



ESTRATEGIA NACIONAL

ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES y OBESIDAD

2013-2021



San José, Costa Rica
Noviembre, 2014



Dra. María Elena López Núñez
Ministra de Salud

Dra. Andrea Garita Castro
Directora Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud

Dra. Alejandra Acuña Navarro
Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud. MS

Dra. Margarita Claramunt Garro
Coordinadora Nacional ECNT y Obesidad. Ministerio de Salud

Comisión Nacional para el abordaje integral de ECNT y Obesidad

Nombre	Institución	Nombre	Institución
Dra. Ana Morice	INCIENSA	MSc. Julio Bejarano	IAFA
Dra. Ana Gladys Arauz	INCIENSA	MSc. Douglas Mata	IAFA
Dra. Adriana Blanco	INCIENSA	Dra. Vera Barahona	IAFA
Dra. Hilda Núñez	INCIENSA	Dr. Roberto Roque	ICODER
Dr. Rafael Monge	INCIENSA	Dra. Cecilia Gamboa	Ministerio de Salud
Dr. Raúl Sánchez	CCSS	Dra. Nelly Zúñiga	Ministerio de Salud
Dr. Roy Wong	CCSS	Lic. Luis Walker	Ministerio de Salud
Dr. José Angulo	CCSS	Dr. Gerardo Solano	Ministerio de Salud
Dr. Jaime Tortós	CCSS	Dra. Ma. Ethel Trejos	Ministerio de Salud
Dr. Gonzalo Azua	CCSS	MSc. Rosa Vargas	Ministerio de Salud
Dra. Gabriela Ramírez	CCSS	Dr. Daniel Salas	Ministerio de Salud
Dr. Luis Bernardo Sáenz	CCSS	MSc. Xinia Gómez	Ministerio de Salud
Dr. Alejandro Calderón	CCSS	Dra. Kattia Alvarado	Ministerio MEP
Dra. Ma del Carmen Oconitrillo	Ministerio de Salud	Dra. Margarita Claramunt	Ministerio de Salud
Dra. Ana Eduvigis Sancho	Ministerio de Salud	Dra. Maritza Solís	CCSS

Cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud

Dr. Jorge Prospero
Dr. Enrique Pérez-Flores
Dr. Franklin Fernández
Dra. Branka Legetic

Equipo de Apoyo Operativo

MPH Sileni Chaves
Licda. Guiselle Rojas, Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Acciones en Salud
MSc. Flor Murillo, Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Acciones en Salud

Colaboradores:

Tec. Orietta Monge, Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Acciones en Salud

Agradecimientos:

Dra. Daisy Corrales, Exministra de Salud por su impulso y apoyo para la elaboración de la presente Estrategia Nacional

614.59

M8375es Costa Rica. Ministerio de Salud

Estrategia nacional de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad y su plan de acción
—San José, Costa Rica: El Ministerio, 2014.

100 p.; 27x21 cm.

ISBN 978-9977-62-154-8

1. Enfermedades crónicas no transmisibles. 2. Obesidad. 3. Ministerio de Salud. 4. Costa Rica.. I. Título

Presentación

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) desde hace varias décadas han ocupado las primeras causas de muerte y discapacidad en el mundo, en la región de las Américas, así como en nuestro país. Pese a que se han venido realizando esfuerzos para su prevención y atención, estas enfermedades no han recibido la atención prioritaria que merecen en las políticas y programas de salud pública de los países. Por tal motivo la OPS y la OMS, han impulsado la Estrategia Regional y la Estrategia Mundial para la prevención y control de las ECNT, así como su Plan de Acción, con el fin de brindar un marco de trabajo común que oriente las acciones nacionales a sus países miembros.

En concordancia con la Estrategia Mundial para las ECNT, el Ministerio de Salud, mediante la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud con el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS, condujo el diagnóstico de la situación actual de las ECNT y la elaboración de la Estrategia Nacional para el abordaje integral de las ECNT y Obesidad, 2014-2021.

Esta Estrategia fue desarrollada con una amplia participación de los diferentes actores sociales involucrados y contó con el aval de los Ministros y jefes de las instituciones que conforman la Comisión Nacional de ECNT y Obesidad, la cual fue constituida para la elaboración e implementación de esta Estrategia.

Los documentos de la Situación Actual de las ECNT, la Estrategia Nacional y el Plan Operativo, representan un esfuerzo de todos los actores sociales involucrados en el abordaje de las ECNT. Estos instrumentos constituyen un avance importante en la orientación, ordenamiento, articulación y consenso de esfuerzos nacionales encaminados al logro de la meta global de reducción de la mortalidad prematura por estas enfermedades, así como al avance en el cumplimiento de las metas estratégicas que están relacionadas con la disminución de los factores de riesgo y el mejoramiento en la atención de las personas que padecen de estas enfermedades, con lo que se contribuirá a mejorar la calidad de vida y bienestar de la población nacional.

Dra. María Elena López
Ministra de Salud

Tabla de Contenido

Presentación.....	3
Acuerdo Nacional	6
Introducción	11
Antecedentes.....	13
Objetivos y principios	16
Metodología	19
Metas Nacionales.....	21
<i>Meta nacional 1: Mortalidad prematura</i>	24
<i>Meta nacional 2: Consumo nocivo del alcohol</i>	27
<i>Meta nacional 3: Inactividad física</i>	28
<i>Meta nacional 4: Ingesta de sal/sodio</i>	29
<i>Meta nacional 5: Consumo de tabaco</i>	30
<i>Meta nacional 6: Hipertensión arterial</i>	31
<i>Meta nacional 7: Diabetes y obesidad</i>	32
<i>Meta nacional 8: Farmacoterapia para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares</i>	35
<i>Meta general nacional 9: Medicamentos esenciales y tecnologías básicas para tratar las principales enfermedades no transmisibles</i>	36
Otros factores protectores y de riesgo.....	37
Modelo de abordaje integral de las ECNT y obesidad	40
Líneas de acción.....	42
Coordinación y articulación nacional.....	46
Plan de acción.....	47
<i>Políticas y alianzas estratégicas</i>	49
<i>Factores protectores y factores de riesgo</i>	59
<i>Respuesta de Provisión de Servicios de Salud</i>	67
<i>Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico</i>	81
<i>Sistema de Monitoreo y Evaluación</i>	87
Estrategia Nacional para el abordaje integral de ECNT y Obesidad	87
Introducción.....	89
Objetivo del sistema de monitoreo y evaluación	90
Estructura funcional del sistema.....	97
Bibliografía.....	100
Participantes	103



PRESIDENCIA REPÚBLICA DE COSTA RICA

ACUERDO NACIONAL
ABORDAJE INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
NO TRANSMISIBLES Y OBESIDAD
2014-2021



**ACUERDO NACIONAL PARA EL ABORDAJE INTEGRAL
DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
Y OBESIDAD 2014-2021**

San José, Costa Rica, 11 de noviembre 2014

Nosotros, la Ministra de Salud, María Elena López Núñez; Ministro de Agricultura, Luis Felipe Aráuz Caballini; Ministra de Educación, Sonia Marta Mora Escalante; Ministro de Trabajo y Seguridad Social, Víctor Morales Mora; Ministro de Obras Públicas y Transportes, Carlos Segnini Villalobos; Ministro de Economía Industria y Comercio, Welmer Ramos González; Ministra del Deporte, Carolina Mauri Carabaguías; Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva de la CCSS; Alba Quesada Rodríguez, Directora del ICODER; Luis Sandí Esquivel; Director del IAFA; Lisseth Navas Alvarado, Directora de INCIENSA; Yamileth Astorga Espeleta, Directora del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado; Sergio Alfaro Salas, Presidente Ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros; Gabriela Castro Páez, Directora Nacional CEN-CINAI; Mario Madrigal Badilla, Director Médico Patronato Nacional de Rehabilitación; Jorge Luis Prospero Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; reunidos en la Ciudad de San José Costa Rica el 11 de noviembre de 2014. Firmará como testigo de Honor el Presidente de la República, Sr. Luis Guillermo Solís Rivera.

CONSIDERANDO QUE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT), presentan una alta prevalencia en el país, tales como: Diabetes, hipertensión arterial, aumento en sangre de grasas, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y la renal crónica, así como sus factores de riesgo: inadecuada alimentación, sedentarismo, consumo de tabaco y consumo nocivo de alcohol, así como la alteración de los estados emocionales –, ansiedad, stress y depresión.

SABIENDO QUE COSTA RICA apoya la Estrategia Mundial para la Prevención y Control de la Enfermedades Crónicas No Transmisibles (2012-2025) y el Plan para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles de las Américas (2013-2020) emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respectivamente.

