



MEMORIA INSTITUCIONAL

MINISTERIO DE SALUD
2015

MAYO 2016



MINISTERIO DE SALUD
MEMORIA INSTITUCIONAL 2015



Mayo 2016

614

M8375m Costa Rica. Ministerio de Salud
Memoria Institucional 2015 San José,
Costa Rica: El Ministerio, 2016

172p.;ilus, 28cm
ISBN 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-3377-2016

San José, 2 de mayo del 2016

Señor

Antonio Álvarez Desanti

Presidente de la Asamblea Legislativa

Estimado señor:

En mi calidad de Ministro de Salud y de conformidad con el Artículo N° 144 de la Constitución Política de la República, presento a consideración de su estimable persona y los nobles diputados de la Asamblea Legislativa a quien usted preside, la Memoria Anual 2015 de mi representada.

En el documento supra citado se procede a la rendición de cuentas, como deber legal y ético que tiene todo funcionario de responder e informar a nombre de la administración que representa, sobre el manejo y rendimiento de fondos, bienes o recursos públicos asignados, además de los logros y desafíos que se presentan en el cumplimiento del mandato que se le ha conferido al ente Rector de la Salud.

Cabe resaltar que el Ministerio de Salud, tiene como propósito fundamental contribuir a elevar el nivel de salud de la población, mediante el ejercicio de la rectoría en salud y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social, bajo los principios de calidad, equidad, solidaridad y universalidad.

Como pilar fundamental de su quehacer busca promover la coordinación e interacción con los diferentes actores sociales, las comunidades y la población en general para desarrollar un marco de trabajo con responsabilidad individual y colectiva en salud logrando con ello contribuir a concientizar a la población sobre la importancia de cuidar su salud, mediante la realización de actividad física, alimentación saludable y evitando el consumo de sustancias dañinas.

Además, se vigila y regula que los establecimientos de salud cumplan con la normativa de atención de los servicios de salud, así como el mejoramiento de la salud y el ambiente humano con las distintas disposiciones y reglamentos emitidos.



República de Costa Rica
Ministerio de Salud
Despacho Ministerial

Aprovecho en esta ocasión para agradecerle a usted y los señores diputados el apoyo brindado a la institución durante el año 2015, a la vez resaltar mi más sincero reconocimiento a todos los funcionarios del Ministerio de Salud y de las instituciones adscritas, por su valioso trabajo para el cumplimiento de los objetivos y las responsabilidades que nos confiere el Estado y la población.

Con toda consideración y estima, atentos saludos;

Dr. Fernando Llorca Castro
MINISTRO DE SALUD



Tabla de Contenido

CAPITULO I

Marco Estratégico	9
MISIÓN INSTITUCIONAL	11
VISIÓN INSTITUCIONAL	11
ESTRATEGIA MAESTRA.....	11
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	11
VALORES INSTITUCIONALES	11

CAPITULO II

Organización Ministerio de Salud.....	13
1. NIVEL CENTRAL.....	15
2. NIVEL REGIONAL	19
3. NIVEL LOCAL.....	20
4. ENTES ADSCRITOS	20
5. ESTRUCTURA ORGÁNICA.....	21

CAPITULO III

Políticas Institucionales	27
POLÍTICAS GENERALES DEL MINISTERIO DE SALUD.....	29

CAPITULO IV

Análisis Evolutivo de la Situación y Determinantes de la Salud.....	31
INDICADORES DEMOGRÁFICOS.....	33
Estructura de población	33
Determinantes de la salud.....	36
Evolución de la pobreza y desigualdad	36
Ingreso per cápita	39
Conformación Étnica	40
Educación	44
Actividad física	46
EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	47
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	47

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.....	59
TRASTORNOS MENTALES	65
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES	68

CAPITULO V

Logros Institucionales	75
CALIDAD Y MEJORA CONTINUA.....	77
MEJORA REGULATORIA Y SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES	77
GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL	79
CONTRALORÍA DE SERVICIOS	82
AUDITORÍA INTERNA.....	84
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD	87
LEY 9028, LEY GENERAL DE CONTROL DEL TABACO Y SUS EFECTOS NOCIVOS EN LA SALUD.....	87
MATERO INFANTIL	90
SALUD MENTAL	92
MODELO SOSTENIBLE DE PREVENCIÓN COMBINADA Y ATENCIÓN A LA POBLACIÓN HSH	
Y TRANS FEMENINA.....	94
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	95
COOPERACIÓN INTERNACIONAL	97
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	98
ENFERMEDADES VECTORIALES	98
INVESTIGACIÓN EVIPNET: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES.....	101
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.....	101
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)	103
INMUNIZACIONES.....	104
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (PROGRAMA PONÉLE A LA VIDA).....	105
FORTIFICACIÓN DE ALIMENTOS	107
GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS.....	108
AGUAS RESIDUALES	110
AGUA POTABLE.....	111
MONITOREO DE LA CALIDAD DEL AIRE	112
RADIACIONES IONIZANTES.....	113
NORMALIZACIÓN EN AMBIENTE HUMANO	114

SANEAMIENTO BÁSICO RURAL.....	117
REGISTRO Y CONTROL DE PRODUCTOS DE INTERÉS SANITARIO.....	119
NORMALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	122
CUIDADOS PALIATIVOS.....	123
DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS	124
RECURSOS HUMANOS EN SALUD	125
INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA	126
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO TRADICIONAL (ERCNT)	128
FORTALECIMIENTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	129
SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA DEL MINISTERIO DE SALUD (SIGSALUD)	133
LEYES Y DECRETOS EJECUTIVOS EN MATERIA DE SALUD	134
LOGROS DE LAS REGIONES Y DIRECCIONES DE ÁREAS RECTORAS DE SALUD	138
ENTES ADSCRITOS	140
CEN- CINAL.....	140
INSTITUTO COSTARRICENSE DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN NUTRICIÓN Y SALUD (INCIENSA)	147
INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA (IAFA).....	149
CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (CONIS)	152
SECRETARÍA DE LA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (SEPAN)	154

CAPITULO VI

Inversión en Salud	155
ORGANISMOS PRESUPUESTARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD.....	157
PRESUPUESTO GOBIERNO CENTRAL.....	157
Transferencias corrientes no vinculadas	164
Transferencias de Capital No Vinculadas	165
INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD	165
GASTO Y PIB DEFLACTADO	168
PIB DEFLACTADO	169

CAPITULO I

Marco Estratégico

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.

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.

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.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

1. Promover en la población estilos de vida saludable, mediante la participación de actores sociales en la implementación de diversas estrategias, que contribuyan al mejoramiento del estado de salud de la población.
2. Mejorar el acceso de la población a servicios de salud y productos de interés sanitario seguros y de calidad, mediante el desarrollo, la vigilancia y control de la normativa, que contribuya al bienestar de la población.

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

Organización
Ministerio de Salud

Mediante Directriz N° 006 MIDEPLAN,, el Poder Ejecutivo define catorce sectores para mejorar la coordinación y organización del aparato público estatal. Entre ellos se crea el Sector Salud, Nutrición y Deporte 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 del Ministro de Salud, apoyado por dos Viceministros. Tiene una Dirección General de Salud. La Auditoría Interna, la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud, la Dirección de Asuntos Jurídicos, la Contraloría de Servicios Institucional y Planificación y Desarrollo Institucional, las cuales funcionan como unidades asesoras y la Secretaría Técnica de Salud Mental y Tecnologías de Información y Comunicación como nivel operativo. También cuenta con entes adscritos al Ministerio: INCIENSA, el IAFa y la Dirección Nacional de CEN CINAI.

Auditoría Interna

Unidad Organizativa que proporciona seguridad razonable a la población, de

que la actuación del jerarca y de los subordinados se ejecute de conformidad con el marco estratégico institucional, el marco legal y las sanas prácticas. Para ello, evalúa y promueve la mejora de la efectividad de la administración del riesgo, del control y de los procesos de dirección y evalúa la actuación de las unidades organizativas en la ejecución de la rectoría de la salud, la provisión de servicios de salud y la gestión institucional.

Unidad de Asuntos Internacionales en Salud

La Unidad de Asuntos Internacionales en Salud es una unidad organizativa asesora, dependiente orgánicamente del Ministro de Salud. Su objetivo consiste en apoyar al Despacho del Ministro en la ejecución de la función de Dirección Política de la Salud en el ámbito de asuntos internacionales, así como normalizar las prácticas relacionadas con este ámbito y asesorar, en su implementación, a las instituciones del Sector Salud y a las unidades organizativas del Ministerio de Salud que lo requieran. Además, mantiene un inventario de acuerdos, convenios y demás asuntos internacionales, tanto del Ministerio como del Sector Salud.

Dirección de Asuntos Jurídicos

Unidad Organizativa asesora que brinda el soporte jurídico que el Despacho del Ministro y el Ministerio en General le solicite, además, le corresponde revisar los instrumentos legales en los que interviene el Ministerio de Salud, así como mantener un inventario de

leyes, decretos, acuerdos, convenios y otros instrumentos jurídicos relacionados con la producción social de la salud y la rectoría en materia de salud pública.

Contraloría de Servicios Institucional

Su objetivo consiste en involucrar a la ciudadanía en la fiscalización de la prestación de los servicios públicos, mediante el ejercicio de su derecho de petición y manifestación de su inconformidad en forma individual o colectiva sobre la calidad de los servicios, con el propósito de garantizarle de esta manera que sus demandas sean escuchadas y resueltas.

Secretaría Técnica de Salud Mental

La Secretaría Técnica de Salud Mental es un órgano técnico, adscrito al Despacho del Ministro de Salud, cuyo objetivo es abordar en forma integral el tema de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la participación de otras instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica.

Planificación y Desarrollo Institucional

Planificación y Desarrollo Institucional es una unidad organizativa asesora dependiente del Despacho Ministerial. Su objetivo consiste en apoyar al Despacho Ministerial en el alineamiento estratégico de la institución, ejecutando los procesos de planificación estratégica y operativa institucional y sectorial, así como desarrollo

organizacional, mercadotecnia institucional y control interno, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Ministro de Salud, y asesorando al Despacho y a las demás unidades organizativas de la institución en estos procesos.

Tecnologías de Información y Comunicación

Tiene como objetivo garantizar que las tecnologías de información y comunicación respondan a las necesidades institucionales mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de la seguridad, disponibilidad, integridad y oportunidad de los sistemas de información, la infraestructura y los servicios, a fin de fortalecer la rectoría y la toma de decisiones.

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 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 Promoción de la Salud

Su función principal consiste en dirigir los esfuerzos de los actores sociales del sistema de producción social de la salud, para la modificación de los determinantes, protegiendo y mejorando el estado de salud de la población. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las Unidades Organizativas de los niveles central, regional y local, según corresponda

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 este 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

Su objetivo principal es contribuir a la protección y mejoramiento del ambiente humano, mediante el ejercicio sobre los determinantes ambientales claves, que permitan mantener y fortalecer las condiciones de vida de la población nacional. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los tres niveles de gestión.

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.

El Ministerio de Salud está conformado geográficamente por nueve regiones de salud a saber: Central Sur, Central Norte, Central Este, Central Occidente, Chorotega, Pacífico Central, Huetar Norte, Huetar Caribe y Brunca.

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 institucional. 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.

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:

Dirección Nacional de CEN CINAI

Depende orgánicamente, del Ministro/a. Su objetivo consiste en orientar y conducir la gestión de los servicios de nutrición y desarrollo infantil que provee la institución, para garantizar el cumplimiento de su marco estratégico acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud en Nutrición y Desarrollo Infantil. Asegura que todos los procesos relacionados con la provisión de estos servicios se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida y emite lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución en esta materia.

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 de Atención Integral (CAI)

Instancia con dependencia de la Dirección de Garantía de Accesos a Servicios de Salud (DGASS). Creada mediante *Ley General de Centros de Atención Integral*, Ley N°.8017, del 16 de agosto del 2000.

Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS)

Órgano adscrito al Despacho del Ministro de Salud, creado según capítulo 5, Artículos 34 al 45 de *Ley Reguladora de Investigación Biomédica*, Ley N° 9234, del 25 de abril de 2014.

Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA)

Instancia con dependencia de la Dirección de Planificación y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud, creada mediante *Ley de Protección a la Madre Adolescente*, Ley N° 7735 de 1988, modificada en la Ley 8312 del 30 de setiembre del 2002.

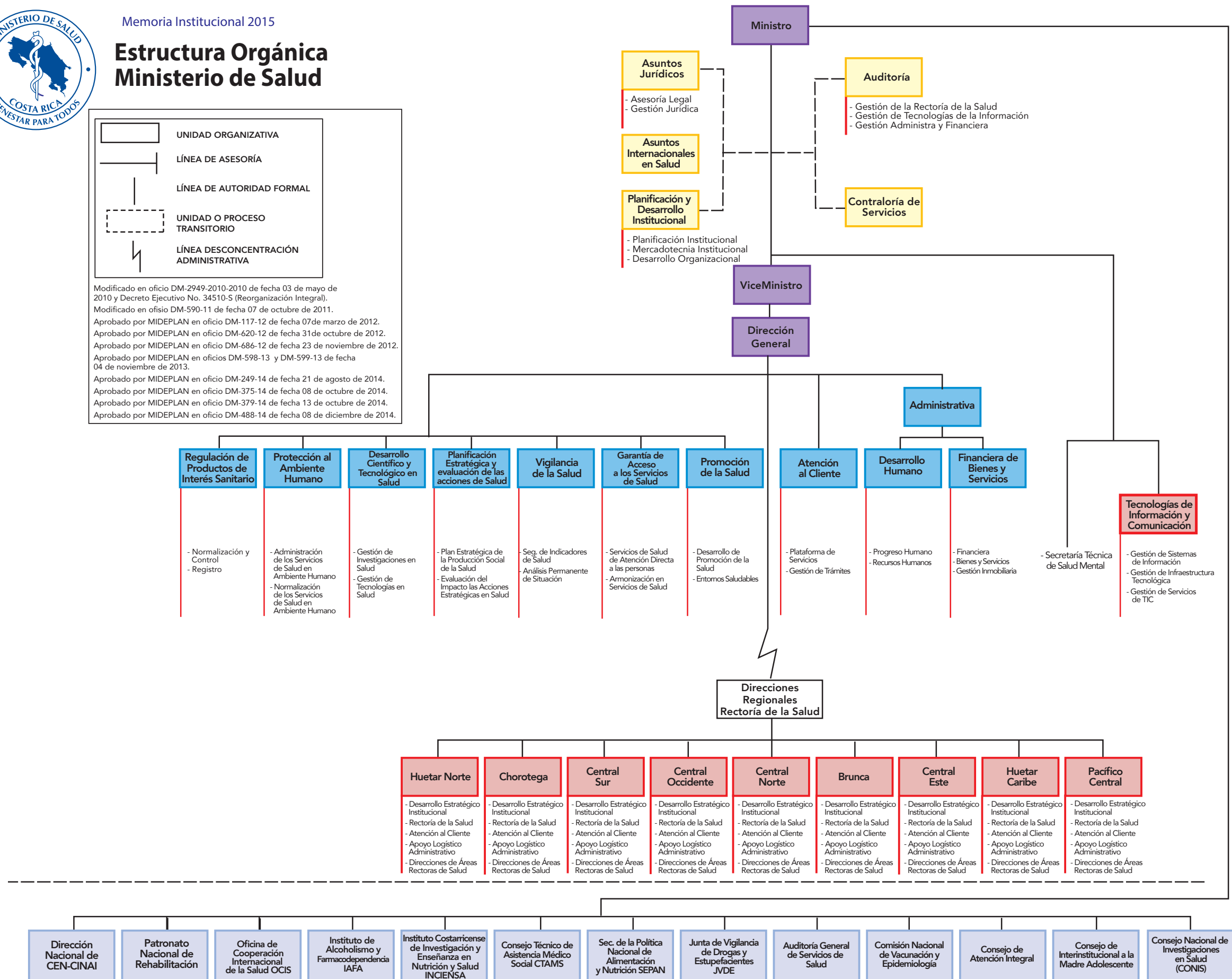
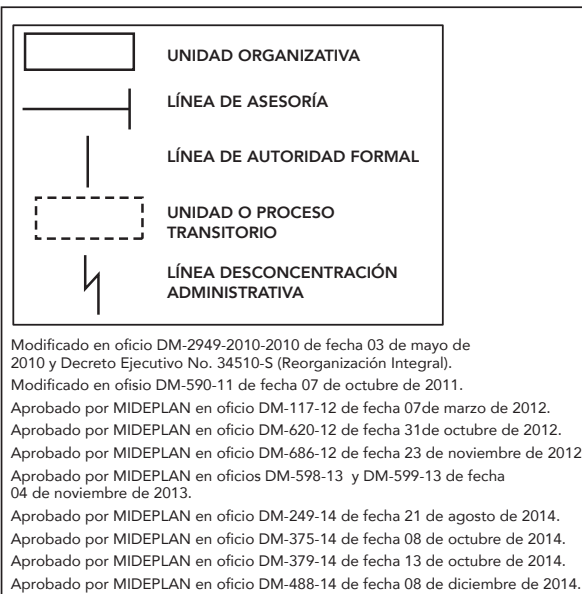
Auditoría General de Servicios de Salud

instancia con dependencia del Despacho del Ministro de Salud, creada mediante Artículo 5, *Ley Derechos y Deberes de las Personas usuarios de los Servicios de Salud*, Ley N° 8239, del 13 de marzo del 2002.

5. ESTRUCTURA ORGÁNICA



Estructura Orgánica Ministerio de Salud



NIVEL POLÍTICO



DIVISIONES

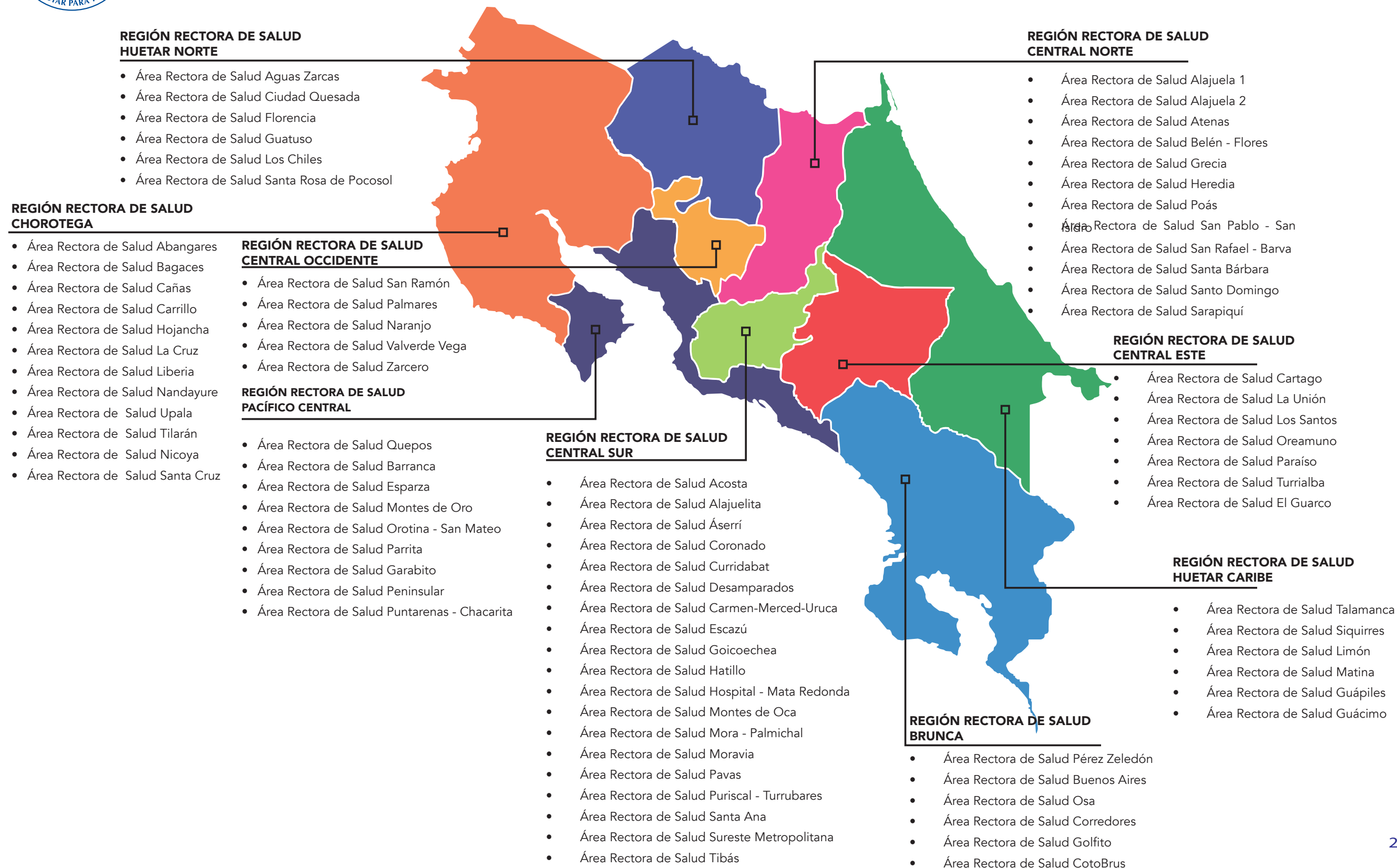
DIRECCIONES

DEPARTAMENTOS

UNIDADES



Mapa Direcciones Regionales y Áreas 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.

CAPITULO IV

Análisis Evolutivo
de la Situación y
Determinantes de la
Salud

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Estructura de población

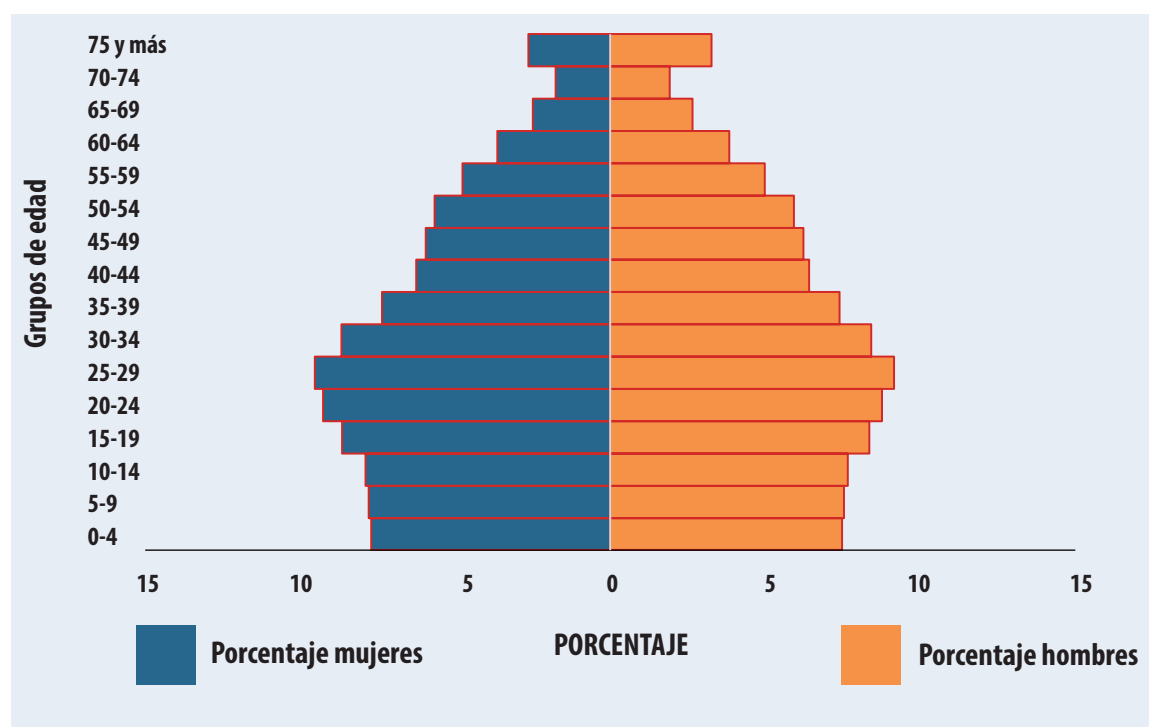
En el 2015, la población de Costa Rica fue de 4.832.234 millones de habitantes y el 51% de ella, se concentra en los grupos de 15 a 39 años. El grupo de 25 a 29 años, representó el porcentaje más alto con un 10%. Gráfico 1.

Nuestra pirámide poblacional presenta una tendencia hacia el envejecimiento, como producto de la reducción de la fecundidad

y de la mortalidad, lo cual conlleva a un incremento de la esperanza de vida. Se observa que el grupo de edad de 75 y más años cambia la forma de la pirámide y este grupo es más ancho, que los grupos de 60 a 69.

El fenómeno del envejecimiento interesa en salud pública, por las consecuencias que conlleva el aumento de población anciana ya que requiere también un incremento de los recursos sanitarios y hospitalarios.

Gráfico 1.
Pirámide poblacional de Costa Rica, 2015



Fuente: INEC, 2015

Cuadro 1
Principales indicadores demográficos. Costa Rica, 2005-2015

Componente demográfico	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Población al 30 junio (miles)						
Total	4. 215	4. 330	4. 469	4.592	4. 713	4. 832
Hombres	2 133	2 195	2 260	2 321	2 381	2 439
Mujeres	2 081	2 144	2 209	2 270	2 332	2 392
Tasa de crecimiento natural (por mil habitantes)	13,14	12,92	12,63	11,90	10,80	10,51
Tasa de natalidad (por mil habitantes)	16,97	16,85	16,78	16,00	14,97	14,86
Tasa global de fecundidad (por mujer)	1,99	1,96	1,95	1,86	1,76	1,75
Tasa de reproducción (por mujer)						
Bruta	0,972	0,954	0,95	0,907	0,857	0,853
Neta	0,972	0,954	0,95	0,906	0,856	0,856
Esperanza de vida al nacimiento	78,8	79,1	79,4	79,1	79,6	79,9
Hombres	76,4	76,6	76,9	76,6	77,1	77,4
Mujeres	81,2	81,6	82	81,6	82,1	82,4
Mujeres	3,35	3,37	3,56	3,58	3,68	3,73
Niñez (0 - 4 años) (por mil nac.)	11,34	11,51	10,29	10,43	9,88	8,9
Hombres	12,32	12,68	10,82	11,39	10,71	9,71
Mujeres	10,3	10,29	9,75	9,42	9,01	8,04
Infantil (por mil nacimientos)	9,78	10,05	8,84	9,07	8,66	7,76
Hombres	10,44	11,13	9,27	9,96	9,4	8,43
Mujeres	9,1	8,91	8,39	8,13	7,88	7,04
Neonatal (por mil nacimientos)	7,1	7,23	6,44	6,74	6,45	6,77
Hombres	7,74	8,03	7,03	7,57	6,89	6,59
Mujeres	6,43	6,39	5,83	5,87	5,99	6,95
Postneonatal (por mil nacimientos)	2,68	2,82	2,4	2,33	2,21	1,87
Hombres	2,7	3,1	2,25	2,39	2,52	1,84
Mujeres	2,67	2,52	2,56	2,26	1,89	1,89
Materna (por diez mil nacimientos)	3,77	1,91	2,67	2,31	1,98	2,65

Fuente: INEC, Costa Rica

En el cuadro 1, se presentan los principales indicadores demográficos del país durante el período 2005-2015, publicado por el INEC en el boletín: “Indicadores Demográficos del 2015”. Los esfuerzos del país por mejorar la salud de la población, se reflejan en los indicadores como por ejemplo la mortalidad infantil, materna y la mortalidad en los niños de 0 a 4 años. Llama la atención la disminución de la tasa de mortalidad en niños de 0 a 4 años, pasando de 11,34 a 8,9 por mil nacimientos.

La fecundidad mantiene su tendencia al descenso. En el año 2005, las mujeres tenían en promedio 1,99 hijos al final de su periodo fértil, para el año 2015 se reduce a 1,75 hijos por mujer.

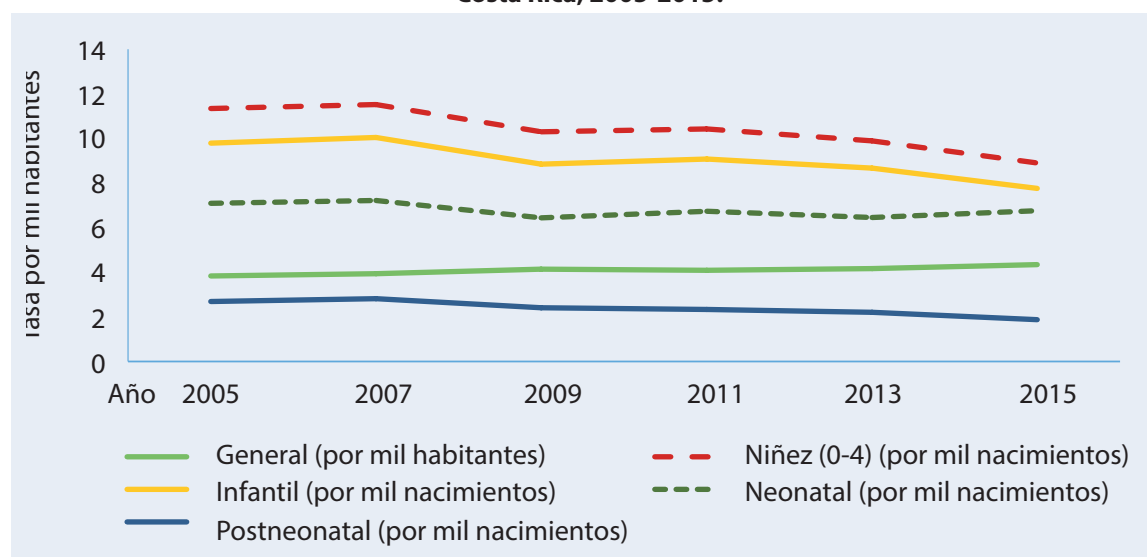
Otro indicador de gran importancia para nuestro país, es la tasa de mortalidad infantil

que muestra una tendencia al descenso, ya que pasó de 9,78 por mil en el 2005, a 7,76 por mil en el 2015. Esta es la tasa de mortalidad infantil más baja de nuestro país en toda su historia.

La mortalidad neonatal y la mortalidad post neonatal, los dos componentes de la mortalidad infantil, presentan una disminución. La primera pasó de 7,10 a 6,77 por mil y la segunda de 2,68 a 1,87 por cada mil nacimientos.

Durante el 2015 fallecieron 19 mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, lo que da como resultado una razón de mortalidad materna de 2,65 defunciones por cada diez mil nacimientos. La mayor reducción en este indicador se presentó en los años 2007 y 2013.

Gráfico 2.
Tendencias de los principales indicadores de mortalidad,
Costa Rica, 2005-2015.



Fuente: INEC, 2015

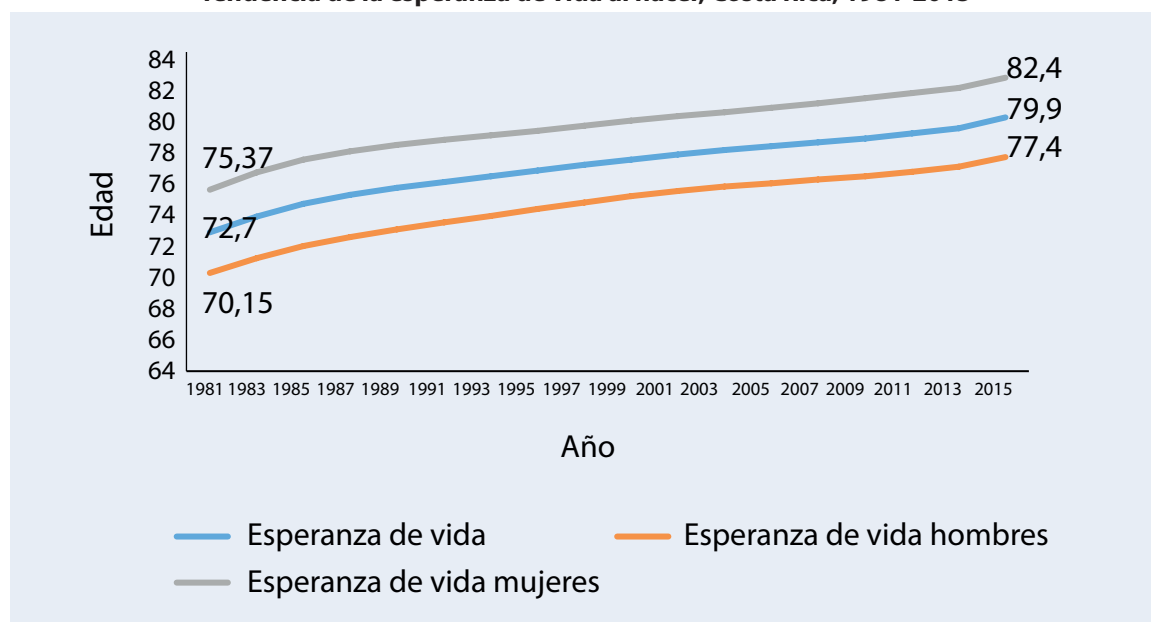
La esperanza de vida al nacer es el promedio de años que vive una determinada población nacida en el mismo año. Junto con indicadores como el Índice de Desarrollo Humano (IDH), la tasa de mortalidad y el ingreso per cápita, son dos de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de vida de una región.

La ONU establece la siguiente definición de esperanza de vida: “Calidad de años que un recién nacido puede esperar vivir si los patrones de mortalidad por edades

imperantes en el momento de su nacimiento siguieran siendo los mismos a lo largo de toda su vida”.

En nuestro, la esperanza de vida aumentó 0,67 años con respecto al 2013 pasando de 79,23 a 79,9. En el 2013, mantuvo el puesto 35 de los 191 países que publican su esperanza de vida. Estos números indican que los habitantes de Costa Rica tienen una esperanza media-alta, con respecto al resto de países.

Gráfico 3.
Tendencia de la esperanza de vida al nacer, Costa Rica, 1981-2015



Fuente: INEC, 2015

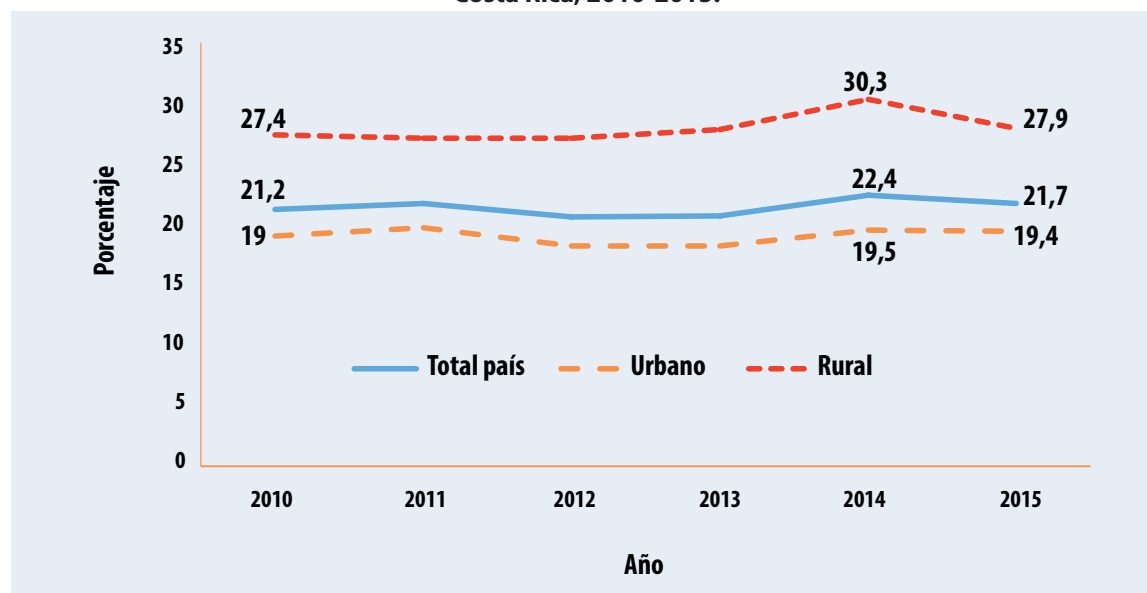
DETERMINANTES DE LA SALUD

Evolución de la pobreza y desigualdad

Los determinantes de la salud explican la mayor parte de las inequidades en salud, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países con respecto a la situación sanitaria.

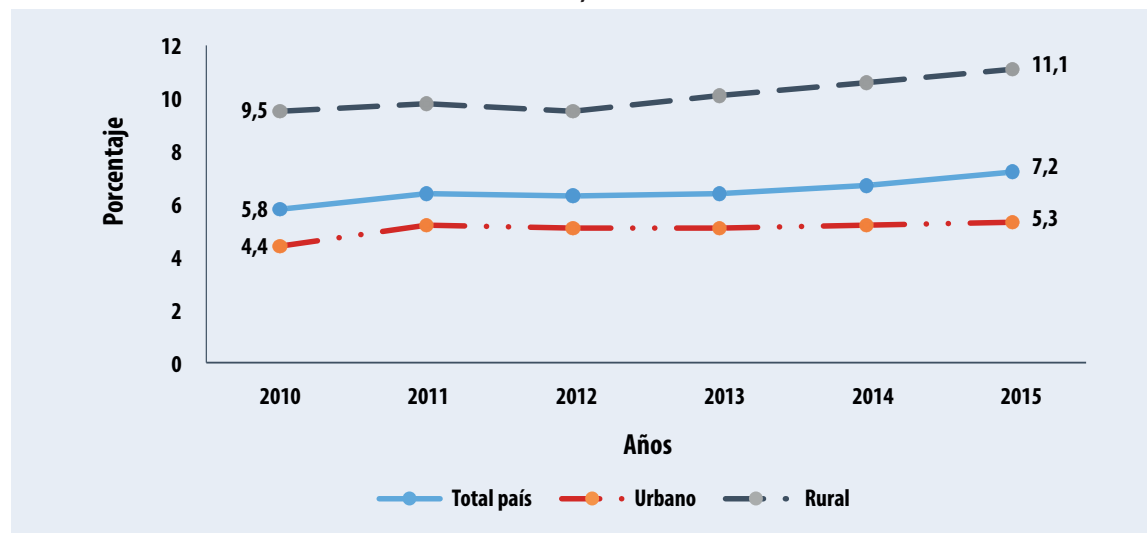
En los siguientes gráficos elaborados con datos del documento: “Encuesta Nacional de Hogares, 2015” publicado por el INEC se observa que a partir del 2013, el porcentaje de hogares pobres disminuye, sin embargo el porcentaje de hogares en extrema pobreza continua aumentando.

Gráfico 4.
Porcentaje de hogares en pobreza según distribución urbano-rural
Costa Rica, 2010-2015.



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2010-2014.

Gráfico 5
Hogares en pobreza extrema, según distribución urbano-rural,
Costa Rica, 2010-2015



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2010-2015.

La OMS estableció en el 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera a los países asesoramiento respecto a la manera de mitigar las inequidades. En el informe final de la Comisión,

publicado en agosto del 2008, se proponen tres recomendaciones generales: a. mejorar las condiciones de vida cotidiana, b. luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y c. medir y analizar el

problema de la pobreza y la desigualdad.

El empleo, las condiciones de trabajo y el acceso a vivienda digna, tienen efectos importantes en la equidad sanitaria, aportando seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, protegiendo contra los trastornos físicos y psicosociales.

El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria.

Los indicadores que se presentan a continuación y publicados por el INEC, muestran la evolución de las principales características de los hogares pobres de Costa Rica, durante un período de dos años

Cuadro 2.
Principales características de los hogares y de las personas
según nivel de pobreza, Costa Rica, 2014-2015.

