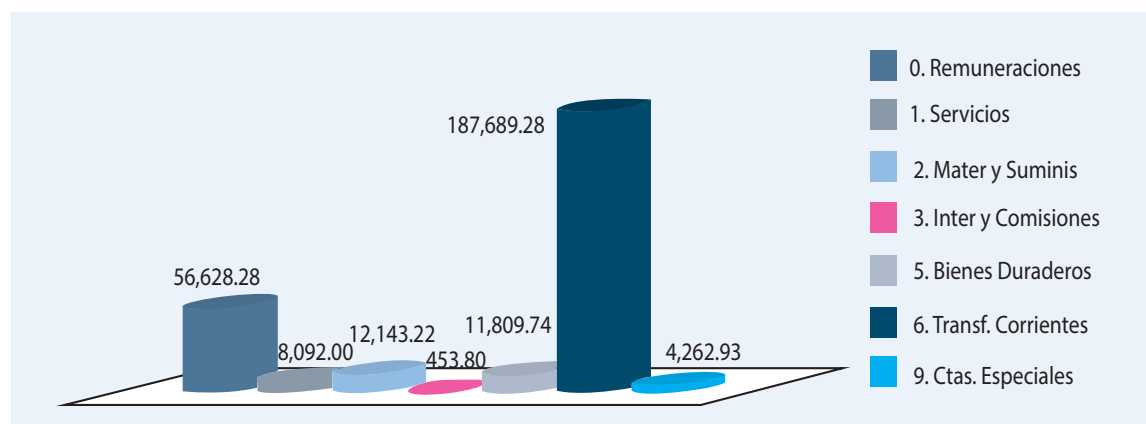
Gráfico N°7.1
Presupuesto Ministerio de Salud por Organismos. Diciembre 2012
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S. Informes de ejecución periodo 2012 Sistema (SIAF)

Por partida Presupuestaria

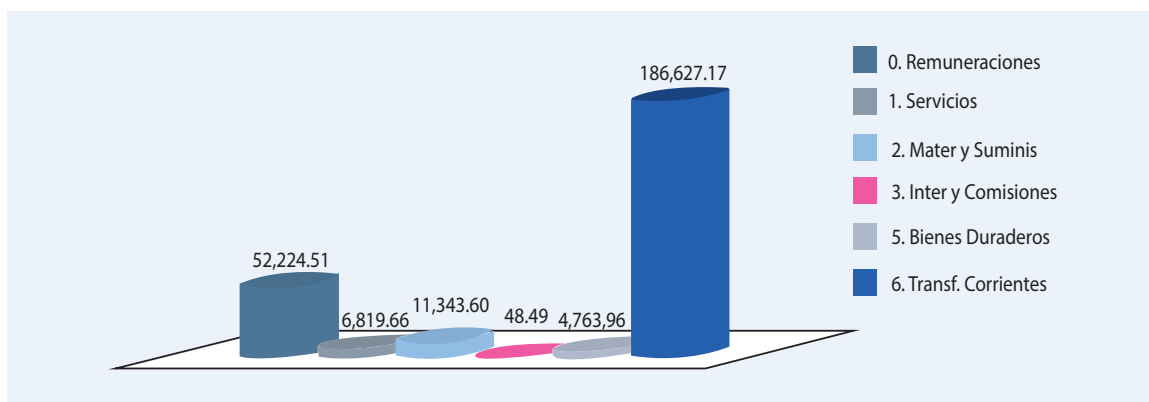
Gráfico N°7.2
Presupuesto por partidas del Ministerio de Salud. Diciembre 2012
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S. Informes de Ejecución periodo 2012 Sistema (SIAF).

Con estos datos podemos evidenciar que el presupuesto tiene una tendencia creciente en relación con los montos presupuestados del periodo anterior, como creciente es también la ejecución realizada, la cual se muestra mediante el siguiente gráfico.

Gráfico N°7.3
Ejecución por partidas del Ministerio de Salud. Diciembre 2012
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S. Informes de Ejecucion periodo 2012 Sistema (SIAF).

El porcentaje de ejecución es del 92.41%, esta ejecución se puede calificar como óptima, logrando con esto realizar las actividades principales del Plan Anual Operativo del periodo, cabe destacar que la partida 5 Bienes Duraderos presenta problemas con su ejecución debido a que contempla proyectos de construcción que por sus características resulta difícil ejecutarlas en un solo periodo.