TOMANDO EN CUENTA que el país ha ratificado la Declaratoria de Antigua Guatemala “Unidos para detener la Epidemia de la Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Centro América y República Dominicana” en el marco de la XXXIV Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana del 23 de junio de 2011.

RECONOCIENDO los esfuerzos y acciones estratégicas que Costa Rica ha realizado en el campo de ECNT.

SABIENDO que el país cuenta con un sistema de salud e instituciones con plataformas y recursos para continuar trabajando de manera conjunta y articulada para el mejoramiento de las condiciones de la población, tanto en la prevención y control de las enfermedades como en los factores protectores preventivos y de riesgo.

ENFATIZANDO la importancia de trabajar en coherencia con el Marco de la Estrategia Mundial y la oportunidad del país para implementar una estrategia nacional que incluya las metas nacionales consensuadas, que permitirán fortalecer las acciones actuales, así como ordenar y orientar el abordaje integral y articulado de las ECNT y la obesidad, cuyo propósito es reducir la morbilidad, los factores de riesgo prevenibles y sus costos asociados para la familia y el estado.

ASUMIENDO como principios esenciales que guían la Estrategia Nacional, a saber: derechos humanos, enfoque de género, determinantes sociales, abordaje basado en la equidad, cobertura universal de salud, abordaje a lo largo del curso de vida, estrategias basada en la evidencia, acción multisectorial, cooperación y solidaridad con la comunidad internacional, empoderamiento de las personas y comunidades, y el manejo de conflictos de intereses.

ACORDAMOS:

Apoyar los esfuerzos requeridos para la ejecución del Plan Operativo Intersectorial dirigidos al logro de las siguientes metas nacionales de la Estrategia Nacional para el abordaje integral de las ECNT y la Obesidad 2014-2021:

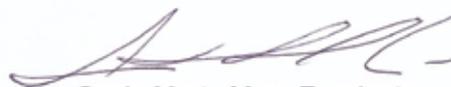
- Reducción relativa del 17 % de la mortalidad prematura por el grupo de las enfermedades: cáncer, cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratoria crónica, renal crónica, diabetes, hipertensión arterial.
- Reducción relativa del consumo nocivo de alcohol según tendencias y contexto nacional.
- Reducción relativa del 7% de la prevalencia de insuficiente actividad física.
- Reducción relativa del 15% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población, según condiciones del país.
- Reducción relativa del 12% de la prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años.

- Reducir el aumento relativo de la prevalencia de hipertensión arterial en el país.
- Reducir el aumento relativo en la prevalencia de diabetes.
- Detener el aumento relativo de obesidad en la población.
- Que al menos el 50% de las personas mayores de 40 años que tiene un riesgo cardiovascular igual o superior al 30% reciban consejería, medicamentos y atención farmacéutica para prevenir los infartos y los accidentes cerebrovasculares.

Dado en la ciudad de San José, Costa Rica, a los once días del mes de Noviembre de 2014



Sra. María Elena López Núñez
Ministra
Ministerio de Salud



Sra. Sonia Marta Mora Escalante
Ministra
Ministerio de Educación Pública



Sra. Carolina Mauri Carabaguías
Ministra
Ministerio del Deporte



Sr. José Joaquín Salazar Rojas
Ministro
Ministerio de Agricultura y Ganadería



Sr. Carlos Seghini Villalobos
Ministro
Ministerio de Obras Públicas y Transportes



Sr. Welmer Ramos González
Ministro
Ministerio de Economía, Industria y Comercio



Sr. Víctor Morales Mora
Ministro
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social



Sra. Rocío Sáenz Madrigal
Presidenta Ejecutiva
Caja Costarricense de Seguro Social



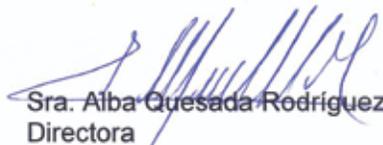
Sra. Yamileth Astorga Espeleta
Presidenta Ejecutiva
Instituto Costarricense de
Acueductos y Alcantarillados



Sr. Sergio Alfaro Salas
Presidente Ejecutivo
Instituto Nacional de Seguros



Sr. Mario Madrigal Badilla
Director Médico
Patronato Nacional de
Rehabilitación



Sra. Alba Quesada Rodríguez
Directora
Instituto Costarricense del Deporte



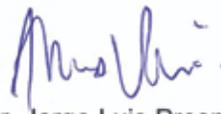
Sra. Lisseth Navas Alvarado
Directora
Instituto Costarricense de
Investigación y Enseñanza en
Salud



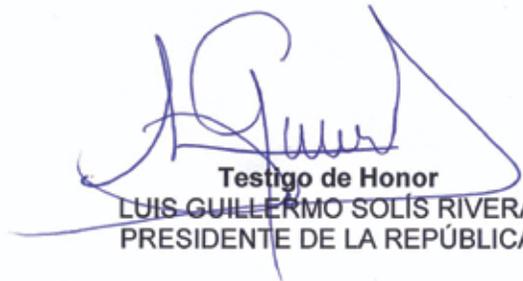
Sr. Luis Sandí Esquivel
Director Instituto sobre Alcoholismo
y Farmacodependencia



Sra. Gabriela Castro Páez
Directora
Dirección Nacional de
CEN-CINAI



Sr. Jorge Luis Proserpi
Representante
Organización Panamericana de la
Salud/Organización Mundial de la
Salud



Testigo de Honor
LUIS GUILLERMO SOLÍS RIVERA
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son condiciones que tienen una etiología compleja, multifactorial, con largos períodos de incubación o latencia. Este tipo de enfermedades tienen extensos períodos subclínicos, prolongado curso clínico, con frecuencia episódica y avance progresivo a complicaciones; sin resolución espontánea en el tiempo. Este grupo de enfermedades son prevenibles si se promueven estilos de vida en la población, para aumentar los factores protectores y disminuir los riesgos que favorecen su desarrollo.

La comunidad internacional ha acordado aunar esfuerzos para enfrentar las ECNT, de tal manera que la OMS ha desarrollado el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las ECNT 2013-2020, así como el marco de vigilancia integral con nueve metas mundiales hasta 2025, que los países pueden adoptar según su contexto nacional, para formular sus metas nacionales con el fin de generar las condiciones necesarias para impactar en la salud de la población (OMS, XXX). En este contexto, el órgano rector en salud de Costa Rica, el Ministerio de Salud, retoma la responsabilidad pública de dar respuesta a este problema e inicia el proceso de formulación de la Estrategia Nacional en ECNT desde un enfoque integral, convocando a las entidades públicas relacionadas con la atención de las enfermedades así como aquellas que inciden en los factores protectores relacionados con estas condiciones crónicas.

La OMS ha definido las siguientes enfermedades crónicas como las principales amenazas para la salud humana: Enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades crónicas respiratorias. Estas cuatro enfermedades causan la mayor cantidad de muertes y discapacidad a nivel mundial, representan alrededor del 60% de las causas de muerte y del 44% de las muertes prematuras. Esto significa 35 millones de muertes anuales en el mundo, de las cuales el 80% se producen en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2005).

En Costa Rica, la carga atribuible a las enfermedades crónicas para el año 2005 representó un 61% de los Años de Vida Perdidos (AVP) debido a la discapacidad o muertes prematuras, considerando para este cálculo la referencia de expectativa de vida en Costa Rica para el año 2005. Esta carga atribuible a las ECNT ha generado un impacto en las condiciones de vida de la población y en la economía nacional, por ser uno de los gastos más altos en la prestación de los servicios de salud.

En el ámbito nacional existe una vasta experiencia, esfuerzos y acciones estratégicas concretas que Costa Rica ha realizado en ECNT. La respuesta nacional muestra un Sistema de Salud e Instituciones de otros sectores que han realizado avances importantes para enfrentar las enfermedades y sus factores de riesgo, como por ejemplo: El desarrollo de instrumentos jurídicos, políticas y planes específicos sobre temas relacionados con los factores de riesgo y en los servicios de salud, entre ellos se cuenta la Ley para el control

del tabaco y sus efectos nocivos, la Política y Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el Plan Nacional para la reducción del consumo de sal/sodio, el Plan Nacional de Actividad Física y Salud, la Política institucional de medicamentos esenciales y el Plan Nacional de prevención y control del Cáncer. Por otro lado, el compromiso suscrito por los Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana en la Declaratoria de Antigua Guatemala, constituye una oportunidad de país para construir e implementar una Estrategia Nacional.