Región y principales características de los hogares y de las personas	Total	No pobres	Total	Pobres Pobreza no extrema	Pobreza extrema
Total país 2014					
Características de los hogares					
Total de personas	4 761 807	3 591 173	1 170 634	825 710	344 924
Total de hogares	1 425 297	1 106 487	318 810	224 000	94 810
Miembros por hogar	3,34	3,25	3,67	3,69	3,64
Fuerza de trabajo por hogar	1,57	1,70	1,11	1,17	0,96
Ocupados por hogar	1,44	1,61	0,84	0,95	0,60
Ingreso por hogar	1 008 482	1 236 196	218 159	270 868	93 627
Ingreso per cápita por hogar ^{1/}	348 324	431 636	59 174	73 704	24 845
Porcentaje de hogares con jefatura femenina	37,69	36,08	43,30	42,40	45,43
Total país 2015					
Características de los hogares					
Total de personas	4 823 715	3 685 834	1 137 881	763 696	374 185
Total de hogares	1 462 135	1 144 475	317 660	212 948	104 712
Miembros por hogar	3,30	3,22	3,58	3,59	3,57
Fuerza de trabajo por hogar	1,55	1,66	1,12	1,15	1,05
Ocupados por hogar	1,41	1,58	0,83	0,94	0,61
Ingreso promedio por hogar ^{1/}	1 003 155	1 222 840	211 668	269 550	93 957
Ingreso per cápita por hogar ^{1/}	356 648	439 304	58 852	75 229	25 548
Porcentaje de hogares con jefatura femenina	36,2	34,1	43,5	42,3	45,9

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) 2010-2015.

Ingreso per cápita

Cuadro 3.
Principales características de los hogares y de las personas por quintiles de ingreso per cápita del hogar, Costa Rica, 2014-2015

Región y principales características de los hogares y de las personas	Quintiles de ingreso per cápita ^{1/}					
	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Año 2014						
Características de los hogares						
Total de personas	4 761 807	1 044 739	1 058 734	991 927	906 215	760 192
Total de hogares	1 425 297	285 088	285 387	284 717	285 026	285 079
Miembros por hogar	3,34	3,66	3,71	3,48	3,18	2,67
Fuerza de trabajo por hogar	1,57	1,07	1,48	1,77	1,85	1,68
Ocupados por hogar	1,44	0,80	1,31	1,65	1,78	1,64
Ingreso por hogar	1 008 482	198 540	456 574	724 129	1 136 010	2 527 439
Ingreso per cápita por hogar ^{2/}	348 324	54 021	123 239	208 034	360 325	996 077
Porcentaje de hogares con jefatura femenina	37,69	43,08	39,49	35,71	35,30	34,86
Distribución porcentual del ingreso de los hogares	100,00	3,94	9,07	14,34	22,53	50,13
Año 2015						
Características de los hogares						
Total de personas	4 823 715	1 042 676	1 075 205	1 023 829	905 683	776 322
Total de hogares	1 462 135	292 457	292 372	292 508	292 334	292 464
Miembros por hogar	3,30	3,57	3,68	3,50	3,10	2,65
Fuerza de trabajo por hogar	1,55	1,10	1,40	1,78	1,80	1,65
Ocupados por hogar	1,41	0,80	1,26	1,66	1,73	1,62
Ingreso promedio por hogar ^{1/}	1 003 155	194 541	458 254	724 950	1 108 594	2 529 335
Ingreso per cápita por hogar ^{1/}	356 648	54 556	125 081	207 810	360 034	1 035 703
Porcentaje de hogares con jefatura femenina	36,2	43,4	35,9	35,2	33,8	32,6
Distribución porcentual del ingreso de los hogares	100,00	3,88	9,13	14,46	22,10	50,43

^{1/} Ingreso neto en colones corrientes con imputación de valores no declarados y con ajuste por subdeclaración.

^{2/} Se refiere a la relación entre personas menores de 15 y mayores de 64 años, con respecto a la población de 15 a 64 años

^{3/} Se refiere a la relación entre los menores de 15 años y la población inactiva con respecto a la fuerza de trabajo

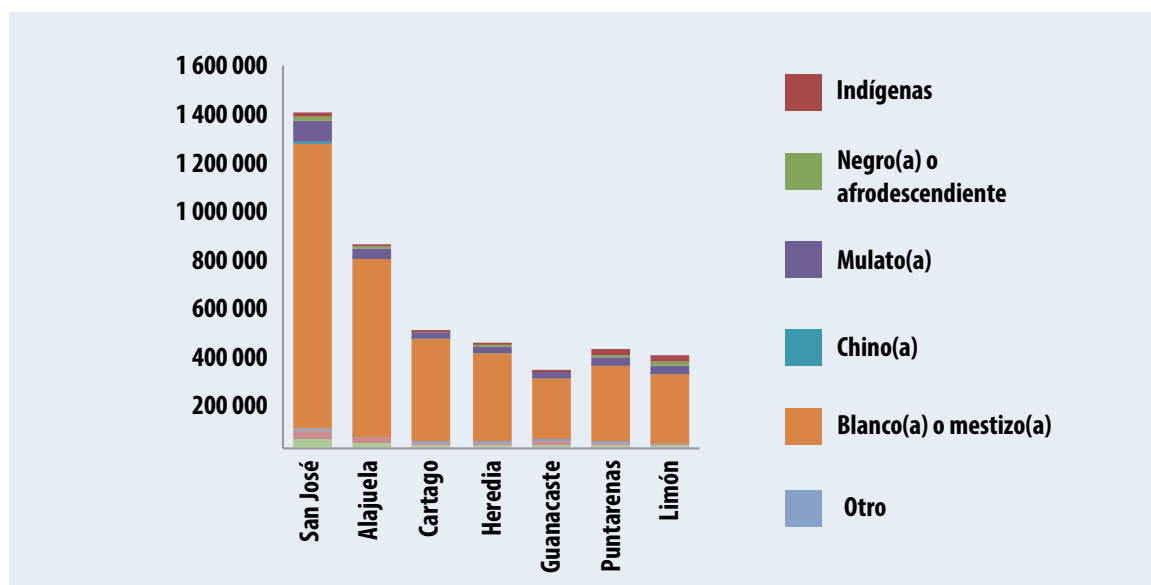
Fuente: INEC. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2015.

Conformación Étnica

Costa Rica ha tenido presencia de diversos grupos étnicos. Éstos han enriquecido social y culturalmente la conformación de la identidad étnica del país, por lo que es importante conocer la distribución de esta población en nuestro país a fin de comprender la dinámica propia de los distintos grupos étnicos.

Según datos del Censo 2011, la mayoría de la población se sigue visualizando como blanco o mestizo. Es importante aclarar que dicha pregunta se realizó por medio de la auto identificación, donde se toma en cuenta el concepto de cada persona y no se aplican criterios basados en su fenotipo o zona de residencia.

Gráfico 6.
Porcentaje de hogares en pobreza extrema según distribución urbano-rural
Costa Rica, 2010-2015.

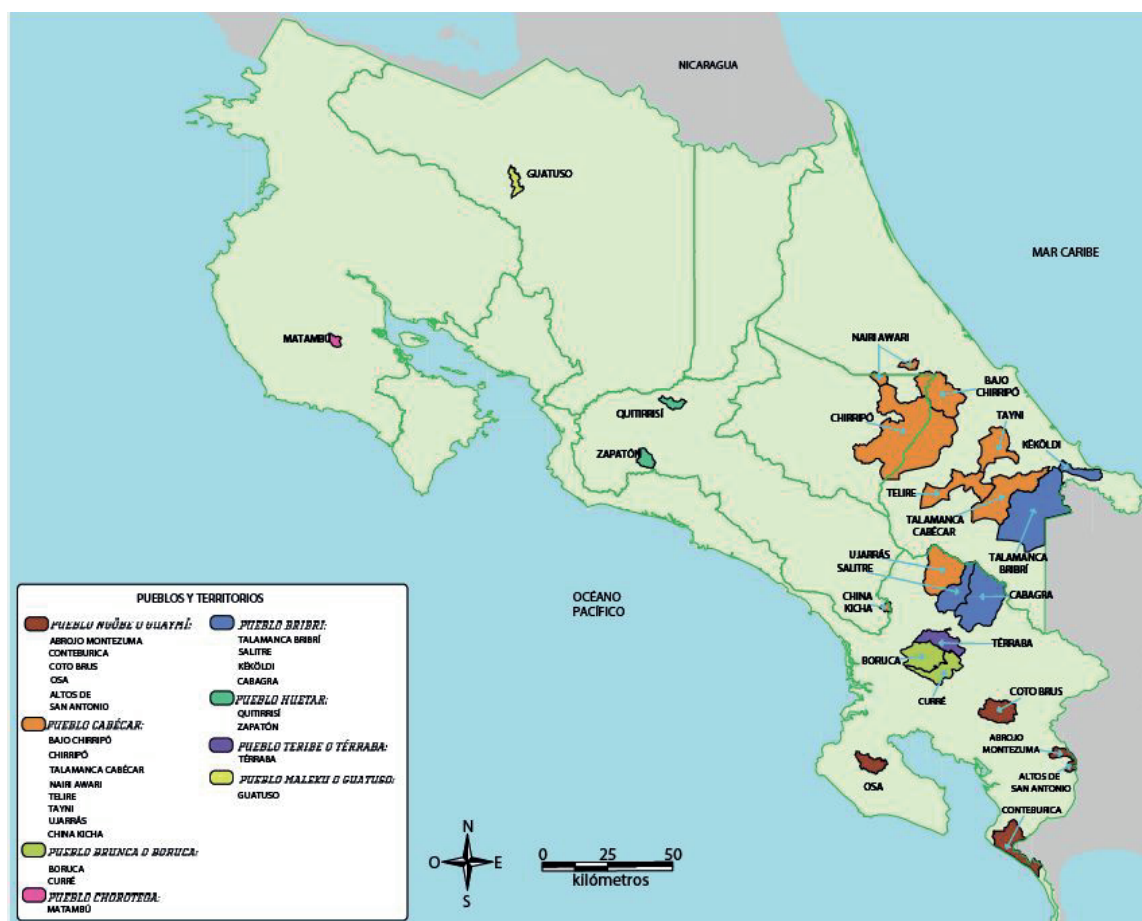


Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en información del Censo de Población, INEC, 2011.

De las 4.301.712 personas registradas en el país en el 2011, 104.143 se autoidentificaron como indígenas lo que representa un 2,4% de la población nacional. En Costa Rica existen ocho etnias o pueblos indígenas: Bribri, Cabécares, Térrabas, Ngöbes o Guaymies, Malekus, Chorotegas, Bruncas o Borucas y Huetares. Estas se encuentran distribuidas en 24 territorios a lo largo del territorio nacional y hablan en seis idiomas indígenas.

Con respecto a su ubicación geográfica, con excepción de Quitirrisí y Zapatón, los demás territorios indígenas se encuentran fuera del Valle Central, con una riqueza natural muy amplia, algunos de difícil acceso, y la mayoría de ellos son áreas con baja densidad de población (Delgado, 2011); aunque la mayor cantidad de población indígena se encuentra en dos provincias, Limón y Puntarenas.

Figura 1
Distribución de los territorios indígenas. Costa Rica, 2011



Fuente: INEC, Censo de Población 2011.

Hay que aclarar que existe diferencia entre el concepto de pueblo y territorio indígena. Los territorios indígenas son áreas creadas por ley o decreto y tienen como fin que las poblaciones indígenas se desarrollen según sus costumbres y tradiciones, mientras que pueblo indígena “se refiere a una variable cultural, donde coinciden idioma, comidas, tradiciones, ascendencia, historia y origen común, religiosidad, creencias, valores, visión

de mundo, entre otros aspectos que les caracteriza como pueblo” (INEC, 2013:8).

Es de gran relevancia visualizar las diferencias étnicas propias de cada región para así generar acciones que se adecuen a las necesidades específicas de cada grupo y así lograr un mayor impacto en las mismas.

En relación con el acceso a servicios de salud de esta población hay que señalar

que el 61,5% se encuentra asegurada por el Estado, y aunque un 10,8% de los habitantes de territorios indígenas no tenía seguro por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), esta cifra es muy inferior al 32,2% que se encontró para el Censo del año 2000 (Delgado, 2011).

Si observamos los cantones donde se encuentran ubicados los distintos pueblos indígenas del país con respecto al IDS podemos ver que los mismos se encuentran en una posición desventajosa “en general las regiones periféricas tienen una menor inversión social, lo que las hace menos competitivas y con un nivel de vida inferior al de la región Central y tiene comportamiento muy heterogéneo en los indicadores” (MIDEPLAN, 2013). Además al comparar los promedios nacionales en cuanto a natalidad y mortalidad se puede inferir la presencia de inequidad relacionada con los indicadores en salud, ya que estas poblaciones son vulnerables en distintos aspectos de los determinantes sociales de la salud, mismos

que no se resuelven únicamente disminuyendo las limitaciones geográficas de acceso si no enfocando acciones a disminuir la brecha en ámbitos como el educativo y económico.

Para esto deben tomarse en cuenta las diferencias no solo culturales, ya que no es lo mismo tratar un problema en una comunidad como Bribri de Talamanca que en la Chorotega de Hojancha, sino además considerar su ubicación geográfica ya que algunas comunidades poseen mayor acceso a distintos recursos tanto de salud como educativos, debido a su cercanía con otras comunidades en mejores condiciones o con mayor inversión social. Por estas razones es importante que los tomadores de decisión contemplen la diversidad cultural en la cosmovisión de los pueblos indígenas para que las acciones que se ejerzan en este ámbito sean dirigidas no simplemente a solventar las necesidades en salud de los mismos, si no a respetar y perpetuar su acervo cultural.

Cuadro 4
Cantones con pueblos indígenas, según Índice de Desarrollo Social (IDS),
natalidad y mortalidad, Costa Rica, 2013

Cantón	Pueblo indígena	Posición IDS 2013	Tasa de Natalidad por 1000 hab.	Tasa de mortalidad infantil por 1000 n.v.
Mora	Huetar	26	13,6	5,2
Puriscal	Huetar	43	10,7	10,4
Hojancha	Chorotega	29	11,2	0
Nicoya	Chorotega	56	13,6	8,0
Pérez Zeledón	Cabécar	47	13,5	6,5
Turrialba	Cabécar	66	15,7	13,4
Matina	Cabécar	73	19,6	13,4
Limón	Cabécar	71	20,7	8,3
Talamanca	Cabécar	81	26,9	14,1
	Bribri			
Coto Brus	Ngöbe o Guaymí	68	18,3	12,9
Osa	Brunca/Boruca	69	15,6	6,0
	Ngöbe o Guaymí			
Corredores	Ngöbe o Guaymí	74	16,5	7,9
Golfoito	Ngöbe o Guaymí	77	15,8	3,0
Guatuso	Maleku	75	19,1	9,2
Buenos Aires	Bribri	79	17,8	10,1
	Cabécar			
	Brunca/Boruca			
	Terraba			
	Ngöbe o Guaymí			

Fuente: Dirección de Vigilancia con base a datos del INEC y MIDEPLA

Educación

Los datos del 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. El cuadro 5 muestra

que Alajuela y San José poseen la mayor cantidad de población con dicha condición, sin embargo, es interesante notar que las diferencias entre hombres y mujeres son mínimas en cada provincia.

Cuadro 5
Población de 10 años y más según alfabetización, sexo y provincia, Costa Rica, 2011

Provincia	Alfabetismo		Analfabetismo	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
San José	560.784	625.179	8.775	9.364
Alajuela	339.411	349.693	11.196	10.209
Cartago	198.588	208.457	4.205	4.494
Heredia	176.104	188.365	3.086	2.963
Guanacaste	129.514	134.366	4.263	3.845
Puntarenas	161.438	162.590	6.574	6.278
Limón	149.522	150.197	5.665	5.813

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.

La región Central (Regiones según MIDEPLAN) posee mayor cantidad de personas con nivel de instrucción de secundaria completa y

universitaria, mientras que la región Huetar Norte posee la menor, lo que confirma que las zonas urbanas siguen teniendo mayor ventaja en cuanto al acceso a la educación en comparación a las zonas rurales del país.

Cuadro 6
Porcentaje de población de 15 años y más según nivel de instrucción y región de planificación,
Costa Rica, 2014

Región de Planificación	Total	Nivel de instrucción								
		Sin nivel de instrucción	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria académica incompleta	Secundaria académica completa	Secundaria técnica incompleta	Secundaria técnica completa	Educación superior de pregrado y grado	Educación superior de posgrado
Central	2 427 267	3%	9%	22%	21%	15%	1%	2%	24%	2%
Chorotega	276 039	5%	14%	26%	22%	13%	2%	2%	15%	1%
Pacífico Central	213 149	5%	13%	26%	22%	12%	5%	3%	13%	1%
Brunca	266 473	5%	16%	29%	19%	10%	3%	2%	13%	2%
Huetar Caribe	313 753	5%	16%	28%	23%	12%	2%	2%	9%	1%
Huetar Norte	279 829	7%	16%	27%	21%	10%	3%	2%	12%	2%
Total del País	3 776 510	4%	11%	24%	21%	14%	2%	2%	20%	2%

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en INEC, Encuesta Nacional de Hogares, 2014.

Actividad física

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la actividad física como un tema básico en la prevención de enfermedades no transmisibles (ENT) y la promoción de la salud, además de ser uno de los factores protectores más importantes para enfrentar problemas actuales de la sociedad, principalmente la violencia y el consumo de drogas.

Lo anterior debido a que el sedentarismo y la falta de recreación sana se asocian, entre otros aspectos, a un menor rendimiento académico, a una menor socialización, así como a un mayor índice de violencia en la niñez, la edad escolar y la juventud.

De acuerdo con la información proporcionada por la CCSS en la última publicación disponible de la Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular (CCSS, 2011), 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 con la actividad física alta, el sexo masculino fue el que tuvo mayor porcentaje con 47,2% y predominantemente en el grupo de 20 a 39 años. Las mujeres de este mismo grupo de edad presentaron un 22,5%.

El 63,45% de las mujeres informaron tener una actividad física baja. El grupo de 65 años y más fue el que presentó menor nivel de actividad física.

Un esfuerzo importante en este campo lo constituye la Meta Nacional #3 sobre Inactividad Física incluida de la “Estrategia Nacional, Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisible y Obesidad 2013-2021”, publicado en noviembre del 2014. Dicha meta es: “Reducción relativa del 7% de la prevalencia de insuficiente actividad física”. Sin embargo, hay que aclarar que el país no cuenta con una línea base a nivel nacional en todos los grupos poblacionales, por lo que se hace necesario enfocar esfuerzos para realizar las mediciones correspondientes para coordinar estrategias acordes con esos grupos que varían ampliamente en cuanto percepciones y preferencias.

Con respecto a la población joven del país, según muestran los datos obtenidos por el Consejo de la Persona Joven en la Segunda Encuesta Nacional de Juventudes, en la que se entrevistaron hombres y mujeres entre los 15 y los 35 años, un 35.5 % de los hombres afirma siempre haber practicado algún deporte en el último año mientras que en las mujeres esta cifra alcanza solo un 15%. Además, se puede ver que existen diferencias de acceso a lugares para realizar actividades deportivas.

EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Dengue

En el año 2015 se notificaron 17.439 casos de dengue, cifra que representó una tasa de

360,9 por 100.000 habitantes. Con respecto al año anterior que se notificaron 11.140 casos, se observa un incremento de casos del 56.5%. Las Regiones Chorotega, Pacífico Central, Brunca y Central Norte aportaron el 89.7 % de los casos del país.

Cuadro 7
Casos notificados de dengue y porcentaje de variación relativa según región
Costa Rica 2014-2015

Región	2014	2015	% variación relativa
	Número (%)	Número (%)	
Pacífico Central	2089 (18,7)	3113 (17,9)	49
Chorotega	2221 (19,9)	6958 (39,9)	213,3
Central Norte	1815 (16,3)	2819 (16,2)	55,3
Huetar Caribe	2215 (19,9)	637 (3,7)	-71,2
Central Sur	628 (5,6)	953 (5,5)	51,8
Brunca	1945 (17,4)	2757 (15,8)	41,7
Central Este	96 (0,9)	76 (0,4)	-20,8
Occidente	18 (0,2)	70 (0,4)	288,9
Huetar Norte	113 (1,0)	56 (0,3)	-50,4
TOTAL	11140	17439	56,5

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud

Se registraron 6 casos de Dengue grave y no se reportaron defunciones por esta causa. En el país se ha detectado la circulación de los serotipos DENV 1, DENV 2 y DENV 3

en diferentes zonas según información del Centro Nacional de Referencia Virología del INCIENSA.

Cuadro 8
Distribución de casos y defunciones por dengue, según serotipo y año,
Costa Rica, 1993-2015.

Año	Número de casos de dengue	Número de casos de dengue grave	Defunciones	Serotipos
1993	4612	0	0	1 y 4
1994	13929	0	0	1 y 3
1995	5137	1	1	1 y 3
1996	2309	2	1	1 y 3
1997	14421	8	2	1 y 3
1998	2628	0	0	1 y 3
1999	6041	117	2	2
2000	4908	5	0	1, 3 y 4
2001	9464	37	0	2
2002	12251	27	0	1 y 2
2003	19703	69	0	1 y 2
2004	9408	11	0	1 y 2
2005	37798	52	2	1
2006	12052	76	0	1 y 2
2007	26504	318	8	1 y 2
2008	8212	65	2	1, 2
2009	7214	8	0	1, 2 y 3
2010	31484	21	4	1, 2 y 3
2011	13838	74	0	1, 2 y 3
2012	22243	54	0	1, 2 y 3
2013	49993	220	1	1, 2 y 3
2014	11140	4	0	1, 2 y 3
2015	17439	6	0	1, 2 y 3

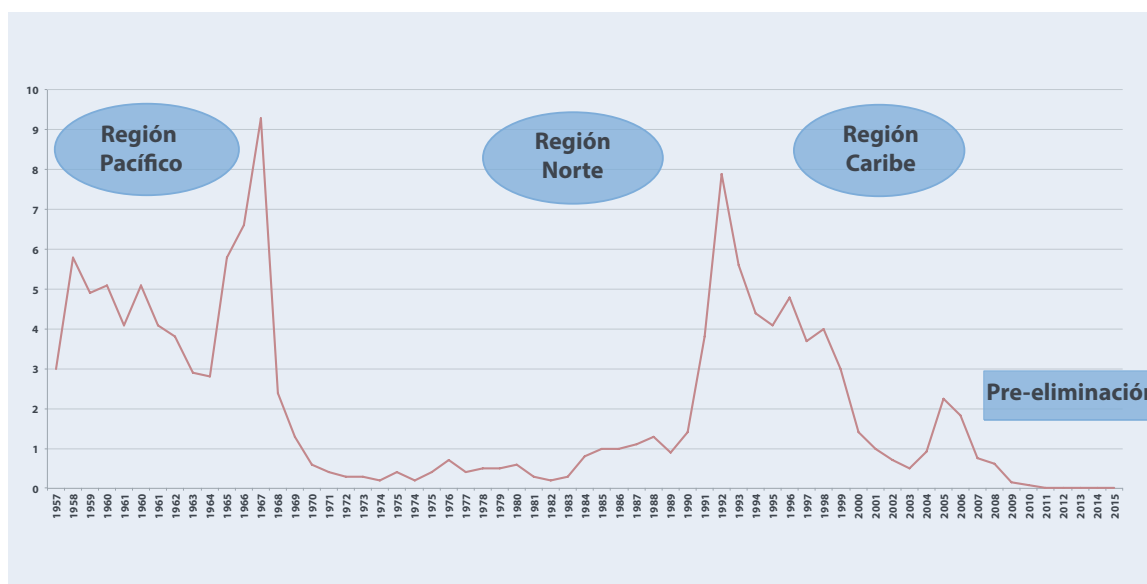
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud -INCIENSA

Malaria

En el año 2015, se registraron ocho casos de malaria, lo cual significó para el país un Índice Parasitario Anual, (IPA) de 0,004 por 1.000 habitantes. Todos los casos fueron importados de países con transmisión interna, de los cuales 4 corresponden a *Plasmodium falciparum*, 3 provenientes

de África (Tanzania, Camerún y República Centroafricana) y 1 de Colombia. Los otros 4 casos son de la especie *Plasmodium vivax* y se clasificaron como importados de Guatemala, Honduras, Nicaragua y de Bangladesh. Todos los casos se confirmaron en el examen microscópico y por la técnica PCR-Tiempo Real en el Centro Nacional de Referencia Parasitaria de INCIENSA.

Gráfico 7
Tasa de incidencia de malaria por 1000 habitantes,
Costa Rica 1957-2015

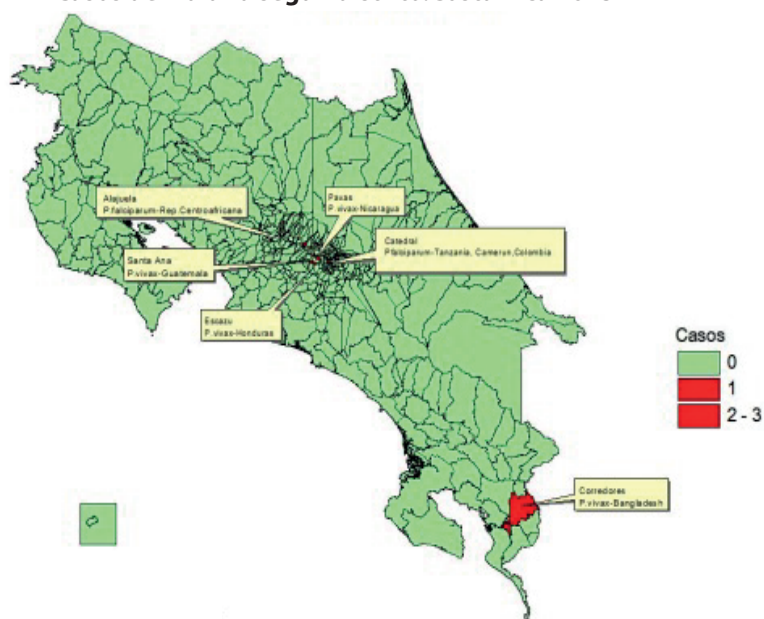


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud

Costa Rica, está en la lista de países de la OPS/OMS en fase de pre-eliminación para avanzar a corto plazo hacia la eliminación de la malaria, facilitando la participación del país en la iniciativa para la “Eliminación de la transición de la Malaria en Mesoamérica y La Isla Española” (EMMIE) en el año 2020, auspiciada por el Fondo Mundial contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria.

Del 30 de noviembre al 01 de diciembre 2015, una Misión de Verificación de la Línea Basal de OPS/OMS visitó el país, y según los resultados somos candidatos a los fondos de recompensa del Fondo Mundial para el siguiente año.

Figura 2
Casos de Malaria según distrito. Costa Rica 2015



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud

Enfermedad de Chagas

En el año 2015, el Centro Nacional de Referencia en Parasitología (CNRP-INCIENSA) no diagnosticó casos agudos de Chagas, solamente 47 casos crónicos. Se logró el tamizaje de ésta enfermedad en el 100% de los bancos de sangre.

En cuanto a la vigilancia entomológica pasiva se encontró presencia de *Triatoma dimidiata* en 75 viviendas de 22 localidades estudiadas. También, en actividades regulares de control en áreas con riesgo de transmisión vectorial, se trataron 826 viviendas en 37 localidades.

El país se mantiene libre del vector *Rhodnius prolixus*, ausencia que fue certificada por 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.

Filariasis

En Centroamérica el único foco endémico conocido de filariasis linfática (FL) estuvo localizado en la Ciudad de Limón. El STAG – NTDs (Grupo Consultor Estratégico y Técnico de las Enfermedades Desatendidas de la OMS/Ginebra del “Programa Global para la Eliminación de la Filariasis Linfática” (FL), mantiene clasificado a Costa Rica en la lista de países no endémicos de FL, y está en proceso de Certificación la Eliminación de la Transmisión de FL.

Chikungunya

En noviembre 2014 se evidencia la transmisión autóctona del virus en el país, por el mosquito *Aedes aegypti*. Para ese año se registraron 145 casos de CHIKV confirmados por el laboratorio

Nacional de Referencia en INCIENSA.

En el año 2015 se notificaron 4912 casos de chikungunya (tasa de 101,7 por 100.000 habitantes). La región más afectada fue la

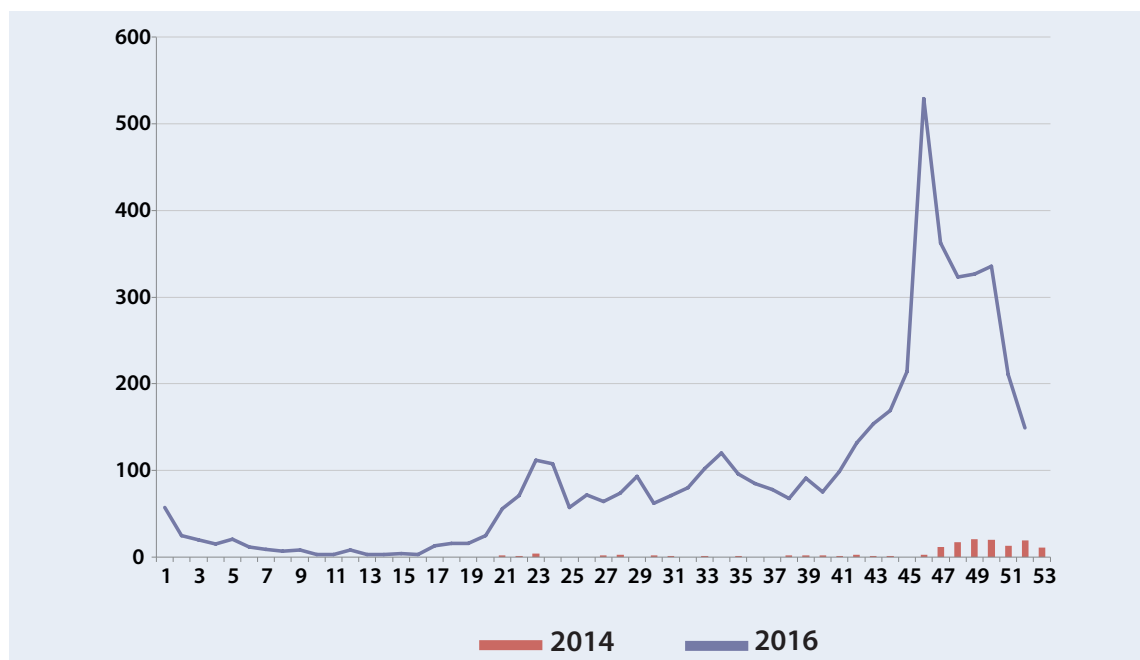
Chorotega con el 51.2 % de la carga nacional seguida por la Pacífico Central (19,7 %) y Huetar Caribe (18,7%). En estas tres regiones se concentró el 89,6% de los casos del país.

Cuadro 9
Incidencia de chikungunya según región de salud,
Costa Rica, 2015

Región	Casos	Tasa
Huetar Norte	13	5,6
Brunca	16	4,5
Occidente	16	7,7
Central Este	38	6,8
Central Sur	170	12,0
Central Norte	259	27,8
Huetar Caribe	917	211,5
Pacífico Central	969	346,0
Chorotega	2514	604,3
Total	4912	101,7

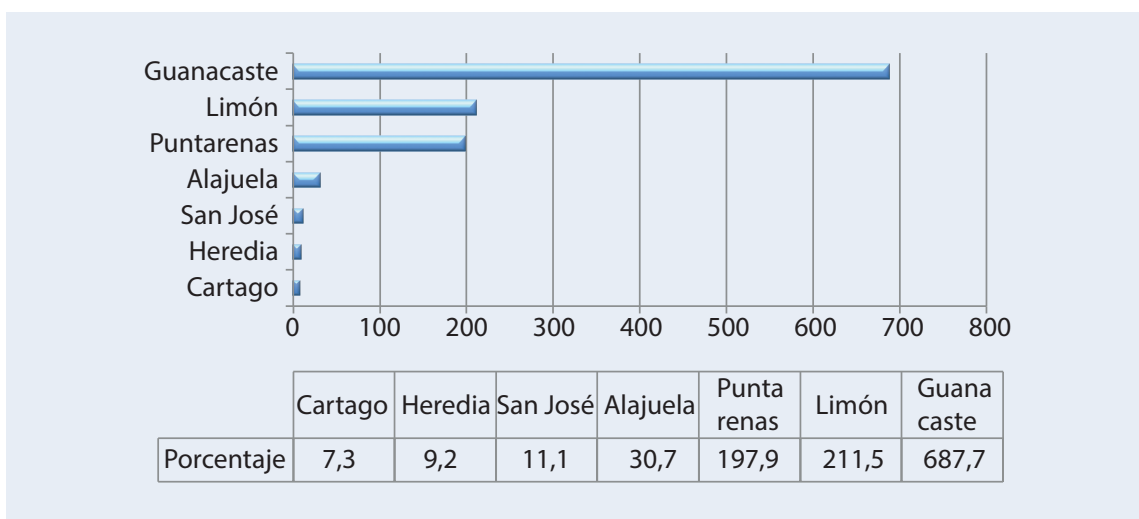
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud.

Gráfico 8
Casos de Chikungunya por semana epidemiológica,
Costa Rica 2014-2015



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

Gráfico 9
Porcentaje de casos de Chikungunya por provincia,
Costa Rica 2014-2015



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

No obstante la implementación de actividades de control integral en el marco de la Estrategia de Atención Integrada (EGI), se observó un incremento en el número de casos de dengue y chikungunya reportados en todas las regiones, destacándose el respaldo político y presupuestario, el abordaje interinstitucional y extra sectorial el cual es coordinado por el Grupo Técnico Nacional de Enfermedades Vectoriales. Se han elaborado normas técnicas, protocolos, y lineamientos para la vigilancia (de casos y entomológica) y la comunicación de riesgo.

Comportamiento de los eventos que se notifican en el registro colectivo

El Registro Colectivo (VE-02) del Ministerio de Salud le da seguimiento a 18 eventos que son de notificación obligatoria. Esta información proviene de los establecimientos de salud públicos y privados.

Observamos que durante el 2013, la notificación de las consultas por infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS) y por enfermedad diarreica aguda (EDA) ocuparon el 91,69 % del total de consultas registrados por estos eventos y para el 2015, se comportó de forma similar con un 90.81%.

Cuadro 10
Tasa de eventos de notificación obligatoria según año,
Costa Rica, 2013-2015

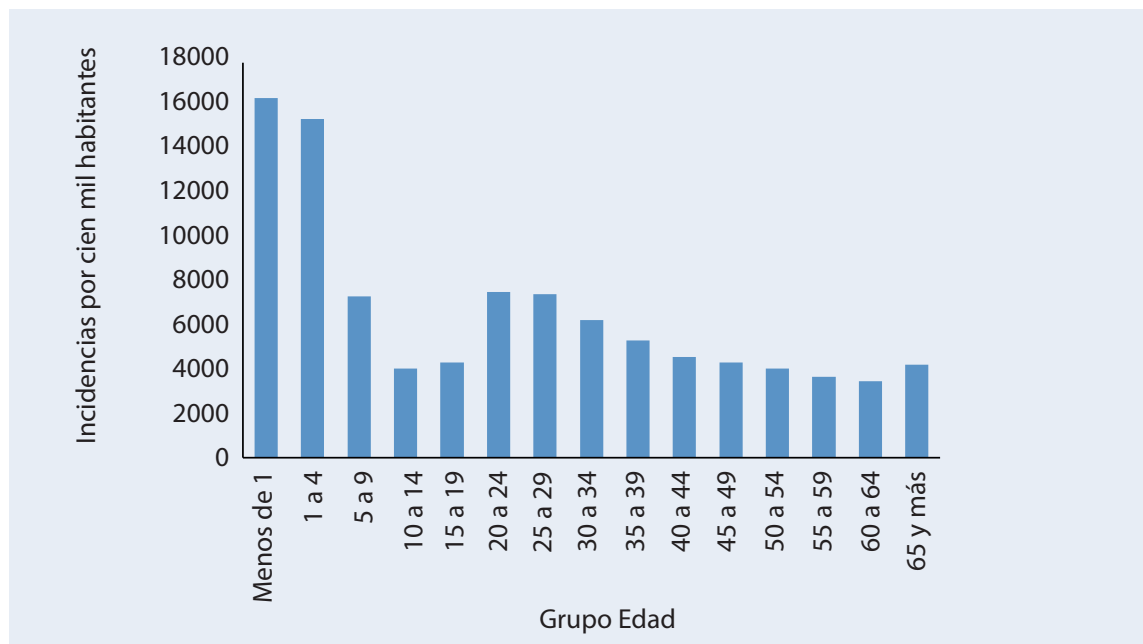
Eventos	2013 Tasa/1000	2014 Tasa/1000	2015 Número
Infección respiratoria aguda superior (IRAS)	1.400.936 (738)	1.538.929 (754)	1.375.675 (746)
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	337.524 (178)	319.175 (156)	297.782 (161)
Enfermedades tipo Influenza (ETI)	75.660 (399)	90.470 (44)	76.135 (41)
Depresión	41.623 (220)	51.451 (25)	53.007 (29)
Parasitosis intestinal sin especificar	19.840 (10)	20.532 (10)	22.155 (12)
Escabiosis	8.244 (4)	7.877 (4)	6.352 (3,4)
Pediculosis	4.784 (2)	5.133 (2)	6.319 (3,4)
Conjuntivitis hemorrágica	3.521 (2)	2.607 (1)	2.505 (1,3)
Leishmaniasis	1.856 (1)	2.137 (1)	1.170 (1)
Accidentes ofídicos	978 (0,5)	815 (0,4)	747 (0,4)
Otras helmintiasis intestinales no especificadas en otra parte	526 (0,2)	573 (0,3)	561 (0,3)
Ascariasis	154 (0,1)	128 (0,1)	131 (0,1)
Enterobiasis	355 (0,2)	297 (0,1)	129 (0,1)
Anquilostomiasis y necatoriasis	33 (0,02)	149 (0,1)	35 (0,02)
Estrongiloidiasis	24 (0,01)	152 (0,1)	26 (0,01)
Trichuriasis	31 (0,02)	18 (0,01)	28 (0,001)
Total	1.896.089	2.040.443	1.842.757

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

A continuación se observan las tasas de incidencia de consulta por ambos eventos, donde se puede observar el peso de la

incidencia de EDA. Por cada caso de EDA se registran 4,6 casos de IRAS, situación que se presenta en todo el período.

Gráfico 10
Tasa de incidencia de enfermedad diarreica aguda según grupos de edad,
Costa Rica, 2015



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

Coberturas de vacunación

La recomendación internacional, por parte de la Organización Panamericana de la Salud, es de tener coberturas de vacunación en al menos un 95% para poder ser consideradas como óptimas, y que de esta manera, mediante la protección o inmunidad de rebaño se pueda proteger a aquellas personas que por alguna razón no hayan recibido las vacunas.

Para el año 2015 los datos obtenidos muestran que solamente la vacuna de BCG tuvo una cobertura por debajo del 90% (se obtuvo un 83%, sin embargo, esto es debido a un subregistro, ya que el porcentaje de partos intrahospitalarios es muy alto, por encima del 95% y estos niños son vacunados con BCG y Hepatitis B al nacer); el resto de vacunas que se aplican tuvieron coberturas por encima del 90%.

Cuadro 11
Cobertura de vacunación en porcentajes,
Costa Rica, 2015

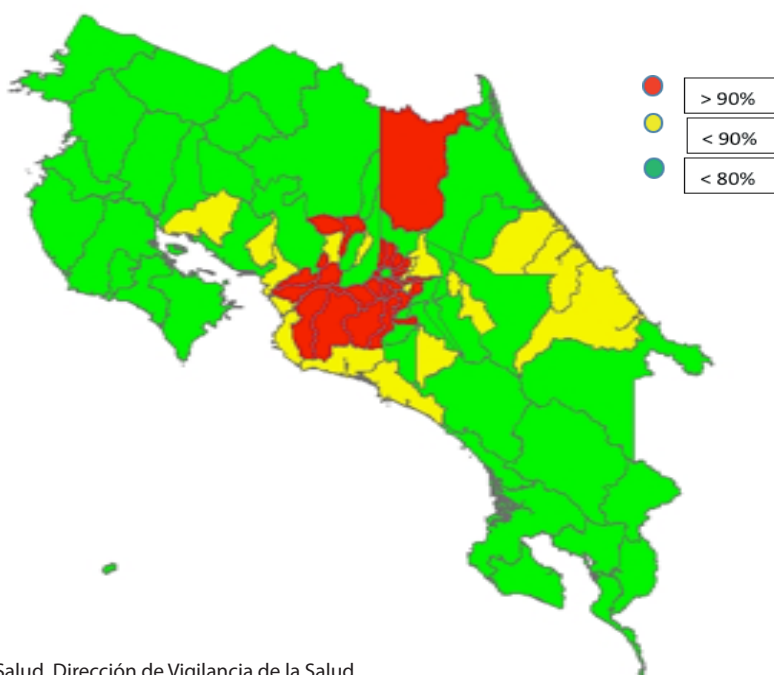
Tipo de vacuna	Cobertura (porcentaje)
BCG	83
Pentavalente 1	93
Neumococo 2	94
Hepatitis B 3	92
Pentavalente 3	92
SRP 1	93
Varicela	92
SRP 2	90
Toxoide diftérico (Td)	90

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

La baja cobertura con BCG pareciera ser más bien un problema de sub registro ya que la cobertura de parto intrahospitalario en el país es alta, y la contraindicación más frecuente

para la vacunación con BCG es tener un bajo peso al nacer, que en Costa Rica ronda aproximadamente un 10%.