Cuadro N°7.1
MINISTERIO DE SALUD PRESUPUESTO Y EJECUCION
Por partida presupuestaria para el año 2012
Costa Rica (en millones de colones)

PARTIDA PRESUPUESTARIA	TOTAL PRESUPUESTO ₡	TOTAL EJECUTADO	
		₡	%
0. Remuneraciones	56.658,28	52.224,51	92,17%
1. Servicios	8.092,00	6.819,66	84,28%
2. Materiales y Suministros	12.143,22	11.343,60	93,42%
3. Inter y Comisiones	453,80	0,00	0,00%
5. Bienes Duraderos	11.809,74	4.763,96	40,34%
6. Transferencias Corrientes	187.689,28	184.627,17	98,37%
9. Cuentas Especiales	4.262,93	0,00	0,00%
TOTALES	281.109,26	259.778,90	92,41%

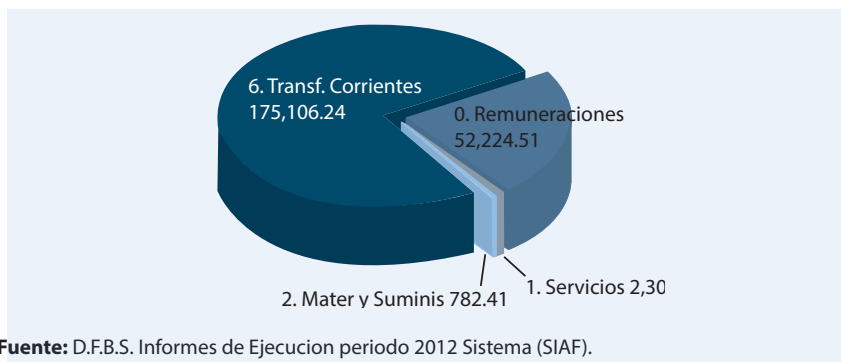
Fuente: D.F.B.S. Informes de Ejecucion periodo 2012 Sistema (SIAF).

A continuación se describe en orden descendente la ejecución y rubros ejecutados por organismo y subpartida presupuestaria, Gobierno Central ¢308.061,63 millones, este rubro lo aprueba la Asamblea Legislativa, en este organismo se encuentra inmerso el monto destinado a las Transferencias de Capital, el cual se rebaja por las razones expuestas en el párrafo anterior, quedando un total de ¢236.049.00 millones, de los cuales se ejecutó el 97.61% equivalente a ¢230.421.65 millones, de los cuales se destacan ¢52.224.51 millones, que corresponden a la partida de remuneraciones para el pago de los funcionarios en los tres niveles de gestión (central, regional y local), 426 puestos administrativos, avocados a la función de la gestión Intrainstitucional, 2073 puestos asignados al programa de Rectoría de la Producción Social de la Salud, distribuidos en los tres niveles de gestión y 2184 puestos destacados en la provisión de servicios de salud, funcionarios que atienden el área local, cabe destacar que con este personal se atiende planes de interés nacional como la Red de Cuido y Saneamiento Básico Rural.

Otra de las partidas importantes de mencionar en este organismo es la partida de Transferencias Corrientes con un total de ¢175.485.96 millones, monto que se destina para las instituciones descentralizadas del Ministerio de Salud como lo son Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Patronato Nacional de Ciegos, Patronato Nacional de Rehabilitación, Comisión Nacional de Vacunación, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, el aporte para este sector es de ¢15.701.79 millones, así como también para instituciones del sector privado dedicados a brindar servicios de salud como Cruz Roja por un monto de ¢4.116.49 millones, organismos internacionales ¢219.89 millones y por último en esta partida y no por eso menos importante el rubro destinado a las Instituciones Descentralizadas no Empresariales con un monto de ¢154.211.61 millones.

Las partidas de Remuneraciones y Transferencias Corrientes constituyen el 24% y 74.34% respectivamente para un total de 98.34% del total presupuesto del organismo Gobierno Central, lográndose ejecutar de la siguiente manera:

Gráfico N° 7.4
Ejecución Gobierno Central Diciembre 2012
(en millones de colones)



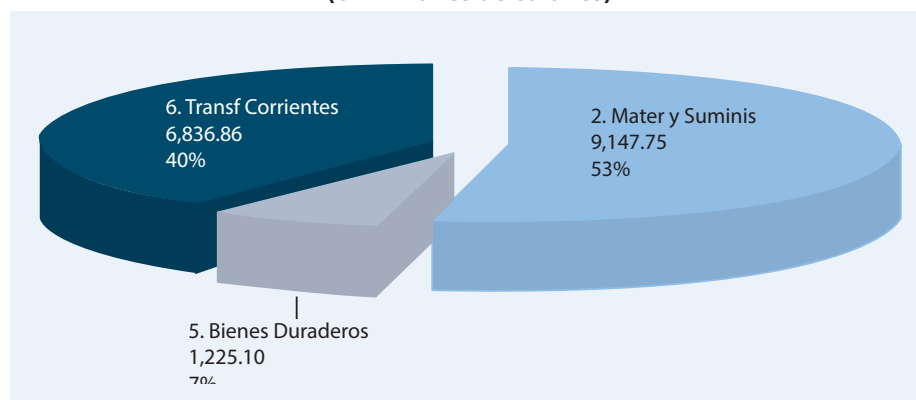
Oficina de Cooperación Internacional de la Salud, Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (OCIS-DESAF)

Este organismo presupuestario se encarga de administrar los recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Ley N° 5662 de 1974) entre otros, dentro de los fines más importantes de este programa es la gestión realizada para el logro de la igualdad de oportunidades que merecen las ciudadanas y ciudadanos, en especial aquellos que se encuentran en condiciones de pobreza.