El apoyo a la Estrategia Nacional para el abordaje integral de ECNT y Obesidad debe ser amplio y efectivo, dada la importancia y magnitud del problema de salud, lo cual debe comprometer al Estado en la búsqueda y mayor asignación de recursos, la coordinación y cooperación intersectorial, y la movilización de recursos a través de las agencias de Naciones Unidas. El abordaje integral de las ECNT no solo se limita a atención, tratamiento y rehabilitación de las personas diagnosticadas, sino también a desarrollar procesos dirigidos a impactar en los determinantes sociales de la salud, lo que significa también que se debe promover la creación de ambientes y condiciones que faciliten a la población a tomar decisiones para mantenerse activos y saludables.

La meta general de la Estrategia Nacional que se establece para el período 2013-2021 se enfoca en la reducción de la mortalidad prematura por las siguientes enfermedades: Cáncer, cardiovascular, cerebrovascular, respiratoria crónica, renal crónica de etiología desconocida, y diabetes mellitus. Además define metas para promover los factores protectores que conduzcan a la reducción de los factores de riesgo, tales como: Tabaquismo, consumo excesivo e inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, hipertensión arterial e hiperglicemia.

La Estrategia Nacional incluye lineamientos para el abordaje de los problemas en salud mental (depresión y ansiedad), la discapacidad, y los problemas relacionados con el medio ambiente.

La Estrategia Nacional se implementará por medio de su Plan de Acción en el mismo periodo, y participarán actores sociales de los sectores público, no gubernamental y privado, quienes identificarán conjuntamente los objetivos, metas e indicadores a alcanzar por medio de las acciones estratégicas, que ellos se comprometen a ejecutar.

Antecedentes

En Costa Rica desde finales de los años 90 se han impulsado iniciativas y realizado esfuerzos de articulación entre diferentes sectores relacionados con el abordaje de las ECNT, desde la prevención, análisis de situación y la atención en los servicios de salud.

Programa CARMEN en Costa Rica 1998-2005

En 1998 Costa Rica se une a la iniciativa CARMEN/CINDI de OPS/OMS , cuyo propósito fundamental fue mejorar la salud de la población al disminuir la mortalidad y morbilidad originadas por las ECNT, por medio de la ejecución de intervenciones integradas al reducir simultáneamente, los factores comunes de riesgo de las principales ECNT, particularmente el control y prevención del consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación inadecuada, el abuso de alcohol y el estrés sicosocial.

El Programa CARMEN (Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles), se fundamentó en el conocimiento existente tanto de índole científico como en las experiencias y lecciones aprendidas en promoción de la salud y prevención de enfermedades, desarrolladas en Europa a partir de los años 80 con el Programa CINDI.

Para implementar las acciones del programa CARMEN en nuestro país, se seleccionó el distrito central de Cartago , en donde se realizaron las siguientes acciones:

Un análisis de situación de país sobre ECNT (Morice, 1998).

- La aplicación y análisis de la encuesta CARMEN, para obtener una línea base relacionada con las variables a intervenir en la población beneficiaria (MS, 2001).
- Talleres de sensibilización a los actores sociales y la integración de un comité nacional y uno local intersectorial, para formular un plan de acción y dar seguimiento a su implementación.
- Elaboración de materiales y jornadas de capacitación con diferentes grupos de población (MS, 2000).

Desarrollo de un estudio de caso como base para el desarrollo del observatorio de Políticas CARMEN. Costa Rica eligió hacer un análisis retrospectivo de la experiencia de formulación, negociación y aprobación de la política sobre fortificación de harina de trigo con ácido fólico, por ser una política que incidió en la reducción de malformaciones congénitas. (MS "Estudio de caso", 2006)

Encuesta CAMDI, 2004

En marzo del 2000, el país se incorporó a un esfuerzo subregional auspiciado por la OPS y los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC, Atlanta, EUA), conocido como la *Iniciativa Centroamericana de Diabetes* (CAMDI). En el marco de este proceso se desarrolló una encuesta en la Gran Área Metropolitana y ciudades capitales de la región de Centroamérica. El propósito fundamental fue que estas investigaciones se constituyeran como punto de partida para la implementación de la vigilancia y el control de las ECNT en la región.

Su objetivo general fue conocer la prevalencia de Diabetes mellitus, hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular asociados como dislipidemias, prácticas alimentarias, obesidad, sedentarismo y consumo de tabaco y alcohol en la población adulta del área metropolitana de 20 años y más, con el fin de diseñar estrategias de intervención útiles para fines de salud pública. (MS, 2009)

Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, 2009

En nuestro país, la Caja Costarricense de Seguro Social, desarrolló el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas con el propósito de monitorizar la situación de salud de la población mayor de 20 años, para orientar la toma de decisiones en la formulación de políticas públicas. Este Sistema se basa en la metodología STEPS de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual contempla la evaluación de los factores de riesgo conductuales como la actividad física, consumo de frutas, alcohol y tabaco; además de factores de riesgo biológicos como la diabetes, hipertensión arterial y la dislipidemia a nivel poblacional.

Foros sectoriales sobre ECNT 2013

En el segundo semestre del año 2013 se realizaron cuatro foros sectoriales con el propósito de sensibilizar a los actores sociales en el tema de ECNT, brindarles información actualizada e identificar los posibles aportes de cada uno de los actores para el abordaje integral de las ECNT en el país. Los Foros fueron dirigidos a representantes de los sectores: Gubernamental (Ministerios e instituciones públicas), academia y colegios profesionales, privado e investigación.

Compromisos, declaraciones internacionales, estrategias y recomendaciones mundiales

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y la Obesidad (ECNT) son de alta prevalencia e incidencia en la mayoría de los países del mundo, repercutiendo en el desarrollo humano, económico y social. Por lo tanto, han sido priorizadas en diferentes asambleas,

consejos, reuniones técnicas y de alto nivel político por la OMS, ONU y por los países de las Américas mediante múltiples declaraciones y resoluciones, entre ellas destacan:

- Estrategia Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades Bo Transmisibles , OMS A53/14, 22 de marzo 2000.
- Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño, OMS 2003 .
- Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (2004).
- Alianza Panamericana por la Nutrición, la Salud y el Desarrollo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. OPS/OMS , Perú, 2009
- Recomendaciones de la OMS sobre promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (2010).
- La Carta de Toronto para la Actividad Física: Un llamado Global para la Acción (2010).
- Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud, OMS (2010).
- Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en ocasión de la Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las ECNT y la Obesidad, reunidos en la Ciudad de México, 25 de febrero 2011.
- Declaración de Moscú de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Lucha contra las Enfermedades No Transmisibles, abril del 2011. Moscú.
- Declaración - Llamado de acción concertada de Aruba sobre obesidad a través de toda la vida... en todas las edades. Emitida en la Primera Conferencia Panamericana de Obesidad Aruba, 8 al 11 de junio 2011.
- XXXIV Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, el 23 de junio del 2011, se firma la Declaración de Antigua Guatemala “Unidos para detener la Epidemia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Centroamérica y República Dominicana”, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia de las ECNT en la población de CA y RD.(COMISCA , 2011)
- Declaratoria de Chapala, Medellín para la promoción de actividad física de las Américas, X Reunión Red de Actividad Física de las Américas (RAFA), julio 2011.
- Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, septiembre 2011.
- Plan de Acción Mundial 2013-2020, Asamblea Mundial, Mayo 2013.
- Estrategia Regional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (2012-2025).
- Plan de Acción Regional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (2013-2019).

Objetivo y principios

Objetivo general

Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad, mediante el abordaje integral de los factores protectores, los factores de riesgo y la prestación de servicios de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población nacional.

Principios

Derechos Humanos

Son los derechos inherentes a la persona humana y a su dignidad, que tienen como fin garantizar la igualdad, dignidad, justicia social y libertad para todas las personas sin discriminación alguna. De acuerdo con los tratados internacionales y las leyes de la República, el Estado está obligado a respetar y cumplir lo consignado en estos derechos.(MS, 2010)

Enfoque de Género

Reconoce la existencia de brechas de oportunidad que socialmente se han construido entre hombres y mujeres, se toma en cuenta las particularidades de cada género y las implicaciones sociales que estas particularidades conllevan. Por lo tanto, las acciones a partir de la estrategia tenderán a reducir dichas brechas, promoviendo ambientes no discriminatorios.

Determinantes Sociales

Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

El reconocimiento de que los determinantes sociales, incluida la equidad, la educación, el género, el grupo étnico y la situación migratoria, al igual que los factores culturales, económicos y ambientales, inciden considerablemente al desarrollo de las ECNT.

Abordaje basado en la equidad

La equidad en el área de la salud pública no puede desligarse de la equidad en general y de la justicia social. Define que idealmente todas las personas tienen una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud, y de un modo más pragmático, que ninguna persona debe estar discriminada, para lograrlo en la medida que ello sea posible.