Figura 3
Cobertura de BCG en recién nacidos
Costa Rica 2015



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

Al analizar las coberturas en niños menores de 1 año se observa que las coberturas alcanzadas estuvieron por encima del 90% en todos los biológicos aplicado a los niños, tal como se observa en los siguientes mapas.

En niños de 1 a 2 años se deben aplicar las vacunas contra SRP y Varicela; en este grupo etario se logró una cobertura por encima del 90% en ambos biológicos.

En relación con la vacuna contra varicela, se obtuvo una cobertura del 92%

En niños escolares se aplica la segunda dosis de SRP al ingreso a la escuela, y la vacuna contra el tétanos y la difteria se pone a los 10 años de edad; para la primera vacuna se obtuvo una cobertura del 90% misma cobertura que la obtenida para la vacuna de Td.

VIH, SIDA

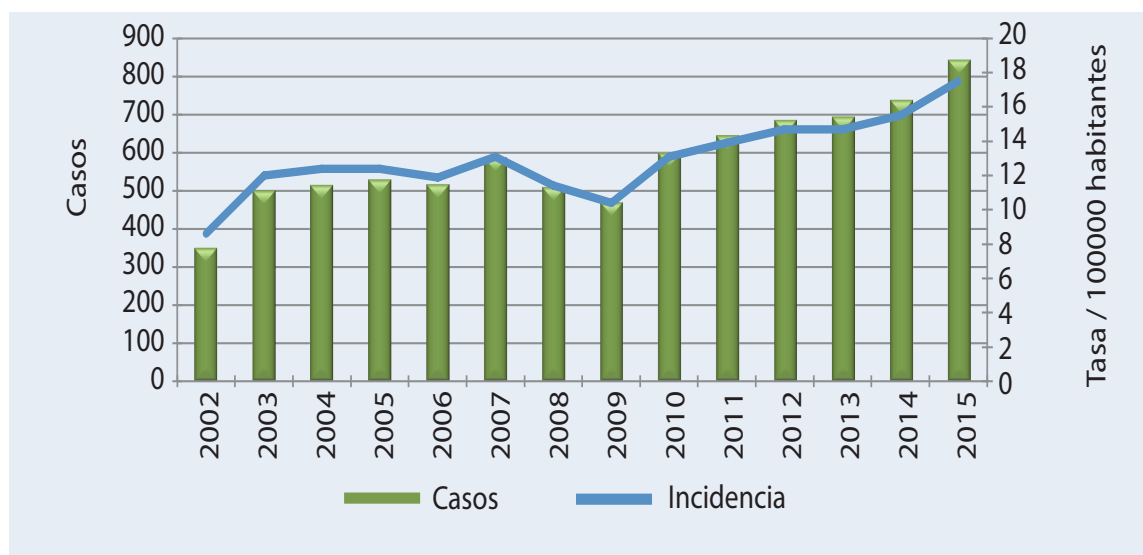
De acuerdo a las estimaciones de ONUSIDA, la prevalencia en población mayor de 15 años es de 0.23, en el grupo de 15 a 24 años es de 0.11 y en el de 15 a 49 es de 0.26.

Analizando los casos de VIH y sida para el período 2002-2015, se observa un incremento en las tasas de VIH, a partir del año 2009, producto de una mejor captación de casos.

Infección por VIH-sida

En el período 2002-2015, se registraron 8.188 casos de VIH-sida (incidencia para el período 182,7 por 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 11
Número de casos e incidencia de VIH-sida,
Costa Rica 2002-2015*



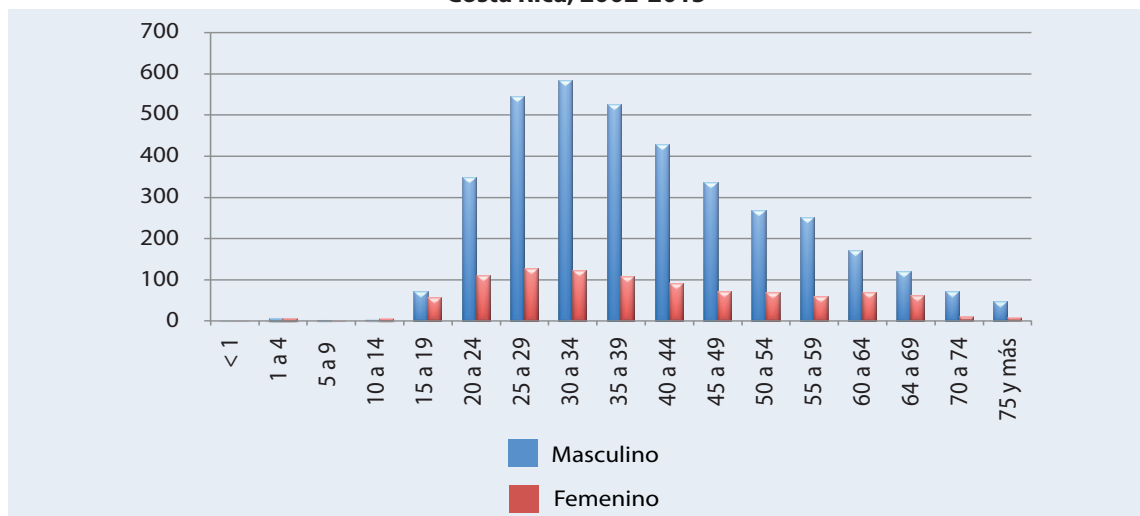
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

*Cifras Preliminares

Los casos nuevos de infección por VIH se presentan básicamente en el sexo masculino (80,6%) siendo la razón hombre/mujer para

ese período de 4:1. El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 44 años, aportando el 72,0% de los casos.

Gráfico 12
Casos de VIH-sida por edad y sexo,
Costa Rica, 2002-2015*



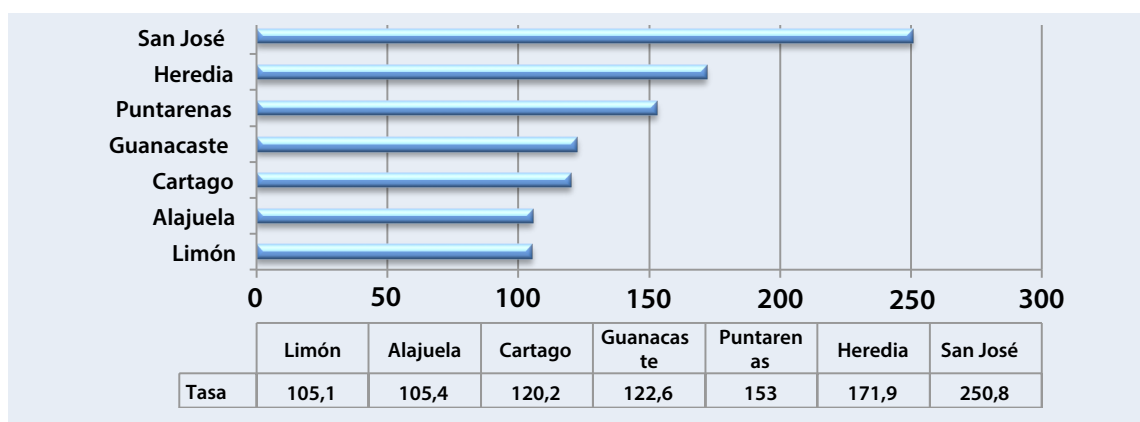
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

*Cifras Preliminares

La provincia de San José, registró la incidencia más alta para el período (250.8/100.000 habitantes), aportando el 50.0% de los casos de país. Los cantones que presentaron las incidencias por 100.000 habitantes más altas

fueron: San José (476.7), Tibás (380.7), Montes de Oca (294.9), Puntarenas (268.3), Goicoechea (259.8), Heredia (248.7), Curridabat (225.6), Limón (176.5), y Alajuela (169.3), aportando el 47.4% de los casos del país.

Gráfico 13
Incidencia de VIH por provincia, Costa Rica, 2002-2015*



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

*Cifras Preliminares

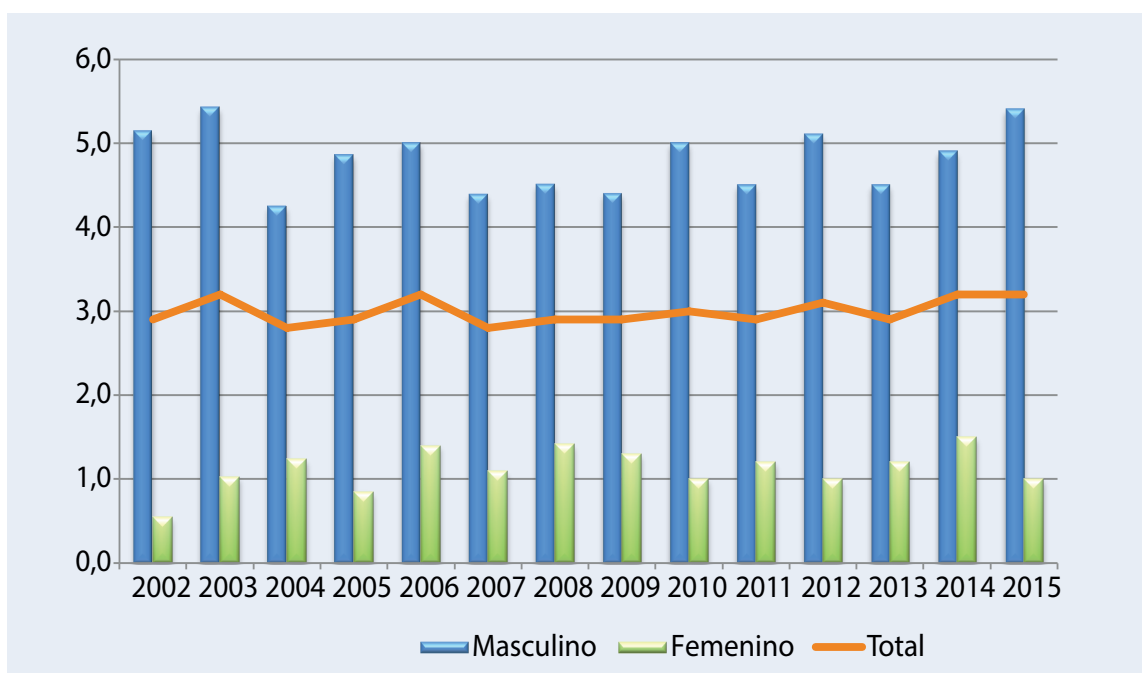
Mortalidad por sida

A partir del año 1985 la tendencia de la mortalidad por sida presentó un incremento sostenido. En el año 1997, debido a la introducción de la terapia antirretroviral y al aumento gradual de su cobertura, se observa un decremento de casos y la tendencia a la estabilización de la mortalidad.

La mortalidad por sida depende básicamente del sexo masculino (81.6%) y la razón hombre mujer para ese periodo fue de 4:1 (4 hombres por cada mujer).

Para el período 2002-2015, las tasas de mortalidad masculina, se mantienen por encima de las tasas nacionales durante todo el período de análisis.

Gráfico 14
Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, según año y sexo,
Costa Rica, 2002-2015

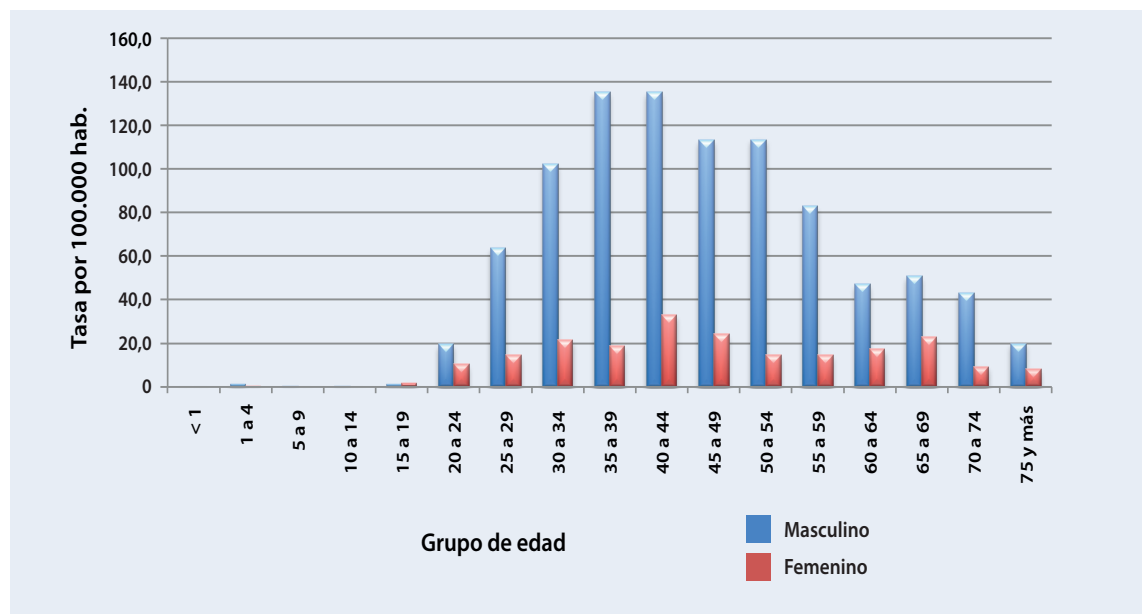


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

El 81.6% de las defunciones fueron del sexo masculino (53.9 por 100.000 habitantes). El grupo de edad donde se registró el mayor

número de defunciones fue el de 35 a 54 años, representando el 69.8% del total de muertes por esta causa.

Gráfico 15
Mortalidad por sida según sexo y edad,
Costa Rica, 2002-2015



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

Para el mismo período, la provincia de San José registró la mortalidad más alta por 100.000 habitantes (20.9), aportando el 50.0% de las defunciones por esa causa. Los cantones que presentaron la mortalidad por 100.000 habitantes más alta fueron: San José (104.5), Puntarenas (67.8), Alajuelita (55.2), Limón (47.0), Cartago (43.5) Goicoechea (54.3), Alajuela (39.1) y Desamparados (42.9) aportando el 48.7% de los casos del país.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Cáncer

Situación del cáncer en Costa Rica

En el año 2013, el cáncer ocupó el cuarto lugar entre todos los eventos de notificación

obligatoria y el segundo lugar entre las enfermedades no transmisibles notificadas, solamente precedido por hipertensión arterial.

La tasa bruta de incidencia de cáncer para el año 2013 fue de 224,4 casos por 100.000 habitantes.

Las localizaciones de cáncer más frecuentes en hombres (tasa ajustada por cada 100.000 hombres) para el año 2013 en orden descendente fueron: piel (51,58), próstata (43,04), estómago (18,45), colon (8,33) y sistema hematopoyético (8,19).

En las mujeres, las localizaciones más frecuentes de acuerdo a su incidencia (tasa ajustada por 100.000 mujeres) fueron: piel (48,90), mama (47,90), cuello uterino (28,0), tiroides (22,71) y estómago (11,43).

Cuadro 12
Incidencia de tumores malignos en hombres, según
localización anatómica, Costa Rica, 2013

Localización	Número de casos	Tasa/100.000
Piel	1238	52,00
Glándula prostática	960	40,32
Estomago	444	18,65
Colon	198	8,32
Ganglios linfáticos	189	7,94
Sistemas hematopoyético y retículoendotelial	182	7,64
Bronquios y pulmón	146	6,13
Vejiga urinaria	134	5,63
Recto	104	4,37
Tiroides	101	4,24
Testículos	92	3,86
Otros	889	37,34
Total	4677	196,44

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud, Registro Nacional de Tumores.

Cuadro 13
Incidencia de tumores malignos en la población femenina,
según localización anatómica, Costa Rica, 2013

Localización anatómica	Número	Tasa/100.000
Piel	1278	54,80
Mama	1195	51,24
Cuello Uterino	749	32,11
Glándula Tiroides	581	24,91
Estómago	295	12,65
Colon	286	12,26
Cuerpo Uterino	205	8,79
Ganglios Linfáticos	164	7,03
Sistemas Hematopoyético y retículoendotelial	140	6,00
Ovario	123	5,27
Otros	885	37,95
Total	5901	253,01

Fuente: Registro Nacional de Tumores. Ministerio de Salud

Mortalidad por cáncer

En el año 2015, la mortalidad por cáncer en Costa Rica registró una tasa bruta de 96,5 muertes por cada 100.000 habitantes. En los hombres, la mortalidad por cáncer para ese mismo año, se produjo de acuerdo con la localización (tasa ajustada por 100.000 hombres) de la siguiente manera: estómago

(15,49), próstata (15,02), colon (7,36), pulmón (7,18) e hígado (5,89).

En las mujeres, la mortalidad según localización (tasa ajustada por 100.000 mujeres) fue: mama (12,21), estómago (7,99), colon (6,03), cuello uterino (4,71) y páncreas (4,27).

Cuadro 14
Tasa de mortalidad* por tumores malignos más frecuentes en hombres,
según grupo de edad y sitio anatómico, Costa Rica, 2015

Grupos de edad	Estómago		Próstata		Pulmón		Colon	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
0-4	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5-9	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10-14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15-19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,47
20-24	0	0,00	0	0,00	1	0,44	0	0,00
25-29	2	0,86	0	0,00	0	0,00	2	0,86
30-34	1	0,47	0	0,00	0	0,00	1	0,47
35-39	1	0,56	0	0,00	1	0,56	3	1,67
40-44	5	3,28	0	0,00	2	1,31	3	1,97
45-49	18	12,41	1	0,69	4	2,76	3	2,07
50-54	32	23,15	1	0,72	10	7,24	10	7,24
55-59	31	26,72	12	10,34	13	11,20	12	10,34
60-64	52	58,60	19	21,41	28	31,55	20	22,54
65-69	59	96,91	35	57,49	32	52,56	21	34,49
70-74	50	116,80	48	112,13	20	46,72	29	67,74
75 y más	182	283,68	273	425,53	79	123,14	78	121,58
Total	433	17,75	389	15,95	190	7,79	183	7,50

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, Registro Nacional de Tumores. INEC-Ministerio de Salud.

*Tasa por 100.000 habitantes

Cuadro 15
Tasa de mortalidad por otros tumores malignos en hombres, según grupos
de edad y sitio anatómico, Costa Rica, 2015

Grupos de edad	Hígado		Leucemias		Páncreas		Linfomas		Encéfalo		Vejiga	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
0-4	2	1,06	1	0,53	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5-9	0	0,00	4	2,10	0	0,00	0	0,00	4	2,10	0	0,00
10-14	1	0,52	2	1,04	0	0,00	3	1,56	1	0,52	0	0,00
15-19	2	0,95	7	3,31	0	0,00	1	0,47	2	0,95	0	0,00
20-24	2	0,89	0	0,00	0	0,00	2	0,89	2	0,89	0	0,00
25-29	2	0,86	3	1,29	0	0,00	3	1,29	0	0,00	0	0,00
30-34	0	0,00	6	2,84	0	0,00	3	1,42	3	1,42	0	0,00
35-39	1	0,56	6	3,34	1	0,56	3	1,67	1	0,56	1	0,56
40-44	1	0,66	3	1,97	0	0,00	4	2,62	4	2,62	0	0,00
45-49	5	3,45	4	2,76	2	1,38	5	3,45	4	2,76	0	0,00
50-54	13	9,41	3	2,17	9	6,51	3	2,17	2	1,45	3	2,17
55-59	15	12,93	8	6,89	9	7,76	12	10,34	7	6,03	3	2,59
60-64	22	24,79	10	11,27	12	13,52	12	13,52	15	16,90	7	7,89
65-69	23	37,78	8	13,14	17	27,92	11	18,07	10	16,43	7	11,50
70-74	27	63,07	12	28,03	15	35,04	11	25,70	9	21,02	8	18,69
75 y más	58	90,40	39	60,79	42	65,47	32	49,88	6	9,35	35	54,55
Total	174	7,13	116	4,76	107	4,39	105	4,30	70	2,87	64	2,62

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, Registro Nacional de Tumores. INEC-Ministerio de Salud.

*Tasa por 100.000 habitantes

Cuadro 16
Tasa de mortalidad* por tumores malignos más frecuentes en mujeres,
según grupos de edad y sitio anatómico, Costa Rica, 2015

Grupos de Edad	Mama		Estómago		Colon		Cuello uterino		Hígado	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
0-4	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5-9	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,55
10-14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15-19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20-24	0	0,00	2	0,95	2	0,95	1	0,48	0	0,00
25-29	2	0,91	2	0,91	1	0,46	5	2,28	0	0,00
30-34	6	2,98	2	0,99	3	1,49	5	2,48	0	0,00
35-39	13	7,35	6	3,39	3	1,70	10	5,65	2	1,13
40-44	12	7,81	7	4,56	4	2,60	14	9,11	0	0,00
45-49	28	18,81	8	5,37	9	6,05	15	10,08	7	4,70
50-54	22	15,52	15	10,58	17	11,99	17	11,99	6	4,23
55-59	35	29,34	13	10,90	18	15,09	8	6,71	9	7,54
60-64	29	31,50	18	19,55	22	23,90	11	11,95	20	21,72
65-69	40	62,99	23	36,22	24	37,80	9	14,17	10	15,75
70-74	35	76,02	23	49,96	21	45,61	11	23,89	16	34,75
75 y más	95	121,41	106	135,47	69	88,18	25	31,95	58	74,12
Total	317	13,25	225	9,40	193	8,07	131	5,47	129	5,39

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, Registro Nacional de Tumores. INEC-Ministerio de Salud.

*Tasa por 100.000 habitantes

Cuadro 17
Tasa de mortalidad* por otros tumores malignos en mujeres, según grupos de edad y sitio anatómico, Costa Rica, 2015

Grupos de Edad	Páncreas		Pulmón		Leucemias		Linfomas		Ovario	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
0-4	0	0,00	0	0,00	2	1,12	0	0,00	0	0,00
5-9	0	0,00	0	0,00	4	2,22	0	0,00	0	0,00
10-14	0	0,00	0	0,00	5	2,73	0	0,00	0	0,00
15-19	0	0,00	0	0,00	5	2,50	0	0,00	0	0,00
20-24	0	0,00	0	0,00	2	0,95	1	0,48	0	0,00
25-29	0	0,00	2	0,91	3	1,37	3	1,37	0	0,00
30-34	0	0,00	0	0,00	5	2,48	0	0,00	2	0,99
35-39	1	0,57	0	0,00	2	1,13	2	1,13	2	1,13
40-44	2	1,30	2	1,30	3	1,95	3	1,95	3	1,95
45-49	1	0,67	3	2,02	6	4,03	2	1,34	3	2,02
50-54	8	5,64	4	2,82	5	3,53	6	4,23	5	3,53
55-59	19	15,93	10	8,38	4	3,35	8	6,71	8	6,71
60-64	23	24,98	18	19,55	6	6,52	5	5,43	10	10,86
65-69	12	18,90	10	15,75	10	15,75	11	17,32	10	15,75
70-74	15	32,58	18	39,10	4	8,69	11	23,89	9	19,55
75 y más	45	57,51	46	58,79	23	29,39	24	30,67	22	28,12
Total	126	5,27	113	4,72	89	3,72	76	3,18	74	3,09

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, Registro Nacional de Tumores.

*Tasa por 100.000

La notificación del cáncer se ha mantenido en forma constante gracias a la declaración del mismo como enfermedad de notificación obligatoria mediante decreto ejecutivo vigente desde 1976.

La implementación desde el año 2013 del Sistema de Información del Registro Nacional de Tumores, ha permitido disminuir significativamente el procesamiento de los datos, para contar con información más oportuna que contribuya no solamente a la toma de decisiones sino también a la planificación, elaboración de programas, implementación de políticas y ejecución de presupuesto relacionado al tema del cáncer.

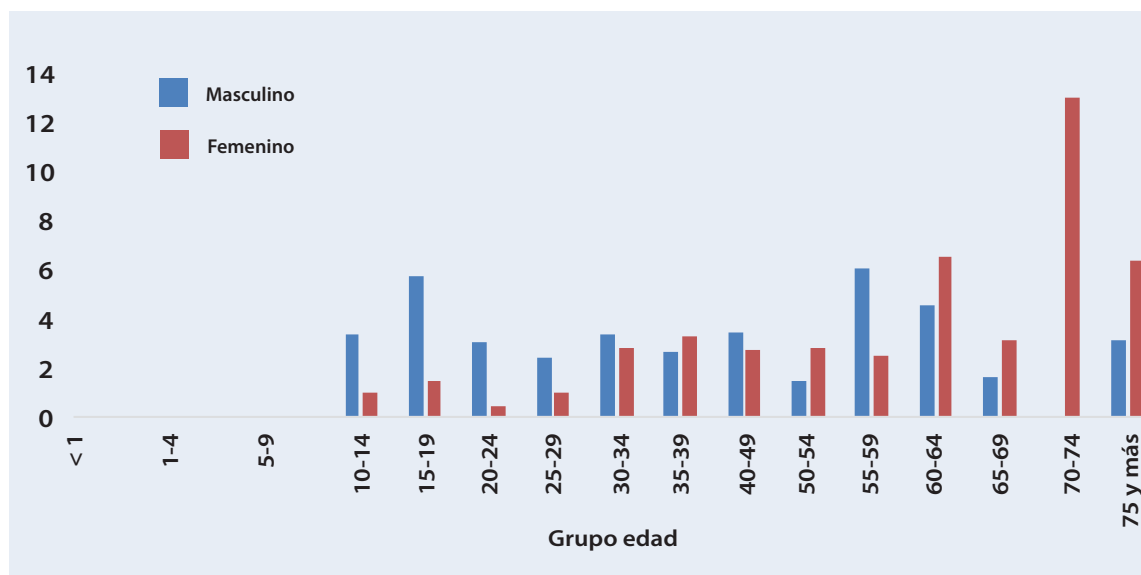
TRASTORNOS MENTALES

Esquizofrenia

En el 2015 se registraron 111 casos de esquizofrenia, con una tasa del 2,30 por cien mil habitantes. Las mujeres presentaron la tasa más alta con un 2,58 superando la tasa nacional.

El gráfico 16 presenta la tasa de incidencia de esquizofrenia para el año 2015. Se observa que la población adulta mayor presenta las tasas más altas, principalmente en las mujeres. La tasa para ambos sexos con edades superiores a los 70 años de edad fue de 6,75 por cien mil habitantes.

Gráfico 16
Tasa de incidencia /100.000 hab. de esquizofrenia según edad y sexo,
Costa Rica 2015

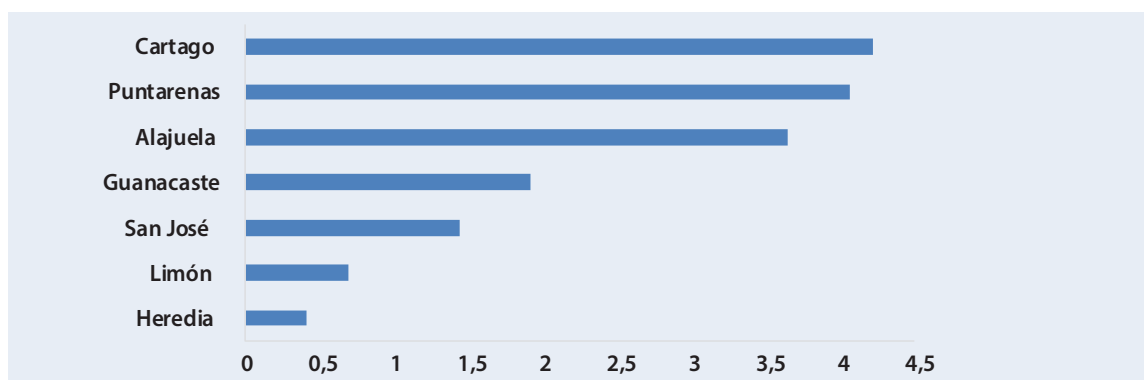


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

El siguiente gráfico presenta la incidencia de esquizofrenia por provincia para el 2015. Cartago presentó la tasa más alta con un 4,2,

seguido de Puntarenas con una tasa de 4,06, y en tercer lugar Alajuela con 3,64.

Gráfico 17
Tasa de incidencia/100.000 hab de esquizofrenia según provincia, Costa Rica 2015



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

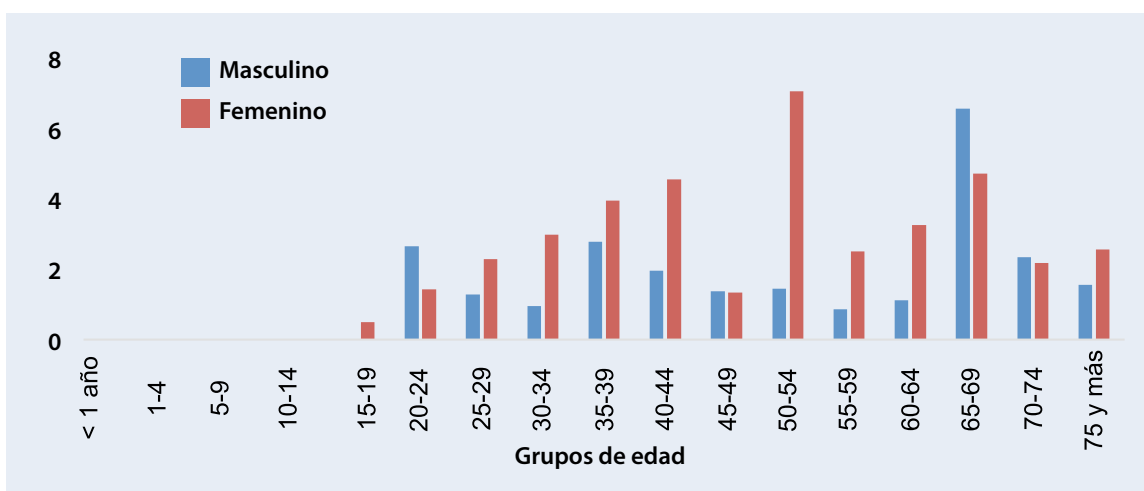
Los cantones de Zarcero, San Ramón y Montes de Oro registraron las mayores tasas por cien mil habitantes, 22.1, 17.0 y 14.3, respectivamente.

Trastorno Afectivo Bipolar

En el 2015 se notificaron 84 casos de trastorno bipolar, que representan una tasa general de 1,74 por 100.000 habitantes.

A continuación se presenta el gráfico 18, con las tasas de incidencia según grupo de edad y sexo. Se observa que el trastorno bipolar predomina en las mujeres en todos los grupos de edad, con énfasis las mujeres de 50 años en adelante, las cuales presentan tasa de 7,05. La mayor tasa en hombres se presentó en el grupo de 65-69 años, con una tasa de 6,57.

Gráfico 18
Tasa de incidencia/100.000 hab. de trastorno afectivo bipolar según edad y sexo, Costa Rica, 2015



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

El análisis de la incidencia por provincia, mostró que San José presenta las tasa más alta de trastorno bipolar, de 3,57 por cien mil habitantes. Los cantones de esta provincia con las más altas fueron: Pérez Zeledón, León Cortés y Escazú en donde las tasas fueron de 15,6, 7,6, y 7,5 respectivamente.

Intento de suicidio

En el 2015 se registraron 1408 casos de intento de suicidio (860 en mujeres y 548 en hombres), que representan una tasa total de 29,1 intentos por 100.000 habitantes.

La provincia de Limón tuvo la tasa más alta con un 49,6, seguida de Cartago, con una tasa del 40,4 y en un tercer lugar se ubicó Puntarenas con una tasa de 40,38.

La incidencia en mujeres fue mayor en todos los grupos de edad, encontrándose la mayor en el grupo de 15 a 19 años con una tasa de 101,0.

Dota, León Cortes y Puriscal presentaron las tasas de intento de suicidio más altas, con 196,0, 146,0 y 94,0 respectivamente.

Violencia Intrafamiliar (VIF)

En Costa Rica durante el año 2015 el evento; violencia intrafamiliar estuvo presente durante todo el año, en todo el país; no hubo semana o lugar en que no se dieran casos de agresión en cualquiera de sus formas, testigo de ello son los servicios de salud, la fuerza pública, las escuelas y colegios, entre otros, que evidenciaron mediante la notificación obligatoria, los casos de este serio problema

de salud pública, el cual continua afectando a las poblaciones definidas como “vulnerables” (mujeres, adultos mayores, niños(as) y personas con discapacidad).

A continuación se presentan los principales datos generados por la notificación obligatoria de violencia intrafamiliar en el ámbito de la salud pública, evento de gran interés para la intervención y atención por parte de las autoridades de salud y de los diferentes entes involucrados con el tema.

Durante el año 2015 hubo un total de 12.941 casos notificados de violencia intrafamiliar, de los cuales 8822 casos correspondieron a la población femenina y 3669 a la población masculina, siendo la provincia y el cantón con mayor incidencia Puntarenas y Coto Brus respectivamente.

Los grupos de edad con mayor incidencia se ubicaron en población infantil y adolescente, así como adulta mayor, y en menor grado entre los 30 y 39 años, principalmente en mujeres.

Por último las principales causas específicas notificadas fueron el abuso sexual, el psicológico y el físico.

La provincia con la mayor incidencia fue Puntarenas con una tasa de 323,7, en una segunda posición se ubicó San José con una tasa de 300,4 y en tercer lugar la provincia de Alajuela con una tasa del 271,77.

En lo que respecta a los cantones con mayor incidencia se ubican en los tres primeros

lugares; Coto Brus que registró una tasa de 1190,2, Los Chiles obtuvo una tasa de 897,7 y Goicoechea con una tasa de 703,4.

Con relación a la incidencia según grupos de edad resaltan la población infantil y adolescente con las incidencias más altas fundamentalmente del sexo femenino, igual con adultas mayores de 75 años y más, cuya tasa fue del 454,9. La particularidad de estos datos es que la población infantil masculina obtuvo las tasas más altas como el grupo de edad de 0-4 años cuya tasa fue de 461,1, sin embargo, conforme llegan a la adolescencia es la población femenina la que toma protagonismo y entre los 10 a 14 años aportan la tasa más alta con un 633,5 de los casos notificados.

La incidencia de VIF según sexo es el resultado esperable según la tendencia de los últimos años y nuevamente la población femenina es la que presenta la mayor cantidad de casos notificados, con una tasa de 368,6; la tasa de la población masculina fue de 150,4.

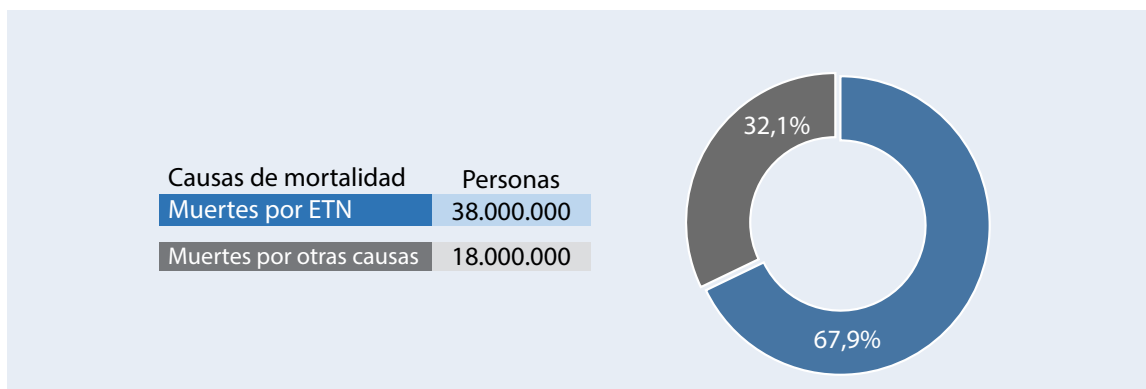
Finalmente, en cuanto a los casos notificados por causa específica según sexo, en la población femenina el abuso psicológico prevalece sobre el resto con un total de 2.462 frente a los 587 notificados en el grupo masculino. En segundo lugar, el abuso sexual con 1518 casos notificados en mujeres y 289 en varones; en una tercera posición, el abuso físico en se notificaron un total 1478 en mujeres, y 876 casos en hombres. Se reportaron más casos de negligencia y abandono en la población masculina, con 869 casos, versus 777 casos en población femenina.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Situación mundial

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), actualmente son la principal causa de mortalidad a nivel mundial como se nota en el gráfico siguiente.

Gráfico 19
Mortalidad Global por Enfermedades no transmisibles (ENT) en relación con las otras causas de mortalidad, 2012



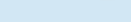
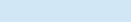
Fuente: Organización Mundial de la Salud, Reporte del Estado Global de ENT 2014, con base en datos del 2012.

De esta mortalidad, más del 40% es prematura (menores de 70 años). Dentro de las ENT que más muertes producen están las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas (Organización Mundial de la Salud, 2012). En la Región de Centroamérica y República Dominicana, se tomó la decisión de incorporar además la enfermedad renal crónica como una ENT prioritaria. La situación de Costa Rica es congruente con esta realidad mundial.

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

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.

Cuadro 18
Incidencia acumulada de mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles, en personas de 30 a 69 años, por grupo de enfermedad, según año.
Costa Rica 2009-2015

Grupo / Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tendencia	% del 2016
Cáncer	91,3	94,2	91,1	91,2	94,4	92,0	95,0		53,5
Enf. Isquémica cardíaca	44,9	45,4	46,0	44,8	42,2	45,2	39,8		22,4
Diabetes melitus	16,0	16,6	14,7	13,8	13,4	13,4	15,0		8,5
Enf. Cereb. Vasc.	15,3	13,7	16,0	15,6	14,1	15,8	12,6		7,1
Enf. Resp. Cr.	8,9	10,8	9,1	8,1	8,6	7,7	8,5		4,8
Enf. Renal. Cr.	6,1	5,8	7,0	6,3	6,2	7,3	5,5		3,1
Total	183,1	186,9	184,1	180,3	179,1	181,9	177,5		100,0

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, con base en datos del INEC

Nota: Tasas por 100.000 habitantes.

*Líneas de tendencia con valor mínimo igual a 0.

En el cuadro anterior se observa como se ha alcanzado una meseta en cuanto a la incidencia acumulada de mortalidad prematura por todas las causas consideradas en los grandes grupos de enfermedades no transmisibles. En cada grupo existen también cambios no pronunciados que en realidad permiten comprender el porque de la meseta total. Desde el punto de vista de análisis, el hecho de no tener una tendencia clara al incremento nos indica que Costa Rica ya alcanzó una madurez en la transición epidemiológica en donde, en décadas anteriores, si se vió un incremento de la mortalidad por estas causas. Este estancamiento puede responder a diferentes factores, como una desaceleración en el aumento de la expectativa de vida, los servicios de salud asistenciales han ido poco a poco asumiendo roles más activos en la temática y en los últimos años ha empezado un movimiento, que aunque permea más en ciertos grupos poblacionales, busca hacer mas conciencia sobre la importancia de la alimentación saludable y la actividad física como estilos de vida que permiten una mayor calidad en la misma.