Para el período 2012 el presupuesto total asignado fue de ₡27.346,9 millones, de los cuales el monto devengado alcanza el 62,93% equivalente a ₡17.209,71 millones. En relación con la ejecución de las partidas de este organismo podemos señalar que del total presupuestado se asignó ₡9.488.79 millones en cuentas especiales, lográndose re-presupuestar ₡6.573.97 millones.

Para ejecutar la partida de materiales y suministros se utiliza dos modalidades intramuros y extramuros. Se utilizaron ₡9.147,75 millones para la adquisición de leche en polvo, destinados a la atención de 161.142 usuarios mensuales en diferentes modalidades (Niños, niñas y madres en período de lactancia para consumo en hogar, niños, niñas y madres en período de lactancia para consumo en el centro). Además la adquisición de raciones de alimentos para la atención de 7.325 familias, dentro de las cuales se encuentran niños que sufren desnutrición moderada o severa, asimismo con la modalidad de comidas servidas intramuros se logro beneficiar a 303 menores con edades de 6 meses a 2 años, 29.206 niñas y niños menores de 7 años, 3.669 niños y niñas con edades de siete a trece años y un total de 2.982 madres gestantes.

Gráfico N°7.5
Ejecución OCIS Diciembre 2012
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S. Informes de Ejecucion periodo 2012 Sistema (SIAP).

Adicionalmente se beneficia con paquetes de raciones de alimentos a 7.325 usuarios mediante la modalidad DAF.

Cabe mencionar que mediante la implementación de la estrategia intramuros reforzada con el programa de red de cuido se logró el aumento en 3.147 usuarios, situación que mejora el acceso y la cobertura en la población con escasos recursos económicos.

Por otro lado, se realizaron transferencias por ₡6.836,86 millones, a las Asociaciones de Desarrollo Específico Pro CENCINAI y Bienestar Comunal, creadas al amparo de la ley N° 3859 de DINADECO, para compra de alimentos frescos requeridos según los menús establecidos, para la prestación del servicio de comidas servidas durante 12 meses del año.

Este organismo presupuestario destina a la partida bienes duraderos ₡5.302.36 millones y se ejecutó ₡1.225.1 millones, utilizados para

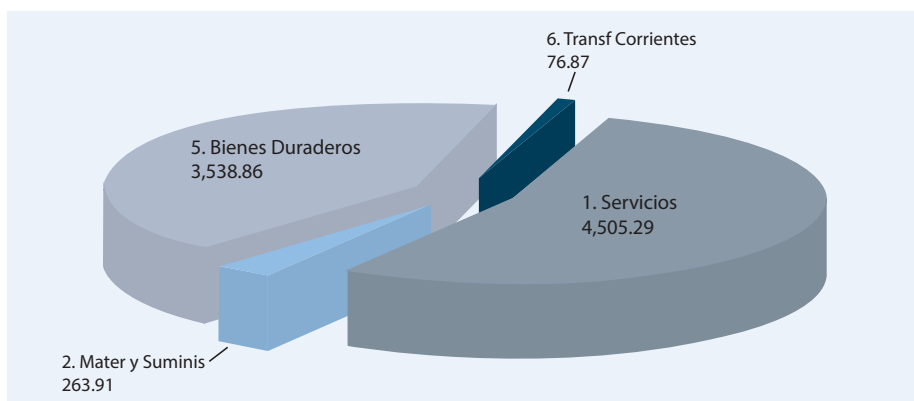
mejorar y crear nuevos centros de servicio, debemos hacer notar que la ejecución se ha visto afectada por lo complejo y largo de los procesos de contratación.

Fideicomiso 872 Ministerio de Salud – Banco Nacional de Costa Rica

Este instrumento tiene su origen en el año 2002, nace mediante convenio realizado con el Banco Nacional de Costa Rica, cuyo objetivo es canalizar el financiamiento de los programas y actividades relacionados con construcción, reparación de infraestructura sanitaria, investigación, desarrollo tecnológico, formación, además para el fortalecimiento, desarrollo, actualización y mejoras de algunos programas que tiene el Ministerio de Salud.

