

Caja Costarricense de Seguro Social

Universidad de Costa Rica

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA UNA MATERNIDAD E INFANCIA SALUDABLE Y SEGURA



Costa Rica
2006 - 2015

**Comisión Interinstitucional
para una Maternidad e Infancia
Saludable y Segura**

Grupos de trabajo

Modelo de atención integral materno, perinatal e infantil

Dra. Xenia Sancho Mora, CCSS
Msc. Ma. de los Angeles Hidalgo Ugalde, Ministerio de Salud
Dr. Guillermo Ledezma, CCSS
Licda. Zuly Moreno, CCSS
Dr. Rafael Salazar Portuguez, Ministerio de Salud
Dr. Alejandro Marin, UH, USP, UCR
Licda. María Solano, H. Clínica Bíblica
Dra. Nereida Arjona, CCSS
Licda. Rosibel Méndez, Ministerio de Salud

Aseguramiento de la calidad de atención

Licda. Xenia Sancho, CCSS
Msc. Griselda Ugalde, Universidad de Costa Rica
Dra. María Elena López, Ministerio de Salud
Dra. Lidieth Carballo, Ministerio de Salud
Dra. Miryan Cruz Olave, OPS/OMS

Participación y comunicación social en salud

Msc. Flor Iveth Picado, Ministerio de Salud
Msc. Carmen Cecilia Arroyo, Ministerio de Salud
Licda. Luchy Cordero, Ministerio de Salud
Msc. Xinia Fernández, CCSS
Licda. Marlen Pereira, CCSS
Msc. Xinia Bustamante, OPS

**Marco de políticas, legal e institucional
de la salud materna, perinatal e infantil**

Dra. Maria Elena López, Ministerio de Salud
Dra. Lidieth Carballo, Ministerio de Salud
Dra. Miryan Cruz Olave, OPS/OMS

Comité editor

Dra. María Elena López
Dra. Lidieth Carballo, Ministerio de Salud
Dr. Rafael Salazar, Ministerio de Salud
Msc. Xinia Bustamante Castillo, OPS/OMS/Costa Rica
Dra. Miryan Cruz Olave, OPS/OMS/Costa Rica

Fotografía: Archivo OPS/OMS/Costa Rica

Puede ser consultado en:
www.netsalud.sa.cr y www.cor.ops-oms.org

618.24

P699p

Costa Rica. Ministerio de Salud

Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura 2006-2015 / Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Hospital Clínica Bíblica, Organización Panamericana de Salud. --1ª. ed.—San José, Costa Rica: OPS, 2006.

42 p.; 27x21 cm.

ISBN 9977-62-037-7

1. Salud Materna. 2. Salud Infantil 3. Costa Rica. I. Ministerio de Salud. II. Caja Costarricense de Seguro Social. III. Hospital Clínica Bíblica. IV. Organización Panamericana de la Salud. V. Título.

INDICE

Presentación.....	5
1. Antecedentes	7
1.1 Atención Primaria en Salud y Promoción de la Salud	7
1.2 Contexto de Costa Rica	9
1.3 Declaración de Compromiso Alianza Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura en Costa Rica	12
1.4 Situación de la salud materno e infantil en Costa Rica	15
2. Justificación	18
3. Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura 2006-2015	19
3.1 Base conceptual y filosófica	19
VISION	19
MISIÓN	19
Valores y Principios orientadores	19
Enfoques	20
3.2 Propósito	20
3.3 Objetivos generales	20
3.4 Líneas estratégicas	21
3.4.1 Modelo de atención integral materno, perinatal e infantil	21
3.4.2 Aseguramiento de la calidad de la atención	23
3.4.3 Participación y comunicación social en salud	25
3.4.4 Marco de Políticas, Legal e Institucional de la salud materna, perinatal e infantil.	27
4. Plan de Acción 2006-2015	29
5. Bibliografía	40
6. Anexos	42

conforman el sector salud y otras áreas.
Este documento debe ser incorporado en los planes operativos anuales del
Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, en los diferentes
niveles de gestión, tanto nacional como regional y local.
Nuestra aspiración es que juntos podamos hacer realidad los objetivos y
metas que se proponen, que tienen un solo norte: ofrecer la calidad de vida de
todas y todos los habitantes de esta Patria.

Costa Rica exhibe hoy índices de salud materno infantil de primer mundo, fruto del esfuerzo sostenido a lo largo de décadas, de miles de trabajadores ubicados en diversos puntos de la geografía nacional.

La atención intrahospitalaria del 98% de los partos, la cobertura en atención prenatal de un 70% de las mujeres embarazadas, la existencia de una red de servicios en todo el país y personal altamente capacitado, constituyen algunas de las fortalezas nacionales en este campo.

No obstante; como nación, aún tenemos retos pendientes, entre ellos, el gran desafío de mejorar cada día éstos indicadores y contribuir con la salud y el bienestar de las mujeres, madres, niñas y niños.

Cada vida que logremos rescatar, cada madre que pueda ver crecer a sus hijos y a la vez desarrollarse como un ser humano integral, comprometen nuestro trabajo.

Como autoridades de salud, estamos convencidos que este sector tiene la responsabilidad ineludible de garantizar servicios seguros, de fácil acceso a todas la mujeres, niños y niñas, sin distinción de ninguna naturaleza. Debemos seguir trabajando con ahinco para garantizar la atención oportuna, integral, con enfoque de género y sobre todo, enmarcada en un trato cordial y respetuoso que toda persona merece.

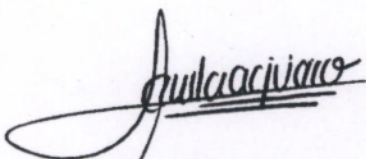
La maternidad e infancia saludable y segura constituyen una prioridad en nuestra gestión y Plan Estratégico que colocamos en sus manos, se inscribe dentro de los compromisos de los objetivos de Desarrollo del Milenio, así como otros acuerdos nacionales e internacionales suscritos por el país, los cuales respaldamos plenamente.

Entendemos que para asumir este reto, se requiere una respuesta intersectorial y concertada del Estado, instituciones, comunidad e individuos. Por nuestra parte, respaldamos plenamente este Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura, aspiramos a que se constituya

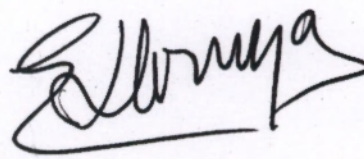
contorman el sector salud y otras áreas relacionados.

Este documento debe ser incorporado en los planes operativos anuales del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, en los diferentes niveles de gestión, tanto nacional como regional y local.

Nuestra aspiración es que juntos podamos hacer realidad los objetivos y metas que se proponen, que tienen un solo norte, elevar la calidad de vida de todas y todos los habitantes de esta Patria.



Dra. María Luisa Ávila Agüero
Ministra de Salud



Dr. Eduardo Doryan Garrón
Presidente Ejecutivo CCSS.

PRESENTACION

En el marco de los convenios y compromisos internacionales y nacionales suscritos por el país, el 7-Abril del 2005, Día Mundial de la Salud, se constituyó la Alianza Nacional para una Maternidad Saludable y Segura, bajo el lema "Cada madre y cada niño cuentan". A través de la cual los organismos gubernamentales y no gubernamentales, los gobiernos locales y la sociedad civil, se han comprometido al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, de las metas de la Iniciativa de Maternidad sin Riesgos así como el desarrollo del sistema de salud hacia una Atención Primaria en Salud renovada y al fortalecimiento de la Promoción de la Salud, que aseguren: igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; reducción de la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH; fortalecer la participación ciudadana para la promoción de la salud y el auto-cuidado de la misma así como el acceso universal a los servicios de salud con calidad y equidad.

En este contexto, desde hace varios años, en Costa Rica, los principales retos de la Agenda Nacional, han estado dirigidos a promulgar políticas públicas sanitarias orientadas a garantizar los derechos en salud, los derechos sexuales y reproductivos, todo ello mediante la implementación de planes programas y proyectos de atención integral en salud de la mujer, salud materna, salud infantil, y salud de los y las adolescentes.

En este sentido el presente plan se propone el desarrollo de lineamientos estratégicos en cuatro componentes:

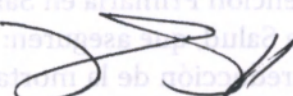
- Modelo de atención integral materno, perinatal e infantil
- Garantía de la calidad de los servicios de salud
- Participación y comunicación social
- Marco de Políticas públicas, legal e institucional

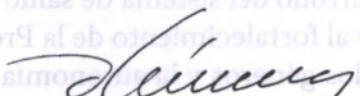
Lograr la implementación de las estrategias incluidas en este plan, requiere de una priorización de la promoción de la salud, considerando el ambiente

físico, social y ambiental saludable y seguro, implica la atención integral de la salud por personal capacitado, el trato humanizado y cálido, la aplicación de los enfoques de género, generacional, de ciclos de vida, de derechos, de calidad con equidad y justicia social, de enfoque de riesgo, así como la participación ciudadana y alianzas estratégicas, lo cual llevará sin duda al mejoramiento de la salud materna-perinatal e infantil y al logro de mejores condiciones de vida de nuestras familias y de la sociedad costarricense en general.

Para el logro de los objetivos mencionados, es necesario la implementación de políticas públicas de diversa índole como el tener una vida libre de violencia y libre de discriminación; abrir espacios de participación ciudadana, y el disfrute efectivo de los derechos humanos civiles y políticos, los cuáles trascienden los periodos gubernamentales.

El Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura 2006-2015, que se presenta a continuación fue formulado de manera participativa y conjunta por autoridades y funcionarios del sector salud, y otros actores sociales, contando con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud; el mismo hace parte del conjunto de políticas, planes y proyectos orientados a mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres, niños y niñas del país.


Dra. María del Rocío Saénz Madrigal
Ministra de Salud


Dr. Alberto Saénz Pacheco
Presidente Ejecutivo CCSS

1. ANTECEDENTES

1.1 Atención Primaria en Salud y Promoción de la Salud

La Atención Primaria como estrategia de atención en el campo de la salud, toma importancia a partir de la Primera Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria, realizada en Alma Ata en la antigua URSS, en el año 1978. Durante esta conferencia, con la presencia de más de 100 naciones y con el apoyo de OMS y UNICEF, se formuló el objetivo “Salud para todos en el año 2000”, en el cual se establece un compromiso político de los estados miembros, dirigido a cubrir las necesidades básicas de la población mundial, por medio de la Atención Primaria en Salud (APS). Esta estrategia tuvo como antecedente las acciones que se habían venido implementando en algunas comunidades de América Latina, como por ejemplo en Costa Rica, con el Programa de Hospital Sin Paredes y el Programa de Salud Rural, desarrollados desde inicios de los años sesenta.

Según lo estipulado en la declaración de Alma Ata, la APS *“es la atención sanitaria esencial... accesible universalmente a los individuos y familias en la comunidad a través de su completa participación y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma parte integral tanto del sistema sanitario del país como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.”* (Declaración Alma Ata, 1978).

Esta estrategia toma en consideración no solo los problemas sanitarios, sino también, los retos socioculturales y económicos a los cuales debe hacer frente cada uno de los países, a partir de la participación e involucramiento de las mismas comunidades. Por lo tanto, la APS implica un compromiso político dirigido a un reordenamiento mundial en procura de una mejor calidad

de vida de la población, por medio de la promoción de la salud, estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades, en donde las mujeres en etapa de maternidad y los/as niños/as, son la principal población meta, así como el establecimiento de servicios de salud accesibles a todos y todas.

Con tal propósito, era necesario que en las naciones se diera una transferencia de más recursos sanitarios hacia la población desatendida, un aumento de los presupuestos nacionales en esta materia, una distribución más justa de los recursos, la promoción de la salud y la participación comunitaria, como motor de las estrategias de acción formuladas para el alcance de la salud. ((Declaración Alma Ata, 1978).

A nivel mundial, las estrategias para la promoción de la salud tomaron la APS como el punto de partida para la elaboración de políticas; de hecho la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en 1986 en Ottawa, Canadá, se dirigió a orientar el objetivo Salud para todos en el año 2000. Así, se contribuía a la implementación de una nueva concepción de la salud, en la cual se busca una participación más integral de todas las personas pertenecientes a los distintos sectores de la sociedad. La Carta de Ottawa propone cinco campos para una participación activa en la promoción de la salud, a saber: a) La elaboración de una política pública; b) La creación de ambientes favorables a la salud; c) El reforzamiento de la acción comunitaria y; d) El desarrollo de aptitudes personales y e) reorientación de los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud.