Para lograr una pendiente en declive a corto plazo se hace necesario el reforzamiento de esta temática en primera instancia de las estrategias de atención y prevención secundaria y terciaria en los servicios de salud, y para el mediano y largo plazo, promover la prevención primaria y la promoción de la salud como estrategia real de acción en los diferentes contextos, donde se hace sumamente necesario habilitar el

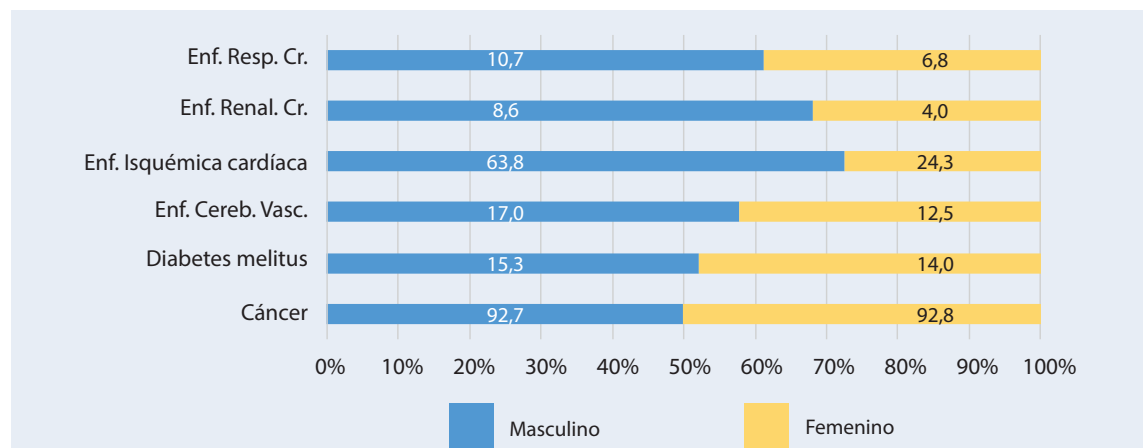
acceso sostenible a estilos de vida saludable, principalmente para las poblaciones que tienden o están en riesgo social.

Otro dato que se desprende de la lectura de la figura es que el cáncer sigue, en el 2015, teniendo la tasa más alta de mortalidad prematura en comparación con los demás grupos desagregados, representando un 53%, seguido de la enfermedad isquémica cardíaca con un 22.4%. La Diabetes mellitus y la Enfermedad Cerebrovascular mantienen porcentajes parecidos con un 8.4% y un 7.1% respectivamente, quedando en último lugar la Enfermedad Respiratoria Crónica y la Enfermedad Renal Crónica (4.7% y 3.1% respectivamente). También es necesario considerar que la enfermedad renal crónica tiende a ser una complicación de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, por lo que esta mortalidad podría ser redistribuida con una fuente de información que lo permitiera, en la atribuible a esos dos grandes grupos.

La provincia con mayor mortalidad prematura por todos los cánceres es San José, con una tasa acumulada del 2009 al 2015 de 101.3 fallecidos por cada 100.000 habitantes, seguida de Cartago. Esas dos provincias tienen tasas por encima de la tasa nacional (92.8 por 100.000 para el acumulado desde el 2009 hasta el 2015).

El gráfico 19 muestra las tasas de incidencia según sexo.

Grafico 20
Incidencia acumulada de mortalidad de las enfermedades crónicas
no transmisibles, en personas de 30 a 69 años, por grupo de enfermedad y sexo,
Costa Rica 2009-2015



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud

Nota: Tasas por 100.000 habitantes.

El cáncer y la diabetes son los dos grupos de enfermedades en donde existe una relación hombre – mujer bastante similar. Para todos los demás grupos de enfermedades el sexo masculino tiene tasas superiores,

siendo la enfermedad isquémica cardíaca la que presenta la diferencia más alta (72% masculino) seguido por la enfermedad renal crónica (68% masculino) y enfermedad respiratoria crónica (61% masculino).

Cuadro 19
Incidencia acumulada de mortalidad por todos los tipos de cáncer,
en personas de 30 a 69 años, según año y provincia,
Costa Rica 2009-2015

Provincia / Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Línea de tendencia	2009 a 2015
San José	105,1	100,0	101,7	95,2	102,3	97,4	107,3		101,3
Cartago	80,4	99,9	98,7	95,0	108,8	96,6	96,9		96,8
NACIONAL	91,3	94,2	91,1	91,2	94,4	92,0	95,0		92,8
Alajuela	83,1	92,0	81,6	90,2	93,0	96,2	92,2		90,0
Guanacaste	85,7	106,2	86,2	94,4	81,8	88,5	87,1		89,8
Heredia	80,8	87,2	82,2	87,2	93,9	84,2	89,0		86,5
Puntarenas	92,5	81,1	78,9	81,5	83,1	88,1	86,6		84,6
Limón	82,7	79,7	87,0	84,6	69,4	69,9	71,3		77,5

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud con base en datos del INEC

Nota: Tasas por 100.000 habitantes.

*Líneas de tendencia con valor mínimo igual a 0.

La provincia que tiene mayor densidad de fallecidos por población para todos los tipos de cáncer en edad prematura desde el 2009 hasta el 2015 es San José (101,3 fallecidos por 100.000 habitantes), seguido de Cartago

(96,8). Ambas provincias se encuentran por encima del nivel nacional (92,8). En el último lugar se encuentra Limón con una tasa de 77,5.

Cuadro 20
Incidencia de mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca,
en personas de 30 a 69 años, según año y provincia,
Costa Rica 2009-2015.

Grupo / Año	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tendencia	2009 a 2015
San José	52,6	50,1	51,6	51,1	44,9	52,4	45,0		49,6
Cartago	45,0	38,8	51,2	54,4	46,7	47,9	42,2		46,6
Heredia	45,0	42,1	41,8	53,6	40,8	45,0	43,2		44,5
NACIONAL	44,9	45,4	46,0	44,8	42,2	45,2	39,8		44,0
Alajuela	43,5	50,2	43,7	35,5	40,0	41,8	36,6		41,4
Guanacaste	39,5	35,4	32,3	43,5	34,3	46,8	31,1		37,5
Puntarenas	35,8	46,9	36,6	32,3	36,7	33,7	38,3		37,1
Limón	29,1	34,7	48,2	31,0	44,5	30,6	27,0		34,9

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud con base en datos del INEC

Nota: Tasas por 100.000 habitantes.

*Líneas de tendencia con valor mínimo igual a 0.

La mortalidad prematura por Enfermedad Isquémica Cardíaca es liderada por San José y Cartago con 49.6 y 46.6 fallecidos por 100.000 habitantes (acumulado del 2009 al 2015), seguido de cerca por Heredia. Estas tres se encuentran por encima de la tasa nacional. De los restantes, Limón ocupa la tasa mas baja como provincia. Siempre es importante observar que pueden existir

cantones dentro de cada provincia que se encuentren por encima de la tasa nacional, aunque la provincia se encuentre por debajo. En cuanto a tendencias, tampoco se observan pendientes marcadas que delinien algo evidente. En general, todas las tasas disminuyeron en el 2015 con respecto al 2014 excepto para Puntarenas que aumentó de 33.7 a 38.3.

Con respecto a la prevalencia de las principales enfermedades no transmisibles, de acuerdo a la Encuesta Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular de la Caja Costarricense de Seguro Social, basada en la metodología STEP de la Organización Mundial de la Salud, y que se ha aplicado en dos ocasiones con un espaciamiento de 5 años (2010 y 2014). Esta

encuesta tiene como objetivo determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular conductuales y biológicos en la población adulta, con el propósito de orientar las estrategias de intervención en salud pública para la prevención y control de la enfermedad cardiovascular.

Cuadro 21
Porcentaje de prevalencia de diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia
en adultos mayores de 20 años según sexo,
Costa Rica, 2010 y 2014

Enfermedad	Total		Masculino		Femenino	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Diabetes						
Diagnosticada	9.5	10	8.4	8.4	10.5	11.6
No diagnosticada	1.3	2.8	1.1	2.1	1.4	3.3
Prevalencia general	10.8	12.8	9.5	10.5	11.9	14.9
Hipertensión arterial						
Diagnosticada	31.5	31.2	27.7	28.2	35.4	34.2
No diagnosticada	6.3	5.0	7.3	6.6	5.2	3.4
Prevalencia general	37.8	36.2	35	34.8	40.6	37.6
Dislipidemia						
Diagnosticada	25.3	25	SD	SD	SD	SD

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Médica Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Sub Area de Vigilancia Epidemiológica.

Se observa que la prevalencia de Diabetes se incrementó en los últimos años en dos puntos porcentuales, pasando de 10.8 a 12.8 por cada 100 habitantes mayores de 20 años. El incremento fue mas importante para el sexo femenino, en donde el aumento representó 3 puntos porcentuales, llegando a casi 15%. Lo anterior ocurrió tanto gracias al aumento de la Diabetes diagnosticada como de la no diagnosticada. Es importante indicar que ese

2.8% de Diabetes no diagnosticada representa un reto adicional para el sistema de captación de casos nuevos de diabetes mellitus. Sería importante lograr la caracterización al menos geográfica de en donde se encuentra ese porcentaje para revisar y reforzar o replantear las estrategias de tamizaje.

En el caso de la Hipertensión arterial, el balance en estos últimos cuatro años (2010 al 2014) es levemente positivo en el sentido

que disminuyó la prevalencia en un poco mas de un punto porcentual, sin embargo, la prevalencia continua en cifras elevadas, siendo que al 2014, de cada 100 adultos mayores de 20 años, 36.8 son portadores de hipertensión arterial.

En el caso de la dislipidemia diagnosticada, la cifra se mantiene prácticamente invariable, en 25 de cada 100 mayores de 20 años. Es importante agregar que en el reporte

preliminar de esta encuesta no se consignan comorbilidades, siendo que existe un porcentaje de personas muy interesante de estudiar y abordar que presentan diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia de forma simultánea, que combinado con obesidad se convierten en personas muy propensas a complicaciones metabólicas y funcionales, por encima de las personas que solo presentan uno de los padecimientos anteriores.

CAPITULO V

Logros
Institucionales

CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

Las transformaciones institucionales globales durante las últimas décadas, han impulsado reformas en el sector público con el fin de lograr mayor eficacia en los resultados de la gestión. La rendición de cuentas ha sido un factor concomitante para la incursión de iniciativas innovadoras por ejemplo, reconocimientos a las buenas prácticas del sector público.

Costa Rica, se suscribió al Consejo Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, donde definen la Calidad de la Gestión Pública como "... una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos"

Es por ello, que las acciones definidas en esta administración han orientado al Ministerio de Salud a la creación de un Sistema de Gestión de Calidad y Mejora Continua, el cual busca enfatizar los productos y servicios desde su diseño hasta el momento en que el usuario requiere de ellos, vinculado a aspectos de eficiencia y eficacia logrando cumplir las expectativas y requerimientos deseados.

El Sistema de Gestión de la Calidad apunta a adoptar una visión estratégica que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, orientado a la mejora continua, consolidando estándares que reflejen las necesidades implícitas y obligatorias, información

confiable, promover la transparencia, la participación ciudadana y garantizar el fácil acceso a la información.

La gestión de la calidad ha dejado de ser un atributo del ámbito privado y atípico en el estatal, y se está convirtiendo en una filosofía de gestión pública, que demanda no solo aptitudes sino actitudes, dedicación y vencimiento de la resistencia al cambio para concentrar la atención al ciudadano, a fin de optimizar las relaciones entre el Estado y los ciudadanos.

MEJORA REGULATORIA Y SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES

Situación del tema

La globalización y modernización a nivel mundial, han obligado a los estados a experimentar transformaciones en sus instituciones públicas, de manera que se implementen estrategias para la consecución de formas más ágiles y simples en la gestión pública.

La población es cada vez más exigente al demandar la eliminación de requisitos en la tramitación de sus solicitudes, claridad en la información y disminución de los plazos de respuesta.

Por estas razones, el Ministerio de Salud desde hace varios años se dio a la tarea de implementar la Ley 8220, que protege a los ciudadanos del exceso de trámites, así como a ejecutar las directrices sobre simplificación

de trámites y mejora regulatoria, emitidas por el Ministerio de Economía y Comercio.

La tramitología debe ser más eficiente para facilitar el comercio y la accesibilidad a los productos y servicios, relacionados con la salud de la población garantizando la seguridad en todo momento.

Logros

- La conformación y operación en forma periódica de la Comisión de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria Institucional, coordinada por la Viceministra de Salud (Oficial de Simplificación de Trámites).
- Simplificación en el trámite de registro de productos alimenticios y cosméticos de bajo riesgo; como parte de los compromisos planteados en el Plan de Mejora Regulatoria Institucional.
- Funcionamiento del Sistema REGISTRELO 24/7 lo cual permite que los usuarios ingresen cualquier día de la semana, a cualquier hora del día.
- Implementación del protocolo para el trámite de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, con el fin de normalizar y estandarizar el desarrollo de dicho trámite.
- Revisión y actualización de los protocolos y hojas de ruta de 160 servicios que brinda el Ministerio, tales como la solicitud y otorgamiento de: carné de manipulación de alimentos, certificación de vacunación

contra la fiebre amarilla y permiso de funcionamiento para los Centros de Atención Integral, entre otros.

- Actualización del Catálogo de Trámites Nacionales del Ministerio de Salud, para facilitar el acceso de los ciudadanos a los servicios que brinda la institución.
- Simplificación de trámites, el Ministerio de Salud asumió la responsabilidad de aprobar planos, memoria, cálculo y manual de operaciones de las plantas de tratamientos residuales.
- Disminución de los tiempos para el registro de alimentos de 22 días a 5 días, y de cosméticos de 4 días a 5 días mediante la implementación del Decreto Ejecutivo DAJ-EC-2707-15 Registro Simplificado para alimentos y cosméticos de bajo riesgo.
- Abordaje de albergues de salud pública de emigrantes cubanos con inspección de salud pública.

Desafíos

- Alcanzar servicios más eficientes mediante la utilización de la plataforma informática, lo que conllevará a la actualización y mejora de la información disponible para el cliente en la página web del Ministerio de Salud.
- Control estatal de los productos de interés sanitario en el mercado.
- Seguimiento a los nuevos decretos que deben salir bajo el Sistema de Calidad.

GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL

Situación del tema

El Ministerio de Salud implementó una serie de ajustes importantes en su organización, suscitados por las transformaciones del entorno nacional.

En el año 2015 se diseñó una propuesta de ajuste a la estructura organizacional y funcional de las unidades organizativas del nivel central, con el fin de fortalecer la gestión por proceso mediante la mejora continua, la elaboración y actualización de los procesos

y sus respectivos procedimientos en las unidades organizativa

Además, Ministerio de Salud participó en el Programa de Prácticas Promisorias en la Gestión Pública, que lidera el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Logros

- Oficialización de procedimientos y protocolos institucionales, incluyendo actualizaciones y elaboración de nuevas herramientas, entre ellas, procedimientos y protocolos institucionales (cuadro 18)

Cuadro 22
Procedimientos y protocolos oficializados, según código y unidad organizativa,
Ministerio de Salud, 2015

Código	Nombre	Tipo de documento	Versión	Unidad organizativa responsable
MS.NL. SLA.07.P.04	Certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla	Protocolo	4	Dirección Atención al Cliente
MS.NC.SLA.07.P.12	Recepción de solicitudes para la aprobación previa de publicidad comercial de sucedáneos de leche materna, alimentarios	Protocolo	2	Dirección Atención al Cliente
MS.NL. SLA.07.P.14	Recepción de la solicitud de certificación del carné o comprobantes de vacunación	Protocolo	2	Dirección Atención al Cliente
MS.NL. SLA.07.P.15	Otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento	Protocolo	2	Dirección Atención al Cliente
MS.NL. SLA.07.P.15	Otorgamiento de Permiso Sanitario de Funcionamiento	Protocolo	2	Dirección Atención al Cliente
MS.NI. SLA.07.01.02	Seguimientos de trámites	Procedimiento	2	Dirección Atención al Cliente

Código	Nombre	Tipo de documento	Versión	Unidad organizativa responsable
MS.NL.SLA.07.P.16	Solicitud de permiso de funcionamiento para centros de atención integral a personas menores de 12 años	Procedimiento	1	Dirección Atención al Cliente
MS.NC.SLA.07.P.11	Autorización para la importación y adquisición de medicamentos no registrados	Protocolo	1	Dirección Atención al Cliente
MS.NC.SLA.07.P.08	Recepción y registro de la declaración jurada de los ingredientes y emisiones de los productos de tabaco y sus derivados	Protocolo	1	Dirección Atención al Cliente
MS.NI.SLA.07.P.06	Recepción y traslado de denuncias	Protocolo	3	Dirección Atención al Cliente
MS.NC.SLA.07.P.11	Autorización para la importación y adquisición de medicamentos no registrados	Procedimiento	1	Dirección Atención al Cliente
MS.NI.FIMPR.02.02.12	Inspección general de establecimientos, actividades u otros	Procedimiento	2	Dirección de Ambiente Humano/Garantía de Acceso a los Servicios de Salud
MS.NC.FIMPR.02.02.31	Manejo de eventos atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI)	Procedimiento	1	Dirección de Productos de Interés Sanitario
MS.NC.FIMPR.02.02.42	Evaluación de registros para inscripción	Procedimiento	1	Dirección de Productos de Interés Sanitario
MS.NC.FIMPR.02.02.41	Validación de registros para inscripción	Procedimiento	1	Dirección de Productos de Interés Sanitario
MS.NC.FIMPR.02.02.45	Evaluación previa de la publicidad de productos de interés sanitario	Procedimiento	1	Dirección de Productos de Interés Sanitario
MS.FIMPR.02.02.27	Atención de alertas de seguridad de medicamentos	Procedimiento	2	Dirección de Productos de Interés Sanitario
MS.NI.FIMPR.02.02.16	Atención de denuncias relacionadas con productos de interés sanitario	Procedimiento	1	Dirección de Productos de Interés Sanitario

Código	Nombre	Tipo de documento	Versión	Unidad organizativa responsable
MS.NC.FIMPR.02.02.35	Resolución de recursos ordinarios revocatorias y apelaciones	Procedimiento	1	Dirección de Productos de Interés Sanitario
MS.NI.FIMPR.02.02.16	Atención de denuncias relacionadas con productos de interés sanitarios	Procedimiento	1	Dirección de Productos de Interés Sanitario
MS.UO.LI.08.07	Traslado temporal o permanente de funcionarios en propiedad y/o puestos en condición vacante	Procedimiento	1	Dirección de Recursos Humanos
MS.NI.LI.07.04.01	Adelanto de gastos de viaje y transporte en el interior del país	Procedimiento	1	Dirección Financiera de Bienes y Servicios
MS.NI.LI.07.04.02	Liquidación de gastos de viaje y transporte dentro del país	Procedimiento	2	Dirección Financiera de Bienes y Servicios
MS.UO.LI.07.05.01	Visado de los documentos de ejecución presupuestaria	Procedimiento	1	División Administrativa/ Gestión Financiera
MS.UO.LI.08.04	Pago de tiempo extraordinario / reconocimiento de tiempo de reposición	Procedimiento	3	División Administrativa/ Gestión Financiera
MS.NI.SLA.04.01	Solicitud de construcción, ampliación y remodelación de infraestructura física	Procedimiento	1	División Administrativa/ Gestión Inmobiliaria
MS.NL.FINSR.03.P.04	Certificado de registros de vacunas	Protocolo	1	Vigilancia de la Salud

Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Desarrollo Organizacional, Planificación y Desarrollo Institucional.

- Desarrollo del documento técnico para la propuesta de ajuste de la Estructura Organizativa y Funcional del Ministerio de Salud del nivel central
- Participación en el Programa de Prácticas Promisorias de la Gestión Pública con el tema “Sistema Electrónico de Registros de Productos de Interés Sanitario”
- Desarrollo de la primera etapa del proceso de medición de cargas (mapeo de los procesos de las unidades organizativas del nivel central)

Desafíos

- Desarrollar y ejecutar un sistema de gestión de calidad institucional
 - Promover una cultura de calidad en la gestión Institucional
 - Incorporar la utilización y mejora continua de los procedimientos y protocolos institucionales, como parte del componente “Ambiente de Control” en el instrumento de autoevaluación de control interno.
- instituciones (CCSS, municipalidades, entre otras)
 - Trato inadecuado de los funcionarios a los administrados
 - Situaciones de acoso laboral
 - Incumplimiento del Consejo de Atención Integral (CAI) en la resolución de las habilitaciones
 - Falta de normalización y estandarización de los servicios que brinda la institución

Logros

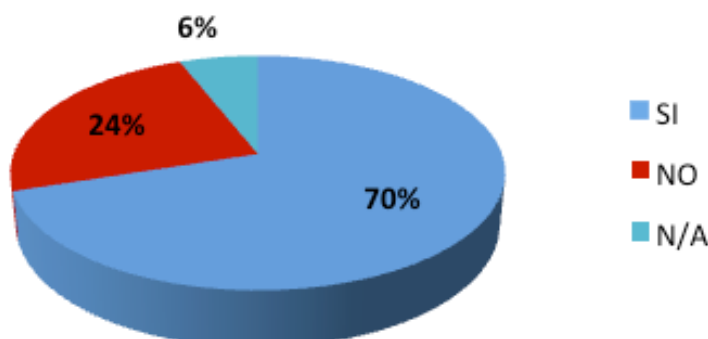
- Aplicación de 1879 encuestas a los clientes/usuarios a nivel nacional, sobre la percepción que tienen, sobre la aplicación de los Artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7 de la Ley 8220 “Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos” en nuestra Institución a fin de conocer la percepción que tienen nuestros clientes/usuarios del cumplimiento de ésta. Como resultado un 70% de los encuestados consideró que se cumple con lo establecido en los artículos señalados, un 24% indicó que no y un 6% se abstuvo de contestar. Es preciso señalar que se evidenció que un 57% de los encuestados desconocía de la prevención única y el silencio positivo. Solamente el 43% utilizó este beneficio. Ver gráfico 20.

CONTRALORÍA DE SERVICIOS**Situación del tema**

Los principales motivos de consulta, denuncias y quejas por servicios no resueltos recibidos por la Contraloría de Servicios, durante el 2015 fueron:

- Incumplimiento de la aplicación de la Ley 8220 (principalmente en la publicidad de los trámites, información sobre el trámite, plazo y calificación única, prevención única y silencio positivo)
- Falta de atención de alertas sanitarias por parte de las Áreas Rectoras de Salud
- Falta de claridad entre las competencias del Ministerio de Salud y las de otras

Gráfico 21
Percepción de los usuarios sobre el cumplimiento de
la Ley 8220, Ministerio de Salud, 2015



Fuente: Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios

- Ordenamiento de la Secretaría Técnica y del Consejo Atención Integral, dando como resultado una reducción significativa en las habilitaciones, pasando de nueve meses de rezago a un mes.
- Disminución de un 85% de las denuncias, quejas y consultas sobre exceso de requisitos y falta de información por parte de los equipos de atención al cliente a nivel nacional. Esto se evidencia en la diferencia de ingreso, ya que en el año 2014 se recibieron 995 inconformidades y en el 2015 únicamente 149.
- Seguimiento del 100% de las 230 denuncias sanitarias trasladadas a las áreas rectoras de salud correspondientes, según cuadro adjunto.

Cuadro 23
Denuncias con seguimiento, según nivel de gestión,
Ministerio de Salud, 2015

Nivel de gestión	Número	Porcentaje
Central Este	17	7,34
Central Norte	24	10,4
Central Occidente	6	2,6
Central Sur	82	35,7
Chorotega	22	9,6
Huetar Caribe	10	4,3
Huetar Norte	9	3,9
Brunca	8	3,5
Pacífico Central	23	10,0
Nivel Central	29	12,6
Total	230	100

Fuente: Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios

Desafíos

- Mejorar los tiempos de respuesta, en la atención de denuncias sanitarias, así como en el seguimiento de las mismas
- Mejorar la información que brindan las Áreas Rectoras de Salud al administrado, mediante sensibilizaciones, charlas y capacitación en procedimientos y normativa
- Implementar la guía de atención de denuncias sanitarias en las ochenta y dos Áreas Rectoras de Salud.
- Coordinar con la Dirección General de Salud, para que el nivel Regional realice supervisiones y capacitaciones a los funcionarios de los equipos de regulación de la salud de nivel local.

AUDITORÍA INTERNA

Situación del tema

La Dirección General de Auditoría Interna, como parte fundamental del Sistema de Control Interno Institucional y en apego al Plan de Trabajo Anual presentado al señor Ministro de Salud y a la Contraloría General de la República, brindó servicios de fiscalización orientados a fortalecer el Sistema de Control Interno, la gestión del riesgo y los procesos de dirección, emitiendo recomendaciones que

agregan valor y coadyuvan al cumplimiento de los objetivos institucionales. En el Plan de Trabajo se establecieron servicios de auditoría y preventivos, seguimiento de recomendaciones, así como, las actividades propias de la gestión de la auditoría interna.

Logros

- Se emitieron un total de 42 informes, que corresponden a 16 informes de control interno, 18 asesorías, 8 advertencias, y el estado de las recomendaciones que se emitieron en los informes durante el 2015, en el cual de las 73 recomendaciones el 47% se encuentra en proceso, y se han implementado un 53%.
- Se autorizó la apertura de 108 libros tanto de actas como contables, la gran mayoría de ellos corresponde a las comisiones de COREAMMI y COLEAMMI de las Regiones y Áreas Rectoras y se procedió al cierre de 3 libros.
- Se emitieron informes de Control Interno dirigidos tanto al Jerarca como a titulares subordinados competentes, que incluyen hallazgos en las unidades auditadas, los cuales son sujetos a acciones de mejora.
- Además, se emitieron 18 asesorías escritas y verbales a la Administración Activa.

Cuadro 24
Informes emitidos por la Auditoría Interna,
Costa Rica, 2015

N° DE OFICIO	OBJETO DE AUDITORÍA
DGA-473-2014	Proceso de Pagos del Ministerio de Salud
DGA-483-2014	Proceso Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI Región Central Sur
DGA-489-2014	Proceso Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI Región Central Este
DGA-496-2014	Gestión de Bienes y Servicios en el Ministerio de Salud
DGA-027-2015	Denuncia relacionada con la Construcción y Equipamiento del ARS de Nicoya.
DGA-133-2015	Evaluación de Acreditaciones que no corresponden en la Dirección de Desarrollo Humano
DGA-185-2015	Estructura Organizacional de la Gestión Administrativa y Técnica del PANARE
DGA-268-2015	Proceso Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI Región Central Occidente
DGA-372-2015	Verificación y Control sobre los PSF , Dirección ARS de Puntarenas -Chacarita
DGA-404-2015	Evaluación de Calidad de la Actividad de Auditoría Interna Año-2014
DGA-466-2015	Uso y Consumo de Combustible y gastos de viáticos dentro del país en la Regional de Rectoría de Salud Brunca.
DGA-522-2015	Verificación y Control Sobre PSF del Nivel Local ARS Garbito-región Pacífico Central
DGA-615-2015	Evaluación sobre Licencias Otorgadas a los Funcionarios con Goce de Salario.
DGA-621-2015	Notificaciones Obligatorias
DGA-636-2015	Proceso para el Trámite de Reasignaciones de los Puestos en el Ministerio de Salud
DGA-678-2015	Validación de la Calidad en la DGA del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Auditoría Interna

Cuadro 25
Informes emitidos por la Auditoría interna,
Costa Rica, 2015

N° DE OFICIO	OBJETO DE AUDITORÍA
DGA-035-2015	Legalización de Libro de Actas de la Comisión Plan Presupuesto.
DGA-055-2015	Asesoría sobre el Manejo de las Actas del CONASPI 2014.
DGA-104-2015	Asesoría sobre el Manejo de las Actas de la CONEAMMI
DGA-109-2015	Asesoría sobre Reforma al Reglamento Orgánico el Ministerio de Salud
DGA-127-2015	Actas del Consejo Sectorial del Sector Salud, Nutrición y Deporte
DGA-134-2015	Asesoría sobre el libro de actas del Consejo de Atención Integral
DGA-188-2015	Asesoría sobre la Propuesta de Políticas Presupuestarias relacionada con la Advertencia DGA-174-2015 del 07 de abril de 2015.
DGA-221-2015	Manejo de las actas de la Comisión Nacional de Promoción de la Salud.
DGA-342-2015	Asesoría de los libros de la Comisión Regional de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno, Perinatal e Infantil (COREAMMI) y la Comisión Local de Evaluación y Análisis de Mortalidad Materno Perinatal e Infantil (COLEAMMI) acorde al Decreto N°39009-S
DGA-391-2015	Asesoría sobre Actas del PANACI
DGA-399-2015	Asesoría sobre la utilización de los recursos provenientes de la Ley 9028 en infraestructura.
DGA-431-2015	Asesoría sobre documento sobre Sistema Receta Digital y Control de Psicotrópicos
DGA-591-2015	Asesoría en relación al Reglamento Contribuciones de CEN-CINAI-CENCE y CD y el Reglamento de- Funcionamiento de la Comisión Interna e Aprobación de Contratos.
DGA-629-2015	Asesoría sobre la Directriz Ministerial DM-AC-10032-2015.
	• Asesoría verbal sobre Órganos colegiados a los miembros de la COLEAMMI. • Asesoría verbal a la Junta Directiva de PANARE. • Asesoría verbal sobre el artículo 22 bis de la Ley de Contratación.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Auditoría Interna.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD

Situación del tema

Desde hace varios años el Ministerio de Salud como institución rectora en el campo de la salud no había desarrollado un proceso con participación de las instituciones, organizaciones y la población para la formulación de la Política y el Plan Nacional de Salud. Además, desde hace aproximadamente dos décadas, no se contaba con planificación estratégica regional y local.

Logros

- Elaboración de la Política Nacional de Salud 2015-2018, es una Política integral, estructurada en cinco ámbitos y 31 áreas de intervención y en la cual participaron más de 3.500 actores sociales.
- Se elaboraron los 82 planes estratégicos locales de salud y nueve planes estratégicos regionales de salud, con amplia participación de actores sociales.
- Actualización del marco estratégico institucional conjuntamente con las autoridades superiores y los gerentes del nivel central y regional.



Desafíos

- Implementar el Plan Nacional de Salud 2016-2021 con el compromiso de los diferentes actores institucionales participantes en el proceso de formulación.
- Contar con recurso humano en calidad y cantidad para el desarrollo de los procesos de planificación institucional (estratégica y operativa).

LEY 9028, LEY GENERAL DE CONTROL DEL TABACO Y SUS EFECTOS NOCIVOS EN LA SALUD

Encuesta de tabaquismo en adultos en Costa Rica (GATS)

Situación del tema

En mayo de 2008, Costa Rica ratifica el Convenio Marco de Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. En marzo de 2012 se aprueba la Ley de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud: Ley 9028, como parte del compromiso del país de promover los estilos de vida saludable y garantizarle a la población espacios libres de humo del tabaco.

Logros

- A fin de evaluar el efecto de la implementación de la Ley 9028, sobre la prevalencia de fumadores, así como de espacios libres de humo del tabaco, en marzo de 2015, el Ministerio de Salud con la colaboración del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC) y la Organización Panamericana

de la Salud (OPS) por primera vez realizó, la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS por sus siglas en inglés), con el propósito de medir el impacto de la Ley 9028: “Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud”, que entró en vigencia en marzo del 2012.

Este tipo de encuesta utiliza un protocolo estándar para ser aplicado en los distintos países del mundo. GATS fortalece la capacidad de los países para diseñar, implementar y evaluar programas para el control del tabaco, así como cumplir con sus obligaciones en relación al Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT-OMS).



Ley 9028, Control del Tabaco

Incluyó información sobre las características de los encuestados, consumo y cesación del tabaco, exposición al humo de segunda mano, economía, medios de comunicación, conocimientos, actitudes y percepciones acerca del consumo de tabaco. Se seleccionaron personas de 15 años o más, con representación nacional. Se completaron 8.607 entrevistas.

Resultados

Dentro de los resultados claves tenemos completadas, que la tasa de respuesta fue 89,2%.

En Costa Rica actualmente fuman a diario unos 300 mil adultos (8,9% de la población mayor de 15 años). Este consumo es mayor en hombres (13,6%) en comparación con las mujeres (4,5%). Solo dos países de América tienen prevalencia inferiores al 10% (Panamá y Costa Rica).

El consumo de tabaco es mayor en los adultos que viven en zonas urbanas (9,6%), en comparación con los habitantes de zonas rurales (7,1%).



Ley 9028, Control del Tabaco

Se identificó que el 70% de los fumadores planeaban o pensaron dejar de fumar en el último mes. Solo la mitad (56,7%) de los fumadores diarios dejaron de fumar.

El porcentaje de espacio libre de tabaco fueron: en el hogar un 95%, trabajo un 93,7%, en los restaurantes 92,1% y en bares o clubes nocturnos un 77%.

Los fumadores activos gastan en promedio

19.370,00 colones mensuales, y a diario están consumiendo casi 10 cigarrillos.

En eventos deportivos el 78,1% de los adultos indicó no observar publicidad ni patrocinio de cigarrillos.

Un alto porcentaje de adultos creyeron que fumar causa enfermedades graves (97,8%), una relación similar (95,8%) de los entrevistados opinaron que la exposición al humo de segunda mano o fumado pasivo, causa enfermedades graves en quienes no fuman.

Desafíos

- Continuar mejorando la implementación de la Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, incluyendo la observancia de las políticas antitabaco y las restricciones sobre la publicidad a fin de reducir su consumo y alcanzar la meta de país libre de humo de tabaco.

Unidad Itinerante para la Promoción, Prevención y Control del Tabaco y Otras Drogas

Situación del tema

El proyecto de Unidad Itinerante para la Promoción, Prevención y Control del Tabaco y Otras Drogas fue declarado de interés público y nacional según Acuerdo Ejecutivo DM-FP 4349-2014 del 08 de julio del 2014. Con este se presenta la oportunidad de capacitar a niños(as) y jóvenes de localidades urbanas y rurales en zonas de alto riesgo.

El modelo propuesto se constituye como una alternativa complementaria a los programas nacionales de promoción y prevención contra el consumo de productos de tabaco y otras drogas existentes, cuya característica principal es la movilidad, esencial para asegurar el acceso con una cobertura amplia a todas las regiones del país.

Además, el uso de aplicaciones móviles es muy frecuente en el país. Según datos del informe del Estado de la Nación, el 46% de los hogares cuenta con internet y 1,6 teléfonos móviles por persona. El Ministerio de Salud, en cumplimiento de su rol rector ha redoblado sus esfuerzos para dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley 9028 mediante la utilización de la tecnología. Esto permitió el desarrollo de aplicaciones tecnológicas en salud.

Logros

- Diseño, transformación y equipamiento de dos tráilers con sus respectivos contenedores para el desarrollo y ejecución del Proyecto de Unidad Itinerante para la Promoción y Prevención contra el Consumo de Productos de Tabaco.
- Desarrollo de una aplicación móvil para la divulgación de la Ley 9028 por medio de actividades interactivas y mini juegos. Además promueve la sensibilización de la población infantil y adolescente sobre los derechos de esta población en el marco de la Ley 9028, mediante el uso de juegos didácticos.

- Curso virtual dirigido a funcionarios de los tres niveles de gestión orientado al desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas que les permita trabajar con diversos sectores de la población en temas de salud, así como para sensibilizar en la implementación de la Ley 9028 Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud.
- Necesidad de un mayor acompañamiento administrativo para el desarrollo de tecnologías de información y comunicación en salud.
- Mantenimiento adecuado de la plataforma para que esté actualizada que permita el uso de herramientas modernas.

Promoción de la salud y prevención de consumo de tabaco y alcohol

- Proyecto “Domingos familiares sin humo”. Fue ejecutado los domingos de marzo a mayo 2015.
- Capacitación de 200 personas mediante cursos de Cesación de Fumado.
- Se realizó el “Estudio cualitativo a nivel nacional para la comprensión del contexto cultural del acceso al tabaco en niños y adolescentes”, el cual permitirá mejorar la orientación de las campañas de mercadeo de la Ley 9028.
- Se realizó una encuesta a nivel nacional, en población de educación secundaria sobre patrones de consumo en drogas, entre ellas alcohol y tabaco.

Desafíos

- Contar con un protocolo que permita dar seguimiento técnico y administrativo al desarrollo de las aplicaciones.
- Contar con tutores para la enseñanza en

la modalidad virtual.

MATERO INFANTIL

Situación del tema

Costa Rica muestra tasas de mortalidad infantil y materna que colocan al país en una posición de privilegio, comparable con las de países desarrollados. El país sigue manteniendo tasas de mortalidad infantil de una cifra. En el 2014 se obtuvo una tasa de 8,11/1000 NV y en el 2015 disminuyó a 7,76/1000 NV. La mortalidad neonatal, pasó de 6,5/1000 NV a 5,9/1000 NV para el 2015, lo cual representa una disminución del 43%.

En el caso de la mortalidad materna, la razón alcanzada para el 2013 fue de 2,0 defunciones por cada diez mil nacimientos, para el 2014 fue de 2,9 y para el 2015 fue de 2,6 manteniéndose por debajo de 3,0.

Para reducir las brechas e inequidades existentes en las zonas y sectores más vulnerables del país, se desarrollaron estrategias a nivel nacional, regional y local. Además, se realizaron acciones para fortalecer los derechos de las mujeres y los niños y niñas a recibir atención con calidad, por personal

calificado y competente y fortalecer la coordinación de las redes de servicios, a fin de disminuir el riesgo de muerte materna o infantil y la enfermedad materna grave.

Logros

- Costa Rica ocupa el cuarto lugar después de Chile, Estados Unidos y Cuba, mostrando una disminución histórica de la tasa de mortalidad infantil, de 7,76/1000 NV, esto significa que durante el 2015 murieron 557 niños menores de 1 año. Las principales causas de mortalidad fueron: originadas en el periodo perinatal como Inmadurez extrema con un 20 % y el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido con un 15 % y las malformaciones congénitas.
- Funcionamiento a nivel nacional del Sistema Informático Materno Infantil (SIMMI), el cual brinda la información correcta en el lugar adecuado y en el momento oportuno. Es un sistema único de registro y seguimiento, ágil, seguro y accesible para todos los usuarios, con estandarización y calidad, monitoreo de la notificación automatizada.
- Fortalecimiento del Sistema de Análisis de Mortalidad Infantil y Materna por medio de la coordinación expedita entre las comisiones respectivas; con ello se brinda apoyo y seguimiento a aspectos que se deben mejorar en la red de servicios de salud.
- En coordinación con el INEC y la CCSS

Se realizó un estudio sobre muertes maternas ocultas entre el trienio 2010-2012 con la finalidad de identificar si existe subregistro, el cual demostró la existencia de un subregistro de 0,83.

- Se elaboró la norma nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes, mediante el proyecto Mesoamericano 2015., Así como, la norma de Atención a las Mujeres durante el Post-Parto hospitalario y ambulatorio, publicada en el diario oficial La Gaceta 2015.
- Elaboración del módulo “Los derechos sexuales y reproductivos” para su incorporación en las curriculas académicas universitarias de profesionales de la educación y de la salud.
- Se realizó el Taller de capacitación de médicos gineco-obstetra de los hospitales nacionales y regionales en el manejo de hemorragia obstétrica con el respaldo de la Comisión Nacional de la Hemorragia Interna y el compromiso de ser replicada al resto de los responsables en la atención de la mujer gestante. La meta es alcanzar 0 muertes maternas por hemorragia obstétrica a nivel nacional. Además, se brindó capacitación a los profesionales de medicina general encargados de las consultas prenatales a profesionales de enfermería obstétrica en la atención con criterios de calidad de la mujer gestante.
- Se inició el proceso de análisis de la violencia obstétrica junto con la CCSS y la

Asociación de Obstetricia y Ginecología del Colegio de Médicos y Cirujanos y el comité de enfermería obstétrica del colegio de enfermeras.

- Nombramiento de un médico gineco-obstetra del Ministerio de Salud como coordinador de la Comisión Nacional de la Mortalidad Materna
- Se inició el proceso de evaluación de los servicios de salud para el mejoramiento de la calidad en la atención materno-infantil, derivada de los análisis de los eventos de muerte infantiles y maternas.
- Se elaboró la normativa en el área materno-infantil para llevar los procesos de análisis de eventos de muertes maternas e infantiles.
- Se publicaron las Normas Nacionales de Atención a la Mujer en el post parto y de Atención Integral a las Personas Adolescentes: Componente Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Desafíos

- Mantener las tasas de mortalidad infantil y materna, que el país ha logrado en los últimos años.
- Fortalecimiento del trabajo interinstitucional para mejorar la calidad de atención a la mujer embarazada en los diferentes períodos (prenatal, parto y post parto) y sus familias e implementar las recomendaciones emanadas de los análisis de muertes infantiles y maternas

sean acogidas por las jefaturas de los servicios y de las autoridades tanto del Ministerio de Salud como de la Caja Costarricense de Seguro Social.

- Generar acciones conjuntas para la erradicación de la violencia obstétrica.
- Lograr alcanzar la meta de cero muertes maternas por hemorragia post parto.

SALUD MENTAL

Situación del tema

La Secretaría Técnica de Salud Mental es un órgano técnico, adscrito al Despacho del Ministro de Salud, cuyo objetivo es abordar en forma integral el tema de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la participación de otras instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica.