Cobertura Universal de Salud

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir varios requisitos, a saber: Un sistema de salud sólido, un sistema de financiación de los servicios de salud, acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, personal bien capacitado.

Abordaje a lo largo del curso de vida

Este abordaje define la importancia de estudiar e intervenir sobre los factores sociales e individuales que provocan daños a la salud durante las siguientes etapas de la vida: Embarazo, infancia, adolescencia, adultez y tercera edad.

Estrategias basadas en evidencia

La evidencia científica es el fundamento para la definición de estrategias e intervenciones para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como para la evaluación de las políticas, la planificación y la toma de decisiones oportuna, para el uso racional de los recursos tecnológicos, financieros y humanos.

Acción multisectorial

La acción multisectorial entendida como la forma de enfrentar los problemas por varios sectores e instituciones, incluyendo sectores gubernamentales, sector privado y sociedad civil.

Cooperación y solidaridad de la comunidad internacional

La cooperación y la solidaridad de la comunidad internacional se dan para apoyar los problemas que enfrentan los países en situaciones que ponen en riesgo la salud de sus habitantes. En el área de las ECNT, este principio implica la apertura nacional para el intercambio de conocimientos y experiencias con otros países, para fortalecer el desarrollo de programas y políticas nacionales, así como para compartir y colaborar con otras naciones a partir de lo aprendido y logrado en el ámbito nacional.

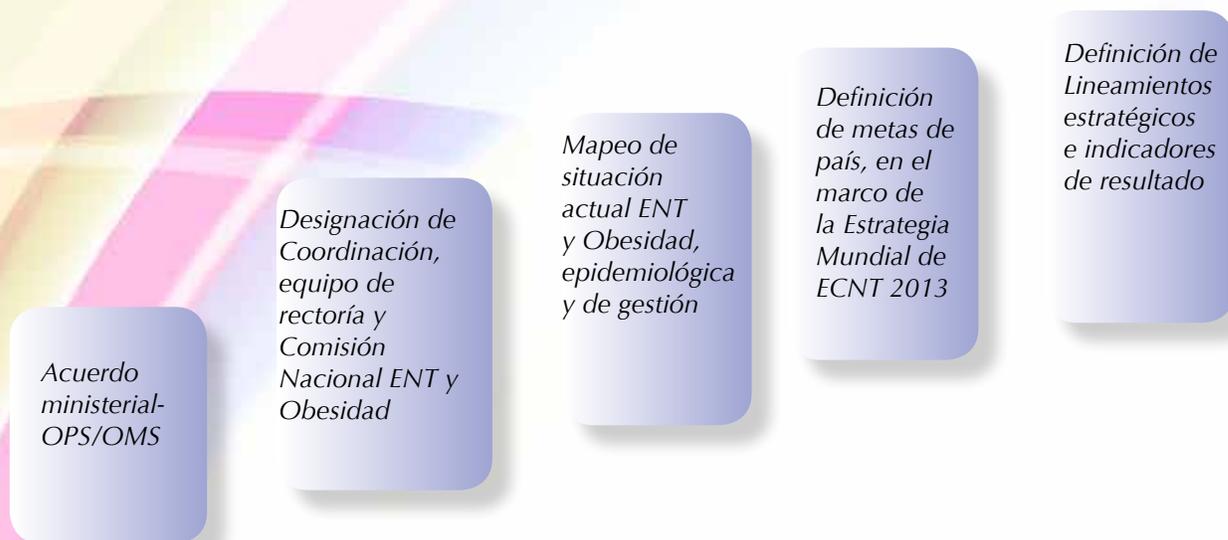
Empoderamiento de las personas y comunidades

Construcción de capacidades comunitarias para empoderar a los individuos y las comunidades para que actúen sobre sus condiciones de vida y sean partícipes en el desarrollo de ambientes saludables para la convivencia con equidad que procure su salud y bienestar general.

Manejo de conflicto de intereses

Los conflictos de interés son inherentes a cualquier relación entre entes que desarrollan procesos con diferentes objetivos. La transparencia debe existir en este tipo de conflictos y debe presentarse pruebas que sirvan como argumentos para manejarlos y lograr acuerdos que minimicen los efectos de este tipo de contraversión. El Estado deberá velar para que el interés de la salud pública prevalezca en las decisiones y acciones que se definan en el marco de la Estrategia Nacional de las ECNT.

Metodología



El proceso de formulación de la Estrategia Nacional inició con el Acuerdo entre el Ministerio de Salud y la OPS/OMS en el año 2013, para implementar en Costa Rica la Estrategia y Plan de Acción Mundial en ECNT (OMS), y la Estrategia y el Plan de Acción Regional para la Prevención y Control de ECNT (OPS).

El Ministerio de Salud en su rol rector en salud designó una Coordinación Nacional desde la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Acciones en Salud para dirigir el proceso. Así mismo, se conformó una Comisión Nacional con la participación del Ministerio de Salud, IAFA, INCIENSA, CCSS, ICODER y el Ministerio de Educación, con el objetivo de apoyar el proceso de formulación de la Estrategia Nacional y la elaboración e implementación de su Plan de Acción y su sistema de Monitoreo y Evaluación.

El Plan de Trabajo de la Comisión Nacional ordenó el proceso y se diseñaron instrumentos para la consulta en talleres de trabajo con expertos y expertas en los 9 temas definidos en el marco de la Estrategia Mundial: La mortalidad prematura en cáncer, renal, respiratorias, diabetes y cardiovasculares; y los factores de riesgo biológicos y conductuales tales como obesidad, hipertensión arterial, consumo nocivo de alcohol, tabaco e inactividad física.

El producto inicial que se obtuvo en el proceso de formulación de la Estrategia Nacional, fue el mapeo de la situación actual en ECNT y obesidad, lo cual se logró con la recopilación de la información necesaria, mediante la aplicación de instrumentos, y de la coordinación y colaboración de las entidades participantes en el proceso. En este documento se describe la situación epidemiológica y la respuesta nacional en las ECNT, como marco de referencia de la realidad sobre la cual se pretende intervenir.

Asimismo, en las convocatorias a los actores sociales, se analizaron las metas voluntarias de las ECNT sugeridas por la OPS/OMS, para asumirlas o en su defecto realizar propuestas de metas nacionales. Una vez fueron definidas las metas de país, se acordó adoptar las cuatro áreas estratégicas establecidas en la Estrategia Mundial, como base para el proceso de identificación de las acciones estratégicas necesarias para alcanzar las metas propuestas.

Para cada área estratégica se establecieron los lineamientos estratégicos generales, como base para orientar el plan de acción. Los lineamientos fueron resultado de la consulta realizada a los actores sociales que participaron en el análisis de la situación actual del país en ECNT, en el análisis y definición de las metas nacionales y en las recomendaciones internacionales que recopilan intervenciones sobre estos temas en otras realidades y que han sido altamente efectivas.

Posteriormente, se formularon los indicadores de resultado para alcanzar las metas de impacto.

La Estrategia Nacional se hace efectiva con la formulación e implementación del Plan de Acción. El seguimiento a la Estrategia Nacional se realizará mediante la implementación del sistema de monitoreo y la evaluación.

Metas Nacionales



La Estrategia Nacional de Costa Rica, para el abordaje integral de las ECNT y Obesidad en el periodo de 2013 al 2021, incluye metas nacionales dirigidas a la reducción de la mortalidad prematura en la población de 30 a 69 años.

Es coherente con el Plan Nacional de Salud 2010-2021 y con los Planes específicos existentes, relacionados con los temas vinculados con la citada Estrategia:

- Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017.
- Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021 y el Plan Nacional de SAN 2011-2015.
- Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021.
- Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2012-2018.

Las metas nacionales están alineadas al ordenamiento establecido en el marco mundial pero su definición es producto de la consulta a profesionales expertos que están desarrollando procesos y acciones directas o indirectamente en el campo de las ECNT a nivel nacional.

Las metas voluntarias que se recomiendan en el marco mundial, están desagregadas por temas específicos incluidos: Enfermedades, factores de riesgo y factores protectores, la respuesta del sistema de salud en relación con acceso a medicamentos esenciales y tecnologías básicas.

Las metas sugeridas a nivel global proponen una cuantificación, que puede ser adoptada o no según las condiciones del país, con la posibilidad de definir a nivel nacional lo más pertinente. Además, como referencia cada una de ellas propone indicadores, que de ser asumidos y medidos, generaran la información sobre el impacto que las metas tengan en la salud de la población.

Para cada una de las metas nacionales, se describen las consideraciones generales y la situación del país con respecto a cada meta.