Desde la conferencia de Ottawa hasta el momento presente, se han ejecutado seis conferencias internacionales para la promoción de la salud. La Segunda Conferencia internacional para la promoción de la salud, fue realizada en Adelaida (1988), con el objetivo de promover el desarrollo de una política pública sana; la Tercera Conferencia se enfocó en un ambiente favorable a la salud (Sundsvall, 1991), la Cuarta Conferencia fue la de Yakarta (1997), en la cual se comienza a retomar el tema de la APS, enfocándola hacia el siglo XXL Esta conferencia contribuye a que en 1998, con el apoyo de la OPS (51ª Asamblea de la salud), se inste a que los Estados miembros renueven su compromiso con la APS, según lo definido en Alma Ata. Pero además, se busca redireccionar el objetivo Salud para todos en el siglo XXI, con el fin de dar pie a la lucha contra la desigualdad que impide un acceso igualitario a la salud, por medio de esfuerzos colectivos y según los desafíos del nuevo siglo.

Vemos entonces que desde 1998, la APS recobra fuerza como inspiración de estrategias mundiales para el alcance de mejoras en la salud mundial, tanto es así, que en la estrategia institucional de la Secretaría de la OMS, definida en 1999, se expone claramente la Salud para todos, como la misión de la OMS, siendo este un tema ya incluido en las siguientes dos conferencias mundiales para la promoción de la salud mundial (México, 2000) y (Bangkok, 2005).

A inicios de este siglo, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (septiembre 2000), se definen los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**, los cuales requieren del *“fortalecimiento de los servicios de salud para todos como*

paso previo esencial para la mejora de la salud, particularmente en los países más pobres", tal y como se afirma durante la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, en el 2003.

1.2 Contexto de Costa Rica

Costa Rica se ha caracterizado por ser uno de los países que más atención le ha dedicado al tema de la salud pública, dentro de la cual, la salud materno infantil ha sido prioritario. Desde inicios del siglo XX se comienzan a introducir programas de salud, entre los cuales destacan los primeros consultorios de atención prenatal (hogares de maternidad) y de puericultura en 1920; en 1928 se aprueba una ley para la formación de enfermeras obstetras, para atender la falta de médicos en los poblados (Mohs, 1996: 5-6).

A inicios de la década de los 40, se crea la Seguridad Social que inicia con las actividades del seguro de Enfermedad y Maternidad, el cual comienza a ejecutarse con una cobertura limitada al inicio, cubriendo solamente al asegurado directo. En 1956, sólo 15 años después de haber sido fundada la CCSS se introduce la cobertura familiar, obligatoria para la compañera, los hijos menores de 12 años y para los padres dependientes del asegurado directo. En 1962 el seguro de enfermedad y maternidad cubría el 20% de la población total; en 1970 fue del 42%; en 1982 el 68% y ya para 1991 se logró cubrir el 84,4% del total de la población y el 67% de la PEA (Miranda, Guido 1994: 120-126).

La universalización de los servicios médicos, requirió un proceso complejo de reestructuración legal del Ministerio de Salud y la CCSS en el periodo 1970-1974. En 1971 se elaboró el primer Plan Nacional de Salud, siendo la disminución de la mortalidad infantil en un 50%, una de las metas (Mohs, 1996: 12). Las principales políticas de salud de los años 70, apoyadas en las premisas del primer Plan Nacional giraron alrededor de dos ideas centrales: a) el logro de una cobertura universal de prestación de servicios a toda la población del país, en todos los ámbitos geográficos y en todos los niveles socioeconómicos; y b) la necesidad de emplear estrategias distintas de las tradicionales para alcanzarla. Para la ejecución de las políticas se definieron dos estrategias básicas, la universalización de la seguridad social y la segunda, la estrategia de atención primaria, para la extensión de la cobertura de servicios de salud a poblaciones que tradicionalmente habían carecido de ellos (Miranda, Guido 1994: 120-126).

En los años 70 se empiezan a ejecutar varios programas bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, que sientan las bases de la APS integral en nuestro país. Entre ellos, el Programa de Salud Rural y el Programa de Nutrición, dirigido a niños y niñas menores de seis años, escolares y madres embarazadas y nodrizas (Vargas, 1996: 64) los cuales contribuyeron a reforzar los planteamientos de la Declaración de Alma Ata de 1978. Estos programas se enfocaron principalmente a mejorar la salud materna infantil, procurando reducir la mortalidad y morbilidad, otorgando monitoreo a mujeres embarazadas, promoviendo partos institucionales, dando información y medios de

planificación familiar, vigilando el crecimiento de niñas a los 6 años de edad, desarrollando actividades de promoción de la salud escolar, vacunación (TB, polio, difteria y tétano) a niños y niñas (Vargas, 1996: 73-76). y realizando acciones de saneamiento básico. (Sáenz, Lenín, 2005: 66).

La década de los setentas, con las intervenciones señaladas, lograron una espectacular caída en los valores de las tasas de mortalidad infantil, disminuyendo de un 67/1000 en 1969 a 19,1/1000 en 1980 (Ministerio de Salud, 1980: 3). En la población de 1 a 4 años, la tasa de mortalidad descendió de 5,1 a 1,1 por mil en el mismo periodo. Las reducciones más espectaculares se produjeron en las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles, cuya tasa, que en 1970 era de 136,2 por 10.000 habitantes, descendió en 1979 a 2,1; con el mayor descenso en la mortalidad de menores de un año. En líneas generales, las reducciones de la mortalidad excedieron a las que se habían programado obtener en casi todos los grupos de edad y como resultado de ello, se logró una ganancia sustancial en la esperanza de vida al nacer, que en el periodo 1976-1979 alcanzó a 73,2 años, cifra que cobra mayor significado cuando se compara a la de 70 años propuesta para finales del siglo XX para América Latina según la meta Salud para Todos en el año 2000. (Sáenz, Lenín, 2005: 67).

Las formas de intervención la APS en Costa Rica fueron tempranas, ya que respondían al objetivo de universalización de los servicios, promovida desde mediados de siglo, con una atención integral que incluye a la participación comunitaria. Inclusive las visitas a las viviendas particulares fue reconocido como el primer nivel de servicio de APS en Costa Rica, procurando acciones con un enfoque integral, preventivo y curativo. Cabe agregar que en la primera mitad de la década de los 70, se aprueba la Ley de Beneficios Familiares, para la obtención de una base financiera destinada a programas sociales que posteriormente facilitarían la implementación de la APS en nuestro país (Vargas, 1996: 85-86).

Durante la década de los 80, se dio un estancamiento del avance en salud que se alcanzó durante la década anterior, debido a la crisis socioeconómica por la que pasó el país, lo cual conllevó a recortes del gasto social. Sin embargo, en el periodo 1982-1990, se propone la estrategia de la integración de servicios, por medio de la cual, por primera vez, se articulaban, voluntaria y democráticamente, las acciones para la prestación integral de los servicios de salud, entre una institución de la Seguridad Social y un Ministerio de Salud, basadas en programas de APS con participación comunitaria. (Miranda, Guido, 1994: 262-266. Para este momento, la Iniciativa de Maternidad Segura realizada en Nairobi en el año 1987, tuvo una gran influencia en materia de salud materna infantil, a lo cual se le agrega en Costa Rica la Convención sobre los Derechos del Niño en 1989.

La crisis socioeconómica vivida en el país durante los años 80, desemboca en un aumento de la pobreza y la exclusión social, los servicios en salud se deterioran por los recortes al gasto público. En parte, producto de esta situación

de crisis, y dentro de los procesos de reforma del Estado, que se iniciaron como resultado de los Programas de Ajuste Estructural, se comienza a desarrollar para inicios de la década de los 90, el proceso de reforma del Sector Salud, el cual buscaba la modernización de la CCSS y el Ministerio de Salud, con el fin de mejorar la equidad, eficiencia, calidad, la sostenibilidad, participación y control de los sistemas y servicios de salud. El proceso de reforma comprendía cuatro componentes a) la rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud, como máxima instancia política, normativa y reguladora, que orienta la producción social de la salud a escala nacional; b) la readecuación del modelo de atención, para brindar atención primaria de la salud y promover la salud en condiciones de máxima cobertura, eficacia, eficiencia y equidad a cargo de la Seguridad Social; c) el saneamiento financiero del sistema nacional de salud y d) el desarrollo y modernización de las estructuras, sistemas de trabajo y procedimientos de gestión institucional del Ministerio de Salud y la CCSS que condujera a una descentralización de los servicios de salud y a un nuevo sistema de asignación de recursos.

A partir de las reformas se desarrolla una institucionalidad pública para la APS dirigida a la salud materna e infantil, debido a que la CCSS tiene la responsabilidad de proporcionar servicios de atención integral a toda la población en los tres niveles de atención. Para esto se cuenta en el primer nivel con más de 900 EBAIS, 103 clínicas tipo I y II con las cuatro especialidades básicas; en el segundo nivel con 7 hospitales regionales, 13 periféricos, 38 Clínicas tipo 3 y 4, con subespecialidades; y en el tercer nivel con 3 hospitales nacionales generales y 6 Hospitales nacionales especializados (Ibíd.).

Es importante mencionar que, dentro de las actuaciones de rectoría, para responder a las necesidades y otorgar mayores oportunidades de atención, el Ministerio de Salud impulsa dos sistemas de evaluación sobre la mortalidad materna e infantil. Con tal fin se constituyó en 1998 el Sistema Nacional de Análisis de Mortalidad Infantil (SINAMI), mediante la publicación del Decreto N° 26932, lo cual permite caracterizar las muertes infantiles e identificar algunos de sus determinantes, evaluando a su vez la calidad de los servicios de salud en los procesos de embarazo, parto, atención del recién nacido, crecimiento-desarrollo del niño/a menor de un año y el Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna (SNEM), basado en la revisión de todas las muertes de mujeres de edad fértil, y en el análisis de cada muerte materna detectada, así como en la calidad de respuesta del sistema de atención en salud y las condiciones de vida del grupo familiar respectivo.

Con el proyecto de reforma, se buscó la transición desde un modelo asistencialista-biologista, hacia otro integral, con el amplio uso de la atención primaria y en el marco de la promoción de la salud y el ejercicio de una rectoría que, sin embargo, no se han logrado hacer efectivas a finales del siglo XX, pues no sólo requieren los diseños y recursos propuestos y utilizados, sino, en especial, cambios profundos de actitud y de actuación de las personas usuarias, del personal de salud y de las instituciones que forman los recursos humanos del sector. (Sáenz, Lenín, 2003: 51)

Para finales de siglo, la preocupación a nivel internacional por la salud materna e infantil, evidenciada en la declaración conjunta “por una Maternidad Segura” en 1999 por la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, y las Metas del Milenio, determina las acciones que a nivel nacional se generan, tanto que se desarrolla para los años 2002 – 2006 un Plan Nacional de Prevención de la Mortalidad Infantil y Promoción de la Salud Materna y Perinatal, acompañado de una Política de Salud y una Agenda Sanitaria Concertada.

Más recientemente, 7 de abril de 2005, como parte del compromiso del país en esta temática, se firmó la **DECLARACIÓN DE COMPROMISO ALIANZA NACIONAL PARA UNA MATERNIDAD E INFANCIA SALUDABLE Y SEGURA EN COSTA RICA**, en el marco de la celebración del Día Mundial de la Salud, cuyo lema era: “Cada madre, cada niña y niño, cuenta”

1.3 Declaración de Compromiso Alianza Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura en Costa Rica

Autoridades y funcionarios del sector salud, de diferentes sectores del Estado, alcaldes y autoridades locales de diversos sectores, representantes de instituciones y entidades públicas y privadas, representantes de las sociedad civil, así como de cooperación internacional, reunidos en la ciudad de San José, el jueves 7 de abril de 2005, en el marco de la celebración del Día Mundial de la Salud cuyo lema es: “Cada madre, cada niña y niño, cuenta” formulamos la siguiente declaración de compromiso:

Considerando que:

1. La salud y educación de las mujeres adultas, las niñas y los niños, son componentes esenciales para el mejoramiento de su calidad de vida y el desarrollo del país.
2. La maternidad saludable y segura es un derecho de toda mujer y por tanto, su protección es obligación del Estado.
3. La maternidad, sin apoyo no puede seguir siendo para miles de mujeres una barrera para la construcción de su salud y su participación en el proceso de desarrollo en condiciones equitativas.
4. Es nuestra responsabilidad brindar las condiciones a las madres, padres y comunidades, para que sepan como proteger y fortalecer el potencial vital de nuestra niñez y adolescencia.
5. Es urgente promover una paternidad co-responsable, afectiva y presente.
6. La mortalidad materna - perinatal e infantil son un problema de salud pública, cuyo impacto repercute en el desarrollo de las mujeres, las familias y la sociedad, creando situaciones de inequidad que deben superarse.
7. Es un derecho de las niñas y los niños crecer saludables y seguros.
8. El esfuerzo por lograr una maternidad saludable y segura, debe comprometer a diferentes sectores del Estado, de la sociedad civil, la cooperación

internacional, así como llamar a la participación activa y co-responsable de mujeres y hombres en el autocuidado de la salud.