El tema de Salud Mental ha cobrado fuerza, ya que permite dimensionar la salud en forma integral y no sólo desde el aspecto físico. Costa Rica no escapa de esta situación mundial, y pese a muchos esfuerzos realizados durante la segunda mitad del siglo pasado y en la primera década del presente, no se le ha dado a la salud mental el lugar que requiere ni los recursos necesarios, muchas de las acciones que se realizan en este campo se encuentran dispersas y enfatizan la enfermedad.

Las respuesta de los servicios es por demanda y hay una pobre capacidad instalada y escaso

recurso humano capacitado, para atender a esta población; debido a que no existen políticas de formación de recurso humano para atender las necesidades actuales y futuras en el campo de la salud mental.

Por otra parte, no hay estudios de costo/beneficio en las intervenciones de la Salud Mental, ni sobre la carga de las enfermedades mentales, además, se desconoce el impacto económico de los trastornos mentales. Estos aspectos se conjugan e inciden a la hora de dar una respuesta más adecuada, oportuna y racional a los problemas asociados con la salud mental.

En los últimos años el Ministerio de Salud ha impulsado tanto a nivel nacional como internacional, un cambio en el paradigma de la atención de la salud mental, enfatizando el concepto de atención basada en la comunidad y menos concentrada en los servicios hospitalarios. Como parte de las acciones realizadas se creó el Consejo Nacional de Salud Mental, el cual ha promovido un trabajo articulado entre las instituciones públicas, privadas y instancias de participación social.

Logros

- Costa Rica cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica que incluye los eventos de salud mental.
- En el Decreto Ejecutivo N°37306: Enfermedades de notificación obligatoria se incluyeron los siguientes trastornos mentales: depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y los intentos

de suicidio. Además, está en proceso de inclusión de: las demencias (Alzheimer) y el amplio espectro autista (CIE-X). Esto permitió crear una línea base que permita la investigación en este campo y realizar intervenciones oportunas y de calidad a la población que sufre estos trastornos.

- Costa Rica se convirtió en el primer país latinoamericano de ingreso medio, que elaboró el primer Plan Contra el Alzheimer y Demencias Asociadas “Esfuerzos Compartidos”, lo cual permitirá afrontar la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas como una decisión de Gobierno. Dicho plan contempla tres áreas de trabajo, a saber: 1. mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y de quienes las cuidan; 2. fomentar el conocimiento y la investigación, y 3. promover el movimiento social. Con ello nuestro país es el representante de Latinoamérica hacia el resto del mundo, en este tema, la según ADI (Alzheimer Disease Internacional).
- Además, Costa Rica fue escogida junto con otros dos países de América para ser parte del Observatorio Global de Demencias con sede en Ginebra, Suiza. Así como, la declaración y puesta en marcha la primera ciudad amigable de Latinoamérica con las personas con enfermedades neuro-cognitivas
- Declaración y puesta en marcha la primera ciudad amigable de Latinoamérica con

las personas con enfermedades neuro-cognitivas.

- Se logró el fortalecimiento de los espacios verdes y recreativos a nivel nacional, cantonal y comunal para el recreo de la población y se logró un inventario de espacios verdes y recreativos a nivel nacional a disposición de la población mediante una aplicación móvil.
- Se creó el Observatorio de la Violencia Social de Costa Rica, con la articulación de acciones de todas las instituciones del Estado pertinentes, éste observatorio trabaja desde la perspectiva de la Salud Pública con la finalidad que las recomendaciones que este observatorio genere permitan ser integradas en la toma de decisiones de las instituciones y que permita la articulación de los esfuerzos para lograr incidir realmente en beneficio de la población costarricense.
- Actualmente, Costa Rica es el primer país de la región que cuenta con una base de datos actualizada de intentos de suicidio, lo que ha permitido abordar esta problemática de forma integral.
- En el tema de consumo de drogas se desarrolló el Programa Nacional de Atención de los Trastornos Mentales, del Comportamiento y de las Adicciones.
- En el tema de Sistemas y Servicios de Salud, ha desarrollado la capacitación en las guías MHGAP del personal médico de los EBAIS del país (1.100 equipos); actualmente se ha capacitado al 70% de

los funcionarios de estos establecimientos en atención primaria. Además se realizaron otras capacitaciones 700 funcionarios de salud de distintos niveles de gestión y del servicio 911 en: vigilancia de la salud, notificación obligatoria de eventos, trastornos mentales con énfasis en: suicidio.

- Se la logrado una reducción importante en el número de camas (330 camas) de los dos hospitales psiquiátricos del país según los reportes de ambos hospitales.

Desafíos

- Sistema de Vigilancia de la Salud Mental Fortalecido.
- Posicionar la promoción de la salud mental como elemento fundamental de la salud integral de las personas.
- Crear las condiciones para la ejecución del Plan de Acción de la Política Nacional de Salud Mental 2013-2021.

MODELO SOSTENIBLE DE PREVENCIÓN COMBINADA Y ATENCIÓN A LA POBLACIÓN HSH Y TRANS FEMENINA

Situación del tema

Del 2002 a 2013 se han incrementado las tasas de prevalencia de VIH de 8.6 a 14.8 por 100.000 habitantes; el 80% de los casos son del sexo masculino y el grupo de edad más importante es el de 15 a 49 años con 84,3%.

La tasa de mortalidad se ha estabilizado en 2,9 por 100.000 habitantes en el mismo período. El 81,6% de las defunciones corresponden a personas del sexo masculino de 25 a 59 años.

La provincia de San José aporta el 50,1% del total de casos de país y el 50% restante se distribuye en las otras provincias.

La prevalencia general de VIH es de 0,1% y es caracterizada como una epidemia concentrada, específicamente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en los que la prevalencia es de 10,9%. No se cuenta con información sobre la prevalencia de VIH en personas transgénero ni en mujeres trabajadoras del sexo (MTS). Estudios realizados en países vecinos indican que la prevalencia de VIH en trans femeninas es de 25,8% a 38,6%.

Logros

- Implementación del proyecto “Modelo Sostenible de Prevención Combinada y Atención a Población HSH y trans femenina”, mediante el aporte de USD 4.883.405 del Fondo Mundial para el período 2015 al 2018. Mediante este proyecto el país trasciende y busca establecer un modelo sostenible de prevención combinada y atención a la población HSH y trans femenina, que tiene como fin último la efectividad en la contención de la epidemia de VIH y eventualmente, en la reducción de la prevalencia de ésta enfermedad. El desarrollo de este modelo tiene como objetivo general: contener la epidemia

de VIH en las poblaciones HSH y trans femeninas en Costa Rica.

- El proyecto busca reducir la mortalidad relacionada con el SIDA en 2,5 por cada 100.000 habitantes. Lo anterior se logrará mediante la introducción de importantes cambios en la prestación de los servicios estatales en salud, el fortalecimiento de las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC) y su articulación efectiva con el Estado, para la atención de dichas poblaciones, en 13 cantones, 12 de la Gran Área Metropolitana y uno de la provincia de Puntarenas.

Desafíos

- Implementar el Proyecto con todos sus componentes en forma eficiente y eficaz a fin de alcanzar las metas establecidas en el tiempo requerido.
- Mantener una coordinación efectiva entre las instituciones del Sector Salud, en especial con la Caja Costarricense de Seguro Social como prestadora de servicios de salud.

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Situación del tema

El Proyecto Salud Mesoamérica SM2015, iniciativa público-privada, orientada al logro de los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud materno-infantil en los países de la región. Del 2013 al 2015

se llevó a cabo el proyecto de Costa Rica denominado *“Prevención y Atención del Embarazo en Adolescentes”*, en cinco áreas de salud de la región Brunca y en seis de la Huetar Caribe. El objetivo principal del mismo es implementar un modelo interinstitucional de atención integral de la salud de la persona adolescente, con énfasis en salud sexual y reproductiva.

La primera etapa del proyecto fue de carácter interinstitucional y en ella participaron además del Ministerio de Salud, que fungió como Organismo Ejecutor, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la Dirección Nacional de CEN-CINAI, Ministerio de Educación Pública y el Patronato Nacional de la Infancia (PANI). Esta etapa del proyecto concluyó en octubre del 2015 con una medición externa del cumplimiento de los indicadores de desempeño del proyecto y la preparación de una propuesta para financiar la segunda operación del proyecto de Costa Rica.

El proyecto tuvo un costo de \$2,85 millones de dólares de los cuales el 40% fue financiado por una donación de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Instituto Carlos Slim y la Agencia Española para la Cooperación Internacional y el Desarrollo (AECID) por medio del Banco Interamericano de Desarrollo y el 60% por el Ministerio de Salud.

Logros

- Elaboración e implementación de la Norma de Atención Integral de la Persona Adolescente con Énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, la cual entró en vigencia a partir de febrero de 2015.
- Elaboración e implementación de la Normativa Interinstitucional e Intersectorial para la Prevención y Atención del Embarazo en la Adolescencia.
- Adquisición de métodos de anticoncepción de última generación para ser suministrados en los servicios de salud de la CCSS en las áreas del estudio.
- Cumplimiento de los indicadores de desempeño con una nota de 0,8 según las reglas pactadas.
- Adjudicación del 50% de los fondos aportados por el Ministerio de Salud (\$857.000) como “tramo de desempeño” al haber cumplido con los indicadores pactados.
- Capacitación de 184 funcionarios en el Diplomando en Salud Materna y Perinatal con becas del Instituto Carlos Slim de México a un costo 249,3 millones de colones. Actualmente hay 76 funcionarios en el Diplomado Latinoamericano de Vacunas (DILAVAC), con un costo de 102,8 millones de colones también del Instituto Carlos Slim.
- Desarrollo del Sistema de Información en Adolescentes (SINA), como parte del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SINAVIS).
- Aprobación de la propuesta de proyecto para la II operación por parte de los donantes.

Desafíos

- Firma del II Convenio de Cooperación Individual por la suma para desarrollar la segunda operación en las regiones Brunca y Huetar Caribe.
- Contar con una estructura gerencial y operativa que permita desarrollar las actividades de la segunda operación.
- Cumplir con la Matriz de Desempeño acordada para la segunda operación de manera que se disminuya la incidencia del embarazo en adolescente.
- Poder optar por un “tramo de desempeño” para ser utilizado en temas de salud de grupos prioritarios

COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Situación del tema

Pese a que Costa Rica recibe poco apoyo de la comunidad internacional por ser un país de renta media, el Ministerio de Salud ha dado grandes esfuerzos para posicionarse como oferente y demandante de la cooperación internacional.

Logros

Durante el 2015 se logró la firma y ejecución de los siguientes proyectos y otras acciones de cooperación:

- “Responsabilidad Extendida del Productor en el Marco de la Gestión Integral de Residuos Electrónicos (GIRE) en Costa

Rica”, mediante el acompañamiento técnico de un experto japonés en el tema y el apoyo financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA).

- “Fortalecimiento Institucional para la Implementación de la Ley N° 9028: Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud”, el cual se realizó con el Centro de Cooperación Internacional para el Control del Tabaco del Ministerio de Salud de Uruguay.
- “Fortalecimiento del análisis y evaluación de la mortalidad infantil de Guatemala”. Cooperación triangular realizada con la cooperación económica del UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas).
- “Mejoramiento de las capacidades institucionales del Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana en Metodologías y Herramientas para Mejorar la Calidad de Atención y Seguridad de los Pacientes”. Cooperación triangular realizada con la cooperación económica de Agencia Española de Cooperación al Desarrollo (AECID).
- Además se capacitaron 77 funcionarios del Ministerio gracias a la cooperación internacional. Esta capacitación se dio por medio de cursos y talleres en temas como: inmunizaciones, erradicación de enfermedades transmisibles, seguimiento y monitoreo del VIH, residuos

ordinarios, peligrosos y radiactivos, control del tabaco, entre otros.

Desafíos

- Lograr atraer más cooperación y cooperantes para el país.

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Situación del tema

La Agenda Nacional de Niñez y Adolescencia se enfoca en un grupo poblacional estratégico, ya que muchas conductas saludables o de riesgo se desarrollan en el período de la niñez y la adolescencia, lo que impacta en el estado de salud futuro, al igual que en el perfil de morbi-mortalidad del país. Las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que una adecuada atención integral de la salud en esta etapa de la vida tienen un importante peso para el desarrollo del capital humano.

Es claro que la salud de estos grupos no se gesta desde los servicios de salud, incidir efectivamente en los indicadores de salud de este grupo poblacional requiere de la articulación de diversos sectores y actores sociales que converjan sinérgicamente con acciones complementarias y conjuntas.

El Ministerio de Salud, como parte del Sistema de Producción Social de la Salud y desde su rectoría del Sector Salud, tiene un compromiso fundamental de procurar un

trabajo conjunto con instituciones públicas y privadas así como con la sociedad civil que tenga la potestad de impactar de manera significativa en los determinantes sociales de la salud de este grupo poblacional.

Logros

- Incorporación del componente del Sector Salud, Nutrición y Deporte en la Agenda Nacional de Niñez y Adolescencia, 2015- 2021 constituido por 24 metas e indicadores y se ratifica el compromiso por parte de los Ministros y Jerarcas de las instituciones relacionadas con el abordaje integral de la niñez y la adolescencia del país.

Desafíos

- Cumplir los compromisos asumidos, mediante la ejecución de las metas.

ENFERMEDADES VECTORIALES

Situación del tema

Las enfermedades transmitidas por vectores de mayor riesgo e importancia para la salud pública en Costa Rica son el dengue, Chikungunya, la malaria y la enfermedad de Chagas; debido al impacto individual, colectivo, social y por el alto costo que representan para las instituciones su prevención, el control y vigilancia. A inicios de 1993, el mosquito *Aedes aegypti* se detectó en localidades que históricamente habían estado

libres, como las comunidades de la Meseta Central, situadas en altitudes superiores a los 700 metros sobre el nivel del mar; Como parte de esta situación de re infestación, en octubre de 1993, se presentaron los primeros casos de dengue en la costa Pacífica, extendiéndose en los años siguientes a diferentes áreas del país.

En noviembre 2014 se evidencia la transmisión autóctona de Chikungunya en el país, por mosquitos *Aedes aegypti*. Para ese año se registraron 145 casos confirmados por el laboratorio Nacional de Referencia en INCIENSA y en el año 2015 se notificaron 4912 casos



Control integrado de vectores

La malaria se ha presentado con características de epidemia desde 1990, restableciéndose la transmisión en amplias regiones de la Vertiente Atlántica y dispersándose a otras áreas del país. Se considera área malárica, aproximadamente el 70% de los 51.000 Km² de nuestra superficie territorial, con una población en riesgo estimada para el año 2015 de 1.892.426 habitantes.

La Enfermedad de Chagas es de reporte obligatorio según decreto del Ministerio de Salud desde febrero del 2003.

En Centroamérica el único foco endémico

conocido de filariasis linfática estuvo localizado en el Cantón de Limón, Costa Rica en el cual está en proceso de certificación la eliminación de la transmisión por la OPS-OMS.

Logros

- En el año 2015 no se reportaron defunciones por dengue gracias al abordaje y tratamiento oportuno de la enfermedad, pese a que se notificaron 17.439 casos de dengue a nivel nacional, lo cual representó un incremento del 56,6% en el número de casos.
- En el año 2015 no hubo casos autóctonos de malaria ya que los únicos 8 casos registrados fueron importados de África (Tanzania, Camerún y República Centroafricana), Colombia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y de Bangladesh.



Control integrado de vectores

- Además, país se encuentra en la lista de países de la OPS/OMS en fase de pre-eliminación de la malaria, para avanzar a corto plazo hacia la de eliminación de esta enfermedad vectorial, asimismo Costa Rica forma parte de la iniciativa para la

“Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y La Isla Española” (EMMIE) para el año 2020 con el auspicio del Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria.

- Con relación a la enfermedad de Chagas, en el año 2015, no se detectaron caso agudos, por parte del Centro Nacional de Referencia en Parasitología (CNRP-INCIENSA) y se logró el tamizaje de esta enfermedad en el 100% de los bancos de sangre. También se han elaborado normas técnicas, protocolos, y lineamientos para la vigilancia (de casos y entomológica) y la comunicación de riesgos.
- Actualmente, Costa Rica está en la lista de países no endémicos de filariasis linfática (FL) y se encuentra en proceso de Certificación la Eliminación de la Transmisión de FL por parte del Programa Global para la Eliminación de la Filariasis Linfática (FL).



Control integrado de vectores

- En coordinación con entidades públicas y privadas y las comunidades, se desarrollaron diferentes estrategias

de participación, comunicación social, información y educación para la salud, con el fin de hacer conciencia en la población sobre la importancia de la participación activa en la eliminación de criaderos y manejo adecuado del ambiente, esto con el fin de prevenir las enfermedades vectoriales en Costa Rica, tales como dengue, chikungunya y malaria.

Desafíos

- Fortalecer la calidad y cantidad de los recursos humanos en manejo integrado de vectores.
- Monitoreo y evaluación de la aplicación de lineamientos técnicos de vigilancia y control.
- Fortalecer el sistema de vigilancia entomológica para orientar las acciones anti vectoriales.
- Lograr una mayor responsabilidad por parte de la comunidad y otros actores sociales en el control de los criaderos y la prevención del riesgo entomológico que ellos representan, promoviendo el concepto de que el control vectorial no se logra únicamente mediante fumigación.
- Lograr una participación activa, consciente, reflexiva, crítica e informada de la población para que incidan en la toma de decisiones del problema.
- Las enfermedades vectoriales por su condición multifactorial, requieren de

la realización de constantes estudios y nuevas estrategias para la prevención y control de estas enfermedades.

- Realizar investigaciones básicas y operativas que permitan retroalimentar el proceso del MIV y mejorar la toma de decisiones.
- En los casos en que existe un adecuado marco legal muchas veces no se cumple por falta de una adecuada supervisión de los niveles correspondientes.

INVESTIGACIÓN EVIPNET: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Situación del tema

La toma de decisiones en políticas de salud informada por la evidencia tiene el objetivo es garantizar que las políticas públicas que se implementen sean costo efectivas y contribuyan a reducir las inequidades en salud.

La OPS y el Ministerio de Salud realizaron el Taller de la Red de Políticas Informadas por Evidencias (EVIPNet), para la elaboración de resúmenes de evidencia para políticas y diálogos deliberativos dirigidos a EVIPNet Costa Rica.

Logros

- En la actualidad los avances más importantes en este campo que se han realizado han sido la elaboración de respuestas rápidas a temas específicos

que han contribuido a que los tomadores de decisión apliquen y recomienden a la población el uso de medidas para detener oportunamente la enfermedad. Los resúmenes de respuesta rápida fueron los siguientes:

- Efectividad del alcohol en gel para prevenir infecciones respiratorias o de otra índole.
- Efectividad y seguridad del uso de repelente contra zancudos y mosquitos.
- Relación del Síndrome de Gullian-Barre y malformaciones congénitas (microcefalia) con el ZIKA
- Análisis de la estrategia de evitar los embarazos en zonas endémicas de ZIKA con el fin de evitar las malformaciones congénitas (microcefalia).

Desafíos

- Contar con acceso a bases de datos científicas que muestren los últimos avances en salud y que permitan brindar un criterio más sólido sobre los temas investigados.
- Contar con recurso humano capacitado en este tema.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Situación actual

En Costa Rica, desde 1998 a la fecha, la enfermedad diarreica aguda de presunto origen infeccioso (EDA) se mantiene como la

segunda causa de morbilidad y de mortalidad dentro del grupo de enfermedades infecciosas agudas de declaración obligatoria, afectando principalmente a las poblaciones menores de 5 y mayores de 65 años.

Las tasas de incidencia en el país pasaron de 3.500 en 1998 a 7161,29 casos por cien mil habitantes durante el año 2013. En el mismo período, la mortalidad descendió de 3,88 a 1,64 por mil habitantes respectivamente.

Se debe tomar en consideración que los agentes y mecanismo de transmisión de la EDA, que es de origen infeccioso, ocasionada por diversos organismos, como bacterias, virus y parásitos y que se transmiten generalmente por el agua o los alimentos contaminados, ya sea durante su producción, preparación o conservación. La transmisión persona a persona es muy común, en particular cuando las condiciones de higiene son deficientes.

En el 2014, se realizó una investigación con el objetivo de estimar la carga de la enfermedad diarreica aguda de presunto origen infeccioso para determinar el subregistro existente y los costos asociados a la atención médica durante el año 2012.

Logros

- Publicación e implementación del Protocolo de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Agua. Actualmente, en todos los establecimientos de salud del país tanto públicos como privados.

- Por primera vez el país cuenta con un grupo especializado para la vigilancia integrada de enfermedades transmitidas por alimentos, con participación de funcionarios del Ministerio de Salud quien coordina, la Caja Costarricense Seguro Social, Laboratorio Nacional de Aguas del AyA, el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el Ministerio de Educación.
- El estudio de carga de enfermedad diarreica permitió conocer los costos de estancia hospitalaria, el número de consultas, así como el pago de incapacidades por esta causa. Cuadro 22 y 23.
- Además, demostró con evidencia científica, la existencia y la magnitud del sub registro de los casos notificados por EDA al Ministerio de Salud. En el 2012, se notificaron 299.594 casos de EDA y el valor de la mediana para la estimación fue 1389.583 casos con IC95% (1.268.959-1.477.423), indicando que ocurren 4, 65 veces más de lo que se notifica.

Desafíos

- Conocer la prevalencia de diarreas en la población general mediante la realización de una encuesta.
- Ajustar la boleta de reporte de brote de EDA, a fin de cuantificar las diarreas de origen alimentario.
- Ampliar el estudio de carga de enfermedad diarreica a fin de contabilizar las pérdidas

Cuadro 26
Costo anual por consultas y hospitalizaciones * por diarrea
en los establecimientos de salud de la CCSS, Costa Rica, 2010-2013

Año	Consultas		Estancia hospitalaria *		Monto total por atención (US \$) **
	Número	Monto (US \$) **	Número	Monto pagado (US \$) **	
2010	329 774	20 718 685,36	1 739	2 248 069,27	22 966 754,6
2011	270 703	19 376 888,67	1 641	2 339 886,87	21 716 775,5
2012	285 585	21 823 664,75	1 943	2 883 567,34	24 707 232,1
2013	301 679	24 048 176,92	1 704	2 885 028,37	26 933 205,3

Fuente: Sistema Egreso Hospitalario, Caja Costarricense de Seguro Social

* Incluye únicamente el costo por cama de hospital por 2 días.

** Tipo de cambio del Banco Central – venta

Cuadro 27
Incapacidades anuales otorgadas por diarrea, según número de personas,
días otorgados y montos pagados, Costa Rica, 2010-2011

Año	Personas incapacitadas	Días de incapacidad otorgados	Monto pagado
2010	78 102	197 346	522 337,77
2011	71 721	170 725	622 576,93
2012	71 660	158 922	505 296,31
2013	81 900	183 922	618 276,88

Fuente: Sistema de Registro Control y Pago de Incapacidades (RCP), CCSS.

* Tipo de cambio del Banco Central – venta.

económicas indirectas de las EDAS.

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)

Situación actual

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS¹), representan un problema de

¹ Infección localizada o sistémica que resulta de una reacción adversa ante la presencia de un agente infeccioso o su toxina, que no estaba presente o incubándose en el momento de su admisión al establecimiento de salud, incluye también las infecciones que aparecen después del egreso del paciente,

salud pública debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la importante carga que imponen a los pacientes, el personal sanitario y los sistemas de salud.

Si bien nuestro país cuenta con comités interdisciplinarios de control de IAAS en cada hospital público o privado, no se cuenta con

puede estar relacionada a algún procedimiento, tratamiento u otro tipo de atención

normativa nacional o criterios para definición de casos.

A pesar de que existe notificación de los casos por medio en la boleta VE-01, ésta no aporta información sobre el microorganismo patógeno, procedimiento quirúrgico realizado, población expuesta, y tampoco existe un sistema de información sobre este tipo de infecciones. Además, no todos los establecimientos de salud notifican las IAAS al Ministerio de Salud, por lo que existe subregistro de estas infecciones.

Logro

- Implementación y funcionamiento de la Comisión Nacional de Vigilancia, Seguimiento y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (Comisión Nacional de IAAS) con el propósito de fortalecer las capacidades del Sistema Nacional de Salud para identificar, prevenir y controlar las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes. En el marco de esta Comisión durante el 2015 se inició la elaboración de la primera Norma Nacional de Infecciones Asociadas a la atención en salud.

Desafíos

- Implementar el sistema nacional de vigilancia de las IAAS a fin de contar con información actualizada sobre el comportamiento de las IAAS y sus diversos factores determinantes.

- Elaborar y mantener actualizadas la normativa nacional de vigilancia, prevención y control de las IAAS.
- Promover la implementación y la evaluación de la normativa y las prácticas para la vigilancia, la prevención y control de las IAAS en todos los niveles de atención.
- Fortalecer la notificación oportuna de brotes.

INMUNIZACIONES

Situación actual

El país tiene uno de los esquemas de vacunación más completos de la región; actualmente están pendientes de introducir las vacunas contra rotavirus y la del I virus del papiloma humano, cuyos estudios de costo-beneficio están en proceso de elaboración.

Las coberturas de vacunación, se han mantenido estables en los últimos cinco años, con valores entre 90 y 95% lo que es un logro muy importante para el país.

Implementación del Sistema Nominal de Vacunación (SINOVAC); para lo cual se está capacitando al personal de las nueve regiones del país).

Logros

- Se completó el estudio de costo-efectividad de la vacuna contra rotavirus; el cual dio un resultado de costo-

ahorrativo; por lo que su inclusión en el esquema de vacunación fue aprobada por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología.

- Implementación del Sistema de Información Nominal de Vacunación

(SINOVAC); y capacitación a los funcionarios del nivel regional.

Desafíos

- Disponer del contenido económico para la compra de vacunas para los distintos grupos poblacionales.

Cuadro 28
Coberturas de vacunación alcanzadas, según tipo de vacuna y porcentajes, Costa Rica, 2015

2015	Ministerio de Salud
BCG	83,23%
Penta 1	93,20%
Penta 3	92,46%
VHB 3	92,13%
NM 2	93,80%
SRP 15 m	92,52%
Varicela	92,08%
SRP	87,27%
Toxoide diftérico	88,75%

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

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (PROGRAMA PONÉLE A LA VIDA)

Situación actual

El sobrepeso y la obesidad, altamente asociadas a la aparición de enfermedades crónicas, han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. En los niños y adolescentes, el problema se hace más grave ya que de no tomar medidas a tiempo sobre sus hábitos, hay una alta probabilidad de que el niño obeso se convierta en un adulto obeso.

La alimentación poco saludable, en especial el consumo insuficiente de frutas

y vegetales y el no practicar actividad física con regularidad son las principales causas de las enfermedades crónicas más importantes y ambos comportamientos pueden ser modificados.



Programa Ponéle a la Vida

En Costa Rica, la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, mostró una prevalencia

de sobrepeso y obesidad en la población adolescente de 13 a 19 años de 23,9% en mujeres y de 17,4% en hombres. Por su parte, la Encuesta Global de Salud Escolar (2009) dirigida a adolescentes escolarizados de 13 a 15 años de edad, evidenció una prevalencia de sobrepeso de 28,3% en mujeres y de 27,6% en hombres y una prevalencia de obesidad del 7,9% en mujeres y de 9,7% en hombres.

Además, reveló que sólo un 31,7% de los estudiantes consumía frutas y una proporción menor de 18,7% consumía vegetales, mientras que solo 27,4% de los estudiantes reportó que realizaron actividades que los mantuvieron físicamente activos por un total de al menos 60 minutos por día, mientras que 44,2% de los estudiantes realizan actividades sentados tres o más horas por día, cuando no están en el colegio o haciendo sus tareas escolares.

Ante esta situación, a partir del 2012, el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación Pública impulsó la iniciativa *Movete Disfruta la Vida* en los 92 colegios con mayor población estudiantil del país, con el objetivo de posicionar la alimentación saludable y la actividad física en la población adolescente escolarizada de 13 a 15 años.

Entre los avances más importantes en el cambio de la conducta alimentaria y de actividad física en los adolescentes de los colegios participantes a finales del 2014², se encontró que el 34,9% consumía 2 o más frutas diarias, el 38% consumía 2 o más

vegetales diarios y el 64% realizaba actividad física al menos 3 días a la semana. Debido a los avances logrados en la población adolescente, el Ministerio de Salud desarrolló el Programa “Ponéle a la Vida”.

El programa da inicio en el 2015 mediante una alianza entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación Pública, el Consejo de la Persona Joven, el ICODER, la Caja Costarricense de Seguro Social, y la Unión Nacional de Gobiernos Locales, con un fuerte apoyo de la empresa privada nacional.



Programa Ponéle a la Vida

Los adolescentes escolarizados de 13 a 17 años de 92 colegios de dirección 2 y 3 del país aproximadamente 135.000 estudiantes. Se implementa mediante tácticas vivenciales, divertidas y atractivas para los adolescentes, tales como: ferias, festivales, talleres dinámicos, rallys concursos, carreras entre otros, además de la campaña publicitaria del mismo nombre, que incluye una página de facebook donde los estudiantes reciben consejos sencillos y en lenguaje apropiado para su edad, además es un espacio de comunicación e intercambio entre ellos.

² Ministerio de Salud, Ministerio de Educación. Encuesta de Medición Encuesta Reporte del indicador de estilos de vida 2015. Plan Movere Disfrutá la Vida 2012-2014.

Logros

- Durante el año 2015, se llevaron a cabo 1.108 actividades en los colegios,³ con temáticas y dinámicas relacionadas con la alimentación saludable y la actividad física, para un total estimado de 48.819 adolescentes y una población con discapacidad de aproximadamente 2.432 estudiantes.
- Realización de un estudio de medios de comunicación que mostró las preferencias de los adolescentes de manera que el presupuesto asignado se distribuyó según las preferencias de las personas adolescentes en radio, televisión, periódicos, cine e internet.
- La implementación del Programa promovió un aumento del 8.7% en el porcentaje de estudiantes de colegios de más mil estudiantes que adquieren de estilos de vida saludable⁴.

Desafíos

- Promover un cambio cultural hacia estilos de vida saludables en los adolescentes y avanzar hacia el logro del bienestar y la calidad de vida deseados.
- Avanzar hacia la construcción de estrategias sostenibles dirigidas a los diferentes segmentos de la población, que refuercen los factores protectores

de salud y del desarrollo humano, en especial los relacionados con el desarrollo del liderato, el empoderamiento y la participación social, en la toma de decisiones en salud.

FORTIFICACIÓN DE ALIMENTOS

Situación del tema

En la Encuesta Nacional de Nutrición de 1996 se detectó una alta prevalencia de deficiencia de micronutrientes especialmente hierro, ácido fólico y vitamina A.

En respuesta a lo anterior, el Ministerio de Salud implementó la fortificación de harina de trigo y maíz, azúcar, leche y arroz. En el año 2008 se observó una notable reducción de estas deficiencias como resultado de la fortificación de alimentos, no obstante se detectó la deficiencia de zinc en niños pequeños, selenio en población adulta y por otra parte, además los datos de la CCSS muestran que en la población menor de 2 años aún se observan porcentajes altos de anemias, debido a que este grupo de población por lo general no consume alimentos fortificados.

Logros

- Mediante la alianza público privada se desarrolló un alimento para ser utilizado como complemento durante el proceso de ablactación, consiste en una papilla fortificada con hierro, zinc, vitamina A y ácido fólico que estará disponible en el mercado para toda la población pero en especial para las personas de escasos recursos.

³ Informes de seguimiento a la implementación del Programa Ponele a la Vida, 2015. Direcciones Regionales de Rectoría. Ministerio de Salud.

⁴ Estudiantes que consumen 1 ó más veces al día frutas, estudiantes que consumen 1 ó más veces al día vegetales y verduras y estudiantes que realizan 3 ó más veces a la semana actividad física al menos 60 minutos diarios.

- Con el fin de asegurar que el azúcar importado para el consumo humano directo venga fortificado con vitamina A de acuerdo con lo establecido en el reglamento de fortificación, se realizó una modificación a dicho reglamento.

Desafíos

- Presión por existencia de grupos de interés económico.
- Incorporación de alimentos fortificados en los programas sociales para que lleguen a la población de mayor riesgo.
- Promover la distribución, disponibilidad y competitividad de estos productos en los comercios con cobertura nacional.

GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS

Situación actual

Para el año 2014, el porcentaje nacional de recuperación de residuos a nivel municipal fue de 1,26% (961,5 mil toneladas recolectadas). Se recuperaron para valorización 12,1 mil toneladas y las restantes 949,4 mil toneladas, fueron enviadas a rellenos sanitarios y vertederos municipales.

Según la Auditoría Operativa: Recolección de Residuos Ordinarios y Reciclaje (DFOE-DL-00001-2016) elaborada por la Contraloría General de la República en el 2015 "...Esto provoca que se desperdicien los residuos como recurso económico, un agotamiento más acelerado de los sitios de disposición

final, incrementos en el costo del servicio de disposición de residuos hasta de un 118%, el desaprovechamiento de oportunidades de empleo, y se continúe motivando a los habitantes a enviar sus residuos mezclados en una bolsa".

Caso contrario representa el sector privado, el cual está cada vez más convencido de que los residuos son sinónimo de oportunidad, son materias primas que deben ser aprovechadas y que por lo tanto deben ofrecer a los habitantes una forma cada vez más sencilla de devolver los bienes que han comprado al llegar éstos al final de su vida útil.

La ley N° 8839 "*Ley para la Gestión Integral de Residuos*", promueve un cambio en la cultura de los costarricenses, de no considerar los residuos como desechos, sino más bien como una alternativa de aprovechamiento para el desarrollo social y económico de las personas. Además, estimula la creación, el desarrollo y el fortalecimiento de las micro y pequeñas empresas, cooperativas y grupos de mujeres y otras formas de organización social con distintos fines.

Una de esas actividades que ha surgido son los gestores de residuos ⁵los cuales deben estar registrados y autorizados por el Ministerio de Salud.

⁵ Toda persona física o jurídica, pública o privada, que se dedica de manera parcial o total al servicio de recolección, transporte, acopio, desensamblaje, valorización, tratamiento o disposición final de residuos

Logros

- Para el 2015, el 83% de las Municipalidades (67) cuentan un Plan Municipal de Gestión de Residuos de, producto de su implementación durante el 2015, el 48% de ellas (39) brindan servicios de recolección selectiva y el 16% (13) de las municipalidades ofrecen servicios de acopio de residuos en un punto determinado.



Campaña de recolección de llantas usadas

- En el 2015, se desarrollaron tres de los componentes de la Estrategia Nacional de Reciclaje, referentes a la clasificación por tipo de residuos y el color del recipiente respectivo, la recolección selectiva y el fortalecimiento de los recuperadores de residuos. Esto contribuyó a elevar la cantidad de residuos que se valorizan por parte de las Municipalidades y a que los gestores (sobre todo las pequeñas y medianas industrias), cumplan con la legislación.
- Además se logró la modificación de la nota técnica 269, a fin de implementar el Principio de Responsabilidad Extendida del Productor, establecido en la Ley No. 8839 "Ley para la Gestión Integral

de Residuos", el cual indica que: "Los productores o importadores tienen la responsabilidad del producto durante todo el ciclo de vida de este, incluyendo las fases pos industrial y pos consumo".

- Por otra parte, mediante el Decreto Ejecutivo No. 38272 "Reglamento para la Declaratoria de Residuos de Manejo Especial", se declaró las llantas como residuos de manejo especial, los que por su composición, necesidades de transporte, condiciones de almacenaje, formas de uso o valor de recuperación, o por una combinación de esos, implican riesgos significativos a la salud y degradación sistemática de la calidad del ecosistema, por lo que requieren salir de la corriente normal de residuos ordinarios. De tal forma que los importadores para poder nacionalizar las llantas deben estar inscritos como Unidades de Cumplimiento en el Ministerio de Salud y contar con un Plan de Cumplimiento el cual indicará la forma en que recolectarán las llantas que pongan en el mercado.
- Además, durante el 2015 se implementó el registro de gestores de residuos sólidos, el cual cuenta actualmente con 190 gestores de residuos autorizados registrados ante este Ministerio de Salud y con sus respectivos Permisos Sanitarios de Funcionamiento.
- Por otra parte, mediante el Decreto Ejecutivo No. 38272 "Reglamento para

la Declaratoria de Residuos de Manejo Especial”, se declaró las llantas como residuos de manejo especial, los que por su composición, necesidades de transporte, condiciones de almacenaje, formas de uso o valor de recuperación, o por una combinación de esos, implican riesgos significativos a la salud y degradación sistemática de la calidad del ecosistema, por lo que requieren salir de la corriente normal de residuos ordinarios. De tal forma que los importadores para poder nacionalizar las llantas deben estar inscritos como Unidades de Cumplimiento en el Ministerio de Salud y contar con un Plan de Cumplimiento el cual indicará la forma en que recolectarán las llantas que pongan en el mercado.

- Además, durante el 2015 se implementó el registro de gestores de residuos sólidos, el cual cuenta actualmente con 190 gestores de residuos autorizados registrados ante este Ministerio de Salud y con sus respectivos Permisos Sanitarios de Funcionamiento.

Desafíos

- El principal desafío en el tema es que las municipalidades, en coordinación con la población y los gestores, aumenten la recolección selectiva de residuos y su posterior valorización, con el consecuente beneficio que ello tiene para el desarrollo de un país y la conservación de los recursos naturales.



AGUAS RESIDUALES

Situación del tema

La legislación costarricense establece que todo ente generador de aguas residuales debe contar con un sistema de tratamiento de sus efluentes cuando son vertidos a cuerpos receptores, alcantarillados sanitarios o reusados una vez que han sido tratadas. De manera que, se obliga a los principales contaminadores de las aguas residuales, a tratar sus vertidos, estableciendo límites de concentración de los principales contaminantes que no deben ser excedidos para no afectar la salud pública ni el ambiente de nuestro país.

La principal herramienta normativa con que cuenta el país en este tema es el *Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales*, Decreto Ejecutivo No. 33601.S.MINAE, publicado el 19 de marzo del 2007.

Este reglamento permite al Ministerio de Salud realizar la Vigilancia Estatal” mediante los muestreos de las aguas residuales descargadas, con pruebas acreditadas que permitan verificar la veracidad de los resultados que se deben suministrar periódicamente a la institución. La implementación de la Vigilancia Estatal se da

por medio de la contratación del Laboratorio de Análisis Ambiental de la Universidad Nacional y la selección de un ente generador de aguas residuales en cada una de las 82 Áreas Rectoras de Salud del Ministerio de Salud.

Logros

- Se muestrearon un total de 84 entes generadores en los cuales más del 50% de ellos se encontró que había un incumplimiento en los límites de vertido que establece el Reglamento de Vertido y Reúso de Aguas Residuales (DE.33601.S.MINAE) y se detectaron otros problemas de operación de los sistemas para los cuales se solicitó la presentación de Planes de Acción Correctiva tal y como lo establece el reglamento por medio de la respectiva Orden Sanitaria.
- Seguimiento y control para verificar su cumplimiento de las órdenes sanitarias, por parte del personal de las Direcciones de Área Rectora de Salud.
- Mejoramiento de los sistemas de tratamiento y optimización de su operación por parte de los entes generadores para prevenir el incumplimiento y la emisión de órdenes sanitarias.

Desafíos

- Limitada capacidad de recurso humano a nivel central, regional y local, así como disponibilidad de vehículos dedicado a esta labor.

- Aumento del número de entes generadores a los cuales se les debe efectuar el Control Estatal

AGUA POTABLE

Situación del tema

En Costa Rica, se alcanzó el 98% de cobertura, con fuentes de agua potable mejoradas. No obstante, se estima que un 2% de la población (principalmente ubicadas en zonas rurales dispersas) carece de acceso a agua por conexión intradomiciliar y se desconoce la calidad sanitaria de esta agua.

En cuanto a la potabilidad, aproximadamente el 90% de la población cuenta con acceso a agua inocua, cumpliendo con los criterios de potabilidad del Reglamento para la Calidad del Agua Potable y un 10% consume agua que no cumple con estos criterios y con riesgo de contraer enfermedades de transmisión hídrica.