En el periodo 2012, se presupuestaron ₡12.186,60 millones de los cuales se han devengado 68.8% equivalente a ₡8.384,92 millones.

Gráfico N°7.6
Ejecución de FIDEICOMISO Diciembre 2012
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S. Informes de Ejecucion periodo 2012 Sistema (SIAF).

La ejecución de este organismo presupuestario está compuesta de la siguiente forma:

Servicios: \$4.505,29 millones, los cuales se utilizaron en el pago de alquiler de locales para habilitar el funcionamiento de áreas rectoras que logren el desempeño de las funciones, además se logró el alquiler de equipo como fotocopiadoras, se realizaron talleres dirigidos a los diferentes actores sociales, que interactúan con el Ministerio en el desarrollo de servicio y asistencia social, así como también contratación de servicios de limpieza, seguridad y mantenimiento de flotilla vehicular.

Con la partida de bienes duraderos se logró la adquisición de equipo necesario para dotar a una parte de los funcionarios de una herramienta que le permita llevar a cabo sus funciones, además se logró destinar fondos para la construcción y mejoras de los centros de nutrición de Puntarenas, Santa Ana, Los Chiles, Carrillo, Santa Cruz y Matina.

Es importante hacer notar que en la partida de Bienes Duraderos, por ser procesos de infraestructura (Construcción, remodelación y mejoras de edificios), los mismos tienen períodos de contratación bastante prolongados, ocasionando que pasan de un período a otro, razón por la cual la ejecución de esta partida se interpreta como baja.

Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE)

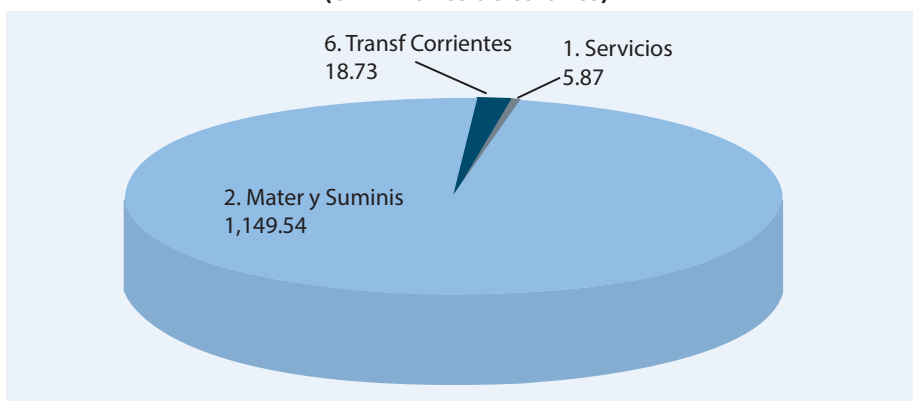
El organismo presupuestario "Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología

(CNVE)", se crea en el año 2007, con la finalidad de enfocarse en la vigilancia de la salud, el desarrollo de las capacidades humanas y el fortalecimiento de organizaciones no gubernamentales dedicadas al mejoramiento de la calidad de vida según Ley 8111, regula la selección, adquisición y disponibilidad de vacunas en todo el territorio nacional; se financia con transferencias de gobierno central, transferencias de la Junta de Protección Social de San José.

Para el periodo 2012 se presupuestan \$2.537,27 millones asignados al programa 631 Rectoría de la Producción Social de la Salud, destinados a cubrir las necesidades de: Servicios \$60 millones, Materiales y Suministros \$1.006,88 millones, Bienes Duraderos por \$1.204,07 millones, Transferencias Corrientes \$30,32 millones y Cuentas Especiales por \$235,99 millones.

La ejecución de estas partidas se dio de la siguiente forma: Servicios \$5,87 millones, este rubro se giro para cubrir costos por desalmacenaje y comisiones, en la partida Materiales y Suministros se invierten \$1.149,54 millones principalmente en Productos Farmacéuticos Medicinales para la compra de vacunas dirigidas a la atención de la población en general, la partida cinco destinada a la adquisición de equipo cadena de frío para el almacenamiento de vacunas se encuentra en el proceso de adquisición y por último se afecta la partida Transferencias Corrientes por \$18,73 m.

Gráfico N°7.7
Ejecución CNVE Diciembre 2012
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S. Informes de Ejecucion periodo 2012 Sistema (SIAP).