9. Las comunidades de nuestro país comparten en su gran mayoría condiciones y problemas comunes, que hacen necesario fortalecer un espacio de comunicación e intercambio de experiencias, así como la cooperación y coordinación entre los diferentes procesos sociales, orientados a mejorar la calidad de vida de las mujeres, las niñas y los niños en particular y de la población en general.

10. Costa Rica ha asumido compromisos tanto internacionales como nacionales, algunos directamente relacionados con la salud de las mujeres, las niñas y los niños:

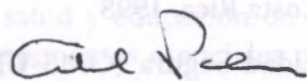
- La Iniciativa de Maternidad Segura, Nairobi, 1987
- Convención sobre los Derechos del Niño, Costa Rica, 1989
- Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna, OPS, 1990
- Declaración de Innocenti, OMS - UNICEF, 1990
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena -1993
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo 1994
- Ley 7430 de Fomento de la Lactancia Materna, 1994
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995
- Cumbre Social para Desarrollo Social, Copenhague 1995
- Código de la Niñez y la Adolescencia, Costa Rica, 1998
- Declaración conjunta por una Maternidad Segura (OMS-UNICEF-UNFPA-Banco Mundial), 1999
- Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000
- El Plan Nacional de Prevención de la Mortalidad Infantil y Promoción de la Salud Materna y Perinatal 2002-2006, Costa Rica
- Política Nacional de Salud 2002-2006, Costa Rica
- Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006, Costa Rica

Declaran:

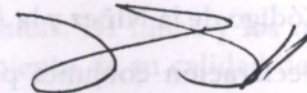
- a. Establecer una Alianza Nacional por una Maternidad Saludable y Segura, con el fin de mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres, las niñas y los niños, en el marco del cumplimiento de las Metas del Milenio y para el logro de la equidad y del desarrollo humano.
- b. Reafirmar el compromiso político, técnico y financiero para facilitar la operativización de las políticas, planes, programas y acciones, orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil.

- c. Garantizar el acceso universal a la atención integral de la salud de las mujeres, madres, niñas y niños, en el marco del aseguramiento de la calidad, de la atención primaria y la promoción de la salud en todos los establecimientos de la red de servicios de salud.
- d. Aunar esfuerzos tendientes a la protección, fomento y apoyo de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuada hasta los dos años de edad, con una alimentación complementaria con productos propios de la región, como una estrategia más en la prevención de la morbi-mortalidad infantil.
- e. Desarrollar acciones que promuevan el involucramiento de los hombres y las mujeres en el autocuidado de la salud sexual y reproductiva, así como en el fomento de la salud de las madres, las niñas y los niños y la promoción de una maternidad/paternidad co-responsable, afectiva y presente.
- f. Crear mecanismos de participación social en los niveles local, regional y nacional, para el desarrollo de redes para una maternidad saludable, segura y co-responsable, que faciliten y mejoren las acciones de comunicación, coordinación y cooperación.
- g. Realizar cada año un Foro Nacional por una Maternidad Saludable y Segura, con el fin conocer los avances de la Alianza y llamar la atención sobre la importancia del mejoramiento de la salud de las madres, niñas y niños de Costa Rica.

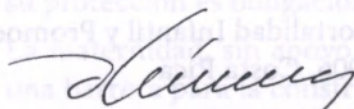
Dado en la ciudad de San José, Costa Rica, a los 7 días del mes de abril de 2005.



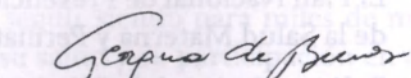
Doctor Abel Pacheco de la Espriella
Presidente de la República



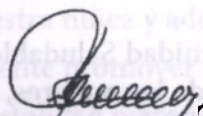
Dra. María del Rocío Sáenz
Ministra de Salud



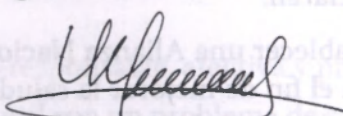
Dr. Alberto Sáenz Pacheco
Presidente Ejecutivo
Caja Costarricense de Seguro Social



Licda Georgina Vargas Pagán
Ministra Condición de la Mujer



Dr. Carlos Saynaya
Representante del OPS/OMS



Sr. Pedro Pablo Villanueva
Director de País
UNFPA Costa Rica

1.4 Situación de la salud materno e infantil en Costa Rica

Es de destacar que si bien el país cuenta con indicadores de salud materna infantil sumamente positivos, la política nacional de salud continúa dándole una atención prioritaria a éste tema. Según datos del 2004, la tasa nacional de mortalidad materna es de 3,6/10.000 nacimientos (*Ministerio de Salud, 2005: 24*). Este dato muestra que no se ha producido un progreso consistente en el tema de salud materna, cuya tasa ha permanecido estancada en los últimos 20 años, se observa así que para el año 1984 esta tasa fue de 2,1/10.000, de 4,0/10.000, en el 1994 y de 3,6/10.000 en el 2004 (*OPS, 2005: 3*). Es probable que esta situación se deba a una disminución del subregistro de muertes maternas, secundaria al desarrollo del Sistema Nacional de Evaluación de la Mortalidad Materna (SNEMM), el cual se había estimado en 1990 en aproximadamente un 30%, igualmente se señala debilidades en la respuesta oportuna y de calidad, del sistema de salud a las necesidades de este grupo de mujeres.

En el caso de la mortalidad infantil, para el 2004 se tiene una tasa de 9,25/1.000 nv, la más baja de los últimos años. Se señala igualmente que el 85% de las muertes maternas y un 40,2% de las muertes infantiles son prevenibles (*Ministerio de Salud, 2005: 24*).

La mortalidad materna y la mortalidad infantil, han sido designadas por el Ministerio de Salud, como entidades trazadoras de la equidad y calidad de atención que reciben diferentes grupos poblacionales. La pobreza y la desigualdad en las condiciones de vida de las poblaciones donde se originan la mayoría de estas muertes, señalan la necesidad de atención prioritaria y mejora de la calidad de atención.. El mayor número de casos de mortalidad infantil se encuentran en las provincias de Guanacaste, Puntarenas y Limón, que constituyen las provincias con menor desarrollo económico y social del país (*SINAMI, 2004: 6*). Con respecto a la mortalidad materna; el mayor riesgo de muerte materna en el año 2004 se concentró también en la provincia de Guanacaste, donde cuatro de un total de cinco defunciones registradas, fueron declaradas como prevenibles por las comisiones locales.

Si consideramos las tasas de mortalidad infantil por cantón, Talamanca concentra el mayor riesgo de muerte infantil, con una tasa de 18,3/1.000 nv. en el quinquenio 2000-2004 (*SINAMI, 2004: 10*). Este cantón, de la provincia de Limón, está poblado principalmente por población indígena, que representa el 1% de la población del país, que en su conjunto suman una población aproximada de 40.000 personas". A este cantón le siguen Coto Brus, con una tasa de 15,7/1.000, Abangares con 15,3/1.000 y Corredores 14,1/1.000 (*SINAMI: 2004: 10*). Todos estos cantones pertenecen a la zona rural del país: la Región Chorotega y la Región Brunca, situadas en las provincias de Guanacaste y Puntarenas. Igualmente encontramos que en el 2004 Guanacaste y Limón fueron las dos provincias que mostraron menor porcentaje en cuanto al número de defunciones de menores de un año que recibió asistencia médica, 87,9% y 82,9%, respectivamente, frente al 91,5% del promedio nacional (*SINAMI: 2004: 17*).

Según el total de casos de defunciones infantiles registrados en el 2004, el 40% son prevenibles, cifra que llega al 45% de los casos registrados en la Región Central Este, al 44% de los casos de la Región Chorotega y el 63,5% de la Región Huetar Atlántica (*SINAMI, 2004: 21*); esto muestra los retos que existen en cuanto a la disminución de la mortalidad infantil en algunas zonas del país.

Si consideramos el número de defunciones en relación con la población migrante, observamos que del total de 668 casos de defunciones infantiles ocurridas en el 2004, el 7,9% corresponde a población nicaragüense, el 6,7% a madres de otras nacionalidades y el 82,4% a costarricenses. En cuanto a la mortalidad materna, de 26 casos registrados, 23 correspondieron a mujeres costarricenses, dos a madres de nacionalidad nicaragüense y un caso a una madre panameña. (*SINAMI, 2004: 19*) En cuanto al acceso de servicios de salud, según datos del 2000, el “59% de las mujeres inmigrantes nicaragüenses (vs. 83% tuvo un control prenatal adecuado, y el 91% (vs. 96%) tuvo atención profesional del parto” por lo que este segmento de la población se encuentra en considerable desventaja en cuanto a la prevención de la mortalidad infantil y materna, aunque contrario a lo que se piensa, no contribuyen al aumento en las cifras de esta mortalidad.

Respecto a la salud sexual y reproductiva adolescente la Encuesta Social de Salud reproductiva 2001, refiere que las/os costarricenses están recibiendo más educación sexual e información anticonceptiva a edades cada vez más jóvenes. La proporción que recibió esta información antes de los 15 años de edad fue un 29% en 1999 comparado con el 21% en 1992; para los adolescentes entre 15-19 años pasa a un 56%, comparado a un 50% en el primer año.

Si bien esto es un dato que podría ser positivo en términos de la promoción de una maternidad segura y saludable y una paternidad responsable y afectiva, la realidad nos presenta otros problemas.

Según Valverde y otros (2001) (Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica.. PAIA. CCSS), las y los adolescentes entre 13 y 17 años y que son sexualmente activos, un 39% expresan no usar ningún método anticonceptivo, sucediendo esto más entre las mujeres (48%) que entre los hombres (34%). De hecho únicamente un 24% de esta población refiere haber usado en todas sus relaciones sexuales algún método anticonceptivo. Un 33% reporta haber tenido de 1 a 3 relaciones sin usar ningún método.

La proporción de madres menores de 20 años para el total de nacimientos en Costa Rica ha registrado un constante aumento en la década de los 90, pasando de representar un 16% del total de nacimientos en 1990 a un 21.3 en el 2000. Si bien el número de nacimientos ha descendido entre el 90 y el 2000, no se observa lo mismo en el grupo de mujeres menores de 20 años. (M López. Embarazo en la adolescencia y la mortalidad infantil. Costa Rica 1998-2000. Revista Adolescencia y Salud. Volumen 2. Costa Rica)

Para el 2001 según el Estado de los Derechos de Niñez y Adolescencia 2002, un 20 % de los partos ocurrieron en mujeres menores de 19 años, (14.860 partos); un 80% no tenían relación marital y la mortalidad infantil para este grupo representó una tasa de 15 por mil, es decir el 25% de las muertes ocurrieron de madres adolescentes.

El riesgo en que se encuentran las adolescentes de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual es grande y la existencia de acciones dirigidas a una educación integral de la sexualidad todavía son reducidas para la mayoría de ellas sobre todo las más pobres, y sobre todo cuando se piensa en estrategias que hagan un llamado especial a los hombres jóvenes y adultos a cuidar su salud sexual y reproductiva y la de su pareja.

Por otro lado en las diferentes evaluaciones de la atención integral de la salud, que ha realizado el Ministerio de Salud en el I nivel (2000-2004), tomando como referencia las Normas Nacionales de Atención Integral para las personas en el I Nivel, las deficiencias del modelo se reflejan con mayor intensidad en la atención de los y las adolescentes, en aspectos de salud sexual y reproductiva y en la atención de las personas adultas mayores. En estas evaluaciones también se destaca que la mayor debilidad se identifica en las acciones de planificación de la atención de la salud de la población adscrita al servicio, reflejando la ideología de una práctica individualizada, curativa y por demanda; que la educación en salud es también individual, sin programación y que las actividades de participación social en salud son muy débiles.