Meta nacional 1: Mortalidad prematura

Reducción relativa del 17% de la mortalidad prematura por el grupo de enfermedades: Cáncer, cardiovasculares, cerebrovascular, respiratoria crónica, renal crónica, diabetes e hipertensión arterial del 2013 al 2021.



Consideraciones

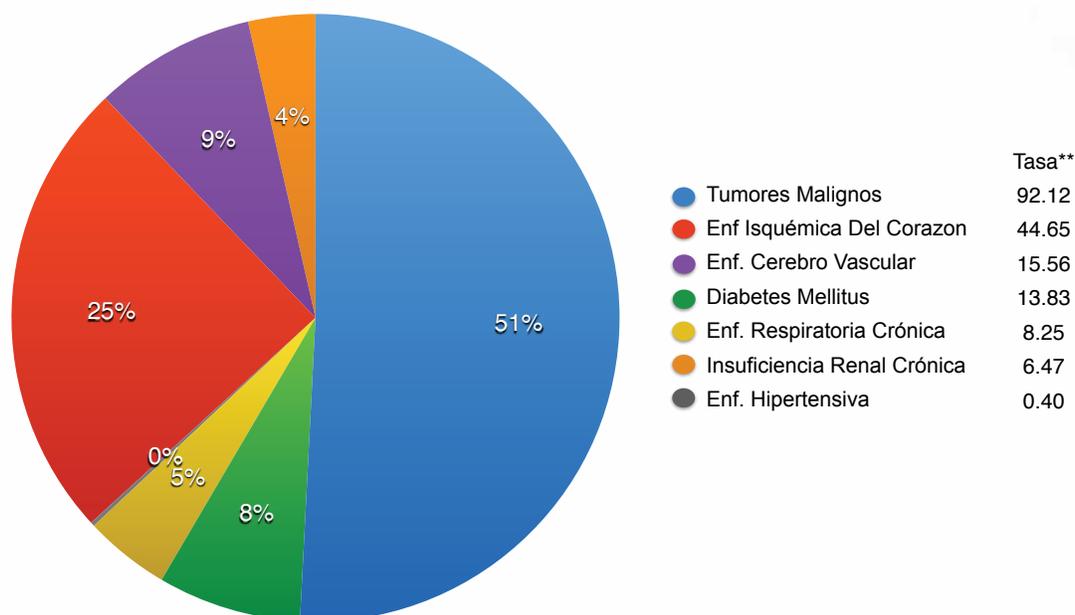
La reducción de la mortalidad prematura se considera como meta general o global, dado que el resultado de la misma es producto de los efectos del resto de las metas.

En Costa Rica las muertes prematuras por ECNT representaron el 20% del total de muertes ocurridas en el año 2012. En el grupo entre 30 y 69 años, el 55% del total de muertes ocurridas en el mismo año tuvieron como causa las ECNT. El cáncer aportó la mitad de las muertes prematuras (del total), seguido de la enfermedad isquémica del corazón (CIE 10) con una cuarta parte, 25%, gráfico 1 (MS, 2012).

Gráfico 1.

Distribución porcentual de muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles Costa Rica 2012

Mortalidad prematura* por Enfermedades no Transmisibles de acuerdo a causa, Costa Rica, 2012



*Mortalidad prematura considera población entre 30 a 69 años. Distribución porcentual en el gráfico de acuerdo a tasas por 100.000 habitantes

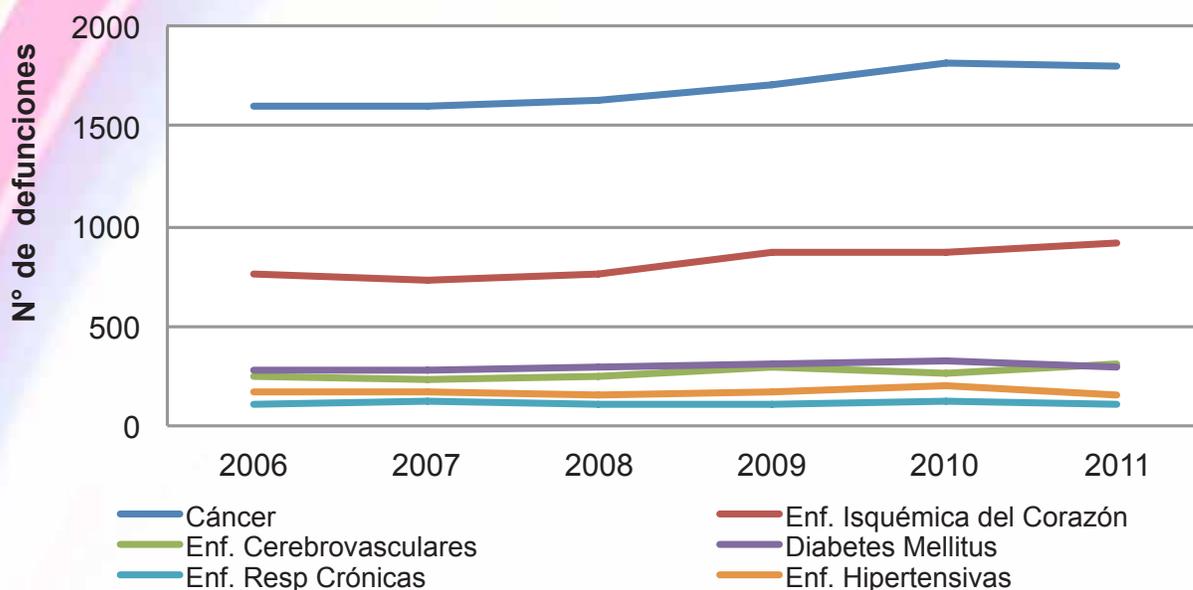
**Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud con base en datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

El aumento de la mortalidad por ECNT en Costa Rica del 2008 al 2012 en la población de 30 a 69 años, fue de un 15% con una tasa de variación anual de 2,9. Particularmente el incremento en la tendencia de mortalidad prematura se demostró en el caso del cáncer y la enfermedad isquémica del corazón, gráfico 2. De mantenerse esta tendencia para el 2021 el aumento porcentual se estimaría en 23%.

Gráfico 2

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



De las personas que fueron afectadas por enfermedades del sistema circulatorio, las cardiovasculares (CIE 10 I00-I52), representaron el 72,85% en el año 2012, y además se registraron 4117 muertes debido a estas causas, como consecuencia hubo un aumento de 4,35% por estas muertes con respecto al año anterior.

La mortalidad proporcional del período 2008 al 2012 por enfermedades cardiovasculares en personas de 30 a 69 años registró un promedio de 34,24% defunciones por año, siendo mayor en el sexo masculino.

La diabetes mellitus es la cuarta causa de muerte prematura entre las ECNT. Del total de muertes alrededor del 40% ocurren antes de los 70 años. Además es la principal causa de consulta dentro del grupo de las enfermedades endócrinas y metabólicas, así como la responsable de alrededor de 3,500 egresos hospitalarios por año, en los últimos 5 años. La tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus del periodo 2000 - 2012 presentó

una disminución, no obstante de acuerdo al juicio de expertos clínicos que participaron en el taller para la formulación de la presente Estrategia, indicaron que podría existir un subregistro en la mortalidad por diabetes, porque no se reportan causas secundarias y terciarias en la mortalidad.

En el año 2012 la tasa de mortalidad a causa de la diabetes fue de 11 por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, se conoce que el impacto que tiene este padecimiento es aún mayor, ya que la diabetes es un factor de riesgo asociado a la enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica, a la vez que la diabetes incrementa de forma importante el riesgo de muerte asociada a éstos y a otros padecimientos. La hipertensión, como co-morbilidad, tiene una prevalencia más alta en la población diabética que en la no diabética.

La mortalidad proporcional por cáncer en el período 2008 al 2012 en personas de 30 a 69 años, registró un promedio de 43,93%. En las mujeres la mortalidad proporcional promedio fue 61,30% y 67,75% para cáncer de cérvix y mama respectivamente. En los hombres la mortalidad proporcional promedio para cáncer de próstata en el mismo grupo de edad fue 17,23%.

Los tipos de cáncer priorizados que según las tendencias presentaron mayor tasa de mortalidad prematura fueron: Gástrico, mama, cérvix y próstata.

La tasa de variación interanual actual (al 2012) es de 2,9%, si definimos como Meta Nacional una reducción de 17% de la mortalidad prematura para el 2021, la reducción esperada en la tasa de variación interanual debería ser de 2,41% anual a ese año.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se ha constituido más recientemente en un problema de salud pública que tiene un alto costo social y económico, por cuanto supone un abordaje que requiere tratamiento ya sea paliativo mediante diálisis o definitivo a través del trasplante renal. La prevalencia de la ERC en Costa Rica no se conoce, sin embargo al analizar la mortalidad por esta causa, se encontró que la provincia de Guanacaste presentó una mortalidad tres veces superior a la nacional (2012).