Logros

- Se garantizó la inocuidad del agua en las comunidades, de Cairo, Milano y Luisiana del cantón de Siquirres cuyas fuentes se contaminaron con residuos de plaguicidas debido a la actividad agrícola cercana a ellas, así como el monitoreo periódico de la calidad del agua en las fuentes y red de distribución de los acueductos, en cumplimiento lo dispuesto por la "Comisión interinstitucional PLAN UNICO" y de acuerdo a los votos de la Sala Constitucional # 2009-09040 y # 2009-09041.

- Seguimiento a las obras de construcción de los nuevos acueductos que están en proceso y próximos a inaugurar por parte del AyA.
- Se instalaron seis plantas removedoras de arsénico garantizando la potabilidad del agua en igual número de comunidades y en otras se han ubicado nuevas fuentes de agua inocuas o perforación de pozos para garantizar el suministro de agua a los pobladores de los sitios afectados.

Desafíos

- Amenaza de contaminación en fuentes de agua con metales pesados y residuos de agroquímicos, cuyo costo de potabilización es elevado y pone en riesgo la salud de la población.
- Mantener un equilibrio que garantice la inocuidad del agua y a un menor costo.
- Actuar de manera preventiva para evitar en lo posible la consecución del evento, dado que si esto se produce el costo de tratamiento de las fuentes afectadas se incrementa notablemente.
- Garantizar la calidad del agua potable a la población.

MONITOREO DE LA CALIDAD DEL AIRE

Situación del tema

La red de monitoreo de la calidad del aire está compuesta por 10 estaciones distribuidas en San José, Heredia y Belén. Para monitorear la calidad del aire se coordina con el Laboratorio de Análisis Ambiental de la Universidad

Nacional, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, el Ministerio de Ambiente y Energía y así como con la Municipalidad de San José.

Producto del funcionamiento de la red de calidad del aire para el período 2013-2014, durante el 2015 se elaboró Sexto Informe de Calidad del Aire (Área Metropolitana de Costa Rica 2013-2014), dando como resultado:

- Los niveles de concentración de partículas PM10 (originadas por el humo de los vehículos e industrias, polvo, polen y aerosol marino) en la GAM cumplen con la normativa nacional de 50µg/m³ (Decreto N° 30221-S).
- Las partículas PM2.5 son más pequeñas que las PM10 y pueden ingresar hasta la región alveolar donde se realiza el intercambio de gases en los pulmones y provocar efectos severos a la salud (bronquitis, asma y están relacionadas con un mayor disposición a padecimientos de enfermedades crónicas). En el año 2013 y 2014 se registraron promedios anuales de este contaminante que superan el criterio establecido por la Organización Mundial de la Salud, así por ejemplo en las cercanías del Edificio de la Municipalidad de San José ubicado sobre avenida 10, se obtuvo para el año 2014 un promedio anual 25 ug/m³ siendo 10 ug/m³ la norma de referencia; A diferencia del contaminante anterior, las partículas PM2,5 están relacionadas exclusivamente con procesos de quema de combustibles ya sea en vehículos o industrias.

- Los niveles de dióxido de nitrógeno en la GAM superan los límites dictados por la OMS en 16 de los 60 sitios de medición (San José: 11, Belén: 3, Alajuela: 2), este contaminante es generado mayoritariamente en los procesos de quema de combustibles en vehículos automotores. Las concentraciones mayores se presentan en sitios comerciales con alto flujo vehicular, en donde se llegan a alcanzar excedencias de hasta un 45% con respecto al valor criterio. Si se comparan estos resultados con los obtenidos para años anteriores se registra una tasa de incremento de 11% y 13% para sitios comerciales e industriales, respectivamente, el valor criterio de la OMS indica que debe ser de 100 µg/m³.

Logros

- Se fortalece la coordinación interinstitucional Ministerio de Salud, MINAE, UNA y Municipalidad de San José, en la cual cada una de las instituciones colabora para el mantenimiento y compra de insumos.
- El Ministerio de Salud compró 2 estaciones móviles automáticas para medir PM 2,5; Dióxidos de Azufre, Dióxido de Nitrógeno, Ozono, Amoníaco, Ácido Sulfhídrico y Compuestos Orgánicos Volátiles. Además, RECOPE y OVSICORO pondrán a disposición a la red, equipos similares a las comprados por el Ministerio de Salud, pero que medirán un menor número de contaminantes.

- Instalación, funcionamiento y mantenimiento de la red de monitoreo y capacitación de los funcionarios del Ministerio de Salud, mediante el Convenio Interinstitucional Ministerio de Salud y UNA.

Desafíos

- Revisar y reubicar las estaciones de monitoreo de la calidad del aire de acuerdo con los datos obtenidos de tal forma que se pueda ampliar a otros puntos de la GAM.
- Incorporar la medición de nicotina, monóxido de carbono y material particulado producto de la combustión del tabaco, para medir el impacto de las campañas de prevención del tabaco.
- Que las Municipalidades utilicen los datos de calidad del aire como insumo para la elaboración de los Planes Reguladores.
- Que el MOPT utilice los datos para la regulación de la red vial.

RADIACIONES IONIZANTES

Situación del tema

El Ministerio de Salud es la Autoridad Competente en materia de Protección y Seguridad Radiológica en el país, por lo que le compete la normalización y vigilancia (inspecciones) en las prácticas médicas, veterinarias, industriales y de investigación, donde se operan generadores de radiaciones ionizantes y fuentes radiactivas.

Dentro de las funciones de regulación, además se autoriza el transporte de fuentes radiactivas con la aprobación de fichas de emergencias, la importación, exportación y desalmacenajes de emisores de radiaciones ionizantes.

Además, la Dirección tiene a su cargo la coordinación de proyectos de Cooperación Técnica del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), para el fortalecimiento tanto de la regulación como de la operación de fuentes radiactivas a nivel nacional.

Logros

Evaluación de Impacto de Capacitación

- Elaboración de proyecto para la “Evaluación de Impacto de Capacitación”: Para fortalecimiento de la estructura rectora del Ministerio de Salud, en años anteriores se realizó un proceso de capacitación, con el fin de que las Áreas Rectoras de Salud asumieran el control de las instalaciones de bajo riesgo (odontología), el cual consistió en tres cursos de protección radiológica en los niveles básico, intermedio y avanzado, impartidos por expertos internacionales del OIEA.

Inspecciones por nivel de riesgo

- Se realizaron 10 inspecciones de establecimientos de alto riesgo en forma conjunta con el nivel local, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos necesarios para la protección de la población y el medio ambiente contra

los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes.

Registro Sanitario de Radiofármacos

- Se elaboraron los lineamientos para establecer los requisitos que se deben evaluar y la forma en que los interesados deben presentarlos ante el Ministerio de Salud, esto con el fin de contar con el registro sanitario de radiofármacos y mejora la regulación de ingreso estos al país y fomentar la simplificación de trámites.
- Se ha logrado que en el 2015 todos los radiofármacos que se utilizan en servicios de medicina nuclear tanto públicos o privados, cuenten con el registro respectivo.

Desafíos

- Contar con más personal dedicado en el nivel central para el tema de control de radiaciones.
- Oficializar el nuevo “Reglamento sobre Protección Radiológica, Seguridad Tecnológica y Física”.
- Disponer de un Inventario Nacional de Emisores de Radiaciones Ionizantes.

NORMALIZACIÓN EN AMBIENTE HUMANO

Situación del tema

Actualmente, el país avanza en materia comercial y de protección a la salud con el consecuente mejoramiento de la calidad de vida de la población, lo cual amerita que

la normativa sea reformada, para adaptarla a la nueva realidad, en un mundo cada vez más competitivo, incluyendo la necesidad de evaluar el marco normativo en miras a la futura adhesión del país a la OECD y responder a la creciente importancia atribuida al binomio salud-ambiente por parte de la población en general.

Mantener renovada la legislación que regula las actividades del Sector Salud y las relaciones inter e intrainstitucionales, hace que la rectoría se ejecute de forma eficiente y eficaz y la población sienta que el Ministerio

de Salud garantiza el derecho a la salud, derivado del derecho a la vida.

Logros

- Se elaboraron y modificaron 9 reglamentos que regulan actividades que podrían poner en riesgo el ambiente humano, entre ellas la generación de ruido, la operación de rellenos sanitarios, coincineración de residuos, calidad del agua potable, manejo y disposición de lodos y biosólidos provenientes de plantas de tratamiento.

Cuadro 29
Normativa sanitaria y ambiental emitida en el 2015

Nombre del decreto	Descripción	Número de Decreto	Fecha de Publicación
Reglamento para la calidad del Agua Potable y Reforma Reglamento para la calidad del Agua Potable.	Regula la calidad del agua potable y establece un transitorio de dos años para lograr las concentraciones máximas de algunos plaguicidas en agua.	No 38924-S y No. 39144-S	Alcance No. 69 de La Gaceta No. 170 del 1° de setiembre del 2015
Reglamento sobre Eventos Taurinos	Regula los permisos para el desarrollo de la actividad taurina.(Modificación liderada por la DAJ con colaboración de la DPAH)	No. 39315-S-SP-G	La Gaceta No. 233 del 1° de diciembre del 2015
Reglamento sobre condiciones de operación y control de emisiones de instalaciones para coincineración de residuos sólidos ordinarios	Regula la coincineración de residuos ordinarios	No. 39136-S -MINAE	Alcance No. 69 de La Gaceta No. 170 del 1° de setiembre del 2015
Reglamento para el Manejo y Disposición Final de Lodos y Biosólidos	Regula la disposición de lodo especiales y ordinarios	No. 39316-S	Alcance No. 106 de La Gaceta No. 234 del 02 de diciembre del 2015

Nombre del decreto	Descripción	Número de Decreto	Fecha de Publicación
Reglamento para el Control de la Contaminación por Ruido	Regula los niveles de presión sonora para diferentes actividades	No. 39428-S	Alcance No. 9 de La Gaceta No. 20 del 29 de enero del 2016
Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento Otorgados por el Ministerio de Salud	Regula el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento a las actividades agroindustriales, industriales, comerciales y de servicios.	No. 39472-S	Alcance No. 13 de La Gaceta No. 26 del 8 de febrero del 2016
Prohibición del Uso, Comercialización y Fabricación de los Globos Luminosos que van Ascendiendo al Aire “Globos del Deseo”	Prohíbe el uso, comercialización y fabricación de los globos luminosos llamados “Globos del Deseo”	No. 39466-S	Alcance No. 17 de La Gaceta No. 31 del 15 de febrero del 2016
Criterios ambientales establecidos en la Ley para la Gestión Integral de Residuos para la compra de llantas por parte de la entidades que componen la Administración Pública	Regula la adquisición de llantas por parte de la Administración Pública.	No. 38933-S	La Gaceta No. 73 del 16 de abril del 2015
Reglamento para la operación de Hornos Crematorios	Regula las características de la carga de los hornos crematorios así como las emisiones atmosféricas.	No. 39087-S	
Reglamento sobre Rellenos Sanitarios	Regula la operación de rellenos sanitarios.	No. 38928-S	

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Protección al Ambiente Humano con base en el Sistema Nacional de Legislación Vigente.

- Simplificación del reglamento que regula el otorgamiento de permisos de funcionamiento, de manera que sin dejar de lado el rol regulador del Ministerio de Salud, fue simplificado el otorgamiento de tales permisos, dando énfasis en el fortalecimiento de las micros y pequeñas empresas.
- Desarrolló una Plataforma de Información para Trámite de Reportes Operacionales de Sistemas de tratamiento de aguas residuales, que facilitará a los administrados la elaboración y entrega de los reportes operacionales de aguas residuales y se continuó con la coordinación y seguimiento a la Plataforma para Administración de Planos Constructivos, en coordinación con el CFIA y otros actores.

Desafíos

- Mantener la participación interinstitucional e intersectorial.
- Seguimiento de nuevas tecnologías y necesidades del país para la confección sustento legal y la protección de la salud de la población.

SANEAMIENTO BÁSICO RURAL

Situación del tema

- El Ministerio de salud por medio del Programa Saneamiento Básico Rural busca cubrir a las familias más necesitadas del país y que viven por debajo de la línea de pobreza, dotándolas de sistemas sanitarios compuestos por tanques sépticos, trampas de grasa, inodoros y tuberías conexas.

Logros

- Durante el 2015 fueron entregadas 1649 soluciones sanitarias (tanques sépticos, trampas de grasas, inodoros y tuberías conexas), a familias que se encuentran bajo de la línea de pobreza, con el fin de mejorar su calidad de vida y que tengan un entorno más limpio y saludable.



Saneamiento Básico Rural

Desafíos

- Agilizar la contratación administrativa, para que las soluciones sanitarias se instalen oportunamente.

Cuadro 30
Programación e instalación, Sistemas de tratamiento de aguas residuales
Según región y cantón, Costa Rica

Región	Cantón	Soluciones instaladas durante el 2015	Familias beneficiadas (en promedio 5 habitantes por vivienda)
Brunca	Corredores	61	305
	Coto Brus	78	390
	Pérez Zeledón	62	310
	Golfoito	01	5
	Buenos Aires	28	140
	Osa	34	170
Total Región		264	1320
Huetar Caribe	Pococí	08	40
	Talamanca	94	470
	Matina	33	165
	Siquirres	66	330
	Limón	08	40
	Guácimo	52	260
Total Región		261	1305
Central Norte	Sarapiquí	109	545
Total Región		109	545
Pacífico Central	Puntarenas Barranca	15	75
	Puntarenas Chacarita	05	25
	Punt. Jicaral	53	265
	Montes de Oro	12	60
	Parrita	21	105
	Aguirre	00	0
	San Mateo	02	10
Total Región		108	540
Huetar Norte	Los Chiles	63	315
	S. Carlos	03	15
	Pocosol	86	430
Total Región		152	760

Región	Cantón	Soluciones instaladas durante el 2015	Familias beneficiadas (en promedio 5 habitantes por vivienda)
Chorotega	Upala	165	825
	La Cruz	143	715
	Hojancha	50	250
	Liberia	28	140
	Cañas	33	165
	Abangares	19	95
	Carrillo	70	350
	Nandayure	80	400
	Bagaces	45	225
	Nicoya	45	225
	Santa Cruz	62	310
Total Región		740	3700
Central Este	Turrialba	11	55
	Tarrazú	01	05
Total Región		12	60
Central Sur	Acosta	03	15
Total Región		03	15
TOTALES		1649	8245

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Protección al Ambiente Humano

REGISTRO Y CONTROL DE PRODUCTOS DE INTERÉS SANITARIO

Situación del tema

El consumo de medicamentos, productos naturales, alimentos y suplementos alimenticios, inocuos y eficaces así como la seguridad de los cosméticos, equipos y materiales biomédicos, productos de higiene, plaguicidas y productos químicos peligrosos es un tema de relevancia para la rectoría de la salud, ya que si no se garantizan condiciones sanitarias adecuadas los mismos podrían incidir negativamente en la salud de

la población, de ahí que el control de estos productos sea muy importante.



La globalización, los tratados de libre comercio y la simplificación de los trámites, han permitido que en el país la oferta de productos de interés sanitario se haya incrementado, lo cual se evidencia en la variedad de alimentos, cosméticos, productos de higiene, medicamentos, entre otros, que se encuentran en los comercios, farmacias y hospitales.

Dado este aumento de productos, el control que se tiene que realizar sobre los mismos también se ha incrementado, no solo en las acciones previas a la comercialización (registros) acorde con las normativas internacionales, sino a todo nivel, empezando en las aduanas y concluyendo en los puntos de venta. También se procura que estos controles sean racionales, a fin de que no se afecte de manera injustificada a los empresarios y al comercio pero que siempre se privilegie la salud de la población.



Además de estos controles sobre los productos, también se controla que los establecimientos que los producen cumplan con los requisitos establecidos en la normativa, de manera que la fabricación de medicamentos, cosméticos, calidad, uniformidad y las condiciones adecuadas al uso que se pretende dar a los productos, sea acorde a las condiciones aprobadas para su comercialización. Esto con el fin de disminuir los riesgos y mantener el resguardo de la salud de la población.

Logros

- Auditoría del 100% (35) de los laboratorios fabricantes de medicamentos que se encuentran en el territorio nacional para el control de las Buenas Prácticas de Manufactura y de almacenamiento y distribución.



- Realización de 10 operativos en aduanas o almacenes fiscales durante los cuales se identificaron productos falsificados, productos no registrados, productos contaminados, productos naturales que

contienen medicamentos no declarados y otros por medio de la vigilancia y toma de muestras que se realizan en el comercio.

- Realización de investigaciones de fármaco vigilancia y de tecno vigilancia (vigilancia que se realiza sobre el comportamiento de los productos farmacéuticos y de los dispositivos médicos después de

su comercialización, a fin de encontrar reacciones o eventos adversos no esperados que pueden poner la salud de los consumidores en peligro) de las cuales se han derivado cambios en la información de seguridad y eficacia en las etiquetas e insertos de los medicamentos, cambios de indicaciones terapéuticas y cancelación de registros, entre otros.

Cuadro 31
Trámites atendidos en la Plataforma Digital Regístrelo

TIPO DE PRODUCTO	TRAMITE	TOTAL
Alimentos	Aprobados	12466
	Rechazados	1043
	Prevenidos	5977
	Sub total	19486
Materia Prima Alimentos	Aprobados	3027
	Rechazados	75
	Prevenidos	3102
	Sub total	3656
Cosméticos	Aprobados	8444
	Rechazados	355
	Prevenidos	3611
	Sub total	12410
Equipo y Material Biomédico	Aprobados	7183
	Rechazados	589
	Prevenidos	5169
	Sub total	12941
Medicamentos	Aprobados	5060
	Rechazados	545
	Prevenidos	3345
	Sub total	8055
Productos Naturales	Aprobados	329
	Rechazados	73
	Prevenidos	343
	Sub total	745
TOTAL		57293

Fuente: Ministerio de Salud, Sistema "Regístrelo"

- Realización de evaluaciones de buenas prácticas de manufactura a empresas que exportan productos a nuestro país, tal y como lo realizan las autoridades reconocidas de otros países.
- Presencia de personal del Ministerio de Salud en aduanas, a fin de detectar productos no registrados, falsificados o contaminados.
- Durante el 2015 se tomaron 169 muestras de productos alimenticios para verificar que sus características de seguridad y eficacia se mantienen, estas muestras son tomadas en el mercado a lo largo de todo el país, tratando de cubrir todas las marcas y presentaciones, o bien pueden tomarse de establecimientos como almacenes, aduanas y otros.
- Girar órdenes sanitarias a establecimientos de fabricación de productos como en distribuidoras y comercios, para que se realicen las correcciones correspondientes o bien se proceda al retiro de los productos del mercado y en casos extremos que se cancele el registro.
- Tiempos de atención en casi todos los productos estuvieron dentro de los plazos establecidos en el Reglamento para el Funcionamiento y Utilización del Portal "Regístrelo" N° 37988.
- Tipificar como delito la oferta y venta de productos de interés sanitario ilegales, a fin de que se puedan aplicar sanciones fuertes contra las personas que realizan estas actividades. También es necesario establecer un mecanismo para actuar contra los vendedores ilegales por medio de internet y redes sociales o cadenas.
- Controlar la publicidad en los medios electrónicos y redes sociales a fin de identificar a los responsables de su publicación.
- Contar con una base de datos que permita cuantificar el número de productos controlados durante el año.
- Cumplir con los plazos establecidos con el personal destacado en la Unidad de Registros y con el funcionamiento del Sistema Regístrelo 24/7/365 días.

NORMALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Situación del tema

La regulación sanitaria se define, como el conjunto de acciones preventivas que lleva a cabo el Estado, mediante las funciones rectoras del Ministerio de Salud, a fin de normar y controlar las condiciones sanitarias del hábitat humano, de los establecimientos, las actividades, los productos, los equipos, los vehículos y las personas que puedan representar riesgo o daño a la salud de la población en general.

Desafíos

- Ampliar la cobertura de las actividades de control.

El Estado por medio del Ministerio de Salud tienen la obligación de fomentar el cuidado de la salud, mediante de prácticas de cuidado personal y colectivo; parte del ejercicio de esta función consiste en elaborar y controlar el marco normativo.

Logros

- Se oficializaron las siguientes normas que establecen los criterios mínimos para que los establecimientos y servicios de salud puedan optar por el permiso sanitario de funcionamiento o como proceder en la atención de patologías específicas:
- Decreto 39088-S, Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva.
- Decreto 39187-S, Norma de Habilitación de Establecimiento que brindan Servicios de Salud en Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética.
- Decreto Ejecutivo N° 39470-S. Norma Nacional para la Atención Integral a las Mujeres en el Post Parto.

Desafíos

- Uso de evidencia científica para la elaboración de la normativa.

CUIDADOS PALIATIVOS

Situación del tema

- La Red Nacional de Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense de Seguro Social

cuenta con 58 Unidades de Cuidados Paliativos a nivel nacional, 49 de esas unidades están lideradas por el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos y nueve son lideradas por Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que prestan servicios de índole asistencial en cuidados paliativos. Actualmente, de las 49 Unidades de la CCSS, el 73,6% (36) reciben fondos de la Junta de Protección Social. La Ley N° 8718 considera las Unidades de Cuidados Paliativos o de control del dolor, como un grupo prioritario, para la subvención provenientes del dinero de loterías, juegos y otros productos de azar.

- Como requisito adicional para la emisión oportuna del dinero de las loterías, que esas Unidades de Cuidados Paliativos deben estar al día con los requerimientos de fiscalización que establece el Ministerio de Salud.

Logros

- Aumento del 13,5% en el número de establecimientos de cuidados paliativos visitados por el Ministerio de Salud para evaluar la calidad de los servicios que brindan, y solicitar planes de mejora a aquellos que no cumplieron con la normativa vigente.
- Del los 76 inmuebles visitados, el 36,84% logró cumplir con todos los parámetros establecidos durante la visita del 2014. Lo anterior se logró mediante la implementación de los planes remediales

establecidos. Esto garantiza además, equidad en las condiciones de los establecimientos de cuidados paliativos a nivel nacional.

- Se reactivó el Consejo Nacional de Cuidados Paliativos (Decreto Ejecutivo N° 36656-S), como ente adscrito al Despacho del Ministro de Salud.

Desafíos

- Dar cumplimiento oportuno a las disposiciones del informe DFOE-SOC-IF-11-2015 de la Contraloría General de la República.
- Alcanzar el 100% de visitas y emisión de actos administrativos correspondientes para atender las no conformidades encontradas en los recintos-sede de las Unidades de Cuidados Paliativos.
- Garantizar la sostenibilidad en las condiciones idóneas de índole físico-sanitario de los inmuebles a lo largo del tiempo.
- Financiamiento por parte de la Junta de Protección Social de San José de proyectos para la compra de suministros o bienes específicos para las Unidades de Cuidados Paliativos.

DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HUMANOS

Situación del tema

La Ley 9222 “Ley de donación y trasplante de órganos y tejidos humanos, establece en

el Artículo No. 33: “El Ministerio de Salud, como órgano rector de la salud, será el responsable de autorizar expresamente a los establecimientos de salud, tanto públicos como privados, para que realicen el proceso de donación y trasplantes de órganos y tejidos”. Además, el Artículo No. 36 de la misma, menciona: “El Ministerio de Salud establecerá la normativa reglamentaria para la adecuada ejecución de los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos, y sus subprocesos, en un plazo máximo de dos años a partir de la publicación de esta ley. Con base en esta normativa, las instituciones o los establecimientos de salud con procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos deberán emitir los documentos de normalización técnica y administrativa, en el plazo de un año, a partir de la publicación de la normativa reglamentaria”.

Por su parte, el inciso b) del Artículo No. 6 establece las funciones de la Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos entre las que se menciona: “Establecer y mantener un registro nacional actualizado de los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos, según lo que establezca la normativa reglamentaria emitida por el Ministerio de Salud. El componente con los nombres de las personas involucradas será de carácter confidencial y de acceso restringido”. En el inciso e) del mismo artículo se establece además que debe “Fiscalizar el buen funcionamiento y la transparencia del proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos humanos. El incumplimiento de esta

función le acarreará responsabilidad objetiva”.

Por lo anterior durante el año 2015, el Ministerio de Salud inicia el desarrollo de normativas específicas según tejidos y órganos, razón por la cual, entre otros, se ha logrado controlar o eliminar casos de tráfico de órganos y tejidos humanos.

Logros

- Incorporación de manifestación de anuencia a donar órganos y tejidos en el documento de identidad (cédula) y licencias de conducir.
- Inicio de los procesos de regulación de la gestión administrativa y clínica en torno al donante vivo, estrategia conjunta MS/CCSS.
- Activación del Consejo Nacional de Donación de Órganos y Tejidos Humanos.
- Creación de una base de datos de los casos de donación y trasplante de órganos y tejidos.
- Elaboración de los “Criterios Nacionales de Distribución para Hígado y Riñón”.
- Inclusión de Costa Rica al Sistema de Reporte Internacional de Trasplantes (DONASUR).

Desafíos

- Contar con recursos humanos y económicos para la ejecución de las funciones y actividades.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Situación del tema

Por medio de la Función Esencial de Salud Pública de “Capacitación y desarrollo de los recursos humanos”, el Ministerio de Salud como ente rector, realiza un seguimiento y control de la disponibilidad de los recursos humanos en el campo de la salud. Por lo anterior, se ha fortalecido el Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud (SINARHUS), obteniendo mayor participación de los entes que integran el SINARHUS, actualmente, se cuenta con información del total de colegios profesionales en salud, empleadoras públicas, una muestra de empleadoras de salud privadas y de universidades que forman recursos humanos en salud.

Logros

- Fortalecimiento del Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud (SINARHUS).
- Divulgación de los datos básicos de recursos humanos en salud, a las autoridades del Ministerio de Salud, Colegios Profesionales, autoridades del Consejo Nacional para la Educación Privada, Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud y otros grupos de interés nacional.

Desafíos

- SINARHUS más amigable y eficiente.
- Incorporar el análisis de otras variables que muestren inequidades, necesidades para una planificación eficiente de los recursos humanos en salud.

CUENTAS NACIONALES EN SALUD

Situación del tema

Las cuentas de salud constituyen una descripción sistemática de los flujos financieros del consumo de bienes y servicios de salud, su objetivo es describir la salud desde la perspectiva del gasto.

En la medida en que más países implementan e institucionalizan las cuentas de salud, hay mayor expectativa por parte de los analistas, políticos y público en general, por una información cada vez más sofisticada acerca del gasto en salud.

Se espera que las cuentas de salud (en conjunción con otros datos estadísticos) ofrezcan insumos y nuevas herramientas analíticas para monitorear y evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Una de las principales prioridades es disponer de datos fiables, oportunos y comparables de todos los países y a través del tiempo.

Esto es indispensable para dar seguimiento a las tendencias del gasto en salud y de los factores de su crecimiento, a fin de prever el gasto en el futuro, o para comparar dicha información con la de otros países. Por ello, las cuentas de salud tienen que cumplir dos funciones: una a nivel internacional, en la que el énfasis está en seleccionar los datos del gasto que se puedan comparar internacionalmente, y otra a nivel nacional, en la que se hacen análisis más detallados del gasto en salud a lo largo del tiempo.

Logros

- Se implementó la Metodología SHA2011 y del Software HAPT los cuales se han usado con éxito en varios países de América Latina, como Perú, Uruguay y Chile.
- Capacitación de 50 funcionarios, para el fortalecimiento de las capacidades del recurso humano de las instituciones del sector en la aplicación de la Metodología para el Sistema de Cuentas de Salud (SHA2011).
- Conformación de la Comisión Nacional de Economía de la Salud (Decreto N°39169-S del 5 de octubre del 2015), conformadas 13 instituciones a nivel intersectorial..

Desafíos

- Implementar la metodología SHA2011 en todas las instituciones del sector.
- Contar con Información oportuna y confiable de parte de todas las instituciones anualmente.
- Fortalecer la Comisión Nacional de Economía de la Salud.

INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Situación del tema

En el año 2010 se derogó el decreto ejecutivo 31078-S Reglamento para la Investigación en que Participan Seres Humanos, en acato a pronunciamiento de la Sala Constitucional, esto ocasionó la suspensión de la investigación en salud en el país, cuatro años después, en abril del 2014 se promulgó

la Ley 9234 Ley Reguladora de Investigación Biomédica, que obliga al Ministerio de Salud a realizar varias acciones para la implementación de la Ley en el artículo 35 de la Ley, define que “El CONIS tendrá como fines garantizar la calidad de las investigaciones y su estricto apego a los derechos humanos. Sus integrantes deberán actuar con absoluta independencia de criterio, evitando en sus decisiones la influencia de intereses políticos y comerciales.” Este Consejo fue juramentado en diciembre de 2014 a partir de esa fecha inició sus funciones.

Mediante Decreto Ejecutivo N° 39061-S, se publicó el Reglamento de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, de esta forma el país dispone de los instrumentos legales para regular la investigación biomédica.

El CONIS cuenta con una Secretaría Técnica Ejecutiva, que representa el brazo operativo, tal y como se indica en el artículo N° 34 de la Ley, “El Conis tendrá la estructura administrativa que se defina vía reglamento.

Logros

- Seguimiento a los 6 comités ético científicos (CEC) que estaban funcionando desde antes que se publicara la Ley 9234, estos CEC han aprobado y dado seguimiento a 301 investigaciones biomédicas.
- Se acreditaron 336 investigadores.
- Se aprobaron 6 programas de cursos de buenas prácticas clínicas presentados por universidades públicas y privadas.
- Se realizaron dos actividades educativas una de ellas sobre aspectos bioéticos de la investigación biomédica y el otro sobre la adopción del sistema de información llamado ProEthos, que desarrolló la Organización Panamericana de la Salud para un mejor control de las investigaciones aprobadas por los CEC.
- Se desarrollaron guías e instrumentos con el propósito de orientar y facilitar a la población científica y académica que realiza investigaciones biomédicas la aplicación de la Ley 9234 y su reglamento:
- Guía para la inscripción de investigaciones biomédicas
- Procedimiento para la autorización de CEC.
- Lista de requisitos para la autorización de organizaciones de administración por contrato (OAC).
- Lista de requisitos para autorización de organizaciones de investigación por contrato (OIC).
- Listado de requisitos para autorización de investigadores principales intervencionales y observacionales.
- Listado de requisitos para la autorización de investigadores secundarios o sub-investigadores.
- Proceso para exención del canon.
- Proceso aval de curso de buenas prácticas clínicas.

- Procedimiento para acreditar un CEC.
- Se elaboró la normativa para la regulación de investigación biomédica con células madre, con el propósito normar la experimentación médica e innovación en salud, a fin de atender las demandas de la población de contar con nuevas terapias para problemas de salud que no responden a la medicina convencional.

Desafíos

- Agilizar los procesos y tiempos de respuesta para que respondan a las exigencias de la población.
- Cumplimiento legislación vigente
- Realizar reforma al Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, por parte del Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).
- Aprobación de la estructura administrativa del CONIS y su oficialización, por parte de MIDEPLAN.
- Dotar a la Secretaría Técnica Ejecutiva (SeTE) de los recursos materiales e infraestructura necesarios para su correcto funcionamiento.
- Reforzar la proyección del trabajo del CONIS, con el fin de posicionar a este órgano como rector en el área de la regulación de investigación biomédica en Costa Rica.
- Contar con el sistema de información del CONIS, con el fin de cumplir con lo

dispuesto en el artículo N° 43 de la Ley y artículo 6 inciso 1 de su reglamento, como parte de las funciones del CONIS.

- Formular la normativa para regular los dispositivos médicos para uso en investigaciones biomédicas, específicamente en etapas pre-mercado.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO TRADICIONAL (ERCNT)

Situación del tema

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública que afecta la población de Centroamérica y República Dominicana dada la sobrecarga e incapacidad de respuesta de los servicios de salud, muertes prematuras, deterioro de la calidad de vida y los costos que genera tanto a pacientes como a sus familiares.

Dentro del grupo de las ERC sobresale una entidad clínica de etiología aún no determinada; los datos disponibles permiten señalar que afecta principalmente a hombres jóvenes que se dedican a trabajos físicos agrícolas.

Los Ministros de Salud de Centroamérica se han comprometido a tomar acciones tendientes a la implementación de medidas que prevengan esta enfermedad.

Logros

- En conjunto con el Consejo de Salud Ocupacional se publicó el "Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuestas a

estrés térmico por calor” mediante decreto ejecutivo N° 39147-S-TSS 18 de setiembre del 2015. Este reglamento define las pautas a seguir por parte de los empleadores en zonas donde las personas trabajadoras están expuestas a temperaturas extremas en su jornada laboral.

- Se elaboró el decreto ejecutivo sobre la determinación de “Zonas endémicas para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Renal Crónica no tradicional”, como uno de los compromisos del Ministerio de Salud, con el fin de que en las zonas mencionadas los servicios de salud ofrezcan una atención diferenciada, para detectar de manera temprana alteraciones en el funcionamiento renal de los trabajadores expuestos a estrés térmico. Este decreto está pendiente de su publicación en La Gaceta
- Consulta pública de la “ Norma Nacional para la Prevención, Detección y Atención a las Personas con Enfermedad Renal Crónica”, con el fin de lograr la detección temprana y enfocada a la promoción y prevención de dicho problema de salud pública y tomando en cuenta el criterio técnico recibido del Consejo de Salud Ocupacional (CSO), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y las diferentes cámaras relacionadas con esta situación.

Desafíos

- Contar con información científica suficiente sobre el tema.
- Implementación de la norma.

FORTALECIMIENTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Situación del tema

El Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación del Ministerio de Salud, fue creado en el año 2014 mediante el Decreto Ejecutivo No. 38968-S, debido a constantes cambios estructurales a los cuales ha sido sometido el Ministerio de Salud en los últimos años, se ha encontrado una situación de obsolescencia tecnológica y un escaso o casi nulo presupuesto destinado a las tecnologías.

Sin embargo, es importante indicar que se trabajó en el año 2015 en la mejora de la infraestructura tecnológica, estableciendo una red de conectividad institucional mediante conexiones VPN en los tres niveles de gestión. Se ha invertido en licenciamiento de software, antivirus, se fortaleció el Centro de Datos Principal para mejorar la calidad, disponibilidad y seguridad de la información, se desarrollaron sistemas de información de impacto país, se implementaron las políticas y normas en materia de TIC, que serán de acatamiento obligatorio para la todo el personal del Ministerio de Salud.

Se tiene programado para los próximos años modernizar las redes de área local, en los tres niveles de gestión, equipar salas de situación tecnológicamente que permitan las comunicaciones entre los tres niveles de gestión, de forma virtual y el desarrollo de sistemas de información para la toma de decisiones.

Todo lo anterior a fin de brindar el soporte adecuado a la Institución para la ejecución de las funciones que le competen, así como a las autoridades superiores para la toma de decisiones estratégicas en beneficio de la población costarricense.

Logros

Infraestructura

- Adquisición del equipamiento tecnológico de las salas de situación para los Enlaces de la Ley N° 9028, en los tres niveles de gestión. Se proveerá equipo para las salas de las 82 Áreas Rectoras, 9 Regiones Rectoras y 3 para el Nivel Central; este proyecto utilizará las facilidades de la solución de colaboración en línea en cuanto a videoconferencia.
- Establecimiento de la Red de Conectividad Institucional mediante la implementación de conexiones VPN en los tres niveles de gestión, actualmente se cuentan con un 96.74% de las sedes locales y regionales conectadas.
- Adquisición de licencias corporativas de antivirus para 1633 computadoras. Con esta adquisición se llegó a la meta de proteger al 100% de los equipos de la Institución.
- Adquisición y puesta en funcionamiento de certificado digital de seguridad para registro nacional de infractores. Este protocolo incrementa la seguridad, tal es así, que es utilizado por bancos, tiendas de compras electrónicas y otras

entidades cuyas operaciones exigen medidas de protección especial. Este protocolo permite una conexión segura entre el usuario y el servidor cifrando la comunicación en ambos.

- Adquisición de servicio para una Plataforma Institucional de Colaboración en Línea, el cual es un servicio con respaldo a nivel mundial, ofreciendo a los usuarios correo electrónico, calendario compartido, mensajería instantánea, videoconferencia, red social empresarial, entre otros.

Sistemas de Información en Salud

- Diseño del Sistema Nacional de Información sobre Gestión Integral de Residuos – SINIGIR, el mismo se desarrollará moderno, descentralizado, integrado, confiable y oportuno para la gestión integral de los residuos que permita al Ministerio de Salud como Ente Rector el cumplimiento de lo establecido en la Ley 8839 y sus reglamentos.
- Diseño, desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Registro de Infractores a la Ley 9028 de Control de Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud.
- Desarrollo, pruebas, capacitación e implementación del Sistema de Información para Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales, decreto N° 33601-MINAE-S. El mismo facilita el control y la administración del reporte operacional suministrado por los entes generadores.

- Actualización del Sistema Estandarizado de Regulación en Salud (SERSA), para el registro y control de todos los permisos sanitarios de funcionamiento de los establecimientos a nivel nacional, además de su seguimiento.
- Ampliación y mantenimiento del Sistema Nacional de Vigilancia en la Salud (SINAVIS), para el mejoramiento de la capacidad de análisis de la información del Registro Nacional de Tumores, entre otros.
- Diseño del Sistema Nacional de Información sobre Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud (SINICTIS), que le permita generar y disponer de información sobre la investigación y el desarrollo tecnológico en salud para la toma de decisiones y formulación de políticas, planes, programas y proyectos en este ámbito.
- Desarrollo y pruebas del Sistema de VIH SIDA (SINVIH). Este sistema permitirá recolectar, integrar y analizar oportunamente la información sobre pacientes, casos, exámenes, pruebas y demás información que se considere pertinente sobre VIH-SIDA.
- Implementación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiología Integrada (SIVEI), que permite recolectar, integrar y analizar la información de eventos y factores determinantes de la salud.
- Desarrollo e implementación del Sistema

Nacional de Mortalidad Materna e Infantil (SIMMI) que permita la gestión de los registros, con el propósito de contar con información actualizada para la toma de decisiones.

- Implementación del Sistema Nominal de Vacunación (SINOVAC), el cual permite recolectar, integrar y analizar la información sobre la cobertura de vacunación a nivel nacional.

Sistema de Información "De Cara Al Ciudadano"

- Se desarrolló una aplicación de acceso ciudadano para denuncias de Salud. Mediante la cual el ciudadano tendrá participación activa en la mejora de la Salud Pública de sus comunidades.
- Reglamento para la estandarización del manejo de datos de Salud en instituciones Públicas y Privadas.
- Reglamento de Receta Digital
- Se desarrolló el Sistema de Receta Digital. El cual brindara una mejora en la trazabilidad de psicotrópicos y estupefacientes en todo el país

Otros logros institucionales en Tecnologías de Información y Comunicación

- Creación de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación como dependencia directa del Despacho Ministerial para asegurar la independencia de la función TI de las áreas usuarias DM-9344-2014, Decreto Ejecutivo 39968-S.

- Se elaboró una serie de documentos relacionados al Marco Normativo sobre el tema de las Tecnologías de Información y Comunicación en el Ministerio de Salud.
- Entre esos documentos están:
 - Política Institucional de Tecnologías de Información y Comunicación, que integra el documento de Políticas de Gestión Institucional.
 - Manual de Políticas de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación.
 - Manual del Proceso de Gestión TIC Nivel 0.
 - Normas en Seguridad de la Información.
 - Norma de Adquisiciones de Bienes y Servicios TIC.
 - Norma de Gestión de Sistemas de Información.
 - Norma de Gestión en Servicios TIC.
- Catálogo de Servicios de Tecnologías de Información y Comunicación. Este catálogo es una recopilación de los servicios que brinda el Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación a los funcionarios en sus tres niveles de Gestión y a los usuarios externos o ciudadanos. Se describe cada servicio a efectos de lograr una mayor comprensión de los mismos, así como su disponibilidad, requisitos y la forma en que pueden ser solicitados y soportados.
- Acuerdos de Servicios TIC (diez acuerdos), donde se describen los términos y condiciones de cada uno de los servicios que el Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación, brinda a los usuarios externos y a los funcionarios del Ministerio de Salud en sus tres niveles de gestión. Documenta el servicio que se ofrece, las funcionalidades, procesos y actividades asociados al mismo; para garantizar que se presten en el tiempo y forma indicados.
- Implementación del Sistema de Gestión de Servicios llamado OTRS, este sistema es utilizado en el Centro de Servicios TIC para la gestión de las solicitudes de servicios para los funcionarios de los tres Niveles de Gestión.
- Implementación de un nuevo diseño y mejoras de la Intranet Institucional.
- Implementación de mejoras al Sitio Web Institucional. Con el fin de responder a las necesidades de la población en general, el Sitio Web experimentó una serie de mejoras tanto en su diseño como en su estructura. Estos cambios, impactaron positivamente, ya que según, Evaluación de la calidad de la Prestación de Servicios Públicos por Medios Digitales en Costa Rica, realizado por INCAE en el 2015, el Sitio del Ministerio de Salud logró el lugar No. 22 entre 181 entidades evaluadas, en comparación con el lugar No. 88 alcanzado el año anterior.