Con el proyecto de reforma, se buscó la transición desde un modelo asistencialista-biologista, hacia otro integral, en un marco amplio de la atención primaria, la promoción de la salud y el ejercicio de una rectoría, que no se han logrado hacer efectivas a finales del siglo XX, pues no sólo requieren los diseños y recursos propuestos y utilizados, sino, en especial, cambios profundos de actitud y de actuación de las personas usuarias, del personal de salud y de las instituciones que forman los recursos humanos del sector. (Sáenz, Lenín, 2003: 51)

2. JUSTIFICACION

La situación de salud materna e infantil planteada anteriormente, presenta elementos de preocupación específicamente en relación a la salud materna y perinatal. El descenso esperado en la mortalidad materna no se ha registrado, observándose un estancamiento de las tasas en las dos últimas décadas.

Se reconoce que la muerte de una madre tiene repercusiones emocionales, sociales y económicas muy importantes que repercuten en la familia y en la comunidad. Sus consecuencias son profundas pues la muerte de la madre disminuye la supervivencia del recién nacido, el desempeño escolar de sus hijos sobrevivientes y los ingresos familiares, además, representa una pérdida de la productividad económica del país.

En este contexto los datos presentados, muestran que Costa Rica es todavía un país con iniquidades sociales importantes, en cuanto a acceso a servicios y promoción de la salud, en especial para las mujeres residentes en regiones pobres. Aunque a nivel nacional se presentan índices de desarrollo socioeconómico alentadores, existen zonas y sectores de la población muy deprimidos, que corresponden además con los sectores y regiones del país con la situación más deplorable en cuanto a los indicadores de salud, calidad y acceso a los servicios.

Estas iniquidades se presentan especialmente entre zonas y entre regiones de salud pero también entre cantones y sectores específicos de la población, lo cual es reflejo tanto de la desigualdad social cada vez más pronunciada en Costa Rica, así como de la concentración del desarrollo y el bienestar en algunos cantones y centros urbanos. Iniquidades que afectan principalmente a los sectores más vulnerables de la población: mujeres, adolescentes, niñas y niños, en situación de pobreza.

Frente a esta situación, la Estrategia Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura plantea al Estado Costarricense en general y al Sector Salud de nuestro país, en particular, el desafío de continuar trabajando por una maternidad e infancia saludable y segura basada en el derecho a la protección de la salud de las mujeres, niños/as y adolescentes. Este compromiso debe dirigirse a brindar las condiciones necesarias para el logro de una salud materna e infantil adecuada, en términos de educación, acceso, calidad de servicios, apoyo institucional, promoción de la paternidad responsable y desarrollo de condiciones equitativas. A enfrentar estos desafíos, se dirige el presente Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura.

3. PLAN ESTRATEGICO NACIONAL PARA UNA MATERNIDAD E INFANCIA SALUDABLE Y SEGURA 2006-2015

3.1 Base conceptual y filosófica

Por medio de trabajo de grupos y utilizando la metodología de planificación estratégica, el grupo de participantes definió la visión, la misión y los valores que integran el plan estratégico en mención

VISION

Que toda la población que habita en este país goce de una vida saludable y segura, en todo su ciclo de vida, mediante el acceso oportuno y de calidad a la salud integral, la educación, el trabajo y la vivienda, en un entorno familiar y social solidario, amigable y seguro, respetuoso de las diferencias y los derechos humanos; contando para ello con un compromiso real y efectivo del Estado y la sociedad civil en la construcción de una Maternidad e Infancia Saludable y Segura.

MISIÓN

Un Estado comprometido que apoya y fortalece al Sector Salud y promueve la participación real y protagónica de la sociedad en la oferta de servicios de salud: integrales, de calidad, con equidad, para individuos, familias y comunidades, comprometidos en la construcción de una maternidad e infancia saludable y segura, dentro del marco de la atención primaria y la promoción de la salud, para el logro de una calidad de vida para todas las personas, en sus diferentes ciclos de vida.

Valores y Principios orientadores

- Justicia social y reducción de la pobreza para resolver las iniquidades en materia de salud.
- Respeto, protección y cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres, los hombres, los/as adolescentes y recién nacidos.
- Respeto de los valores básicos de la facultad de elección, la dignidad, la diversidad y la igualdad.

- Abordaje de los problemas de género y sensibilidad cultural.
- Énfasis en los recursos sociales y personales existentes
- La participación como construcción de compromiso y apropiación colectiva.

Enfoques

- Derechos humanos
- Respeto y tolerancia las diferencias
- Equidad de Género
- Inclusión y justicia social
- Equidad
- Calidad
- Promoción de la Salud
- Participación y corresponsabilidad
- Estado y sociedad civil
- Interés superior y prioridad absoluta de la niña, niño y adolescente

3.2 Propósito

Garantizar la salud y el bienestar de las mujeres, las madres, las niñas y los niños, para que tengan oportunidad de una vida saludable y segura, mediante el acceso oportuno y de calidad a salud, educación, trabajo, transporte, en un entorno familiar y social solidario, amigable y seguro.

3.3 Objetivos generales

- a) Contribuir a salvar las vidas de mujeres, niñas y niños en el período del embarazo, parto y post parto, promoviendo políticas de salud públicas e institucionales que fortalezcan la atención integral de su salud durante todas las etapas de su vida, en el marco de las estrategias de Atención Primaria de la Salud y Promoción de la Salud.
- b) Mejorar la calidad de la atención integral en los servicios de salud reproductiva, atención prenatal, atención del parto, posparto y del recién nacido, para reducir la morbilidad severa, la discapacidad y mortalidad materna, perinatal e infantil.
- c) Promover procesos de participación social para la educación y sensibilización de mujeres y hombres en la toma y manejo de decisiones responsables en el cuidado de la salud individual y colectiva, con énfasis en la salud materna y perinatal.
- d) Promover la elaboración, aplicación, monitoreo y evaluación de políticas, marco jurídico-legal e institucional tanto en el nivel nacional como regional y local que garanticen una maternidad e infancia saludable y

segura a través del mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, así como de la salud materna e infantil

3.4 Líneas estratégicas

Con el fin de hacer efectivo el compromiso y las acciones del Estado y de la Sociedad Civil para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres, las niñas y los niños del país, es necesario e imprescindible la construcción de una "Política pública para una maternidad saludable y segura", la cual se propone desarrollar por medio de los siguientes componentes:

- Modelo de atención integral materno, perinatal e infantil.
- Aseguramiento de la calidad de atención.
- Participación y comunicación social en salud.
- Marco de políticas, legal e institucional de la salud materna, perinatal e infantil

3.4.1 Modelo de atención integral materno, perinatal e infantil

Justificación

La estrategia para una Maternidad Saludable y Segura debe ser integral, tomando en cuenta no solo a los servicios de salud, sino las barreras sociales, culturales, económicas que en un momento dado interfieran para que la mujer acceda a los servicios de salud, además se debe tomar en cuenta el embarazo no deseado, el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otros problemas de la salud reproductiva de las mujeres y de los hombres.

Al momento actual, alrededor del 99% de los partos son atendidos a nivel institucional, sin embargo, aún así, no se ha logrado un impacto en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en los últimos 20 años, de hecho, existen variaciones entre la mortalidad neonatal y la mortalidad materna, no obstante el importante porcentaje de parto institucional.

Es necesario eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud, mejorar la atención a las mujeres, niñas y niños, disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias, brindar una atención humanizada durante el embarazo, parto y pos-parto. Es esencial una asignación de recursos económicos, materiales y humanos que hagan posible una atención oportuna con criterios de equidad, calidad y calidez.

Por último, cabe destacar que se debe intervenir en el mejoramiento de la red de servicios que considere una definición de competencias según nivel de atención.

Objetivo general

Contribuir a salvar las vidas de mujeres, niñas y niños en el período del embarazo, parto y post parto, promoviendo políticas de salud públicas e institucionales que fortalezcan la atención integral de la salud durante todas las

etapas de su vida, en el marco de las estrategias de Atención Primaria de la Salud y Promoción de la Salud.

Objetivos específicos

- a) Revisar reglamentos y normativas administrativos referentes a los períodos de incapacidades que tiendan a mejorar la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijas e hijos identificados como de riesgo.
- b) Formular un reglamento que garantice a las mujeres embarazadas el acceso a una atención integral durante el período prenatal, parto, post parto y al recién nacido hasta el primer año de vida.
- c) Garantizar la aplicación de la metodología del enfoque de riesgo integral en el embarazo, parto y post parto en los procesos de atención y en la programación de las actividades.
- d) Apoyar las estrategias de intervención para el mejoramiento de los puntos críticos en los servicios de obstetricia y neonatología detectados por medio de diferentes metodologías de evaluación de los servicios, entre ellas el proceso de Habilitación.
- e) Asegurar el traslado seguro y oportuno de las mujeres embarazadas, niñas y niños en condiciones críticas a los niveles de atención correspondientes.
- f) Promover y fortalecer el mejoramiento de la competencia técnica de los equipos de salud para una atención segura y con criterios de calidad, en el área materno-perinatal.
- g) Promover la distribución del recurso humano acorde con las necesidades de los diferentes niveles de atención.

Ejes transversales

Desarrollo de la capacidad técnica, orientada al mejoramiento de la calidad de atención de la mujeres embarazadas, de las niñas y los niños; para identificar y manejar las complicaciones durante el embarazo, parto y post parto así como enfrentar adecuadamente las emergencias obstétricas.

Atención con calidad y calidez, orientado al trato humanizado por parte del equipo de salud en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y post parto y el recién nacido.

Sistema de referencia y contrarreferencia, para una intervención integral y oportuna de la mujer durante el embarazo, parto y post parto y del recién nacido, en todo el sistema de salud.

Líneas de acción

- Políticas, reglamentos y normativas.
- Mejoramiento de la atención.
- Organización de los servicios de salud.
- Desarrollo y organización del recurso humano.

3.4.2 Aseguramiento de la calidad de la atención

Justificación

Conocer el nivel de la Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil no es suficiente. Debemos conocer los factores que condicionan y determinan esos fallecimientos o provocan graves complicaciones y discapacidades.

Cada muerte materna y cada caso de complicaciones severas en el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido, tiene una historia que contar y que al agregarse, pueden demostrar tendencias o factores comunes a los cuales dirigir las acciones y orientar las acciones dirigidas a mejorar la calidad de atención, asegurar el acceso oportuno a los servicios e identificar grupos poblacionales de alto riesgo, que por sus condiciones de vida, concentran los riesgos de enfermar y morir en este periodo de la vida.

Objetivo general

Mejorar la calidad de la atención integral en los servicios de salud reproductiva, atención prenatal, atención del parto, posparto y del recién nacido, para reducir la morbilidad severa, la discapacidad y mortalidad materno-perinatal- infantil.

Objetivos específicos

- a) Asegurar la calidad de los servicios de salud reproductiva con el objetivo de que las mujeres y las parejas tengan la información y los servicios que apoyen la planificación del tiempo, número y distanciamiento de los embarazos y reducir los embarazos no deseados y de alto riesgo.
- b) Asegurar la calidad de la atención prenatal con el objetivo de prevenir, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones del embarazo.
- c) Asegurar la calidad de la atención del parto, del posparto inmediato y del recién nacido, con el objetivo de prevenir, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones obstétricas y en el recién nacido, para reducir la morbilidad severa, la discapacidad y las muertes maternas y neonatales.

Ejes transversales

Atención con calidad y equidad en la atención de la salud reproductiva, durante el embarazo, parto, posparto y en la atención del recién nacido, asegurando que todas las mujeres y las parejas conozcan su derecho a decidir el momento, distanciamiento y número de embarazos que desean tener y el conocimiento y el acceso a los medios disponibles para hacerlo efectivo

- Asegurando que todas las mujeres conozcan la necesidad y el derecho de su atención y los signos de alarma durante el embarazo
- Asegurando que los servicios necesarios existan y sean accesibles en costo, tiempo, cultura, sin diferencias de género, grupo social, edad o etnia

- Asegurando que los servicios que se reciben sean de calidad, oportunos y seguros

Desarrollo de la capacidad técnica, para garantizar que todo el personal de salud, especialmente el ubicado en las zonas de mayor riesgo por mortalidad materna e infantil, tenga los conocimientos, aptitudes y los equipos necesarios, para la atención integral de la salud reproductiva, incluyendo en ella la consejería, el mejoramiento de la calidad de atención de las mujeres embarazadas, para identificar y manejar las complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, así como para enfrentar adecuadamente las emergencias obstétricas y la atención de los recién nacidos.