En cuanto a la distribución de la ERC por sexo en la población general, los hombres representan una sobremortalidad del 80%, porcentaje que se incrementa en los grupos de 20 a 39 años y 40 a 59 años.

Actualmente la región de Guanacaste tiene la mayor incidencia por ERC, especialmente en la población agrícola del sexo masculino. Esto ha hecho que el país realice estudios para establecer la causa de este problema de salud pública.

Meta nacional 2: Consumo nocivo del alcohol

Reducción relativa del consumo nocivo del alcohol, según tendencias y contexto nacional.



Consideraciones

En el contexto centroamericano, Costa Rica se ubica en el tercer lugar en cuanto a cantidad de consumo de alcohol absoluto por habitante, con un consumo total de 5,5 litros de alcohol puro consumido, donde 1,4 litros correspondían a consumo no registrado (WHO, 2011).

La oferta de bebidas alcohólicas en el mercado nacional esta compuesta por aproximadamente un 10% de importaciones y un 90% por producción nacional cuyo mayor producto es la cerveza.

Para el período entre 2008 y 2012, las importaciones totales oscilaron entre los 15 y 20 millones de litros, siendo la principal bebida alcohólica importada el vino (60%) (Salas, 2013).

El consumo per cápita de alcohol en Costa Rica se mantuvo estable en el quinquenio 2008-2013, en un valor promedio de 5 litros de alcohol absoluto.

De acuerdo a la Encuesta de Vigilancia de Factores de riesgo cardiovascular, 2010, el consumo de alcohol en los hombre fue mayor que en las mujeres (50.2% y 27.9%, respectivamente) y el grupo de edad en ambos sexos que más consume fue el de 20 a 39 años (CCSS, 2010).

En la población de estudiantes de secundaria, la prevalencia de consumo general o prevalencia de vida del consumo de alcohol se mantuvo estable en el período comprendido entre 2009 y 2012; mientras que el consumo en los últimos doce meses (consumo reciente) y en los últimos 30 días (consumo activo) disminuyeron. En estos resultados probablemente incidieron acciones de prevención (I.A.F.A., 2013).

El consumo activo está presente en todos los niveles educativos. En el alumnado que se encuentra entre 8° y 11° años, fue 40%, mientras en 7° año fue 35%. Este nivel de consumo es una práctica presente en más de 60 mil estudiantes, hombres y mujeres por igual (I.A.F.A., 2013).

La investigación del I.A.F.A en la población general ha permitido establecer una tasa de abuso de alcohol cercana al 40% de los consumidores del último año. La dependencia se sitúa en alrededor de un 21% con una clara diferencia entre hombres y mujeres, 26% y 12%, respectivamente. (I.A.F.A., 2012).

La utilización del AUDIT, en los últimos diez años, ha revelado la presencia de un consumo riesgoso (ingesta de cinco o más tragos por ocasión, bajo un patrón semanal) en alrededor de un 14,0% de las personas tomadoras del último año (I.A.F.A., 2012).

El consumo perjudicial, agrupó a alrededor de un 8,0%, lo que habla de una tasa de ingestión riesgosa y perjudicial de un 22% de los bebedores del último año (I.A.F.A., 2012).

La dependencia alcohólica, según resultados del AUDIT se ha detectado en un 4,4% de los individuos que refirieron consumo en los últimos doce meses (I.A.F.A., 2012).

Al compararse la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en los años 2007 y 2010, en la que el alcohol fue un agente causal, se tiene que en el primer año aquella fue de 2,01 por 100,000 habitantes, en tanto que en 2010 de 1,02 por 100,000, lo cual se atribuye a la implementación de la Ley de Tránsito en el año 2008.

Meta nacional 3: Inactividad física

Reducción relativa del 7% al 2021 de la prevalencia de insuficiente actividad física.



Consideraciones

Según la Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo Cardiovascular 2010, el 50.1% de la población costarricense realiza insuficiente actividad física, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS: "acumular al menos 30 minutos diarios de actividad física" (CCSS, 2010). Esta prevalencia coincide con la informada por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas que realizó el IAFA en el año 2010, pese a que son realizadas con diferente metodología. La tendencia mostrada en esta serie de encuestas en el periodo comprendido desde 1990 al 2010 es una disminución de la prevalencia de inactividad física en la población (MS, Plan Actividad Física 2011).

La Encuesta global de salud de los adolescentes que se realizó en 2009, indica que el 43% de los adolescentes entre 13 a 15 años no se moviliza en forma activa para desplazarse de la casa al colegio y un 44 % pasa 3 ó más horas sentados. Además se informó que el 27,4% de la población en ese grupo de edad era físicamente activa pues cumplía con la recomendación de realizar 60 minutos o más de actividad física diaria, fuera de las horas de colegio y de hacer tareas, (MS, Plan Actividad Física, 2011).

Según la Segunda Encuesta Nacional de Juventudes 2013 dirigida a la población entre 15 y 35 años, se determinó que el 42,7% de esta población realizó, durante el último año, actividad física durante 20 minutos al menos 3 veces por semana. También la encuesta identificó que el 68.3% de las personas que fueron entrevistadas, manifestaron que existía disponibilidad de espacios abiertos para practicar deportes en: Plazas, canchas y parques. Sin embargo solamente el 45.8% de los entrevistados dijo que tenían acceso a instalaciones deportivas cerradas (canchas de fútbol, fútbol 5, basquetbol, piscinas, etc.).(CPJ, 2013)

La población entre 15 y 35 años de ambos sexos tiene acceso a clases de alguna actividad deportiva en un 26,9%, y pertenecen a un grupo deportivo.

En el país no se cuenta con línea de base reciente para identificar el nivel de actividad física en escolares y adolescentes menores de 13 años, por lo que se hace necesario definir la metodología para medir la actividad física en estas poblaciones, de acuerdo a las recomendaciones de OMS y de organismos internacionales especializados en el tema. Esto , con el propósito de garantizar el monitoreo en todos los grupos de edad, el uso eficiente de los recursos nacionales y la periodicidad con que las encuestas deben realizarse.

Meta nacional 4: Ingesta de sal/sodio

Reducción relativa del 15% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población al 2021, según condiciones del país, las estrategias a implementar y a las referencias internacionales.



Consideraciones

Según el análisis de la Encuesta de Ingresos y Gastos del 2004-2005, el sodio disponible para el consumo en los hogares fue de 3,6 g/persona/día (9 g de sal) ajustado a una dieta de 2.000 kcal. Esto casi duplicó (1.8 veces) la recomendación internacional máxima diaria de ingesta del mineral. La mayor fuente de sodio en la dieta (64%) es la sal de mesa junto con los condimentos (y sazónadores) a base de sodio (salsa inglesa, cubitos, consomés, entre otros). En segundo lugar se identificaron los alimentos procesados con sodio añadido (28,7%). El consumo de sodio estimado en la Encuesta pudo ser mayor si hubiera considerado la medición en los alimentos o preparaciones consumidas fuera del hogar.

Al ser los condimentos a base de sodio y la sal de mesa la principal fuente de sodio, la reducción de su consumo en la población de Costa Rica depende en gran parte de cambios de hábitos y prácticas alimentarias, que deben venir acompañadas de reformulación e

innovación de productos por parte de la industria alimentaria, considerando también que deben mantenerse los logros en materia de fortificación de los alimentos con yodo y flúor.

En países de ingreso medio como Costa Rica, existe una transición alimentaria y epidemiológica con una tendencia al aumento del consumo de alimentos procesados y comidas rápidas (Kearny J, 2010).

Es importante reconocer que las acciones relacionadas con la reformulación de productos que contienen sodio por parte de la industria alimentaria tienen impacto a corto plazo sobre los hábitos de consumo de la población.

En el 2011 el Ministerio de Salud y el INCIENSA realizaron el lanzamiento del Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal/Sodio en la Población de Costa Rica, 2011-2021.

Meta nacional 5: Consumo de tabaco

Reducción relativa del 12% de la prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años al 2021.



Consideraciones

En Costa Rica, en 2010, la prevalencia de vida del consumo de tabaco en la población general fue de 24.8% (I.A.F.A., 2012) Al comparar los resultados obtenidos entre 1990 y 2006, se observó un descenso en los diferentes niveles de prevalencia (alguna vez en la vida, en los últimos doce meses y en los últimos treinta días), el cual se ha mantenido constante a lo largo de diferentes periodos, según las encuestas realizadas por el I.A.F.A. en el ámbito nacional (1990, 1995, 2000, 2005, 2010).