Comparativamente la presupuestación y la ejecución se comportaron de la siguiente forma:

Gráfico N°7.8
Comparativo por Organismo
Presupuesto Ejecución al 31 de Diciembre 2012
(en millones de colones)

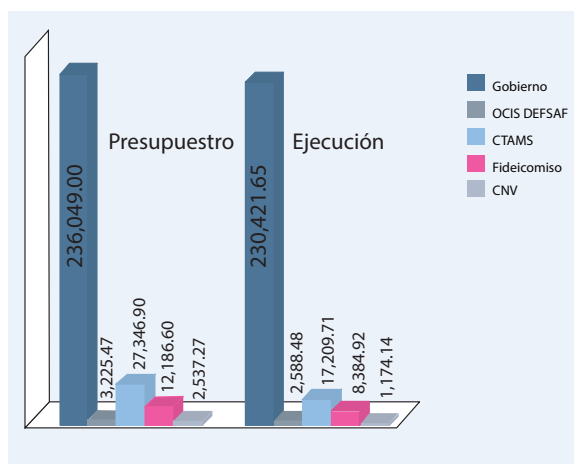
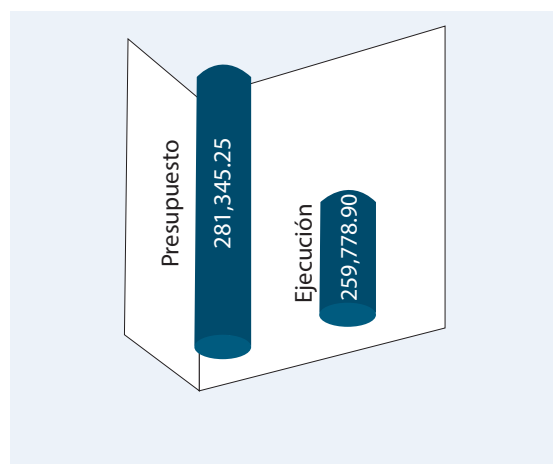


Gráfico N°7.9
Ministerio de Salud
Presupuesto Ejecución al 31 de Diciembre 2012
(en millones de colones)



En el próximo cuadro se detalla los rubros presupuestados del periodo 2012 para el financiamiento de las actividades del Ministerio de Salud.

Cuadro N°7.2
Inversión del Sector Salud y sus Instituciones
Costa Rica 2008-2012 (en millones de colones)

Partida Presupuestaria	GOBIERNO		C.T.A.M.S.		OCIS-DESAF		FIDEICOMISO		CNVE		TOTALES	
	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%
0. Remuneraciones	56.658,28	24,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	56.658,28	20,14%
1. Servicios	2.969,31	1,26%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	5.062,69	41,54%	60,00	2,36%	8.092,00	2,88%
2. Mater. Y Suminis	935,44	0,40%	0,00	0,00%	9.854,25	36,03%	346,65	2,84%	1.006,88	39,68%	12.143,22	4,32%
3. Inter y Comisiones	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	453,80	3,72%	0,00	0,00%	453,80	0,16%
4. Activos Financieros	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
5. Bienes Duraderos	0,00	0,00%	0,00	0,00%	5.302,36	19,39%	5.303,31	43,52%	1.204,07	47,46%	11.809,74	4,20%
6. Transf. Corrientes	175.485,96	74,34%	2.798,50	86,76%	9.275,47	33,92%	99,02	0,81%	30,32	1,20%	187.689,28	66,71%
Org desconcentrados	5.518,15	2,34%									5.518,15	1,96%
Org. sector Salud	169.967,81	72,01%									169.967,81	60,41%
9. Ctas Especiales	0,00	0,00%	426,97	13,24%	2.914,82	10,66%	921,13	7,56%	235,99	0,00%	4.498,92	1,60%
TOTALES	236.048,99	84%	3.225,47	1%	27.346,90	10%	12.186,60	4%	2.537,27	1%	281.345,25	100%

Fuente: Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2012

(C.T.A.M.S., Asignaciones Familiares, Gobierno Central y Fideicomiso 872 MS-BNCR)

Cálculo realizado: Columna % = gasto por partida / total del organismo (excepto la fila de totales que va en función del total general)

Cuadro N°7.2
Inversion del Ministerio de Salud
Según organismo y partida presupuestaria para el año 2012
Costa Rica (en millones de colones)

Partida Presupuestaria	GOBIERNO		C.T.A.M.S.		OCIS-DESAF		FIDEICOMISO		CNVE		TOTALES	
	₡	%	₡	%	₡	%	₡ *	%	₡	%	₡	%
0. Remuneraciones	52.224,51	85,86%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	52.224,51	57,91%
1. Servicios	2.308,50	3,80%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	4.505,29	53,73%	5,87	0,50%	6.819,66	7,56%
2. Mater. Y Suminis	782,41	1,29%	0,00	0,00%	9.147,75	53,15%	263,91	3,15%	1.149,54	97,90%	11.343,60	12,58%
3. Inter y Comisiones	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
4. Activos Financieros	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
5. Bienes Duraderos	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1.225,10	7,12%	3.538,86	42,20%	0,00	0,00%	4.763,96	5,28%
6. Transf. Corrientes	5.507,51	9,05%	2.588,48	100,00%	6.836,86	39,73%	76,87	0,92%	18,73	1,60%	15.028,44	16,66%
<i>Org desconcentrados</i>	169.598,73											
<i>Org. sector Salud</i>	0,00											
9. Ctas Especiales	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
TOTALES	60.822,92	67,45%	2.588,48	2,87%	17.209,71	19,08%	8.384,92	9,30%	1.174,14	1,30%	90.180,17	100,00%