Fortalecimiento del sistema de referencia-contrarreferencia y la configuración de redes de atención, para garantizar un parto limpio y seguro y que los cuidados obstétricos esenciales que requieren los embarazos con riesgo y complicaciones, estén disponibles para todas las mujeres que los necesiten y asegurar una intervención segura y oportuna de la mujer, feto y recién nacido, durante el embarazo, parto y post parto.

Enfoque de derechos y participación ciudadana en salud, para garantizar que las mujeres, grupos organizados de la comunidad, instituciones públicas y privadas relacionadas con la salud, sean actores en los procesos de aseguramiento del acceso y la calidad de la atención en salud que reciben.

Líneas de acción

- Elaboración, actualización y capacitación en guías clínicas y normas nacionales de atención para los principales problemas identificados en la atención de la salud reproductiva, embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido.
- Fortalecimiento de los procesos de vigilancia y análisis de las muertes maternas e infantiles con la participación de los equipos de salud de la red de atención y los grupos organizados de la comunidad.
- Identificación y análisis de los factores que condicionan o determinan resultados materno-perinatales adversos, por medio del desarrollo de un sistema de vigilancia, con base comunitaria, con un enfoque integral que tome en consideración los condicionantes sociales y económicos, realizado por los equipos locales, de forma anónima y confidencial, dirigido a la prevención de complicaciones y de muertes maternas y neonatales.
- Habilitación, acreditación de los establecimientos de salud, para garantizar partos limpios y seguros y que los cuidados obstétricos esenciales, que requieren los embarazos con riesgo y complicaciones, estén disponibles para todas las mujeres que los necesiten y asegurar una intervención segura y oportuna de la mujer, feto y recién nacido, durante el embarazo, parto y post parto.

- Certificación de los hospitales amigos del niño, la niña y la madre y los establecimientos de salud del primer nivel amigos del niño, la niña y la madre para garantizar la lactancia materna exitosa.
- Lecciones aprendidas un requisito para la acción, mediante un proceso de problematización, de trabajo en equipo interdisciplinario, para la resolución de problemas concretos, centrado en el trabajo, que consiste en la base del desarrollo de las capacidades técnicas.

3.4.3 Participación y comunicación social en salud

Justificación

La iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzada en el año 2000, "Reducir los riesgos del embarazo" propone el enfoque de promoción de la salud y dentro de este, enfatiza el trabajo con el individuo, la familia y la comunidad, para promover una participación activa informada y con conocimiento para la toma de decisiones saludables tanto en el entorno individual como colectivo.

La participación del individuo, la familia y la comunidad (IFC) es fundamental en el desarrollo de la estrategia de maternidad saludable y segura, pues contribuye a otorgar poder de decisión a las mujeres, las familias y las comunidades para mejorar y aumentar el control de la salud de la madre y el recién nacido. Igualmente aumenta la conciencia del derecho a tener acceso y a recibir servicios de salud de calidad.

También la participación contribuye a crear más conciencia de la función de los hombres en el fomento de la salud de las mujeres, de la madre y el recién nacido en particular, en el papel que ejercen como hijos, parejas, padres y miembros de la comunidad. Además de un mayor reconocimiento de sus derechos reproductivos así como de las necesidades de salud sexual y reproductiva de sí mismos, su pareja u otras personas con las que se relaciona, incluyendo la participación activa e informada en el proceso maternidad y paternidad en co-responsabilidad.

Objetivos generales

- a) Promover espacios de participación y diálogo social para involucrar a los diferentes actores sociales en los niveles nacional, regional y local, para el ejercicio ciudadano co-responsable por una maternidad e infancia saludable y segura.
- b) Fortalecer la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para ejercer una maternidad y paternidad deseada, afectiva, saludable, segura y nacimientos sin riesgos.
- c) Facilitar el acceso a la información y educación de las personas, las familias y las comunidades para una participación activa, comprometida e informada.

Objetivos específicos

- a) Promover y fortalecer el desarrollo de redes de participación social en los niveles comunal e institucional, que fortalezcan los vínculos entre la comunidad y los servicios de salud para el desarrollo de proyectos en pro de una maternidad e infancia saludable y segura, incorporando las acciones en el contexto de las iniciativas de cantones y comunidades saludables, así como de escuela promotoras de salud.
- b) Sensibilizar a los diferentes grupos de población, hombres, mujeres, adolescentes y niñas y niños y al personal de salud, en los ámbitos público y privado, para que se involucren en acciones y proyectos de participación social que contribuyan a crear entornos físicos y sociales que favorezcan una maternidad y paternidad saludable y co-responsable.
- c) Desarrollar y fortalecer mecanismos que faciliten la participación social y comunitaria y de los gobiernos locales, para concienciar a los diferentes actores sociales y estimular su involucramiento en acciones que fomenten la maternidad e infancia saludable y segura.
- d) Desarrollar acciones de comunicación en los niveles nacional, regional y local para informar y sensibilizar a los diferentes actores sociales, sobre la responsabilidad de las personas, las familias y las comunidades en el mejoramiento de las condiciones de salud de las mujeres, niñas y niños.
- e) Movilizar la opinión pública para la toma de conciencia a favor de la maternidad e infancia saludable y segura, a fin de obtener un apoyo social en los esfuerzos por reducir las muertes maternas e infantiles.
- f) Elaborar mensajes que apoyen las acciones de participación social y educación que propicien y fomenten una maternidad saludable y segura.
- g) Capacitar al personal de las áreas de salud para fortalecer habilidades y destrezas mediante el conocimiento de técnicas de comunicación y educación para la salud, con el fin de elaborar sus programas de educación a la comunidad.
- h) Educar a grupos organizados de la comunidad respecto de la importancia del autocuidado de la salud, de la utilización oportuna y adecuada de los servicios de salud y en su responsabilidad en la vigilancia de la calidad de la atención, en pro de una maternidad y paternidad saludable, co-responsable y segura.

Ejes transversales

Desarrollo de aptitudes, orientada a intervenciones que deberán considerar como apoyar la función activa de las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades en el fomento de la salud de la madre y el recién nacido, más allá de medidas que los limitan a ser receptores pasivos de los mensajes y la atención; es decir, se enfocan a fortalecer las capacidades individuales y colectivas para mantenerse sanos y tomar decisiones saludables.

Mayor conciencia: de los derechos, responsabilidades, necesidades y problemas relacionados con el género y las dimensiones de la salud de las mujeres,

el recién nacido y la familia a lo largo del ciclo de vida; del reconocimiento de que la maternidad y nacimiento sin riesgo son derechos humanos; de la promoción de la función solidaria y co-responsable de los hombres como hijos, parejas, padres y el fomento del apoyo de otros miembros influyentes de la familia y la comunidad; de la necesidad de abordar la salud sexual y reproductiva de la persona adolescente, con el fin de reducir los embarazos en este grupo poblacional, considerando además, el desarrollo de un proceso socio-educativo desde la edad pre-escolar y escolar y del impacto de la violencia intrafamiliar y sexual en la salud de las mujeres, sus familias y las comunidades.

Fortalecimiento de los vínculos para lograr el apoyo social entre las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades y con el sistema de atención de salud. Se requiere promover y fortalecer alianzas estratégicas y el trabajo en redes, para generar iniciativas orientadas a la promoción y la protección de la salud de las madres, el recién nacido y las familias.

Mejoramiento de la calidad de la atención, los servicios de salud y las interacciones con mujeres, hombres, familias y comunidades, para fortalecer el trabajo entre comunidades y servicios de salud, mediante enfoques que articulen la participación de la comunidad en procesos de toma de decisión y vigilancia de la calidad de la atención. Incluye el desarrollo de aptitudes interculturales e interpersonales en los prestadores de salud y asegurar un entorno de apoyo y cuidados durante todo el ciclo de vida.

Líneas de acción

- Participación social.
- Comunicación social.
- Educación para la salud.

3.4.4 Marco de políticas, legal e institucional de la salud materna, perinatal e infantil.

Justificación

La salud como producto social requiere de la acción coordinada de todos los actores sociales involucrados: gobierno, sectores sociales y económicos, ONGs, agencias de cooperación, sector privado y comunidad. En éste sentido para alcanzar y sostener niveles óptimos en salud materna e infantil el trabajo se orientará a:

a) Promover políticas y leyes que protejan los derechos humanos de la mujer, incluido el acceso a la salud, la nutrición, la planificación familiar y la educación; b) el compromiso financiero de asegurar los recursos humanos y materiales necesarios; c) la atención a las necesidades de la población en los sistemas de salud; d) la integración de la atención de la salud sexual y reproductiva y e) el uso de indicadores de resultados (mortalidad) y de procesos para vigilar la adecuación de los servicios de salud materna e infantil

Igualmente se debe desarrollar modelos de atención integral, integrados y de calidad; con participación, educación y comunicación social para una demanda oportuna de los servicios y el fomento del autocuidado de la salud; la

construcción de alianzas estratégicas con actores sociales públicos y privados, comunidad, cooperantes nacionales e internacionales, el aseguramiento de la asignación financiera y la sostenibilidad económica de la atención de la salud materna e infantil.

En éste sentido y en coherencia con los componentes anteriores se tiene como:

Objetivo General

Fortalecer procesos para la formulación, aplicación, monitoreo y evaluación de las políticas, el marco jurídico-legal e institucional tanto en el nivel nacional como regional y local que garanticen una maternidad e infancia saludable y segura.

Objetivos Específicos

- Implementación y seguimiento a acuerdos nacionales e internacionales
- Formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas públicas que incorporen estrategias interinstitucionales, sectoriales e intersectoriales de promoción y protección de la salud sexual y reproductiva, de la salud de la mujer, de las niñas y niños y adolescentes a nivel nacional, regional y local.
- Diseño, implementación, monitoreo y evaluación del marco jurídico legal, normativo intra e interinstitucional, inter e intrasectorial de salud materna, perinatal e infantil.
- Asegurar la disponibilidad de recursos tanto humanos como financieros para el cumplimiento de las políticas, planes, programas y proyectos.
- Fortalecer el funcionamiento de un sistema de información, monitoreo, evaluación tanto de las políticas, como de estrategias, planes, proyectos y programas en salud materna e infantil.

Ejes transversales

- Modelo de Atención Integral e integrado y de calidad
- Promoción de la salud sexual y reproductiva, salud materna, perinatal – infantil y de la adolescencia.
- Alianzas estratégicas internacionales, nacionales, regionales y locales.
- Planificación intra e interinstitucional, intra e intersectorial a nivel nacional, regional y local.