La tendencia del consumo de tabaco alguna vez en la vida entre 1990 y 2010, mostró una disminución significativa en los hombres al pasar de 48,8% a 30,7%. El consumo de tabaco en el sexo femenino es considerablemente menor que el masculino y se muestra estable a lo largo del tiempo. En el 2010 fue 18,7% en tanto que en 1990 era 18%.

El consumo de tabaco en los últimos treinta días (consumo activo) es mayor en los hombres que las mujeres. Con el consumo de los últimos doce meses (consumo reciente) sucede algo semejante: Se reduce significativamente en los hombres y aumenta, también significativamente, en las mujeres; aunque el nivel de prevalencia en este último grupo es muy inferior (I.A.F.A., 2012).

Desde 2006, el consumo de tabaco en la juventud escolarizada de Costa Rica ha experimentado una disminución significativa, tanto en el consumo experimental como en el consumo activo.

En el 2012 un 23% de los estudiantes indicaron haber fumado alguna vez en la vida y la prevalencia de consumo en los últimos doce meses fue 10,3%. El consumo activo pasó de un 8,9% en el 2009 a 6,0% en el 2012, obteniéndose el registro más bajo de las tres encuestas efectuadas (I.A.F.A, 2007; I.A.F.A, 2011; I.A.F.A., 2013). En general los hombres presentan una prevalencia de consumo de tabaco más alta que las mujeres (7,5% y 5% respectivamente).

Actualmente existe la Ley General del Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos No. 9028 y su Reglamento, por lo que con la aplicación de la misma se espera mantener los niveles de disminución en el consumo que se han mencionado antes.

Meta nacional 6: Hipertensión arterial

Reducción del aumento relativo de la prevalencia de hipertensión arterial en el país.



Consideraciones

La Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular del 2010 (CCSS, 2010) dirigida a mayores de 20 años, encontró una prevalencia de 31,5% de hipertensión diagnosticada y 6,3% no diagnosticada, lo que sumado resulta en una prevalencia nacional de 37,8% (35 % en hombres y 40.6 % en mujeres).

La prevalencia de hipertensión fue más alta en el sexo femenino. Sin embargo, se documentó mayor porcentaje de hombres no diagnosticados que mujeres, con porcentajes de 7,3% y 5,2% respectivamente. La prevalencia de prehipertensión fue mayor en hombres que en mujeres, 30,8 % y 23,2% respectivamente (26,8% total).

Se ha estimado que entre 3 y 4 personas mayores de 20 años de edad por cada 10 habitantes en el territorio nacional son hipertensos.

La Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (CCSS, 2010), mostró que el grupo de población con sobrepeso presentó un incremento en la prevalencia de hipertensión 1.7 veces mayor que aquella del grupo con IMC normal. Por otra parte la hipertensión arterial fue 2.7 veces superior en el grupo con obesidad en relación con el grupo con peso normal.

La CCSS cuenta con Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la hipertensión arterial.

El Ministerio de Salud en conjunto con la CCSS, desarrollaron la metodología de trazadoras para la evaluación de la calidad de la atención en HTA como parte de un proceso de formulación de Planes de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención. Mediante su aplicación fue posible evidenciar los puntos críticos de la atención al usuario por parte de los Servicios de Salud, aspectos que fueron luego concertados para su corrección y mejoramiento negociado.

Para el año 2007 el costo de medicamentos antihipertensivos alcanzó la suma de \$ 4,429,903.98 (Dirección de Medicamentos y Terapéutica, CCSS).

Meta nacional 7: Diabetes y Obesidad

Reducir el aumento relativo en la prevalencia de diabetes Detener el aumento relativo de obesidad en la población



Consideraciones acerca de la Diabetes

La Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (CCSS, 2010), de la población nacional de 20 años y más, reportó una prevalencia de diabetes no diagnosticada de un 1,3% y diagnosticada de un 9,5% lo que da una prevalencia general de 10,8% en la población encuestada. Esta cifra es similar a las encontradas en países como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica. La encuesta determinó que la prevalencia de diabetes es más alta en el sexo femenino (11,6%) que en el masculino (9,8%).

Las Regiones con mayor prevalencia de diabetes son: la Pacífico Central, la Central Sur y la Central Occidente (Fuente: DVS, MS 2009).

La prevalencia de diabetes tipo 2 en el grupo de población con sobrepeso fue 2.5 veces mayor, respecto al grupo de población con IMC normal. La prevalencia incrementó 4.4 veces en el grupo con obesidad en comparación al grupo con IMC normal.

Existe una unificación de criterios de referencia y control de la diabetes tipo 2 en el I, II y III nivel de atención en la CCSS.

La CCSS cuenta con una Guía para la Atención de las Personas Diabéticas tipo 2, desde el año 2007.

En 2011 la CCSS y el INCIENSA inician el Programa de Intervención Nutricional de Enfermedades Crónicas (PINEC) con énfasis en diabetes, aplica una metodología de

atención nutricional innovadora, dinámica, integrada al tratamiento médico, con el fin de promover la capacidad de los usuarios para asumir el control y la responsabilidad de su propia vida con la enfermedad y así retrasar o evitar las complicaciones. Sin embargo, tiene una cobertura muy reducida por falta de recurso humano calificado.

Se cuenta con la metodología trazadora, como instrumento para el monitoreo y evaluación de la calidad de atención en diabetes. Se requiere actualizar las directrices para su aplicación.

Consideraciones acerca de la Obesidad

Según las Encuestas Nacionales de Nutrición 1982, 1996 y 2009 la prevalencia de obesidad en Costa Rica ha aumentado en todas las edades incluyendo a la niñez, tanto en hombres como en mujeres.

En la encuesta realizada en el año 2010 en la población mayor de 20 años se encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 36.1% y 26%, respectivamente (CCSS 2010).

Con relación al consumo alimentario, según la Encuesta Nacional de Ingresos y gastos , 2013, después del consumo de cereales (arroz, pastas, pan), el grupo de alimentos que ocupa el segundo lugar en el consumo nacional son los aceites y grasas y en tercer lugar los azúcares, dulces y golosinas. A su vez se encontró que el consumo de bebidas endulzadas supera el consumo de frutas y vegetales (INEC).

Esta misma Encuesta señala, en cuanto al consumo de comidas preparadas fuera del hogar, que en la región urbana el consumo es mayor, debido probablemente al mayor acceso y disponibilidad de estos alimentos respecto al área rural. Esto podría relacionarse con el alto consumo de grasas y azúcares que se encuentran en las comidas preparadas fuera del hogar.

En la Encuesta realizada en la población meta del “Plan Móvete y disfrutá la vida”, dirigida a una población de 88.582 estudiantes de 92 colegios del país, se encontró que sólo menos de la mitad de los y las adolescentes 40.5% consumen lo recomendado de frutas (2 o más veces al día) y solo un 18 % de los vegetales tiene un consumo adecuado de vegetales.

Con relación al consumo de gaseosas, 51% de los estudiantes las consumen 1 o más veces al día y 49.7% consume snacks 2 o más veces al día. La mayoría de estudiantes , un 60% consume productos empacados, 2 o más veces al día.

Esta situación alerta sobre la apremiante necesidad de revertir el consumo alimentario nacional, buscando medidas para aumentar el consumo de frutas y vegetales respecto al consumo de azúcares provenientes de alimentos y bebidas, así como de alimentos empacados que contengan alto contenido de azúcares, grasas y sodio.

La obesidad es consecuencia de múltiples factores como son: hábitos alimentarios inadecuados, bajo consumo de frutas y vegetales, sedentarismo, estilos de vida poco saludables, pobreza, baja escolaridad, lactancia materna nula o insuficiente, cultura, publicidad, entre otros.

Es importante considerar de acuerdo a estudios económicos, que la Obesidad le costó a la CCSS ₡65.000 millones de colones en citas médicas y hospitalizaciones, en solo un año. Además brindó 1,7 millones de consultas relacionadas con la obesidad en el año 2011 (Reporte 2011, La Nación).

La CCSS desarrolla una encuesta poblacional de vigilancia de factores de riesgo cardiovascular cada 4 años, que brindará información cada sobre el estado nutricional de la población, de manera periódica y sostenible en personas mayores de 20 años.

Está en desarrollo un estudio sobre análisis de las tendencias y determinantes de la obesidad en niños y adolescentes, por parte del INCIENSA.

En el escenario escolar y adolescente:

Se fortaleció el contenido sobre alimentación y nutrición en la currícula del curso de educación para la vida cotidiana que se imparte en séptimo año.