Desafíos

- Equipamiento de 94 salas de situación equipadas tecnológicamente en los tres niveles de gestión para el servicio ágil y oportuno de la información en el tema de tabaco.
- Modernización de las Redes de Áreas Local (LAN) en los tres niveles de gestión.
- Modernización del 20% del equipo de cómputo en los tres niveles de gestión.
- Implementación de un servicio de impresión en el Nivel Central.
- Implementación y acompañamiento y seguimiento de los Sistemas Nacionales de Información para la rectoría.

SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA DEL MINISTERIO DE SALUD (SIGSALUD)

Situación del tema

La georreferenciación de los datos en salud ha sido fundamental como eje del análisis epidemiológico. No obstante, no es sino hasta la última década en la que el desarrollo de las herramientas informáticas así como la digitalización y estandarización de la información cartográfica nacional sientan las bases para que el componente territorial pueda ser incorporado, utilizado y procesado con mayor facilidad y sistematicidad.

El acceso y adecuada utilización de estas herramientas es capaz de potenciar el análisis geoespacial de la situación en salud, mejorar

los procesos de planificación local, de la política en salud, generar mayor información de uso público con base territorial y fortalecer el sistema de información estadística en salud, atribución del Ministerio de Salud según el Artículo 2 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud.

Logros

- Desarrollo de la capacidad institucional para la producción de información geográfica a través de la capacitación de 20 funcionarios y funcionarias del Ministerio de Salud de los niveles central y regional.
- Inicio de la construcción de una plataforma informática para la presentación y gestión de los datos geoespaciales.
- Conformación de un grupo conductor del SIGSALUD garante del desarrollo del proyecto y la calidad de la información a producir.

Desafíos

- Vincular el proceso de producción de información geográfica con investigaciones de mediano plazo.
- Generar información geoespacial en salud de manera permanente y continua como parte de las labores cotidianas en las distintas direcciones que tienen datos en salud.

LEYES Y DECRETOS EJECUTIVOS EN MATERIA DE SALUD

Situación del tema

El Ministerio de Salud es el ente rector de la salud y de la producción social de la salud en el país. Una de sus funciones esenciales en salud, es la regulación, y esto conlleva a la promulgación de normativa vía decretos ejecutivos (reglamentos y normas técnicas), así como leyes.

Logros

- Decreto Ejecutivo 38727-S Derogatoria del Decreto Ejecutivo N° 32564-S, de 20 de junio del 2005.
- Decreto Ejecutivo 38797-S, Reforma a los Artículos 1°, 2°, y 3° del Decreto N° 27913-S “Creación de la Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales”.
- Decreto Ejecutivo 38820-S, Adición y Derogación al Decreto Ejecutivo 37700-S del 29 de enero del 2013 “Reglamento de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Distribución de Medicamentos en Droguerías”.
- Decreto Ejecutivo 38821-S, “Derogatoria del Decreto Ejecutivo N° 22378-S. Crea Sistema Nacional de Emergencias Médicas”.
- Decreto Ejecutivo 38822-S, Reglamento del Fondo de Caja Chica de la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS).
- Decreto Ejecutivo 38832-S, Integración y Funcionamiento del Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.
- Decreto Ejecutivo 38818-S-COMEX-MEIC Publicación de la Resolución N° 347-2014 (COMIECO-LXVIII) de fecha 27 de junio de 2014: Otorga “un plazo hasta el 31 de Marzo de 2015, para que las empresas interesadas presenten ante la Autoridad Sanitaria de cada Estado parte un Plan de Cumplimiento, que permita ajustar el Etiquetado Nutricional en los envases de vidrio retornables pirograbados existentes para bebidas no alcohólicas que hagan una declaración nutricional, conforme al “Reglamento Técnico Centroamericano RTCA 67.01.60:10 Etiquetado Nutricional de Productos Alimenticios Preenvasados para consumo humano para la población a partir de 3 años de edad”, aprobado mediante la resolución N° 277-2011 (COMIECO-LXI) del 02 de diciembre de 2011.
- Decreto Ejecutivo N°38677-MAG-S-MINAE-MTSS” Prohibición del registro, importación, exportación, fabricación, formulación, almacenamiento, distribución, transporte, reempaque, reenvase, manipulación, venta, mezcla y uso de ingredientes activos grado técnico y plaguicidas sintéticos formulados que contengan el ingrediente activo Alachlor”.

- Decreto Ejecutivo 38864-S Reforma al artículo 3 y adiciónese el artículo 3 Bis al Decreto Ejecutivo No. 33271 de 20 de junio del 2006 “Crea Consejo Nacional de Cáncer como Órgano Adscrito al Despacho de la Ministra de Salud y Declara de Interés Público y Nacional el Problema que representa el Cáncer”.
- Decreto Ejecutivo 38869-S Reforma al artículo 19 del Decreto Ejecutivo N° 34482 “Reglamento para Registro, Clasificación, Importación y Control de Equipo y Material Biomédico”
- Decreto Ejecutivo 38826-MTSS-S Reforma a los Artículos 4°, 5° y 6° del Reglamento para el Cálculo de los Reajustes Salariales de los Profesionales en Ciencias Médicas cubiertos por la Ley N° 6836 del 22 de diciembre de 1982.
- Decreto Ejecutivo 38834-MAG-S-MINAE-MTSS “Prohibición del Registro, Importación, Exportación, Fabricación, Formulación, Almacenamiento, Distribución, Transporte, Reempaque, Reenvase, Manipulación, Venta, Mezcla y Uso de Ingredientes Activos Grado Técnico y Plaguicidas Sintéticos Formulados que contengan el ingrediente activo ENDOSULFÁN y derogatoria del Decreto Ejecutivo N° 34782-S-MAG-MTSS-MINAE”.
- Decreto Ejecutivo 38894-S “Créase la Comisión de Enlace Salud, Industria y Comercio (COESAINCO)”.
- Decreto Ejecutivo 38922-MEIC-MAG-S RTCR 465:2012. Reglamento Técnico para Leches Fermentadas.
- Decreto Ejecutivo 38933-S Criterios ambientales establecidos en la Ley para la gestión integral de residuos para la compra de llantas por parte de las entidades que componen la Administración Pública.
- Decreto Ejecutivo 38939-S-MAG-MEIC-C Declaratoria de interés público del Plan Nacional de la Gastronomía Costarricense Sostenible y Saludable (PNGCSS).



- Decreto Ejecutivo 38999-MP-RE-JP-SP-MG-H-MAG-MEIC-MINAE-MOPT-MEP-S-MTSSCOMEX- MIDEPLAN-MICITT-MIVAH-MC-TUR-MDHIS-MCM-MIDEPOR
"Política del Poder Ejecutivo para erradicar de sus instituciones la discriminación hacia la población sexualmente diversa".
- Decreto Ejecutivo 39000-MP-SP-JP-H-S Modificación de los artículos 3 inciso 13), 19) y 39) adición del artículo 16 Bis del Decreto Ejecutivo N° 36948-MP-SP-JP-H-S.
- Decreto Ejecutivo 39009-S Reglamento Sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil.
- Decreto Ejecutivo 39020-S Reformas al "Reglamento técnico para la fortificación con vitamina A del azúcar blanco de plantación para el consumo directo".
- Ley 9299 Autorización al Estado (Ministerio de Salud) para que segregue y done un inmueble de su propiedad A la asociación de desarrollo integral de ciudadela de la Unión de San Rafael de San Ramón.
- Decreto Ejecutivo 39061-S Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica.
- Decreto Ejecutivo 39088-S Oficialización de la Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- Decreto Ejecutivo 39087-S Reglamento para la Operación de Hornos Crematorios.
- Decreto Ejecutivo N°39147-S-TSS Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuestas a estrés térmico por calor.
- Decreto Ejecutivo N° 39187-S Oficialización de la norma de habilitación de establecimientos que brindan servicios de salud en cirugía plástica reconstructiva y estética.
- Decreto Ejecutivo 39169-S Creación del Consejo Nacional en Cuentas de Salud.
- Decreto Ejecutivo 39206-S Derogatoria del artículo 80 del Decreto Ejecutivo N° 23110-S del 22 de marzo de 1994.
- Decreto Ejecutivo 39200-S Reglamento para el control de la contaminación por ruido.
- Decreto Ejecutivo 39252-S Reformas a los artículos 10 y 34 del Reglamento para el funcionamiento y la utilización del portal "Regístrelo".
- Decreto Ejecutivo N° 39315-S-Sp-G Reformas al "Reglamento Actividades Taurinas".
- Decreto Ejecutivo 39344-S Reforma al Transitorio I del Decreto Ejecutivo N° 37286-S de 19 de abril del 2012 Reglamento Enfermeras de Costa Rica.
- Decreto Ejecutivo 39343-S Reformas al Decreto Ejecutivo N° 38894-S del 9 de

octubre del 2014 "Creación de la Comisión de Enlace Salud, Industria y Comercio".

- Decreto Ejecutivo 38921-S Creación de la Comisión Técnica Consultiva del Valor Nutritivo de los Alimentos.
- Decreto Ejecutivo 38928-S Reglamento sobre Rellenos Sanitarios.
- Decreto Ejecutivo 38968-S Reformas Al "Reglamento Orgánico Del Ministerio De Salud".
- Decretos 38865-S "Reglamento Para la Asignación, Giro y Fiscalización de Recursos Públicos para Entidades Privadas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)" Artículo 1°— Justificación: Compete al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Decreto Ejecutivo 39144-S Adición De Un Artículo Transitorio Al Decreto Ejecutivo No. 38924-S De 12 De Enero De 2015 "Reglamento Para La Calidad Del Agua Potable".
- Decreto Ejecutivo 38924-S Reglamento para la calidad del agua potable. Decreto Ejecutivo 39136-S-MINAE Reglamento sobre condiciones de operación y control de emisiones de instalaciones para incineración de residuos sólidos ordinarios.
- Decreto Ejecutivo 39251-S "Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos

de Funcionamiento del Ministerio de Salud".

- Decreto Ejecutivo N°39282-S Derogatoria del Decreto Ejecutivo, N° 27466-S, de 19 de noviembre de 1998.
- Decreto Ejecutivo 39288-S Reforma y Adición al Reglamento de Especialidades y Subespecialidades Médicas.
- Decreto Ejecutivo 39294-S " R T C R 470: 2014. Productos Farmacéuticos, Medicamentos de Uso Humano. Disposiciones Administrativas para Bioequivalencia, Propiedad Intelectual, Medicamentos Homeopáticos y Registro Sanitario e Importación".
- Decreto Ejecutivo 39298-S-MOPT Declaratoria de Emergencia Sanitaria en el Territorio Indígena cabecar de Tayni, Valle de la Estrella, Limón, y las Comunidades de Cerere, Gavilán, Boca Cohen, Jabui, Moi, Alto Cohen, Calveri, Cuhei, Isla Cohen, Bajo Cohen, Surui, Aroceros, Cunabli, Nimarí, Bella Vista, e Isla Cariari, debido a deficiencias Declaratoria De Interés Público Y Nacional La Construcción De Los Acueductos Para El Suministro De Agua Potable en el suministro de agua apta para consumo humano y falta de acceso para brindar servicios de salud y en el territorio indígena Cabécar de Tayní, y las comunidades de Cerere, Gavilán, Boca Cohen, Jabui, Moi, Alto Cohen, Calveri,

Cuchei, Isla Cohen, Bajo Cohen, Surui, Arroceros, Cunabli, Nimarí, Bella Vista, e Isla Cariari, así como la construcción de los puentes sobre los ríos Cerere (Sector Cerere), La Estrella (Sector Gavilán-Calveri), y Cohen (Sectores Bajo Cohen, Isla Cariari, e Isla Cariari Cuchei).

- Decreto Ejecutivo N°39316-S
Reglamento para el manejo y disposición final de lodos y biosólidos.
- Decreto Ejecutivo 39317-S Oficialización de la “Norma Nacional de uso de las Gráficas Antropométricas para la Valoración Nutricional de 0 -19 años”.
- Decreto Ejecutivo 39318-S Reglamento para la administración, prestación y utilización de servicios de transporte de los vehículos institucionales del Ministerio de Salud.
- Decreto Ejecutivo 39342 - S Reglamento del Sistema Nacional de Tecnovigilancia.
- Decreto Ejecutivo 39414-MEIC-S Materiales de construcción cementos hidráulicos especificaciones.

Desafíos

- Apoyo e insumo técnico para la elaboración de la normativa requerida para el ejercicio de la rectoría.

LOGROS DE LAS REGIONES Y DIRECCIONES DE ÁREAS RECTORAS DE SALUD

Las Regiones y Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, constituyen el nivel político operativo del Ministerio de Salud, de manera, que es en éste donde se ejecutan las acciones de regulación, control y vigilancia de todos los temas relacionados con la salud de la población.

En el cuadro 28, se presenta en forma resumida la producción que se genera.

Cuadro 32
Regiones y Areas Rectoras Rectoras de Salud

Producción del Ministerio de Salud según Región y Actividad, Costa Rica, 2015										
Actividad	Central Sur Número (%)	Central Norte Número (%)	Central Este Número (%)	Central Occidente Número (%)	Huetar Norte Número (%)	Huetar Caribe Número (%)	Chorotega Número (%)	Pacífico Central Número (%)	Brunca Número (%)	TOTAL Número (%)
1. Inspecciones	8.054 (38,4)	1.427 (34,8)	2.541 (32,2)	2.395 (40,0)	652 (12,8)	2.458 (25,2)	8.440 (44,5)	6.740 (43,3)	3.230 (51,1)	35.937 (38,0)
2. Otorgamiento de permisos sanitarios de funcionamiento	7.948 (37,9)	1.485 (36,21)	3.090 (39,2)	1.931 (32,2)	3.216 (63,3)	5.521 (56,5)	5.764 (30,4)	3.815 (24,5)	1.700 (27,0)	34.470 (36,4)
3. Atención de denuncias	1.437 (6,9)	867 (21,1)	2.056 (26,1)	1.503 (25,1)	1.075 (21,2)	1.540 (15,8)	3.220 (17,0)	3.415 (21,9)	1.377 (22,0)	16.490 (17,4)
4.. Ley 9028	3.465 (16,5)	228 (5,6)	160 (2,0)	122 (2,0)	0	80 (0,8)	1.445 (7,6)	1.511 (9,7)	17 (0,3)	7.028 (7,4)
5. Casos de mortalidad infantil y materna analizados	57 (0,3)	81 (2,0)	14 (0,2)	30 (0,5)	17 (0,3)	85 (0,9)	38 (0,2)	20 (0,1)	0	342 (0,4)
6. Atención de alertas sanitarias	2 (0,01)	13 (0,3)	19 (0,2)	4 (0,1)	118 (2,3)	13 (0,1)	21 (0,1)	19 (0,1)	0	209 (0,2)
7. Brotes investigados	32 (0,1)	0	4 (0,05)	7 (0,1)	0	72 (0,7)	16 (0,1)	37 (0,2)	0	168 (0,2)
8. Fiestas patronales/ eventos masivos	91 (0,4)	0	22 (0,3)	142 (2,3)	0	51 (0,5)	259 (1,3)	167 (1,1)	ND	732
TOTAL	21.086	4.101	7.906	6.134	5.078	9.820	19.203	15.724	6.324	96.108

Fuente: Ministerio de Salud, con base en información Regiones y Areas Rectoras Rectoras de Salud



ENTES ADSCRITOS

CEN- CINAI

Atención a población indígena

Situación del tema

Actualmente en Costa Rica existen 24 territorios indígenas con una población de 104.143 habitantes, según el Censo 2011, esta población está compuesta por 51.709 mujeres (49,7%) y 52.434 hombres (50,3%). Con respecto a la composición demográfica de la población indígena que se auto-identificaron como parte de esta etnia, se observa que la pirámide poblacional presenta un comportamiento rectangular, agrupando mayor cantidad, en el grupo de edades de 10 a 14 años, tanto en hombres como mujeres; a partir de los 45 años, la población comienza a disminuir paulatinamente.



Atención de niños

Según datos de Análisis del Desarrollo de MIDEPLAN, esta población presenta Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), de más del doble del resto del país, ya que 7 de cada 10 hogares ubicados en territorios indígenas presentan al menos una de las NBI. Aunado a ello, el 92,3% de la población es analfabeta, además, presenta una tasa de ocupación del 45,8%, donde el 34,1% de la población indígena están ocupados en el sector primario.

Respecto al uso de las tecnologías de la información, se tiene que el 36,1% han utilizado celular, mientras que únicamente el 17% han usado computadora y solo un 14,9% han usado internet.

En cuanto al acceso a servicios básicos los datos indican que el 80,3% cuenta con acceso al servicio de agua por acueducto, el 79,7% tiene acceso a electricidad y el 66,5% a agua intradomiciliar.

Únicamente un 6% de la población indígena reside en viviendas tradicionales.

En relación con la dependencia demográfica, ésta es mayor en territorios indígenas (73,9%) que en el total del país (47,2%).

Además, el porcentaje de madres adolescentes aumenta en 5,9% en los territorios indígenas, respecto al resto del país.

Logros

- Creación de espacios de estimulación temprana en las diferentes áreas del desarrollo de niños y niñas menores de 2

años, en la región Chorotega, mediante el desarrollo del proyecto de estimulación temprana y masaje infantil, a bebés menores de 2 años, en la comunidad de Matambú con el proyecto “Fortaleciendo mi Desarrollo”, el cual está dirigido a la población intramuros de los servicios que brinda el CEN-CINAI.



- Estableciendo horarios diferenciados para la realización de las sesiones educativas, a adolescentes madres, en el marco del Proyecto Salud Mesoamérica 2015, con el cual se implementó una estrategia de atención que contempla la calidez en la entrega de los servicios de alimentación complementaria que brinda CEN-CINAI. Para la implementación del proyecto se han diseñado materiales en respuesta a las necesidades de atención de las adolescentes madres y sus hijos e hijas, así como, la adecuación de espacios para desarrollar las sesiones de trabajo.
- En los cantones seleccionados, se ha activado la Red Local de Atención a las Adolescentes en la que la Dirección Nacional CEN-CINAI participa junto con

el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio de Educación Pública (MEP), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y Patronato Nacional de la Infancia (PANI) con el propósito de favorecer el acceso de esta población a los servicios de estas instituciones para reducir la probabilidad de un embarazo, así como reducir el sexo sin protección o el uso de métodos anticonceptivos y aumentar el uso de servicios de salud pública a la población adolescente.

- En la Región Brunca, se logró la construcción del CEN modalidad extramuros en La Casona de Coto Brus, ubicado en una reserva indígena Ngäbes y Buglés, el cual respeta e incorpora en su diseño la visión del Cosmo de ésta etnia, proyecto realizado en coordinación con MIDEPLAN-AECID.
- Se realizó un estudio de Patrones de Crianza en la población Ngäbes y Buglés del Cantón de Coto Brus, así como la elaboración de material educativo con temas de salud nutrición y desarrollo infantil con pertinencia cultural.



Inauguración del CEN extramuros La Casona de Coto Brus

- Se logró la implementación y consolidación de la estrategia de Atención y Protección Infantil Temporal para población migrante llevada a cabo en la Región Brunca la cual consiste de 16 establecimientos llamados Casas de la Alegría que están operando en el Cantón de Coto Brus, ubicadas en fincas cafetaleras de la zona; en ellas se brinda el Servicio de Atención y Protección Infantil (API) a niños y niñas de familias Ngäbes y Buglés migrantes instaladas en las fincas durante el período de cosecha.
- En la Región Central Este, se da inicio con la modalidad extramuros en la zona indígena ubicada en esta región, incorporando el desarrollo de actividades lúdicas, respetando la cultura, con los niños y niñas durante las entregas de leche. Con el proyecto Extramuros Zona Indígena, se traslada mensualmente a una ASSC2 y un profesional del Equipo Itinerante a desarrollar actividades en diferentes comunidades de la Zona Indígena de Grano de Oro, Paso Marcos, Bere, y Nimari.

Desafíos

- Implementación de estrategias en lugares de difícil acceso.
- Contar con los insumos necesarios en el momento en que se requieren.
- Contar con el recurso humano necesario para brindar una adecuada respuesta a la creciente demanda por parte de la

población.

NUTRICIÓN

Situación del tema

Costa Rica ha mejorado sus indicadores nutricionales, según la última Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, la desnutrición global (peso para edad, P/E) afecta a un 1.1% de los niños menores de 5 años y según el Índice de Masa Corporal (IMC) el 5.6% tenía desnutrición (clasificación delgado).

Por otra parte, se evidenció una prevalencia de sobrepeso en la etapa preescolar (menores de 5 años) del 8.1% mientras que en niños y niñas de 5 a 12 años el porcentaje de sobrepeso y obesidad fue de un 21.4%.

El 2.9% de población atendida por la Dirección Nacional de CEN-CINAI, presenta una desnutrición global (según indicador Peso/Edad) y un 7.7% de desnutrición crónica (según indicador talla/peso) en menores de 5 años. En los niños de 5 a 12 años un 9.6% clasificados como delgados (según Índice de Masa Corporal). El 23.9% de la población preescolar tiene deficiencia de zinc sérico, lo cual constituye un problema de salud pública.

La anemia en preescolares y mujeres en edad fértil tuvo una prevalencia de 7.6% y 9.9%, respectivamente. Esta prevalencia ha mejorado, ya que en 1996 estos porcentajes eran de 26.4% y ahora es de 18,5%. Sin embargo, la deficiencia en las reservas de hierro (ferritina) en el grupo preescolar fue de un 25,4%.

Por el contrario, respecto al problema de sobrepeso y obesidad, en la Dirección Nacional de CEN CINAI los porcentajes fueron mucho más bajos de un 2% y 10%, respectivamente.

En cuanto a las deficiencias de micronutrientes, la Encuesta Nacional de Nutrición 2008 encontró que en preescolares la deficiencia de vitamina A, se redujo pasando a tener una prevalencia de solo 2.8%. Sin embargo, un 29,4% tiene carencia marginal de vitamina A.

Según un estudio realizado por la Caja Costarricense de Seguro Social, un 24% de los niños presentó valores por debajo de 11 mg/dl de hemoglobina y se determinó que el porcentaje es más alto en los niños de 6 a 12 meses, comparado con los de 12 a 24 meses. Los resultados sugieren una asociación entre la anemia y la pobreza y que se convierte en un problema severo de salud en comunidades económicamente excluidas.



Comidas servidas a clientes intramuros, CEN-CINAI

En materia de nutrición preventiva que es un concepto que se desarrolla a partir de los cambios epidemiológicos en salud y que se relacionan directamente con las prácticas

inadecuadas en alimentación y nutrición, de baja actividad física de las personas, dificultad en el acceso a servicios de salud en atención primaria y de inseguridad alimentaria nutricional en los hogares. Se observa en un incremento en los problemas de malnutrición, que se reflejan en deficiencias por micronutrientes y patologías crónicas como hipertensión, obesidad, cáncer, diabetes, osteoporosis, malnutrición, entre otros (Beaton y Bengoa 1976, Martínez 2002, Bengoa 2003, Enas et al 2003, Martorell y Stein 2003).



Aprendiendo a separar residuos, CEN-CINAI

La nutrición preventiva incluye la promoción de prácticas de vida saludables, educación alimentaria nutricional y entrega de alimentos con calidad y oportunidad, tanto para consumo en el hogar como dentro de los establecimientos del programa.

Logros

- Se brindó el servicio de alimentación complementaria, junto con educación en temas de salud, nutrición y patrones de crianza, a cerca del 30% de las mujeres en condición de pobreza que dan a luz cada

año, para la prevención de la malnutrición y fortalecimiento de los lazos madre-hijo, junto con la promoción de la práctica de lactancia materna exclusiva.

- Se realizaron dos talleres con expertos internacionales para actualizar conocimientos, “Nutrición y alimentación del niño y niña pequeño”, “Vigilancia del Estado Nutricional con las nuevas gráficas de crecimiento”, actividad que propuso acciones viables, pertinentes y actualizadas que promuevan una óptima nutrición de los niños y niñas entre los seis meses y los tres años de vida, que reciben los servicios de CEN-CINAI.
- También se capacitó al 100% de los nutricionistas regionales y locales en confección y actualización de menús.
- Se brindó educación a las familias a las que se les entrega alimentos en temas de promoción del crecimiento y desarrollo a la población infantil, abordando temas como lactancia materna, educación sexual y reproductiva, métodos de crianza, entre otros.
- Se diseñó la “Estrategia en el Componente de Educación Alimentaria Nutricional para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Malnutrición y Enfermedades No transmisibles 2016-2021”.
- Se brindó a los niños y sus familias los servicios de; educación, psicología, enfermería, terapia física y del lenguaje para lograr la integralidad de la atención.

Desafíos

- Implementación de estrategias asociadas al sobrepeso y la obesidad y los factores que inciden, recientemente.

Educación Inicial y Educación a Familias

Situación del tema

Los servicios y programas de Atención y Educación en la Primera Infancia (AEPI) contribuyen a la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje de los niños, incluidas la salud, la nutrición y la higiene, así como al desarrollo cognitivo, social, afectivo y físico, desde el nacimiento hasta el ingreso en la enseñanza primaria en estructuras formales, informales o no formales. Esos servicios y programas abarcan diversos dispositivos, desde los programas destinados a los padres hasta las guarderías comunitarias o familiares, los servicios de atención en centros institucionales y la enseñanza preescolar que se imparte frecuentemente en las escuelas (UNESCO, 2006).

La AEPI incluye medidas integrales de apoyo a las familias, por ejemplo salud materna e infantil, aportes de suplementos de micronutrientes, apoyo psicosocial a las familias, programas de promoción de la seguridad alimentaria de las familias, licencia por nacimiento de los hijos y prestaciones de infancia. (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2010).



En Costa Rica, de acuerdo al informe de UNICEF (La infancia en Costa Rica, http://unicef.org/Costa_Rica/children.html) el país ha avanzado satisfactoriamente hacia el cumplimiento de los Objetivos del Milenio (ODM), principalmente en el análisis de indicadores de salud y sociales como son alfabetización y cobertura de la enseñanza primaria, mortalidad infantil, combate del VIH/ Sida y sostenibilidad ambiental. Sin embargo, el país ha enfrentado en los últimos años dificultades para mantener su ritmo de progreso social, por lo que debe trabajarse en la disminución de las brechas sociales y regionales enfatizándose en las poblaciones indígenas, afrodescendientes y migrantes las que se concentran en las zonas con los índices más bajos de desarrollo humano.



Desde el Modelo Marco Abierto se plantea una educación que respete al máximo el interés de los niños y niñas, su derecho a elegir en que actividad desarrollar y un ambiente cálido y respetuoso. Espacios que minimicen las esperas y enfocar el planeamiento de actividades garantizando que constantemente la educadora mantenga un ritmo de oferta variada que rete el desarrollo y que se oriente a la enseñanza de valores que se proponen como ejes transversales.

Se trabaja en el desarrollo de la capacidad de Agencia Social con actividades que desarrollen competencias ciudadanas, la cual favorece autonomía, responsable y razonable, pues la primera infancia es la etapa en la que el aprendizaje y el desarrollo de las capacidades personales y sociales (Proyecto Niñez Ciudadana).

También se ha incorporado el Proyecto Recreando Valor que promueve la agencia económica resaltando el valor del trabajo y ahorro como medio para el logro de objetivos.

El proyecto Música para la Niñez en el año 2015 fue fortalecido on la participación de la UNICEF quien ha financiado la compra parcial de los instrumentos musicales y talleres de capacitación en educación musical para docentes, el SINEM del Ministerio de Cultura Juventud y Deportes ha aportado los docentes en educación musical y su expertiz técnico en el tema y la Dirección Nacional ha sido la responsable de sistematizar y operativizar el proyecto

Para el trabajo con familias se desarrolla metodología que promueve la parentalidad responsable, respetuosa y retadora del desarrollo del niño. El trabajo se realiza a través de una mediación respetuosa y lúdica por parte de los funcionarios que puedan generar la crianza afectiva con comprensión del desarrollo infantil y se favorezcan redes de apoyo estables, que en su conjunto, contribuyen a crear un sentido de pertenencia a una comunidad –familiar o comunitaria– basada en principios de participación e igualdad el desarrollo de competencias socio-financieras en niñas y niños de tres a seis años de edad con proyección a sus madres, padres o personas encargadas (Proyecto recreando Valor).

Logros

- Fomento de la agencia parental en las familias beneficiarias a partir de la construcción de vínculos seguros, entre las figuras de referencia y las niñas y niños a su cargo, evitando así, el castigo físico, trato humillante, la negligencia y el abuso. Esta estrategia ha sido diseñada en alianza con PANIAMOR, Asociación Empresarial para el Desarrollo (AED) y Procter & Gamble.
- Se impulso un análisis de los modelos de maternidad y paternidad ejercidas, en busca de una crianza positiva y mejorando la comunicación entre la institución y la familia en pro del desarrollo físico y psicosocial de los clientes de los distintos servicios.
- Desarrollo del Modelo Recreando Valor con la participación de COOPESERVIDORES, entidad que ha financiado el proyecto desde su inicio, este modelo pretende desarrollar en los niños y las niñas clientes de CEN-CINAI competencias socio-financieras, potenciando su agencia económica desde sus primeros años de vida.
- Se ha logrado gestionar proyectos de inversión social sostenibles, replicables y escalables, por medio de los cuales se fortalecen las capacidades de la institucionalidad pública desde un enfoque de valores compartidos, en el marco de la Responsabilidad Social de las empresas financiadas, mediante alianza Público-Privada entre el Estado (Dirección Nacional de CEN-CINAI), la sociedad civil y el sector empresarial.
- Se han desarrollado criterios de calidad en la educación intramuros, entre ellos:
 - Tiempo de calidad.
 - Número de niños y niñas por persona adulta.
 - Características del espacio y materiales educativos.
 - Nivel de interés del niño y la niña.
 - Actitud de la persona adulta hacia los niños y las niñas.
 - Énfasis de la persona adulta en la acción educativa.

Desafíos

- Limitados recursos, financieros, humanos y de infraestructura.

INSTITUTO COSTARRICENSE DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN NUTRICIÓN Y SALUD (INCIENSA)

Situación del tema

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), es responsable de la vigilancia epidemiológica basada en el laboratorio, la puesta en práctica de programas de evaluación externa para mejorar el desempeño de las redes de laboratorios, la generación de conocimiento derivado de la investigación y la ejecución de actividades de enseñanza derivadas de su quehacer. Para cumplir con su misión, el análisis de la situación y sus determinantes de la salud, el marco político-estratégico y las regulaciones nacionales e internacionales constituyen el punto de partida que orienta la implementación de nuevas estrategias de vigilancia y la ejecución de proyectos de investigación, que aporten información estratégica para ejecutar intervenciones efectivas, acordes con las necesidades y realidad de Costa Rica.

Durante el año 2015 el INCIENSA continuó dando respuesta a emergencias epidemiológicas como la introducción del virus Chikungunya (CHIKV) en el país y a las alertas por el posible ingreso de los virus del Zika y del Ébola.

Para enfermedades endo-epidémicas, como el dengue, la influenza, la tuberculosis, la lepra, la malaria y la leptospirosis, se introdujeron mejoras en las técnicas diagnósticas y las estrategias de vigilancia. En el ámbito de la prevención de enfermedades no transmisibles como la hipertensión y la diabetes mellitus, y sus factores de riesgo, como los hábitos no saludables de alimentación, el sedentarismo y la obesidad, el INCIENSA ejecutó investigaciones y proyectos dirigidos a reducir el consumo de sal/sodio en el país.

Logros

Preparación y respuesta del laboratorio ante nuevos eventos epidemiológicos y emergencias sanitarias.

- Consolidación del Centro Nacional de Referencia de Virología (CNRV) para el diagnóstico serológico y molecular de los virus chikungunya.
- Implementación del PCR genérico para la detección de Flavivirus para el diagnóstico preliminar de los casos sospechosos por virus del zika.
- Capacitación del personal del CNRV, en las técnicas de diagnóstico de laboratorio de los virus del zika y ébola.
- Fortalecimiento de la capacidad del Laboratorio de Bioseguridad 3, para el manejo de eventos de alta peligrosidad. Esto, fundamentalmente, ante la amenaza del ingreso del virus del ébola

Metodologías de laboratorio para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica

- Validación de la inmunofluorescencia indirecta para anticuerpos IgG anti-Trypanosoma cruzi (enfermedad de Chagas). Validación obtenida por primera vez por un laboratorio en Centro América.
- Estandarización de las metodologías moleculares para el diagnóstico de leishmaniasis.
- Verificación de las metodologías de ELISA (recombinante y antígeno completo) para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas como parte del proceso de acreditación.

Mejora de la infraestructura de los laboratorios del INCIENSA

- El INCIENSA continuó los esfuerzos para fortalecer y ampliar la infraestructura de sus laboratorios, y así poder brindar mejores servicios. Cabe citar:
- Adquisición de equipo para implementar el laboratorio de análisis de los componentes nocivos para la salud, presentes en el cigarrillo.
- Compra de equipo para la verificación del etiquetado nutricional, en alimentos procesados de consumo humano.
- Adquisición de equipo de laboratorio para la determinación del gluten, en alimentos de consumo humano.

Laboratorio para Inocuidad Microbiológica de Alimentos

- Asignación por parte del Ministerio de Hacienda de recursos por \$1920 millones, para la construcción de un laboratorio de Inocuidad Microbiológica de Alimentos, de 1444 metros cuadrados, lo cual es una prioridad dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 Programa 1.12, Resultado 1.12.1.9 y que además está registrado en el Banco de Proyectos de Inversión Pública (BPIP) de MIDEPLAN bajo Proyecto código 4.1.001333.
- Cumplir con la normativa que exige el Ministerio de Salud para garantizar la inocuidad microbiológica de alimentos de origen vegetal para consumo humano.
- Apoyar a los exportadores en el cumplimiento de la inocuidad microbiológica de los alimentos de exportación (sandía, piña, culantro, raíces y tubérculos) para cumplir con la normativa internacional (tratados de libre comercio).
- Desarrollo del diseño arquitectónico de laboratorio conforme con los flujos de trabajo que demanda un laboratorio de este nivel y normativa de bioseguridad.

Investigación para la toma de decisiones en salud pública

- Aprobación por parte del Centro Internacional de Investigaciones para

el Desarrollo (IDRC) de Canadá, del proyecto “Escalando y evaluando las políticas y programas de reducción de sal en América Latina”. Este proyecto tiene por objetivo principal producir evidencia científica y herramientas requeridas para apoyar la implementación de políticas e intervenciones para reducir el consumo de sal, por parte de la población en Costa Rica. El programa, con un financiamiento de 1.030.500 dólares canadienses, permitirá fortalecer las intervenciones en nuestro país; y también promover intervenciones innovadoras para la reducción del consumo de sodio en diversos países de América Latina.

Desafíos

- Continuar con el proceso de diseño y contratación para la construcción del Laboratorio de Inocuidad Microbiológica de los Alimentos; proyecto que se enmarca en la Política de Inocuidad de Alimentos (Decreto Ejecutivo N° 35960-S-MAG-MEIC-COMEX, mayo 2010), con el objetivo de: “garantizar la inocuidad de los alimentos producidos, elaborados, importados y comercializados en el país, con el fin de proteger la salud de las personas y los derechos de los consumidores y favorecer el desarrollo competitivo, la producción y exportación de alimentos inocuos”.

INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA (IAFA)

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (drogas)

Situación del tema

La IV Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria, realizada en el 2015, muestra de forma general una disminución en los niveles de prevalencia de las sustancias lícitas más consumidas en el país (alcohol y cigarrillos), no obstante niveles relativamente constantes de consumo en sustancias ilícitas como la marihuana, la cocaína o el crack.

En comparación con los datos arrojados durante el 2012, el alcohol disminuyó en cuatro puntos porcentuales (53,7% en 2012 a 49,7% en 2015) entre aquellos jóvenes que refirieron haber consumido la sustancias alguna vez en la vida, en tanto que para aquellos con consumo reciente (último año) se redujo en dos puntos porcentuales (36,5% en 2012 a 34,4% en 2015), finalmente para el consumo activo (último mes), la reducción se presentó en menos de un punto porcentual (20,2% en 2012 a 19,5% en 2015).

El tabaco es la sustancia que más disminución presentó en el transcurso de tres años. El porcentaje de aquellos que consumieron alguna vez en la vida se redujo en ocho puntos (23,1% en 2012 a 15,2% en 2015), en tanto que la prevalencia de aquellos que consumieron durante el último año se redujo

en casi cinco puntos (10,3% en 2012 a 5,9% en 2015); finalmente, aquellos con consumo activo disminuyeron en aproximadamente cuatro puntos porcentuales (6,0% en 2012 a 2,4% en 2015).

Para el 2012 el “consumo alguna vez en la vida” de marihuana se presentó en 14,6%, en tanto que para la ronda del 2015 este porcentaje aumentó a 15,1%. El consumo reciente y consumo activo de cannabis presentan una leve reducción (9,7% en el 2012 a 9,4% en consumo reciente y 5,1% a 4,9% en consumo activo).

Relacionado con lo anterior, la marihuana se presenta como la sustancia ilícita que desplazó al tabaco en importancia de consumo entre la población de educación secundaria. Sin embargo, esto no hace referencia a un aumento significativo en los niveles de prevalencia de esta sustancia (a pesar de la existencia de un mayor porcentaje de consumidores en relación al 2012) en general se explica ya que el tabaco tuvo una reducción importante y la marihuana al no tener variaciones se ubica en segundo puesto, superada solo por el consumo de alcohol.

Los hallazgos encontrados en relación con las edades de inicio en el consumo de las sustancias anteriormente, muestran una tendencia relativamente estable en tabaco y marihuana (13,3 años tanto en la ronda del 2012 como la del 2015 en tabaco y; 14,3 años en el 2012 ante 14,2 años durante el 2015 en marihuana).

Los resultados obtenidos en los niveles de incidencia (nuevos usuarios durante los últimos doce meses) siguen una tendencia similar a los presentados en los porcentajes de consumo de cada una de estas sustancias. En el caso del tabaco, la tasa de incidencia del 2012 presenta una disminución importante para el 2015 (67 nuevos consumidores por cada mil durante el 2012 a 42 por cada mil en el 2015).

El alcohol por otra parte aumenta considerablemente el nivel de incidencia en un periodo de 3 años (264 por cada mil en el 2012 a 323 por cada mil en el 2015), en tanto que la marihuana se mantiene constante desde el 2012 (58 por cada mil en el 2012 a 57 por cada mil en el 2015).

Se conoce de la importancia que las intervenciones preventivas se desarrollen bajo el enfoque de multi-componente, es decir, que incorporen estrategias que impacten en diversas poblaciones: padres de familias, menores en edad, grupos de la comunidad, etc. Sin embargo, la oferta de servicios preventivos es reducida para la población de educación secundaria y mucha más en lo que se refiere a programas para la población que se encuentra fuera del sistema educativo.

Logros

- Ejecución del programa de prevención universal bajo el nombre de “Aprendo a Valerme por Mi Mismo” en asocio con el Ministerio de Educación Pública (MEP), el cual está dirigido a escolares de la educación general básica y población

de precolar, y que permite ofrecer a los niños y a las niñas, herramientas adicionales y complementarias a su educación formal, para que a una edad temprana, desarrollen actitudes que le permitan asumir, estilos de vida saludables por medio de aprendizajes significativos fortaleciendo los factores de protección. En el 2015 participaron 380.216 niños y niñas de CEN-CINAI, preescolar, primer y segundo ciclo de la escuela primaria pública, de 3.821 centros educativos públicos.

Desafíos

- Impulsar en el país acciones que integren a los miembros del grupo familiar en los programas de promoción de estilos de vida saludables y en la prevención del consumo de drogas.

Tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas (drogas)

Situación del tema

El IAFA ha estimado brechas de cobertura de los servicios de salud para atender a la población con trastornos por consumo de drogas, debido a la gran concentración de establecimientos de salud en el Gran Área Metropolitana.