Líneas de Acción

- Políticas públicas.
- Reglamentos y normativas.
- Recursos Humanos
- Recurso financieros
- Monitoreo y Evaluación

4. PLAN DE ACCIÓN 2006-2015

COMPONENTE 1: ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MATERNA, PERINATAL E INFANTIL

ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN
Normas de atención materno-infantil desactualizadas y descontextualizadas y no disponibles.	Fortalecer procesos de normatización, aplicación y seguimiento, que permitan contar con normas actualizadas para la atención de la población materno-infantil.	Normas de atención actualizadas, distribuidas y aplicándose en los tres niveles de atención.	- Un documento conteniendo las normas actualizadas al 2007. - 100% de los establecimientos con normas de atención materno-infantil disponibles.	- Conformar un grupo de trabajo multidisciplinario e interinstitucional, encargado del proceso normativo (con representación de colegios, asociaciones, profesionales y entidades científicas para normalizar). - Coordinar la asesoría técnica del CLAP-OPS en la elaboración de las normas nacionales de atención materno-infantil. - Elaborar normas nacionales de: atención de salud sexual y reproductiva, crecimiento y desarrollo infantil, prenatal, parto y posparto, emergencias obstétricas y neonatales. - Oficializar y publicar las normas. - Distribución de las normas de atención elaboradas.	- Nivel Central Ministerio de Salud. - Comisión Nacional de Maternidad e Infancia Saludable y Segura.
Incumplimiento de normas en la atención materno-infantil, en los tres niveles de atención.	Fortalecer el sistema de educación permanente y el monitoreo al desempeño, en todos los niveles de atención.	Equipos de salud, aplicando las normas y brindando atención de calidad en salud materno-infantil.	- 50% del personal de salud capacitados/as y aplicando las normas al 2008 y 100 % del personal al 2015. - 100 % de las universidades con carreras de salud, utilizan las normas de atención materno-infantil como libro de texto al 2015.	- Elaborar y ejecutar un plan de educación permanente en salud materno infantil, en todos los niveles de atención. - Desarrollar un sistema de monitoreo de cumplimiento de normas y calidad de la atención materno-infantil, en todos los niveles de atención. - Coordinar, negociar y suministrar las normas de atención-materno infantil a las universidades, para usarlas como recurso educativo/ formativo de los estudiantes.	- Nivel Central Ministerio de Salud. - Comisión Nacional de Maternidad e infancia saludable y Segura. - Nivel nacional, regional y local.
Debilidad en la gestión de la red de servicios, lo cual impacta negativamente la capacidad resolutoria de los mismos.	Revisión y fortalecimiento de los procesos de trabajo en la red de servicios de salud.	Un sistema de salud con políticas y normas claras para el trabajo en red.	- Compromisos de gestión incluyen expresamente indicadores sobre funcionamiento en red. - Un sistema de regionalización en salud uniforme a nivel nacional - Un sistema de valoración de riesgo de usuarias para identificar las usuarias que ameritan traslado.	- Analizar el funcionamiento de la red de servicios. - Desarrollar un sistema de referencia y contra-referencia, según la capacidad resolutoria y los niveles de complejidad en la red de servicios. - Negociar con MIDEPLAN la uniformidad de la red. - Desarrollar planes de trabajo inter-sectoriales para el logro de las Metas del Milenio, a nivel nacional, regional y local.	- Nivel Central Ministerio de Salud. - Comisión Nacional de Maternidad e infancia saludable y Segura. - Nivel nacional, regional y local.
Falta de un sistema de información automatizado en salud materna, peri-natal e infantil unificado y con un enfoque integral.	Fortalecimiento de la coordinación intra e intersectorial para el desarrollo de un sistema automatizado de salud materno, peri-natal e infantil, unificado e integrado a nivel nacional, regional y local.	Un sistema de información automatizado, operando y facilitando la toma de decisiones.	- Un sistema informático de atención materno-infantil y peri-natal, uniforme a nivel nacional. - 100% de establecimientos públicos y privados, utilizan el carné peri-natal, la libreta de salud del niño y la historia clínica peri-natal al 2008.	- Diseñar un sistema de información de salud materno, peri-natal e infantil, unificado. - Solicitar asesoría al CLAP para el sistema informático. - Diseñar el programa de cómputo. - Fortalecer las comisiones regionales de materno-infantil. - Capacitar a los responsables del sistema de información. - Establecer alianzas estratégicas formales con el INEC y con la Medicatura Forense. - Fortalecer los servicios de patologías de los hospitales regionales. - Establecer convenios con las universidades para que incluyan en su currícula, el tema de Sistema de información.	- Ministerio de Salud - CCSS - INEC - CLAP / OPS - Escuela Tecnologías Médicas/ UCR - Medicatura Forense

COMPONENTE 1: ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MATERNA, PERINATAL E INFANTIL

ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN
Deficiencias en calidad y cantidad del recurso humano, para la atención al grupo materno-infantil, en el nivel ambulatorio y hospitalario.	Promoción de una política de desarrollo de recursos humanos, tanto generales como especializados, para la atención materno-infantil.	Diseñada y ejecutándose una política pública de desarrollo de recursos humanos, para la atención del grupo materno-infantil, a nivel nacional.	- Un documento de política pública de recursos humanos, a nivel nacional.	- Coordinar la política pública de recurso humanos con el CONARE, el CEDEISSS y con los colegios profesionales de Medicina, Enfermería, Nutrición y Odontología Microbiología y Farmacia	- Nacional, regional y local.
	Reorientación de la formación de recursos humanos en relación con el modelo de atención integral, la estrategia de atención primaria y la promoción de la salud.	Se cuenta con el número y el tipo necesario de egresados universitarios en relación con el estudio de oferta y demanda del sector salud. Perfil funcional llena las necesidades de atención de la salud del grupo materno-infantil.	- Número de universidades que integraron en su currículo el componente de Maternidad e Infancia Saludable y Segura. - Número de especialistas en el campo de la salud Materno Infantil egresados por año. - Seis disciplinas con perfil definido dentro del modelo de Atención Integral en Salud.	- Desarrollar el perfil funcional de cada uno de las disciplinas que intervienen en la atención materno-infantil, en los diferentes niveles. - Redefinir el rol del ATAP - Definir el rol de la enfermera en los EBAIS.	- Nivel Nacional.
	Redefinición del perfil del funcionario de atención primaria.				
	Redistribución de los recursos humanos de acuerdo con los estándares de calidad, según la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.	Servicios de salud dotados de personal adecuado en calidad y cantidad, según su nivel de complejidad, para brindar servicios de calidad.	- Existencia de un diagnóstico de necesidades de recurso humanos por servicio, actualizado año con año. - Número de establecimientos acreditados que cumplen con el estándar de Programas de Educación en servicio desarrollados por año.	- Realizar un diagnóstico nacional de necesidades de recursos humanos para la atención al grupo materno-infantil. - Desarrollar una base de datos de recurso humanos del en salud, ubicados en los niveles nacional, regional y local. - Revisar la Ley de Servicio Social Obligatoria.	- Nivel nacional, regional y local.
	Desarrollo y aplicación de una metodología de supervisión capacitante, basada en el mejoramiento continuo de la calidad.	Todo el personal de atención materno infantil, está laborando por el mejoramiento continuo de la calidad y bajo supervisión capacitante.	- 100% de EBAIS que en la variable recursos humanos, tienen nota de 80-89%, o sea un nivel aceptable - Número de servicios de neonatología, que cumplen con el estándar de recursos humanos estipulado en la acreditación.	- Capacitar al recurso humano en calidad de la atención en salud y en las diversas metodologías para evaluarla. - Evaluar el desempeño de los recursos humanos por medio de resultados.	- Nivel nacional, regional y local.
	Involucramiento e incorporación de voluntarios/as en salud, como apoyo en la atención al grupo materno-infantil.	Establecimientos de salud con espacios de participación para el apoyo de voluntarios/as de salud.	- Número de damas voluntarias capacitadas registradas. - Número de parteras tradicionales capacitadas y registradas. - Número de voluntarios/as de salud, capacitados y registrados.	- Retomar el Programa de Parteras Tradicionales, de voluntarios/as de salud, y damas voluntarias entre otros.	- Nivel local.

COMPONENTE 2: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR/ES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN
Debilidades en la calidad de la atención en salud, especialmente en la atención del parto y posparto inmediato, lo cual ha impedido el descenso de la mortalidad materna.	Fortalecer el proceso de habilitación y auditoría de la calidad en los establecimientos de la red de servicios, relacionados con la atención prenatal, obstétrica y neonatal integral y la referencia y contrarreferencia, dentro del marco del Sistema Nacional de Garantía de la Calidad.	Criterios de calidad de atención elaborados, difundidos y aplicados en las instituciones de la red de servicios.	- El 100% de los establecimientos de salud con servicios de maternidad, con planes de intervención o habilitados al 2012. - El 100% de los establecimientos de salud con servicios de maternidad y neonatología, incluyen estándares de proceso, centrados en la seguridad de sus usuarias en la evaluación de la calidad de atención al 2012. - Al menos el 80% de los funcionarios de salud en relación con la atención de madres y RN están capacitados en los aspectos de calidad y seguridad de atención. - Los mecanismos de referencia y contrarreferencia definidos al 2006.	- Garantizar el cumplimiento de los estándares definidos para la adecuada atención obstétrica y neonatal, en el proceso de habilitación de los establecimientos de salud en todo el país. - Fortalecer el proceso de seguimiento a los planes de intervención de corrección de las no conformidades identificadas en el proceso de habilitación de servicios de salud. - Identificar los estándares de proceso de cuidado obstétrico y perinatal esencial e integral, centrados en las usuarias y en la satisfacción de las mismas y de sus familias - Fortalecer el seguimiento de los planes de mejoramiento continuo en la aplicación de estos estándares de proceso en los servicios de salud. - Analizar y evaluar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de la urgencia obstétrica y perinatal.	- Nivel Central del Ministerio de Salud. - Comisión Nacional de Maternidad e Infancia Saludable y Segura.
Debilidad en la calidad de la atención por falta de: aplicación de la normativa técnica y la supervisión de los procesos de atención en salud materno- infantil.	Evaluación, monitoreo y seguimiento de la calidad de la atención (por las diferentes instancias y a través de distintos instrumentos), respetando la aplicación de la normativa existente.	Mecanismos de monitoreo y seguimiento de las evaluaciones de la calidad de los procesos de atención materno infantil, públicos y privados, aplicándose sistemáticamente y con reportes trimestrales de resultados, en los diferentes niveles de atención.	- El 50% de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, aplican el monitoreo de forma permanente y la evaluación se realiza una vez año, al 2008. - El 100% de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, aplicarán monitoreo de forma permanente y la evaluación una vez año, al 2012.	- Diseño del sistema nacional de monitoreo de la seguridad de madres, niños y niñas en la atención en salud. - Capacitar al recurso humano sobre el monitoreo de la seguridad de madres, niños y niñas en la atención en salud. - Fortalecer la capacidad de gestión de las comisiones nacionales, hospitalarias, regionales y locales de análisis de la mortalidad materna e infantil, para incluir el análisis de los procesos de atención e identificación de factores de riesgo para la calidad y seguridad en la atención. - Verificar el cumplimiento de las normas técnicas en la población atendida, especialmente las guías clínicas en la atención de las emergencias obstétricas y del RN, mediante el análisis de los casos e indicadores de proceso, diseñados para tal fin, con el objetivo de determinar e implementar medidas correctivas. - Diseñar el mecanismo idóneo para la transferencia de información a los entes de control y garantizar que se tomen las medidas correspondientes.	- Comisión Nacional. - Comisión Nacional. - Comisiones regionales y locales. - Comisiones nacionales, hospitalarias, regionales y locales. - Comisiones nacionales, hospitalarias, regionales y locales. - Comisión Nacional.