Fuente: Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2012
(C.T.A.M.S., Asignaciones Familiares, Gobierno Central y Fideicomiso 872 MS-BNCR)

Nota: No se incluyen los compromisos devengados en el 2009 ya que se pagarán hasta el 2010.

Cálculo realizado: Columna % = gasto por partida / total del organismo (excepto la fila de totales que va en función del total general)

* Incluye compromisos al 31 de diciembre

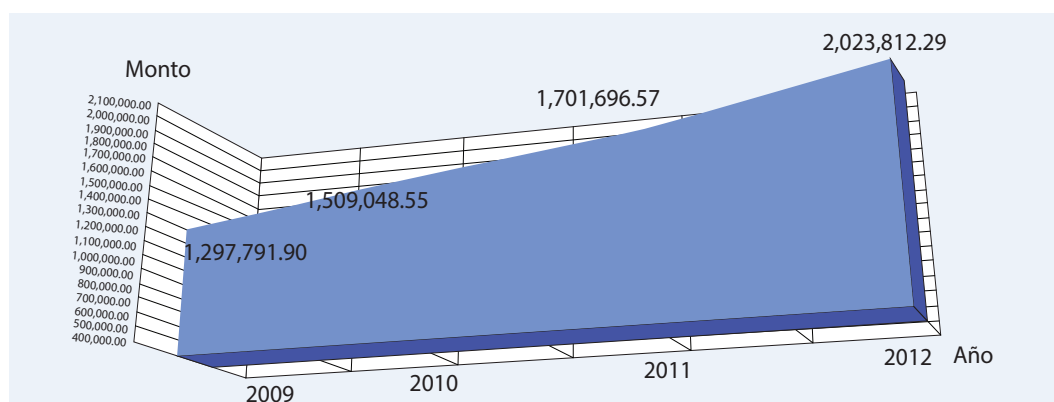


2 INVERSION ANUAL DEL SECTOR SALUD

El sector salud durante el último quinquenio (2008 – 2012), registra un aumento progresivo en los porcentajes presupuestarios, tal como observamos en la gráfica “Inversión en Salud”,

las instituciones que lo conforman han incremento su presupuesto en 18.92%, es necesario tomar en cuenta que en este dato a diferencia del período 2011, incluye las instituciones adscritas al Ministerio de Salud, presupuestos que en periodos anteriores no se registraban.

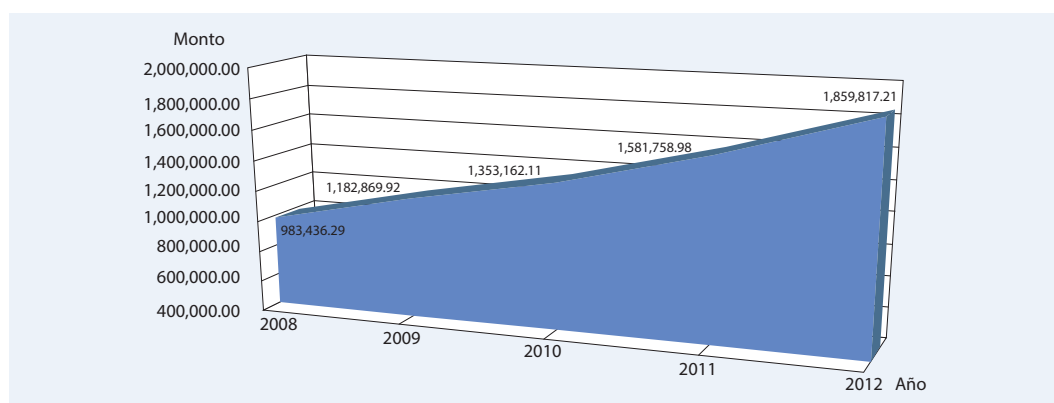
Gráfico N°7.10
Presupuesto Sector Salud 2009-2012



Fuente: Informes de liquidación presupuestaria y proyecciones al 31 de diciembre 2012 de cada institución de los últimos 4 años.

Seguidamente en el próximo gráfico se visualiza la ejecución realizada, con el presupuesto asignado a cada institución, en los últimos cinco años.