Es importante, reseñar que se mantiene a nivel regional, más de un 50% de consultas de primera vez en la vida, lo cual refleja la importancia de disponer de servicios de salud en materia de drogas en zonas alejadas de los cantones centrales de las provincias.

Logros

- Atención de 24.151 personas, de las cuales 7.987 (33,1%) fueron de primera vez en la vida.
- Funcionamiento de los Centros de Atención Integral sobre Drogas del IAFA (CAID), en cinco provincias del país y del Centro para la Atención de Personas Menores de Edad, localizado en Oficinas Centrales, en particular, para la atención de las personas menores de edad, lo que ha contribuido a un aumento de las consultas por primera vez.
- En el programa residencial del Centro se atendieron 128 adolescentes (86 hombres y 42 mujeres). Del total de la población ingresada el 58.9%, es decir, 63 menores (40 hombres y 23 mujeres) cumplieron con el tratamiento estipulado de tres meses.

Desafíos

- Es necesario aumentar la cobertura de atención, mejorar los servicios públicos y privados, fortalecer y consolidar las redes de atención así como diversificar la oferta existente, para que se ajuste a los requerimientos de las personas afectadas y al nivel de complejidad del problema de las drogas en el país.
- Desarrollo de alianzas estratégicas y el trabajo en Red.
- Apertura de nuevos establecimientos de salud.

CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (CONIS)

Regulación de Investigación Biomédica

Situación del tema

Cinco años después de haberse derogado por parte de la Sala Constitucional de Costa Rica, el Decreto Ejecutivo N° 31078-S “Reglamento sobre las Investigaciones en Seres Humano”, situación que mantuvo al país estático y sin avance en el tema de investigación clínica; el 25 de abril del 2014, se publica en la Gaceta la Ley 9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica”, que crea el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) como un órgano independiente, multidisciplinario, de carácter ético, técnico y científico, adscrito al Ministerio de Salud con un grado de desconcentración máxima y con personalidad jurídica instrumental, lo que le otorga la característica de ser un órgano autónomo. Apegado a los principios que rigen la investigación biomédica y a la bioética que debe caracterizar las investigaciones en las que participan seres humanos.

El artículo 35 de la Ley, define que “El CONIS tendrá como fines garantizar la calidad de las investigaciones y su estricto apego a los derechos humanos. Sus integrantes deberán actuar con absoluta independencia de criterio, evitando en sus decisiones la influencia de intereses políticos y comerciales.” Este Consejo fue juramentado en diciembre de 2014 a partir de esa fecha inició sus funciones.

El 17 de julio de 2015 mediante decreto ejecutivo N° 39061-S, se publicó el Reglamento de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, de esta forma el país dispone de los instrumentos legales para regular la investigación biomédica. El 4 de marzo de 2016 el reglamento fue reformado mediante decreto ejecutivo N° 39533-S.

El CONIS cuenta con una Secretaría Técnica Ejecutiva, que representa el brazo operativo, tal y como se indica en el artículo N° 34 de la Ley, “El Conis tendrá la estructura administrativa que se defina vía reglamento.

Logros

- Seguimiento a los 6 comités ético científicos (CEC) que estaban funcionando desde antes de que se publicara la Ley 9234, estos CEC han aprobado y dado seguimiento a 301 investigaciones biomédicas.
- Acreditación de 336 investigadores.
- Aprobación de seis programas de cursos de buenas prácticas clínicas presentados por universidades pública y privadas.
- Desarrollo de dos actividades educativas una de ellas sobre aspectos bioéticos de la investigación biomédica y el otro sobre la adopción del sistema de información llamado ProEthos.
- Se elaboró la normativa para la regulación de investigación biomédica con células madre.

- Desarrollo de guías e instrumentos para facilitar la aplicación de la Ley 9234 y su reglamento:
 - Guía para la inscripción de investigaciones biomédicas
 - Procedimiento para la autorización de CEC.
 - Lista de requisitos para la autorización de organizaciones de administración por contrato (OAC).
 - Lista de requisitos para autorización de organizaciones de investigación por contrato (OIC).
 - Listado de requisitos para autorización de investigadores principales intervenciones y observacionales
 - Listado de requisitos para la autorización de investigadores secundarios o sub-investigadores.
 - Proceso para exención del canon
 - Proceso aval de curso de buenas prácticas clínicas
 - Procedimiento para acreditar un CEC.

Desafíos

- Realizar una revisión y propuesta para una reforma al Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica.
- Presentar la estructura administrativa del CONIS ante MIDEPLAN para su aprobación y oficialización, con la finalidad de disponer de todos los recursos necesarios para tal efecto.
- Dotar a la Secretaría Técnica Ejecutiva (SeTE) de los recursos materiales e infraestructura necesarios para su correcto funcionamiento.
- Fortalecer la proyección del trabajo del CONIS, con el fin de posicionar a este órgano como rector en el área de regulación de investigación biomédica en Costa Rica.
- Realizar la consulta pública y oficialización de la propuesta de normativa elaborada por el CONIS para regular la investigación biomédica con células madre en Costa Rica.
- Desarrollar el sistema de información del CONIS.
- Desarrollar la normativa para regular los dispositivos médicos para uso en investigaciones biomédicas, específicamente en etapas pre-mercado.

SECRETARÍA DE LA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (SEPAN)

Situación del tema

Según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, la obesidad constituye un problema de salud pública en todos los grupos de edad. Se estima la existencia en el país de 955.614 personas obesas (22%), y de 111.512. (2.6%) desnutridos

La anemia nutricional es un problema en niños menores de dos años y en adultos mayores. Además se determinaron deficiencia de micronutrientes: zinc en un 23.9% en preescolares, selenio 35% en adultos, baja ingesta de calcio, vitamina D y vitamina E población en general.



Reactivación Consejo Ministerial de la SEPAN

Logros

- Reactivación del Consejo Ministerial de la SEPAN
- Creación del Programa de Prevención y Control de la Obesidad el cual es de carácter interinstitucional e intersectorial.

- Reactivación y juramentación de los miembros del Consejo Técnico Ejecutivo de la SEPAN, (COTESS).
- Aprobación del presupuesto por ₡80.000.000, para el proyecto piloto de reducción de la obesidad en niños de 5 a 12 años con recursos de la Junta de Protección Social.
- Reforma del Decreto de Fortificación del Azúcar con vitamina A, con rangos de medición más seguros para la salud.
- Se realiza investigación bibliográfica y consulta de múltiples expertos, comprobando que no hay evidencia científica que demuestre que el exceso de flúor provoca la obesidad.
- Se determina el alto valor nutritivo de la carne de cerdo y su importancia de promocionar su consumo por la calidad nutricional e inocuidad de la producción en Costa Rica

Desafíos

- Desconcentración de las acciones de la SEPAN a las 82 Área Rectoras de Salud a fin de que, en conjunto con los gobiernos locales y otros actores clave, se desarrollen Planes Cantonales de Rectoría en Alimentación y Nutrición
- Creación de una Ley específica para el financiamiento de la SEPAN.

CAPITULO VI

INVERSIÓN EN SALUD



Se presentan los montos presupuestados y ejecutados en los diferentes organismos presupuestarios del Ministerio de Salud así como, de las instituciones que conforman el Sector Salud, Nutrición y Deporte.

ORGANISMOS PRESUPUESTARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)

Tiene como fin primordial, financiar programas públicos de salud preventiva. Por sí solo, no puede ejecutar, por lo que el presupuesto asignado se transfiere a otros organismos ejecutores, tales como el Oficina de Cooperación Internacional de Salud (OCIS) y el Fideicomiso 872-MS-CTAMS-BNCR.

Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS)

Fue creada para ejecutar los recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Ley N° 5662 de 1974) y otros recursos provenientes de donaciones.

Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE)

Se crea en el año 2007, mediante la Ley N° 8.111, la cual regula la selección, adquisición y disponibilidad de vacunas en todo el territorio nacional, con el fin de permitir al Estado velar por la salud de la población, en cumplimiento de las obligaciones constitucionales y de la Ley General de Salud, N° 5395.

Fideicomiso 872 Ministerio de Salud-CTAMS-BNCR

Fue creado en el año 2002, mediante convenio firmado con el Banco Nacional de Costa Rica con el fin de canalizar financiamiento de los programas y actividades relacionados con construcción, reparación de infraestructura sanitaria, investigación y en general para el desarrollo de los programas del Ministerio de Salud.

Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)

Creado mediante decreto Ley 9.234 de abril del 2014, con el objetivo de regular, supervisar y dar seguimiento a las investigaciones biomédicas para garantizar la vida, la salud, el interés, el bienestar y la dignidad de las personas.

PRESUPUESTO GOBIERNO CENTRAL

Presupuesto anual que recibe el Ministerio de Salud mediante el Presupuesto Ordinario y Extraordinarios de la República para cada ejercicio económico.

Adicionalmente, cada organismo presupuestario se desagrega en los siguientes programas presupuestarios y sub programas:

Programa 630: Gestión Intrainstitucional

Responsable del programa: División Administrativa, cuenta con tres grandes actividades:

- a) Conducción del Sistema de la Producción Social de la Salud, Unidad Ejecutora: Dirección Superior.
- b) Gestión Institucional, Unidad Ejecutora: División Administrativa.
- c) Fiscalización y Realización de Estudios de Auditoría, Unidad Ejecutora: Dirección General de Auditoría
- f) Registro de Productos de Interés Sanitario, Unidad Ejecutora: Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario.
- g) Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud, Unidad Ejecutora: Dirección de Desarrollo Científico y Tecnologías en Salud.

Programa 631: Rectoría de la Salud

Responsable del programa: Dirección General de Salud. El cual contiene dos subprogramas:

Sub programa 631-01: Rectoría de la Producción Social de la Salud

Su Unidad Ejecutora es la Dirección General de Salud, realiza las siguientes actividades:

- a) Vigilancia de la Salud, Unidad Ejecutora: Dirección de Vigilancia de la Salud
- b) Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, Unidad Ejecutora: Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud.
- c) Promoción de la Salud, Unidad Ejecutora: Dirección de Promoción de la Salud.
- d) Protección del Ambiente Humano, Unidad Ejecutora: Dirección de Protección al Ambiente Humano.
- e) Regulación y Acceso a Servicios de Salud con Calidad, Unidad Ejecutora Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud.

Sub Programa 631-02 Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud

Administración de Recursos para el Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos de la Salud. Unidad Ejecutora, responsable del programa: Dirección General de Salud y unidad ejecutora: División Administrativa.

Programa 632: Provisión de Servicios de Salud

Responsable del programa: Dirección Nacional de CEN-CINAI, la cual lleva a cabo las siguientes actividades, todas a cargo de la Dirección Técnica:

- a) Nutrición Preventiva.
- b) Atención y Protección Diaria.
- c) Protección del Crecimiento y el Desarrollo.

Para efectos de lograr identificar los montos que son ejecutados por el Ministerio de Salud, se realizó una separación de la partida 6 (transferencias corrientes), la cual consiste en identificar los montos vinculados a la ejecución propia (contribución estatal, seguro y pensiones, prestaciones legales,

indemnizaciones y otras prestaciones de cada uno de los programas), por otra parte las no vinculadas a la ejecución (transferencias a instituciones adscritas, asociaciones, empresas sin fines de lucro y transferencias al sector privado), de la misma manera se separaron los montos de la partida 7 (transferencias de capital).

La identificación de estos recursos se realizó por cuanto los montos definidos como no vinculados, no fueron ejecutados por el Ministerio, por lo que permite visualizar de forma real los recursos que sí fueron utilizados directamente en la parte operativa de la institución y aquellos cuya ejecución fue realizada por otras entidades.

En el cuadro 29 se detallan los recursos asignados al Ministerio de Salud según organismo presupuestario y por partida, para el período 2015.

En el cuadro 30, en la línea de sub total vinculado, se logra visualizar el monto total utilizado para el desarrollo de las funciones previstas en el cumplimiento de la programación presupuestaria (objetivos, metas e indicadores), monto que asciende a la suma de \$124.490,6 millones, equivalente al 34.54% del total del presupuesto asignado. De ahí que el 65.46% equivalente a \$235.932,8 millones, corresponde al sub total no vinculado, monto ejecutado por instituciones adscritas y otras entidades.

Cuadro 33
Presupuesto aprobado en millones de colones, según organismo y partida
presupuestaria, Ministerio de Salud, 2015

Partida Presupuestaria	Gobierno Central		CTAMS		OCIS		CONIS		FIDEICOMISO		CNVE		Total	
	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%
0. Remuneraciones	67.853,7	21,48	0,0	0,00	0,0	0,00	8,2	28,68	0,0	0,00	0,0	0,00	67.861,9	18,83
1. Servicios	7.553,8	2,39	0,0	0,00	511,0	1,65	9,6	33,68	4.184,9	47,16	50,0	2,13	12.309,4	3,42
2. Materiales Y Suministros	1.169,5	0,37	0,0	0,00	12.065,8	39,03	0,7	2,45	520,3	5,86	2.016,2	85,72	15.772,6	4,38
5. Bienes Duraderos	2.187,8	0,69	0,0	0,00	4.608,8	14,91	10,0	35,01	3.836,9	43,24	0,0	0,00	10.643,6	2,95
6. Transferencias Corrientes	3.556,0	1,13	0,0	0,00	10.822,9	35,01	0,0	0,00	328,3	3,70	0,0	0,00	14.707,3	4,08
9. Cuentas Especiales	0,0	0,00	0,7	0,03	2.905,3	9,40	0,1	0,18	3,9	0,04	285,9	12,16	3.195,9	0,89
SUB TOTAL VINCULADO	82.320,9	26,06	0,7	0,03	30.913,9	100,00	28,6	100,00	8.874,4	100,00	2.352,2	100,00	124.490,6	34,54
6,Transferencia corrientes no Vinculadas	184.729,1	58,48	2.388,7	99,97	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	187.117,8	51,92
7. Transferencias De Capital no Vinculadas	48.815,0	15,45	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	48.815,0	13,54
SUBTOTAL NO VINCULADO	233.544,2	73,94	2.388,7	99,97	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	235.932,8	65,46
TOTAL	315.865,1	100,00	2.389,3	100,00	30.913,9	100,00	28,6	100,00	8.874,4	100,00	2.352,2	100,00	360.423,4	100,00

Fuente: Ministerio de Salud, liquidaciones presupuestarias al 31 de diciembre del 2015, Sistemas SIGAF y SIAF

Cuadro 34
Presupuesto ejecutado en millones de colones según organismo y partida
presupuestari, Ministerio de Salud, 2015

Partida Presupuestaria	Gobierno Central		CTAMS		OCIS		CONIS		FIDEICOMISO		CNVE		Total	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
0. Remuneraciones	64.448,6	23,34	0,0	0,00	0,0	0,00	3,5	99,86	0,0	0,00	0,0	0,00	64.452,1	21,20
1. Servicios	5.270,4	1,91	0,0	0,00	426,9	2,24	0,0	0,00	3.533,2	62,08	14,0	1,35	9.244,5	3,04
2. Materiales y Suministros	884,3	0,32	0,0	0,00	10.684,9	56,18	0,0	0,00	269,8	4,74	1.021,6	98,65	12.860,5	4,23
5. Bienes Duraderos	647,6	0,23	0,0	0,00	843,8	4,44	0,0	0,00	1.596,0	28,04	0,0	0,00	3.087,3	1,02
6. Transferencias Corrientes	2.483,6	0,90	0,0	0,00	7.064,2	37,14	0,0	0,00	292,6	5,14	0,0	0,00	9.840,4	3,24
9. Cuentas Especiales	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
SUB TOTAL VINCULADO	73.734,4	26,70	0,0	0,00	19.019,7	100,00	3,5	100,00	5.691,7	100,00	1.035,6	100,00	99.484,8	32,73
6. Transferencia corrientes no Vinculadas	179.627,1	65,05	2.114,7	100,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	181.741,8	59,79
7. Transferencias. De Capital no Vinculadas	22.762,0	8,24	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	22.762,0	7,49
SUBTOTAL NO VINCULADO	202.389,1	73,30	2.114,7	100,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	204.503,7	67,27
TOTAL	276.123,5	100,00	2.114,7	100,00	19.019,7	100,00	3,5	100,00	5.691,7	100,00	1.035,6	100,00	303.988,6	100,00

Fuente: Ministerio de Salud, elaboración propia con información de las liquidaciones presupuestarias al 31 de diciembre del 2015, Sistemas SIGAF y SIAF



En este cuadro, se observa el monto ejecutado por el Ministerio de Salud, el cual fue de 99.484,8 millones de colones, equivalente al 32,73% del total ejecutado y el 67,27% se transfirió a las instituciones adscritas y otras entidades, monto que para este período fue de €204.503,7 millones.

De los cuadros anteriores se puede concluir que al cierre del período presupuestario 2015, el total presupuestado llegó a la suma

de €360.423,4 millones y la ejecución total fue de €303.988.6 millones, lo que equivale al 84.34% del total presupuestado. La ejecución del 2015 se puede calificar de excelente, superando significativamente la ejecución del 2014, que fue de un 78,04%.

En el cuadro 31 se desagrega la ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud, según partida:

Cuadro 35
Porcentaje de ejecución según partida presupuestaria,
Ministerio de Salud, 2015

Partida	Presupuesto (millones de colones)	Ejecución (millones de colones)	% ejecutado
0. Remuneraciones	67.861,9	64.452,1	94,98
1. Servicios	12.309,4	9.244,5	75,10
2. Materiales y Suministros	15.772,6	12.860,5	81,54
5. Bienes Duraderos	10.643,6	3.087,3	29,01
6. Transferencias. Corrientes	14.707,3	9.840,4	66,91
9. Cuentas Especiales	3.195,9	0,0	0,00
Total	124.490,58	99.484,82	79,91

Fuente: Ministerio de Salud, liquidaciones presupuestarias al 31 de diciembre del 2015, Sistemas SIGAF y SIAF.

Como se observa en el cuadro anterior la línea de remuneraciones presentó una ejecución de €64.452,1 millones equivalente al 94.98% del monto presupuestado, porcentaje considerado como aceptable.

Las tres sub partidas más sobresalientes de este rubro fueron:

a) Sueldos para cargos fijos €24.769,63 millones.

b) Retribución por años servidos €10.604,12 millones.

c) Retribución del ejercicio liberal €6.060,6 millones.

Debido a las disposiciones establecidas en la Directriz Presidencial 23-H, capítulo II, sección 1, relacionadas con remuneraciones, la sub ejecución de esta partida se atribuye en gran parte a estas disposiciones, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 36
Porcentaje de presupuesto economizado en la partida remuneraciones
según programa y directrices, Ministerio de Salud, 2015

Economías Directriz 9-H y 23-H	630-00 Economía	%	631-01 Economía	%	632-00 Economía	%	Total Economía	%
Sueldos para Cargos Fijos	51.061.514	57,7	206.040.185	58,7	204.995.248	67,5	462.096.947	62,2
Aumentos Anuales	2.131.672	2,4	8.935.397	2,5	7.142.225	2,4	18.209.294	2,5
Restricción al Ejercicio Liberal	15.150.089	17,1	56.653.898	16,1	31.710.110	10,4	103.514.097	13,9
Otros Sobresueldos	5.282.624	6,0	20.330.291	5,8	8.969.978	3,0	34.582.893	4,7
Sub total	73.625.899	83,2	291.959.771	83,2	252.817.561	83,2	618.403.231	83,2
Cargas Sociales	14.842.981	16,8	58.859.090	16,8	50.968.020	16,8	124.670.091	16,8
Totales	88.468.880	100,0	350.818.861	100,0	303.785.581	100,0	743.073.322	100,0

Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Recursos Humanos, Área de Salarios e Incentivos.

* En colones corrientes

El comportamiento de la ejecución de las partidas 1 (Servicios), 2 (Materiales y Suministros) y 5 (Bienes Duraderos), se mencionan y se detallan solo las tres sub partidas más significativas.

Partida 1 Servicios se ejecutó €9.244,5 millones de colones (75,1%) del monto presupuestado:

- a) Servicios Generales €1.234,14 millones.
- a) Viáticos Dentro del País €856,13 millones.
- a) Servicio de Desarrollo de Sistemas €798,13 millones.

Sobre estas sub partidas se puede destacar que se han realizado esfuerzos significativos en aquellas líneas consideradas como superfluas cuyo comportamiento debe tender a la baja, compromiso que este Ministerio ha asumido como propio, contribuyendo al freno del gasto público.

En la partida 2 Materiales, se ejecutaron €12.860,5

millones (81,54%) del monto presupuestado siendo las tres sub partidas más significativas:

- a) Alimentos y Bebidas €9.830,08 millones, destinados al programa de compra de raciones alimenticias y leche en polvo, para lograr la igualdad de oportunidades que merecen las ciudadanas y ciudadanos, en especial aquellos que se encuentran en condiciones de pobreza.
- b) Productos Farmacéuticos y Medicinales €1.021,56 millones.
- c) Otros Materiales y Productos €413,29 millones.

De la partida 5 Bienes Duraderos, se ejecutaron €3.087,3 millones (29,01 %) del total presupuestado:

- a) Equipo de Transporte € 285,41 millones de colones.

- b) Edificios ¢289,58 millones de colones
- c) Otras Construcciones Adiciones y Mejoras ¢ 1.362,05 millones,

En términos generales, esta partida presentó una dificultad implícita en la ejecución por el detalle o especificidad técnica de la mayor parte de bienes o equipos que se adquieren en este grupo, de aquí que presentó un nivel de ejecución bajo.

De la partida 6, Transferencias Corrientes Vinculadas, la ejecución de esta partida fue de ¢9.840,4 millones (66,91 %) del monto presupuestado:

- a) CCSS contribución estatal al seguro de salud y pensiones por ¢327,66 millones,
- b) Prestaciones legales ¢892,88 millones.
- c) Transferencias a Asociaciones por ¢5.693,42 millones, para la compra de

alimentos frescos y red de cuido, este rubro es de suma importancia para la compra de alimentos frescos del programa de la Dirección Nacional de CEN-CINAI.

TRANSFERENCIAS CORRIENTES NO VINCULADAS

El presupuesto y la ejecución de las sub partidas designadas como transferencias corrientes y transferencias de capital no vinculadas se muestran en el cuadro 33. Incluye los montos transferidos por el Ministerio de Hacienda y la Junta de Protección Social, para ser trasladados a las instituciones adscritas y órganos desconcentrados, así como también las partidas asignadas para cubrir leyes específicas de esas instituciones, instituciones descentralizadas, empresas públicas no financieras y entidades privadas sin fines de lucro.

Cuadro 37
Porcentaje de ejecución del presupuesto, no vinculado,
Ministerio de Salud, 2015.

Partida	Presupuesto	Ejecución	Porcentaje de ejecución
Transferencias corrientes no vinculadas	187.117,76	181.741,8	97,13
Transferencias de capital	48.815,04	22.762,0	46,63
Total no vinculado	235.932,80	204.503,7	86,68

Fuente: Ministerio de Salud, liquidaciones presupuestarias al 31 de diciembre del 2015, Sistemas SIGAF y SIAF

Como se dijo anteriormente, la ejecución presupuestaria de las transferencias no vinculadas, no depende directamente del

Ministerio de Salud. Del presupuesto asignado de ¢187.117,8 millones, se ejecutó la suma de ¢181.741,8 millones (97.13%).

TRANSFERENCIAS DE CAPITAL NO VINCULADAS

fue de \$48.815,0 millones, y se ejecutaron \$22.762,0 millones (46.63%) del total presupuestado. Cuadro 34.

Para estas sub partidas el rubro asignado

Cuadro 38
Ejecución en millones de colones, proyectos financiados con recursos de capital,
Ministerio de Salud, 2015

Programa o proyecto	Presupuesto	Ejecución	Porcentaje Ejecución
Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación	2.116,4	2.116,4	100,0
Proyecto Mejoramiento Medio Ambiente Área Metropolitana de San Jose	45.649,4	20.396,8	44,7
Programa Agua Potable y Saneamiento Básico Rural	1.049,3	248,8	23,7
Total	48.815,0	22.762,0	46,6

Fuente: Ministerio de Salud, liquidaciones presupuestarias al 31 de diciembre del 2015, Sistemas SIGAF y SIAF

En la primera línea del cuadro anterior se presenta la información de la ejecución recursos financiados con emisión de títulos valores, de acuerdo con los los objetivos establecidos en la Ley N° 8725, para la iluminación de diferentes campos deportivos y la creación de un área ecológica de recreación y educación que contribuya con el entendimiento y responsabilidad con el ambiente de la provincia de Limón, como parte del Proyecto Limón Ciudad Puerto, de este rubro se logró transferir el 100%. Esta transferencia se efectuó a finales del periodo 2015, por lo cual el desarrollo de la obra quedará para el periodo 2016.

La línea dos se financió con el préstamo del Banco Japonés de Cooperación Internacional (JBIC), para el Proyecto de Mejoramiento Ambiental del Área Metropolitana de San José, Leyes No. 8559 y N°9167; y la tres con el préstamo del Banco Alemán KFW para el Programa Agua Potable y Saneamiento Básico

Rural Ley No. 7132, ambos correspondientes a recursos de capital asignados al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA).

Al término del período 2015 se ejecutó un 44.7 % y 23.7% respectivamente.

INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD

En los cuadros 35 y 36 se presentan la asignación presupuestaria y la ejecución, según institución del Sector Salud, durante el periodo 2015. Por primera vez se incorpora la información presupuestaria de la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), como entidad adscrita al Ministerio de Salud, lo cual constituye el año base para sus informes. Pese a los esfuerzos realizados, no se contó con la información de la inversión en salud realizada en el 2015 por el Ministerio de Agricultura y Ganadería.

Cuadro 39
Presupuesto asignado en millones de colones, según institución, Sector Salud, Nutrición y Deportes,
Costa Rica, 2011-2015

MS		CCSS		AyA		IAFA		ICODER		INCIENSA		PANARE		CEN-CINAI		INS		Sector Salud
₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡
104.797,4	6,41	1.362.568,3	83,32	133.179,9	8,14	7.827,1	0,48	2.129,9	0,13	3.533,6	0,22	440,06	0,02	0,00	0,00	20.824,2	1,27	1.635.300,5
122.051,3	7,00	1.452.721,4	83,35	130.774,8	7,50	9.756,8	0,56	3.897,6	0,22	4.129,3	0,24	443,65	0,02	0,00	0,00	19.214,4	1,10	1.742.989,3
117.663,3	5,96	1.617.566,9	81,97	159.686,1	8,09	12.536,6	0,64	10.255,0	0,52	4.049,5	0,21	483,61	0,02	0,00	0,00	51.203,2	2,59	1.973.444,1
117.124,0	5,39	1.784.540,7	82,06	214.895,2	9,88	10.977,2	0,50	11.271,2	0,52	4.514,4	0,21	511,80	0,02	0,00	0,00	30.926,6	1,42	2.174.761,1
124.490,6	5,50	1.866.733,0	82,42	213.635,6	9,43	13.011,0	0,57	9.800,2	0,43	5.564,6	0,25	541,85	0,02	1.310,9	0,06	29.800,5	1,32	2.264.888,3

Fuente: Ministerio de Salud, certificaciones emitidas por las nstituciones del Sector Salud al 31 de diciembre del 2015.

Cuadro 40
Presupuesto ejecutado en millones de colones, según institución, Sector Salud, Nutrición y Deportes,
Costa Rica, 2011-2015

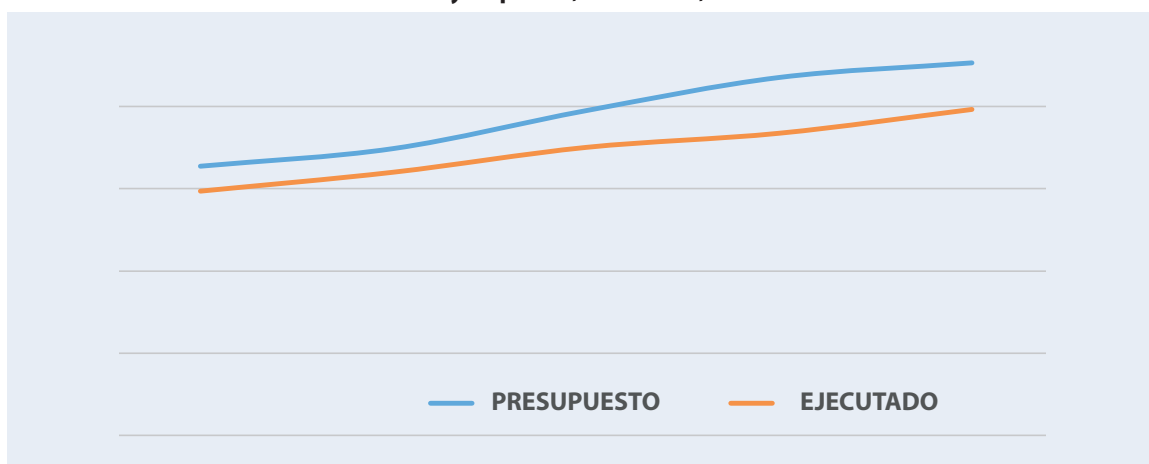
MS		CCSS		AyA		IAFA		ICODER		INCIENSA		PANARE		CEN-CINAI		INS		Sector Salud
₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡
80.562,2	5,43	1.280.166,7	86,24	96.222,2	6,48	6.353,3	0,43	1.573,4	0,11	3.290,9	0,22	401,53	0,03	0,00	0,00	15.793,0	1,06	1.484.363,2
100.755,1	6,30	1.363.348,3	85,24	106.017,7	6,63	6.353,5	0,40	2.185,5	0,14	3.403,7	0,21	424,39	0,03	0,00	0,00	16.977,8	1,06	1.599.466,0
90.906,5	5,19	1.468.182,4	83,88	124.311,5	7,10	8.262,1	0,47	8.225,3	0,47	3.639,6	0,21	443,97	0,03	0,00	0,00	46.274,1	2,64	1.750.245,4
95.897,0	5,22	1.551.169,1	84,48	144.221,6	7,85	7.590,7	0,41	11.271,2	0,61	3.818,0	0,21	493,04	0,03	0,00	0,00	21.639,9	1,18	1.836.100,5
99.484,8	5,02	1.679.509,5	84,76	158.245,8	7,99	8.656,8	0,44	7.391,3	0,37	4.366,9	0,22	532,44	0,03	607,48	0,03	22.592,3	1,14	1.981.387,4

La ejecución total del Sector Salud en el 2015 fue de ₡1.981.387,4 millones (87,5 %). Al igual que en años la ejecución de la CCSS, es la más para el Sector, alcanzando la cifra ejecutada de ₡1.679.509,5 millones de colones (84.76%) del total del Sector Salud, seguida por el ICAA, es de ₡158.245,8 millones (7,99%), en tercer lugar el Ministerio de Salud con ₡99.484,8 millones de colones ejecutados (5,02%), seguido por el INS con una ejecución de ₡22.592,3 millones (1,1%), el IAFA con

un 0,4%, el ICODER con 0,37%, el INCIENSA, con 0,22% y en último lugar se ubica, CEN-CINAI y PANARE con una ejecución del 0,03% respectivamente del presupuesto sectorial.

En el gráfico siguiente se observa que el comportamiento presupuestal y su ejecución durante el último quinquenio han tenido una tendencia de crecimiento constante en el Sector.

Gráfico 22
Tendencia de la asignación presupuestaria en millones de colones y su ejecución, Sector Salud, Nutrición y Deportes, Costa Rica, 2011-2015



Fuente: Ministerio de Salud, Certificaciones emitidas por las Instituciones del Sector Salud al 31 de diciembre del 2015

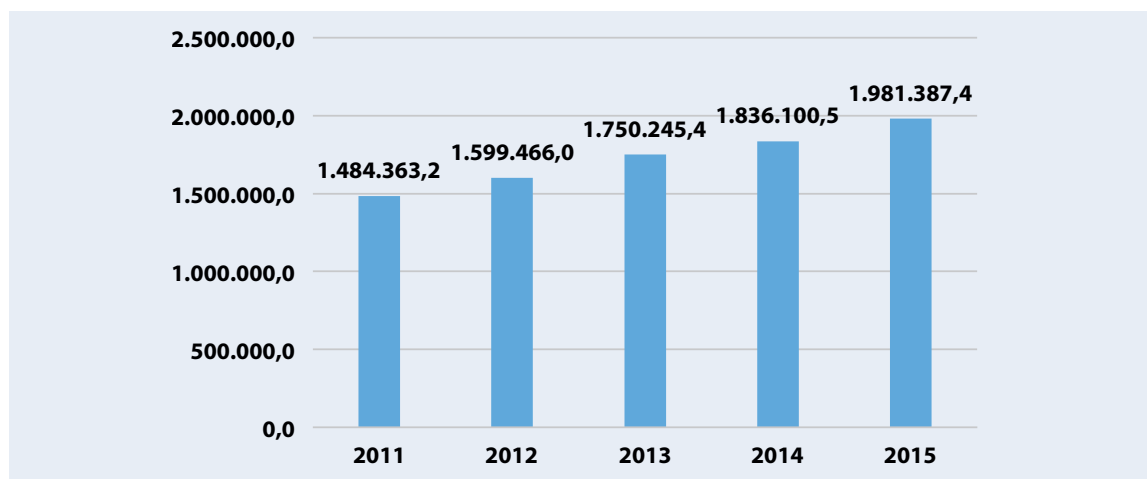
Después de haber analizado los datos procesados se obtiene que la ejecución realizada en el Sector Salud, Nutrición y Deporte, para el período 2015, alcanzó la suma de ₡1.981.387,4 (87,5%) del total presupuestado por el sector, monto que empieza a reducir la brecha abierta entre el periodo 2013 y 2014, cuyo distanciamiento

entre la línea presupuestada y la línea ejecutada tomaban rumbos diferentes.

GASTO Y PIB DEFLACTADO

El gráfico 21 presenta la inversión en salud del último quinquenio, la cual muestra un comportamiento de crecimiento constante.

Gráfico 23
Gasto total en millones de colones, Sector Salud, Nutrición y Deportes,
Costa Rica, 2011-2015



Fuente: Ministerio de Salud, Certificaciones emitidas por las Instituciones del Sector Salud al 31 de diciembre del 2015

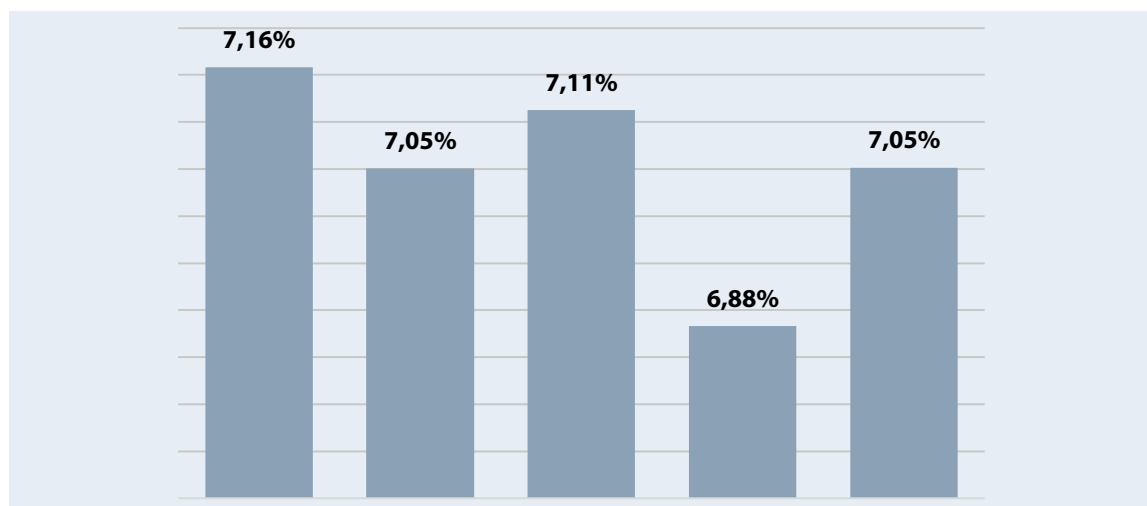
PIB DEFLACTADO

Con el fin de mostrar el cambio total del presupuesto y obtener un panorama más real del gasto del Sector Salud, Nutrición y Deporte, se procede a deflactar el monto invertido y obtener la relación con respecto al

Producto Interno Bruto (PIB).

Con este resultado podemos visualizar el comportamiento de los últimos cinco años destinados a la atención en salud relacionada con la disponibilidad de los recursos reales del país.

Gráfico 24
Porcentaje de inversión en relación con el PIB, Sector Salud, Nutrición y Deportes,
Costa Rica, 2011-2015



Fuente: Ministerio de Salud, Certificaciones emitidas por las Instituciones del Sector Salud al 31 de diciembre del 2015

Se observa que el presupuesto del Sector Salud se ha mantenido entre un 6,88% y un 7,16% del PIB en el período 2011-2015.

Con el propósito de obtener un panorama del incremento continuo de los bienes

y servicios que conforman este sector y compararlo con el crecimiento del rubro utilizado en salud, así como también de obtener un panorama del comportamiento de los últimos años, se resume la información en el siguiente cuadro:

Cuadro 41
Inversión del Sector Salud, Nutrición y Deportes en relación con el PIB (deflactado), según índice IEV, Costa Rica, 2011-2015

AÑO	SECTOR SALUD		% PIB	PIB DEFLACTADO	PIB*	INDICE (IEV).
	Gasto Anual	Gasto (deflactado)				
2011	1.484.363,2	17.006,91	7,16%	237.577,37	20.735.753,00	87,28
2012	1.599.466,0	17.472,86	7,05%	247.810,66	22.684.587,50	91,54
2013	1.750.245,4	18.519,16	7,11%	260.362,66	24.606.874,80	94,51
2014	1.836.100,5	18.580,25	6,88%	269.935,30	26.675.006,40	98,82
2015	1.981.387,4	19.917,44	7,05%	282.458,47	28.098.968,80	99,48

Fuente: Ministerio de Salud, Certificaciones emitidas por las Instituciones del Sector Salud al 31 de diciembre del 2015

Para mostrar el comportamiento presupuestal asociado al crecimiento del producto interno bruto, se deflactan los datos en relación al último quinquenio, tal como se muestra en el cuadro anterior

con este resultado, se trata de visualizar el monto destinado a la atención en salud según la disponibilidad de los recursos reales.

Cuadro 42
Gasto per cápita, Sector Salud, Nutrición y Deportes y Ministerio de Salud, Costa Rica, 2011-2015

AÑO	GASTO SECTOR SALUD	GASTO MINISTERIO DE SALUD	GASTO PERCAPITA SECTOR	GASTO PERCAPITA MINIST SALUD	POBLACIÓN TOTAL
2011	1.484.363,2	80.562,2	321.638,8	17.456,6	4,62
2012	1.599.466,0	100.755,1	342.718,2	21.588,8	4,67
2013	1.750.245,4	90.906,5	370.814,7	19.259,8	4,72
2014	1.836.100,5	95.897,0	388.181,9	20.274,2	4,73
2015	1.981.387,4	99.484,8	410.225,1	20.597,3	4,83

Fuente: Elaboración propia con información de las Certificaciones emitidas por las Instituciones del Sector Salud al 31 de diciembre del 2015 y Tabla, C 01. Costa Rica. Población total por sexo, según años calendario 2011-2050, del INEC.

Créditos

MEMORIA INSTITUCIONAL 2015

Dr. Fernando Llorca Castro
Ministro de Salud

Dra. María Esther Anchía Ángulo
Viceministra de Salud

Dra. Virginia Murillo Murillo
Viceministra de Salud

Dr. William Barrantes Barrantes
Director General de Salud

Lic. Alexander Cascante Alfaro
Oficial Mayor y Director Administrativo ai

EQUIPO CONDUCTOR

MSc. Rosibel Vargas Gamboa
Directora Planificación y Desarrollo Institucional

Dra. Marcela Vives Blanco
Jefe Unidad de Planificación Institucional

Lic. Ana León Vargas
Unidad de Planificación Institucional

EQUIPO DE APOYO

Sra. Nancy Montoya Ramírez
Ing. Javier Bermúdez Barboza
Lic. Maureen Arias Gutiérrez

Diseño y Diagramación

Ana María González Reyes
Andrés Álvarez Bejarano

Impresión

Producción Documental

**UNIDAD MERCADOTECNIA INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE SALUD**

Mayo 2016

Este documento puede ser consultado en:

www.ministeriodesalud.go.cr

el Centro de Documentación Ministerio de Salud
y Biblioteca Nacional de Costa Rica