COMPONENTE 2: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR/ES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN
Ausencia de estrategias de mejoramiento continuo de la calidad.	Implementar una intervención articulada con los actores públicos y privados del Sistema de Salud, para realizar la revisión crítica de las muertes maternas, perinatales e infantiles y de los eventos adversos serios ocurridos en ese periodo, identificando los factores determinantes y elaborando planes de intervención.	Establecido un organismo consultor, ad hoc, que determina el patrón de las muertes maternas, infantiles y eventos adversos en el país, su evitabilidad, facilitando así la toma de decisiones y medidas de intervención para disminuir su incidencia.	- El 50% de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, aplican estrategias de MCC y la evaluación de sus resultados se realiza al menos una vez año, al 2008. - El 100% de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, aplicarán estrategias de MCC y la evaluación de sus resultados se realizan al menos una vez año, al 2012.	- Fortalecer la Comisión Nacional Asesora para la Maternidad e Infancia Saludable y Segura. - Identificar el patrón y la causalidad de las muertes maternas, infantiles y de los eventos adversos serios, por regiones del país, identificando sus factores determinantes con el propósito de establecer la prevenibilidad de estos eventos. - Desarrollar recomendaciones de carácter técnico y administrativo, tendientes a mejorar la integralidad de las acciones en salud sexual y reproductiva en el sistema de salud. - Establecer las medidas promocionales, preventivas y correctivas para reducir las muertes maternas, infantiles y los eventos adversos en términos de su prevenibilidad, con base en el comportamiento y la causalidad de los eventos, con el propósito de que el sector asuma procesos de mejoramiento del acceso, la calidad y oportunidad. - Dar soporte a la toma de decisiones técnico normativas a todos los niveles del sistema de salud.	- Comisión Nacional Asesor para la Maternidad e Infancia Saludable y segura. - Comisiones hospitalarias, regionales y locales.
Los servicios de salud no cuentan con incentivos para mejorar el desempeño del personal de salud en la atención materno-infantil.	Crear incentivos al personal, para generar acciones de mejoramiento de la calidad de la atención de las madres y niños/as.	Generado conocimiento público de la gestión de los servicios de salud en el cuidado prenatal, obstétrico y del recién nacido, y fortalecer el control social.	- Creado un premio de atención de calidad a los servicios de Salud Reproductiva y de atención prenatal en los servicios ambulatorios y de atención del embarazo, parto, posparto y atención del RN en los servicios hospitalarios, en el año 2006. - En el año 2008, el 50% de los establecimientos de salud de cada nivel de atención, estarán incorporados al premio de la calidad en la atención materno-infantil. - En 100% de los establecimientos de salud en 2012 y el 100% en el 2015, estarán incorporados al premio de calidad de la atención materno-infantil.	- Organizar el otorgamiento de un premio de atención de calidad en los servicios de Salud. - Motivar a los establecimientos de salud a incorporarse al premio de calidad en la atención. - Diseñar y ejecutar un sistema de motivación y mantenimiento de los establecimientos de salud en relación con el premio de calidad de la atención.	- Nivel Nacional, en coordinación con los niveles regional y local.
Falta de una planificación e inversión en salud, que responda a las necesidades de salud.	Planificación de la inversión en salud, para la atención de la infancia y la salud sexual y reproductiva de las personas en todo su ciclo de vida.	Asignados los recursos económicos acorde con las necesidades de la población para la atención de la salud materno-infantil, de acuerdo con la planificación estratégica, por niveles de atención.	Una Agenda Estratégica para la inversión elaborada en forma bianual desde el 2006 y aprobada por los diferentes actores sociales.	- Convocatoria de los diferentes actores para la formulación y aprobación de la Agenda. - Programación y elaboración de talleres.	- Nivel nacional, regional y local del Ministerio de Salud y de la CCSS.
				- Concertación política. - Convocatoria de los diferentes actores.	- Nivel Nacional del Ministerio de Salud.

COMPONENTE 2: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR/ES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN
Barreras administrativas para acceder los servicios de salud sexual y reproductiva, al control prenatal adecuado, a la atención del parto y del recién nacido.	Realizar acciones de comunicación en los servicios de salud, para que se minimicen las barreras administrativas para la atención de la salud sexual y reproductiva, el control prenatal, del parto, del posparto y del recién nacido, en forma adecuada e integral.	Actores institucionales sensibilizados en el tema de derechos humanos en salud y ejecutando acciones que minimicen las barreras administrativas de acceso a los servicios, para el control y atención oportuna, adecuada e integral.	- En el año 2006, el 50% de los actores institucionales de cada nivel de atención, estarán capacitados en los temas de derechos sexuales y reproductivos y en salud. - En el año 2008, el 100% de los actores institucionales de cada nivel de atención, estarán capacitados en los temas de derechos sexuales y reproductivos y en salud.	- Posicionar a través de reuniones con todos los actores institucionales de cada nivel de atención, la responsabilidad de no interponer barreras administrativas a la atención en salud sexual y reproductiva, al control prenatal, el parto, post parto, recién nacido en el contexto del derecho a la vida. - Elaboración y difusión de material impreso con los derechos de las mujeres y los niños y niñas.	Nivel Nacional, regional y local del Ministerio de Salud y la CCSS.
Las mujeres y sus familias no conocen los aspectos relacionados con el cuidado y promoción de la salud sexual y reproductiva, materna e infantil ni reconocen los signos de alarma y peligro que les permita conocer la necesidad de atención en forma oportuna.	Realizar acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva para minimizar riesgos y peligros de la salud de la mujer, materna e infantil y se sepan reconocer en forma oportuna los signos de alarma y peligro.	Las mujeres, compañeros y familias reconocen en forma oportuna los signos de alarma; conocen y aplican los cuidados para la salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil y reconocen oportunamente la necesidad de atención.	- Al 2008, al menos 50% de las mujeres y familias encuestadas reconocen en forma oportuna los signos de alarma y peligro; conocen y aplican los cuidados para la salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil y reconocen oportunamente la necesidad de atención. - Al 2012, al menos 80% de las mujeres y familias encuestadas saben reconocer en forma oportuna los signos de alarma y peligro; conocen y aplican los cuidados para la salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil y reconocen oportunamente la necesidad de atención.	- Los servicios de salud públicos y privados desarrollan actividades programadas para la promoción de la salud sexual y reproductiva, salud materna e infantil en sus instalaciones, con el apoyo y participación de la comunidad. - Realizada una encuesta CAP a una muestra representativa a mujeres y familias usuarias de los servicios en el 2008 y 2012. - Socialización de los resultados de la encuesta CAP - Diseño y ejecución de acciones a partir de los resultados de la encuesta CAP	Comisión Nacional de Maternidad Saludable y Segura, comisiones nacionales, regionales y locales de análisis de la mortalidad materna e infantil.

COMPONENTE 3: PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN SOCIAL:					
ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR/ES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN
PARTICIPACIÓN SOCIAL					
Debilidad en la coordinación del trabajo entre las instituciones del sector salud, públicas y privadas, así como con otros sectores y con la sociedad civil.	Generar y promover alianzas estratégicas con los diferentes actores, públicos y privados que aseguren el cumplimiento de las acciones para una maternidad e infancia saludable y segura.	Diferentes actores sociales públicos, privados y comunitarios, participando en redes, proyectos, acciones, seguimiento y monitoreo a la mismas, en el marco de la maternidad e infancia saludable y segura, en los niveles regional y local.	- 7 redes regionales y al menos 20 redes locales conformadas y desarrollando acciones al final de 2015. - 1000 organizaciones sociales en diferentes regiones del país participando al final de 2015. - 27 proyectos en ejecución en el nivel regional y local, al final del 2015.	- Conformación y fortalecimiento de redes de participación social por región en escenarios institucionales y comunales. - Desarrollo de foros, talleres, reuniones y otros espacios, para facilitar la discusión, el diálogo y el monitoreo social. - Inclusión de proyectos en planes de trabajo de: Juntas de Salud, Comités de Salud, Consejos SAN, Red de Cantones Saludables y otras redes.	- Nacional - Regional - Local. - Escenarios: comunitario, institucional y laboral.
Múltiples obstáculos para la participación efectiva de las organizaciones sociales, en los niveles nacional, regional y local y privado, para la defensa del derecho a la salud.	Incorporar a las organizaciones sociales en el monitoreo del Plan Nacional Estratégico para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura, y los planes operativos para el logro de los objetivos del milenio.	Diseñado e implementado un plan de comunicación y movilización social que promueva el derecho a una maternidad saludable y segura.	- 5 foros nacionales, 7 foros regionales y 20 acciones locales en participación social, al final del 2015.	- Diseñar y organizar propuesta de foros nacionales y regionales. - Puesta en ejecución de los foros. - Funcionamiento regular de los foros de coordinación para el análisis de la salud materno-infantil y el intercambio de experiencias con los diferentes actores.	
			- 300 grupos sociales sensibilizados y capacitados al final de 2015.	- Elaboración de una propuesta de sensibilización y capacitación a funcionarios/as de salud y grupos sociales. - Identificación y selección de los grupos sociales y funcionarios/as que serán sensibilizados capacitados. - Capacitación y sensibilización a funcionarios/as de salud y organizaciones que trabajan en pro de la salud.	
Prejuicios en diferentes actores sociales en el tema de la salud sexual y derechos de salud reproductiva.	Integrar dentro de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, una línea estratégica relacionada con la educación integral sobre la sexualidad y salud reproductiva.	La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva incluye una línea estratégica relacionada con la educación integral sobre salud sexual y salud reproductiva.	El documento de Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva incluye una línea estratégica relacionada con educación integral en salud sexual y reproductiva.	- Elaboración del texto-propuesta para la inclusión en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la línea estratégica en salud sexual y reproductiva. - Diseñar y ejecutar un programa de capacitación con educadores de la salud, sobre salud sexual y salud reproductiva.	- Nivel nacional.

COMPONENTE 3: PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN SOCIAL:

ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR/ES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN
Falta de entornos sociales y físicos saludables y seguros para la población, lo cual favorece el desarrollo de conductas y hábitos que van en perjuicio de la salud de las personas.	Incorporar acciones que promuevan entornos sociales y físicos saludables y seguros, así como hábitos y conductas saludables.	Estrategias y mecanismos de participación social ejecutándose en los programas de salud que promuevan entornos sociales y físicos sanos y seguros, para una maternidad e infancia saludable.	Al 2012, el 100% de los programas y estrategias de los distintos actores sociales, han incorporado la Política de Maternidad e Infancia Saludable y Segura en su accionar: - la red de de Cantones Ecológicos y Saludables; - Escuelas Promotoras de Salud, - Juntas de Salud, - Construyendo Oportunidades, entre otros.	Incorporación de acciones que contemplen la política de maternidad e infancia segura y saludable, en los diferentes equipos técnicos de los programas y estrategias.	Nacional (grupos políticos y equipos técnicos).
COMUNICACIÓN SOCIAL					
Contar con el apoyo de los diferentes sectores involucrados, a la estrategia de maternidad e infancia, saludable y segura.	Desarrollo de alianzas y acciones de comunicación diversas, orientadas a obtener el apoyo necesario para la estrategia de maternidad e infancia, saludable y segura.	Actores sociales informados, sensibilizados y apoyando en forma responsable, la estrategia nacional para una maternidad e infancia saludable y segura en los diferentes niveles.	30 acciones de comunicación desarrolladas en medios masivos por año. 12 acciones de comunicación interpersonales desarrolladas anualmente. 5 alianzas estratégicas con organizaciones públicas y privadas al final de 2015. - Al menos 10 líderes de opinión y comunicadores apoyando y participando al final de 2015. - Al menos 140 funcionarios de salud sensibilizados y capacitados como agentes multiplicadores en técnicas de comunicación y educación al final de 2015. 30 actividades educativas coordinadas con el MEP en el nivel regional y local al final de 2015.	- Realización de acciones de comunicación en medios masivos y en escenarios comunitarios, educativos y laborales, que promuevan el derecho de una maternidad e infancia saludable y segura. - Capacitación y sensibilización de comunicadores sociales. - Apoyar al personal del nivel local en el desarrollo de actividades educativas e informativas para grupos y comunidades. - Promover alianzas estratégicas con empresas públicas y privadas - Capacitación del personal de salud en técnicas de comunicación y educación en salud - Actividades socio-educativas para niños (as) y adolescentes.	- Nacional, - Regional y local. - Escenarios: comunitario, laboral, institucional y educativo.