Gráfico N°7.11
Inversión del Sector Salud del último Quinquenio del 2008 al 2012
(en millones de colones)



Fuente: Informes de liquidación presupuestaria y proyecciones al 31 de diciembre 2012 de cada institución de los últimos 4 años.

Cuadro N°7.4
Inversión del Sector Salud y sus Instituciones Costa Rica 2008-2012
(en millones de colones)

AÑOS	MINISTERIO DE SALUD		C.C.S.S.		I.C.A.A.		I.N.S.		U.C.R.		MUNICIPALIDADES		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
2007	34.796,74	4,3%	659.557,00	82,3%	51,78	6,3%	7.652,77	1,0%	11.759,32	1,5%	51.478,85	4,6%	765.296,47	10,99%
2008	45.445,48	4,6%	847.176,59	86,2%	61,83	0,0%	10.260,92	1,0%	14.353,82	1,5%	65.837,65	6,7%	983.136,29	14,12%
2009	59.591,58	5,0%	1.012.397,40	85,6%	75,74	0,0%	13.358,23	1,1%	17.783,42	1,5%	79.663,55	6,7%	1.182.869,92	16,99%
2010	70.809,14	5,2%	1.167.280,17	86,3%	89,74	0,01%	13.249,98	1,0%	18.672,59	1,4%	83.060,49	6,1%	1.353.162,11	19,44%
2011	80.562,15	5,1%	1.280.166,71	80,9%	96.222,23	6,08%	15.792,95	1,0%	21.801,43	1,4%	87.213,51	5,5%	1.581.758,98	22,72%
* 2012	259.778,90	14,0%	1.363.348,30	73,3%	106.017,66	5,70%	16.424,67	0,9%	22.673,49	1,2%	91.574,19	4,9%	1.859.817,21	26,72%
TOTALES	516.187,25	7,42%	5.670.369,17	81,46%	202.467,20	2,91%	69.086,75	0,99%	95.284,75	1,37%	407.349,40	5,85%	6.960.744,51	100,00%

Fuente: Informes de Liquidación presupuestaria de cada institución y Proyecciones al 31 de diciembre 2012, último quinquenio.

Nota: Los porcentajes de las instituciones reflejan el comportamiento en función del total del sector y el porcentaje del total está en función del quinquenio

* Datos Proyectados con relación al año anterior (+4%), según límite presupuestario aprobado para el periodo 2012.

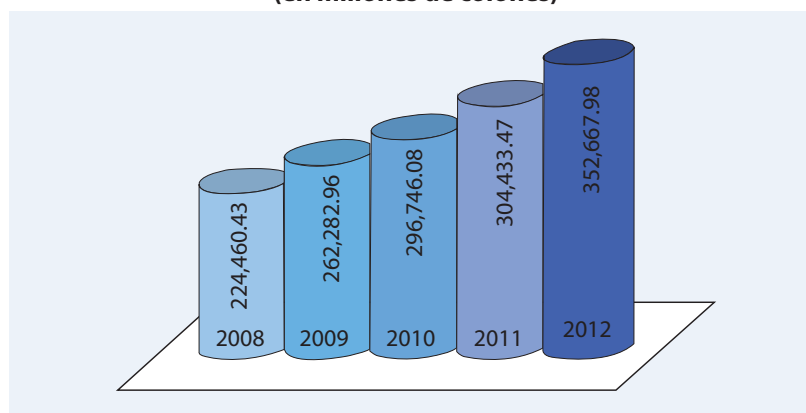
De los datos del cuadro anterior se visualiza que el mayor aporte lo realiza la Caja Costarricense de Seguro Social, contribución que para el período 2012 significa el 73.3 % del monto total ejecutado, además se debe recalcar el incremento reflejado en la columna del Ministerio de Salud el cual paso de ¢80.562.15 en el 2011 a ¢259.778.9 en el 2012, esto como producto de incluir las instituciones adscritas, pasando a representar 13.96% del total, seguido por el aporte realizado por el ICAA,

equivalente al 5.7%, el aporte Municipal al sector Salud significa un 4.92%, la Universidad de Costa Rica aporta 1.22% y el Instituto Nacional de Seguros con 0.9%.

Inversión per cápita del Sector Salud

El desglose de inversión realizado por las instituciones del Sector Salud en el período 2012, determina la inversión per cápita y compara el incremento obtenido en los últimos cinco años, equivalente al 16.27%.