COMPONENTE 4: MARCO DE POLÍTICA PÚBLICA, LEGAL E INSTITUCIONAL

ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR/ES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN
Debilidad del Ministerio de Salud en la conducción para el cumplimiento de políticas y planes que respondan a las necesidades de atención de la población con criterios de calidad.	Proceso de negociación y concertación con los actores sociales para el cumplimiento de las políticas y planes.	Existencia de espacios efectivos de negociación y concertación. Rendición de cuentas del cumplimiento de las políticas y planes a los organismos gubernamentales y no gubernamentales y grupos organizados de la comunidad.	- Para el 2006 cada área de salud, región y a nivel nacional, contará con un registro de actores identificados, informados y comprometidos con el proceso. - Para el 2007 se tendrá un sistema de rendición de cuentas ejecutándose.	- Identificación de los actores sociales en los diferentes sectores y por niveles de atención. - Establecimiento de espacios formales permanentes para la negociación, la concertación y la rendición de cuentas.	- Comisión Nacional de Maternidad e Infancia Saludable y Segura. - Nivel central, regional y local.
Ausencia de una política y de un modelo de atención integral en salud sexual y reproductiva.	Desarrollo de una política nacional en salud y derechos sexuales y reproductivos que fortalezca la promoción de los principios de universalidad, solidaridad de la seguridad social como parte del modelo.	- Elaborada y en ejecución una política nacional en salud y derechos sexuales reproductivos. - Se cuenta con un sistema de información y evaluación del modelo de atención en salud sexual y reproductiva.	- Se cuenta con un documento de Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y su correspondiente modelo, en el 2006. - Informes periódicos acerca de la implementación de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, a partir del 2007. - Un documento sobre el sistema de monitoreo y seguimiento de la política y su correspondiente modelo, diseñado e implementándose a partir del 2008.	- Elaborar una política nacional en salud y derechos sexuales reproductivos. - Elaborar un modelo de atención integral en salud y derecho sexual y reproductivo que garantice la inserción de maternidad e infancia saludable y segura. - Capacitar, educar, informar, implementar, dar seguimiento y evaluar el modelo de atención integral. - Garantizar el acceso y aseguramiento total a la mujer y al niño. - Divulgación y promoción del modelo de atención. - Abogacía y concertación con los tomadores de decisión.	- Comisión Nacional de Maternidad e Infancia Saludable y Segura. - Regional - Local - Privado
Debilidad del componente de promoción de la salud y predominio de un enfoque biológico en el modelo de atención.	Formulación de la Política Nacional de Promoción de la Salud, e incorporación y desarrollo de la estrategia de promoción de Salud en el modelo de atención en salud.	Se cuenta con un marco legal y de asignación de recursos humanos y financieros para el desarrollo de la Política Nacional de Promoción de la Salud, así como con una estrategia de promoción de salud en el modelo de atención en salud.	- Un documento de la Política Nacional de Salud. - Un marco legal establecido a través de Leyes, Decretos, y Reglamentos que respalden dicha política. - Incorporación de las estrategias en los presupuestos y planes operativos de las Instituciones. 75 % de cumplimiento en los compromisos de gestión de los planes de promoción de la salud para el 2010. 100 % de cumplimiento en los compromisos de gestión de los planes de promoción de la salud para el 2015.	- Definiciones de roles interinstitucionales para la elaboración y ejecución del Plan. - Diseño y ejecución de Plan de capacitación para unificar conceptos sobre Promoción de la Salud. - Definición de necesidades para asignar recursos financieros y reorientar los servicios de salud, para la puesta en práctica del Plan de Promoción de la Salud. - Fortalecimiento de alianzas estratégicas intersectoriales para fomentar la promoción de la salud.	Nacional y regional.
VERIFICACIÓN	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR/ES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN

COMPONENTE 4: MARCO DE POLÍTICA PÚBLICA, LEGAL E INSTITUCIONAL

ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR/ES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN
Falta de planificación del recurso humano y deficiente coordinación docente asistencial, que obstaculiza la interrelación de la formación, asignación y actualización del personal de salud en correspondencia con las demandas y necesidades de la población, en el campo de la salud sexual y reproductiva, atención materna e infantil.	Desarrollo de un plan estratégico nacional de formación del recurso humano, que responda a las necesidades de atención para una maternidad e infancia saludable y segura.	Plan estratégico de desarrollo del recurso humano de acuerdo a los lineamientos de la Política de Estado de Maternidad Saludable y Segura, formulado e implementándose al 2008.	- Existencia de un diagnóstico del recurso humano interinstitucional e interdisciplinario del sector salud, a nivel nacional, para una maternidad e infancia saludable y segura. - Plan de formación del recurso humano de cada Universidad, acorde con los lineamientos de la política para una maternidad saludable y segura. - Sistema de monitoreo y seguimiento del Plan Estratégico de Desarrollo del Recurso, diseñado en el 2006 e implementado a partir del 2007.	- Convocatoria por parte del Ministerio de Salud a representantes de las Universidades públicas, privadas, colegios profesionales y otros sectores que se consideren pertinentes, para la definición de lineamientos. - Elaborar un diagnóstico de necesidades de recurso humano a nivel nacional. - Ejecutar programas de capacitación regional y local según necesidades identificadas. - Facilidades de opción para becas de capacitación según prioridades identificadas.	- Comisión Nacional de Maternidad e Infancia Saludable y Segura. - CONARE - CENDEISS - Nivel Central - Nivel Regional - Nivel Local
Ausencia de un decreto actualizado y unificado de mortalidad materna y mortalidad infantil.	Fortalecer la estructura organizativa nacional, regional, local y privada de las comisiones de análisis materno-infantil, de manera que funcionen en forma unificada y con un enfoque de promoción de la salud materna perinatal.	Aprobación y publicación en la Gaceta del reglamento único del Sistema Nacional de Evaluación de mortalidad materno-infantil.	Contar con el documento unificado en el Sistema de Evaluación de mortalidad materno infantil.	- Revisar, actualizar y unificar el reglamento del Sistema Nacional de Evaluación de mortalidad materno infantil. - Puesta en ejecución del reglamento. - Monitoreo del reglamento, de manera que se asegure su correcta y estricta aplicación.	Todos los niveles nacionales e internacionales.
Ausencia de un proceso de planificación y asignación presupuestaria intersectorial e interinstitucional, que responda a las necesidades de la población para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura.	Desarrollo de un proceso de planificación y asignación presupuestaria intersectorial e interinstitucional que responda a las necesidades de la población para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura.	Lineamientos político-normativos para la asignación de recursos financieros de acuerdo a las necesidades de la población para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura.	- Implementación del proceso de planificación y asignación presupuestaria intersectorial e interinstitucional en el 2007. - Presupuesto ejecutándose de acuerdo a la planificación.	- Participación de las diferentes instituciones y sectores en el proceso de planificación y asignación presupuestaria para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura. - Monitoreo y seguimiento de la ejecución presupuestaria, de acuerdo con el plan establecido. - Creación de una cuenta nacional para la maternidad e infancia saludable y segura.	- Comisión Nacional de Maternidad e Infancia Saludable y Segura. - Consejo Nacional de Salud. - Nivel Central; Regional y Local de las instituciones involucradas en el plan.
ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR/ES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN

COMPONENTE 4: MARCO DE POLÍTICA PÚBLICA, LEGAL E INSTITUCIONAL

ASPECTO CRÍTICO	ESTRATEGIA	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR/ES	ACTIVIDADES	NIVEL DE INTERVENCIÓN
Reducción progresiva del financiamiento a los sectores sociales.	Desarrollo de un marco jurídico, con un enfoque de derechos, para la asignación de recursos financieros y humanos para los programas sociales, de manera que se garantice el cumplimiento del compromiso de la red intersectorial para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura.	Existencia de un marco jurídico con enfoque de derechos que respalda el compromiso de la red intersectorial para la asignación de recursos para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura.	Marco jurídico con enfoque de derechos y protección social de la salud formulado y aprobado al 2008.	- Lograr un pacto social orientado a mejorar la inversión social. - Unificación de la regionalización político administrativo. - Revisar y adecuar el marco jurídico de la Constitución de la República, Ley Orgánica de la CCSS y la Ley General de salud en los aspectos relacionados de la protección social de la salud - Negociar, aprobar, divulgar y aplicar el marco jurídico.	- Consejo Nacional de Salud. - Nivel Central; Regional y Local de las instituciones involucradas en el plan. - Grupos organizados de la sociedad civil.

5. BIBLIOGRAFIA

- Asamblea Legislativa (1994). "Ley 7430 de Fomento a la Lactancia Materna" En *La Gaceta* # 200. Costa Rica.
- Cumbre de las Américas. Sistema de información de la Cumbre de las Américas. Página de acceso: <http://www.summit-americas.org/Miami%20Summit/Health-sp.htm>.
- Declaración Alma Ata (1978). Salud para Todos. La de atención primaria de salud. Página de acceso: <http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/declaracion-almaata.pdf>
- Family Care International (FCI) and the Safe Motherhood Inter-Agency Group (IAG) (1998). *Iniciativa maternidad sin riesgo*. New York, USA. En página de acceso: http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/spanish/s_initiative.htm
- Grupo Salud; *El Proceso de Calidad en Costa Rica*. En página de acceso: www.gruposaludgtz.org/proyecto/pass-gtz/calsap-foro-2003/extdoc/143-Costa-Rica.pdf
- Lee (2003). Alocución ante la 56a Asamblea Mundial de la Salud. OMS. Ginebra Suiza. Página de acceso: http://www.who.int/dg_elect/wha56_jwlspeech/es/
- Lynne (2005): "Mortalidad materna: La Maternidad Segura se encuentra en el Protagonismo de las Mujeres mismas" en <http://www.midwiferytoday.com/articles/mortasp.asp>.
- Ministerio de Salud (Junio 2005). *Informe anual 2004: Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil y Materna*. CCSS, UCR. Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2005). *Memoria del lanzamiento de la Estrategia Nacional para una Maternidad Saludable y Segura*. CCSS, UCR, OPS, Oficina Regional de la OMS. Costa Rica.
- Ministerio de Salud(1980). Anuario 1980. Informaciones Estadísticas, p3, Departamento de Estadística, Unidad Sectorial de Planificación, Ministerio de Salud.
- Miranda Gutiérrez, Guido (1994) *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica*. 2ª Ed. EDNASSS, CCSS
- Mohs (1996). "Políticas y estrategias de salud" en *Transición de la nutrición y la salud en la Costa Rica democrática*. Muñoz C. y Scrimshaw N. (Editores). Publicación INCAP / OPS. Guatemala.

- OMS (2005). Informe sobre la salud del mundo: “¿Cada madre y cada niño contarán!”. Publicaciones de la OMS.
- OPS (2002). Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud
- (OPS). En página de acceso: www.lachsr.org/documentos/laperfildelsistemadesaluddecostarica.
- OPS(2003): Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe : Washington. D.C.
- FCI (1997): The Safemotherhood Action,
- Sáenz, Lenín. (2005) “La reforma de los servicios de salud y la universalización de la atención”. En: Atención Primaria de Salud en Costa Rica: 25 años después de Alma Ata. OPS/OMS, San José Costa Rica.
- Sáenz, Lenín, (2003) “Desarrollo del sistema de salud en Costa Rica”. En: 100 años de salud. Costa Rica; OPS, San José, Costa Rica.
- Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (2002). Boletín Epidemiológico; Vol. 2. # 6. 1-7 setiembre. En página de acceso: <http://www.netsalud.sa.cr/ms/estadist/boletin/a2002/s36boletin.htm>
- Tavera y otros. “Iniciativa para una Maternidad Saludable y Segura, Evolución del Proceso”. Iniciativa: Diez Pasos Para Un Parto Seguro. Subprograma de Salud Materno Perinatal. Ministerio de Salud del Perú. Página de acceso: http://www.minsa.gob.pe/spsmp/evento_03.htm
- United Nations. “What are the Millennium Development Goals?” In UN Millennium Development Goals. Página de acceso: www.un.org/millenniumgoals/
- Vargas (1996). “Desarrollo y característica de los servicios de salud y nutrición para las comunidades urbanas y rurales de Costa Rica” en Transición de la nutrición y la salud en la Costa Rica democrática. Muñoz C. y Scrimshaw N. (Editores). Publicación INCAP / OPS. Guatemala.
- Werner y Sanders (2000). “El fracaso de la Atención Primaria de Salud y El Auge de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil” en Cuestionando la solución. Capítulo 4. Página de acceso: www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap4.htm.

6. ANEXOS

Las instituciones que participaron en la elaboración del Plan Estratégico Maternidad e Infancia Saludable y Segura fueron:

- **Ministerio de Salud:**
 - Dirección Desarrollo de Salud
 - Dirección Servicios de Salud
 - Región Huetar Atlántica
 - Región Brunca
 - Región Chorotega
 - Región Central Norte
 - Región Pacífico Central
 - Región Central Este
 - Región Central Sur
 - Región Occidente
 - Región Huetar Norte
- **Caja Costarricense de Seguro Social:**
 - Dirección de Desarrollo Servicios de Salud
 - Promoción de la Salud
 - Unidad de Salud Infantil y del Escolar
 - Dirección de Comunicación Organizacional
 - Dirección de Regiones y Servicios de Salud
 - Unidad Salud de la Mujer
 - Programa Atención Integral al Adolescente (PAIA)
 - Región Huetar Atlántica
- Región Brunca
- Región Chorotega
- Región Central Norte
- Región Pacífico Central
- Región Central
- Región Huetar Norte
- Hospital de las Mujeres
- Hospital Calderón Guardia
- Hospital San Juan de Dios
- Hospital México
- **Universidad de Costa Rica:**
 - Escuela de Enfermería
- **Colegio de Enfermeras**
- **Colegio de Médicos**
- **Ministerio de Planificación Nacional**
- **Hospital CIMA**
- **Hospital Clínica Santa Rita**
- **Hospital Clínica Bíblica**
- **Hospital Clínica Católica**
- **DCND**
- **Centro de Orientación Familiar (COF)**
- **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)**