Gráfico N°7.12
Gasto Per Cápita del Sector Salud 2008 al 2012
(en millones de colones)



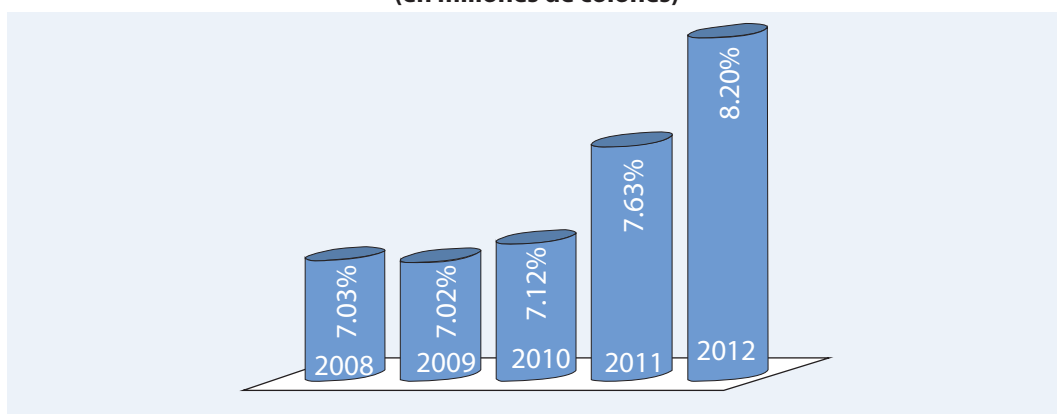
Fuente: Informes de liquidación presupuestaria y proyecciones al 31 de diciembre 2012 de cada institución de los últimos 4 años.

3 GASTO SECTOR SALUD Y PIB DEFLACTADO

Con el fin de mostrar adecuadamente el cambio total del presupuesto y obtener un

panorama más real del gasto del sector salud, procedemos a deflactar el monto invertido y obtener la relación con respecto al producto interno bruto.

Gráfico N°7.13
Participación del P.I.B. del Sector Salud 2008 al 2012
(en millones de colones)



Fuente: Informes de liquidación presupuestaria y proyecciones al 31 de diciembre 2012 de cada institución de los últimos 4 años.

Este resultado visualiza el crecimiento porcentual de los últimos cinco años destinados a la atención en salud relacionada con la disponibilidad de los recursos reales del país.

Por otro lado, en el año 2012 el aporte por habitante que realiza el sector salud es de ₡398.503.79 de los cuales el Ministerio de Salud aporta ₡55.662.93, participación que a lo largo de los años se mantiene en crecimiento.

Cuadro N°7.5
Gasto Per Cápita del Sector Salud y del Ministerio de Salud
Costa Rica 2008-2012

AÑO	GASTO SECTOR SALUD	GASTO MINISTERIO DE SALUD	GASTO PERCAPITA SECTOR SALUD	GASTO PERCAPITA MINIST SALUD	POBLACIÓN TOTAL
	en millones de colones				
2008	983.136,29	45.445,48	224.460,34	10.375,68	4,38
2009	1.182.869,92	59.591,58	262.282,96	13.213,50	4,51
2010	1.353.162,11	70.809,14	296.746,08	15.528,32	4,56
2011	1.581.758,98	80.562,15	342.743,01	17.456,59	4,62
2012	1.859.817,21	259.778,90	398.503,79	55.662,93	4,67
TOTALES	6.960.744,51				

Fuente: Población total proyectada por sexo, según provincia, cantón y distrito 2000 - 2015

Cálculos realizados: Gasto per cápita= Gasto del año / Población total



Créditos

MEMORIA INSTITUCIONAL 2012

AUTORIDADES INSTITUCIONALES

Daisy Corrales Díaz
MINISTRA DE SALUD

Sisy Castillo Ramírez
VICEMINISTRA DE SALUD

Adolfo Ortiz Barboza
VICEMINISTRO DE SALUD

Ileana Herrera Gallegos
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

CONSEJO EDITORIAL

Francisco Oviedo Gómez
DESPACHO MINISTERIAL

Luis Carlos Fallas Villavicencio
DESPACHO MINISTERIAL

Allan Varela Rodríguez
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

Jorge Eduardo Brenes Vargas
DIRECCIÓN DESARROLLO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Ricardo Ulate Carranza
UNIDAD MERCADOTECNIA INSTITUCIONAL

Elena Rojas Cruz
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Ana León Vargas
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Sandra Barrientos Escobar
DIVISIÓN ADMINISTRATIVA

Maria Ethel Trejos Solórzano
DIRECCIÓN VIGILANCIA DE LA SALUD

Diseño y Diagramación

Ana María González Reyes
Andrés Álvarez Bejarano

Impresión

Producción Documental

**UNIDAD MERCADOTECNIA INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE SALUD**

Mayo 2013

Este documento puede ser consultado en:

www.ministeriodesalud.go.cr

el Centro de Documentación Ministerio de Salud
y Biblioteca Nacional de Costa Rica



Presidencia
República de Costa Rica