Existe regulación para la venta de productos que se expenden en las sodas estudiantiles, que restringe la oferta de alimentos con altos contenidos en grasas, azúcar y sodio. Se requiere aplicar medidas de supervisión más efectivas para garantizar su cumplimiento.

El Programa Nacional de Salud y Nutrición Escolar, que contempla las valoraciones en salud, el fortalecimiento de la educación para la salud, como un trabajo coordinado entre el MEP, la CCSS y el Ministerio de Salud, se encuentra debilitado por falta de recurso humano.

Se encuentra en Proyecto la Ley de Fortalecimiento de la Alimentación de la Niñez y Adolescencia.

Diseño y ejecución de un plan de mercadeo en alimentación saludable y actividad física “*Movéte y disfruta la vida*” dirigido a adolescentes de 92 colegios del país.

Proyectos de intervención en la población escolar por parte de las universidades.

En el escenario nacional y comunitario:

Elaboración y difusión de las Guías Alimentarias, Campaña “5 al día” .

Estrategia de Comunicación sobre promoción de estilos de vida saludable, CCSS.

Campaña publicitaria sobre alimentación saludable y actividad física, dirigida a población adolescente, en el marco del Plan “*Movéte y disfruta la vida*”, MS.

Programa de Promoción y Financiamiento de Proyectos Recreativos en las comunidades: Juegos Cantonales, ICODER, Comités cantonales de deporte y recreación.

Meta nacional 8: Farmacoterapia para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares

Al menos el 50% de las personas mayores de 40 años que tienen un riesgo cardiovascular igual o superior a 30% reciban consejería, medicamentos y atención farmacéutica para prevenir los infartos y los accidentes cerebrovasculares.



Consideraciones

La atención farmacéutica (AF) es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento fármaco terapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente.

La Línea de Base que permita conocer la cobertura del país en este tipo de medicamentos es necesaria.

La CCSS cuenta con una Política Institucional de Atención Farmacéutica, a partir de julio del 2012, la cual está alineada con los documentos estratégicos como “La Política Institucional de Calidad y Seguridad al Paciente” y “Una CCSS Renovada hacia el 2025”, ya aprobadas por la Junta Directiva.

En el año 2008 la CCSS realizó un estudio de opinión, sobre el uso de medicamentos entre los usuarios que acuden a los Centros de Salud, cuyos resultados evidenciaron la importancia de desarrollar actividades de AF que promuevan el uso adecuado de los medicamentos y la adherencia al tratamiento medicamentoso.

La oferta de servicios farmacéuticos de la CCSS ha ido modificando las estrategias de atención a nivel institucional, con el objetivo de mejorar el uso racional de los medicamentos a través de consultorios farmacéuticos, servicios de información de medicamentos, farmacovigilancia y la implementación de la consulta de AF estructurada.

La CCSS en el año 2011 destinó cerca de 101.000 millones de colones para la compra de medicamentos, de los cuales aproximadamente 90.000 millones corresponden a compra de medicamentos almacenables de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM), y 11.000 millones para la compra de tratamientos no almacenables o fuera de la LOM.

El Seguimiento del Tratamiento Farmacoterapéutico “Es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección de problemas relacionados con la medicación (PRM), y la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM), de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”.

En el año 2010, se despacharon 70,9 millones de medicamentos, en los Servicios de Farmacias de los diferentes Centros de Salud de la Institución; 4,6 millones más que la cantidad despachada en el 2009; es decir un incremento del 7%.

Meta nacional 9: Medicamentos esenciales y tecnologías básicas para tratar las principales enfermedades no transmisibles

80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos genéricos, acorde al abordaje integral de la ENCT en el Primer Nivel de Atención en Salud, tanto en los centros públicos de salud como en los privados.

Consideraciones

Las *tecnologías básicas* se definen como la “Aplicación de conocimientos y competencias organizados en forma de dispositivos, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida». No comprenderá los medicamentos y vacunas.(OMS)

La adquisición o compra de tecnologías básicas en la CCSS, se encuentra desconcentrada. A partir de octubre 2013, la CCSS inició la ejecución del Proyecto “Expediente digital único en salud (EDUS)”, en una I etapa que incluye a 221.000 asegurados. El servicio integral incluye: Agentes Telefónicos, mensajería SMS, correo electrónico, IVR (Gestión Automática de Citas),

La CCSS cuenta con un Programa Funcional para la apertura y funcionamiento de las diferentes categorías de servicios de salud (EBAIS, Clínicas y Hospitales), en el cual se establecen los procedimientos, recursos humanos y recursos físicos básicos que debe contar cada tipo de servicio, no obstante se requiere de un diagnóstico institucional actualizado, que incluya el inventario y estado actual de las tecnologías básicas para la atención de ECNT.

Concepto de medicamentos esenciales “son los que satisfacen las necesidades prioritarias de atención de salud de la población”(OMS).

Existe una Lista de Medicamentos Esenciales nacionales para ECNT para los Servicios de Salud de la CCSS.

Otros factores protectores y de riesgo

En el desarrollo del proceso en la consulta a profesionales sobre los temas a incluir en la Estrategia Nacional, se obtuvo como uno de sus resultados la necesidad de incorporar de manera explícita otros temas que son factores protectores y de riesgo modificables y de interés nacional para mejorar las condiciones de vida de la población, ellos son: Ambiente, depresión, estrés, alimentación y discapacidad.

Estos temas no incluyen metas específicas pero serán incorporados en el Plan de Acción como coadyuvantes a lograr las Metas Nacionales propuestas. Se identificaran objetivos, metas e indicadores y acciones estratégicas dentro de alguna o algunas Líneas de Acción.

Ambiente

Los factores ambientales relacionados con el hábitat humano, definido como el espacio donde vive un individuo o grupo humano y que incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia, son determinantes para las condiciones de salud.

La seguridad del agua, el aire y el suelo, la ocurrencia de eventos naturales, la interrelación con el hábitat de otras especies, las condiciones laborales, condiciones de vivienda, las condiciones de saneamiento básico, la posibilidad de contacto con plaguicidas, urbanización, entre otros, son elementos que deben ser conocidos, analizados y sobre los cuales se debe actuar para que estén en las mejores condiciones en pro del beneficio de ambiente y de la población.

Los contaminantes más importantes a vigilar, que están asociados con enfermedades crónicas son: Los químicos orgánicos (pesticidas, insecticidas, detergentes y agregados a gasolina) y algunos metales (arsénico, bario, cromo, plomo y mercurio). (Hoja Técnica. CIIPEC, INCAP, 2012)

El Plan de Salud de Costa Rica 2010-2021 resalta que los factores ambientales continúan siendo un problema debido a la contaminación de los ríos y los suelos con agroquímicos, sobreexplotación de los recursos marinos, polución del aire, disminución de la reforestación y explosión inmobiliaria, los cuales son algunos de los problemas más acuciantes para Costa Rica (Estado de la Nación, 2009).

Entre los principales problemas ambientales está la contaminación de los sistemas de abastecimiento de agua, especialmente de tipo fecal, pero también química “dada por el uso excesivo de plaguicidas en actividades agrícolas de tipo monocultivo, como es el caso de la piña” (Estado de la Nación, 2009).

Es necesario vigilar la calidad del agua por los contaminantes que están asociados con enfermedades crónicas, tales como: Cáncer, daños al hígado y los riñones, problemas del sistema nervioso y del sistema cardiovascular, ERC y enfermedades de la piel. (Hoja Técnica. CIIPEC, INCAP, 2012).

El aire contaminado dentro de las viviendas es un problema ambiental que proviene del humo de cigarrillos y cuando se cocina dentro o en las cercanías del hogar utilizando algún tipo de biomasa (madera, excrementos de animales o restos agrícolas), lo cual se relaciona con el desarrollo de enfermedades crónicas como alergias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, cáncer y enfermedades cardiovasculares. (Hoja Técnica. CIIPEC, INCAP, 2012)

La exposición a agroquímicos puede darse a nivel ocupacional, en el hogar y por alimentos (agua y comida). Alrededor del 3% de agricultores que usan plaguicidas tienen una intoxicación aguda por año por las deficientes condiciones de higiene y seguridad bajo las cuales son usados. Además una exposición a bajas concentraciones por periodos prolongados, se asocia a varias enfermedades crónicas como cáncer (leucemia, linfomas, de piel, renal, cerebro, hígado, pulmón y otros), fallo renal crónico, incluso depresión. Según OPS, en Centro América se utilizan 45 millones de kilos anuales de plaguicidas. (Hoja Técnica. CIIPEC, INCAP, 2012)

Los organismos estatales a cargo del tema no cuentan con suficiente información que les permita reducir el impacto de la actividad agrícola sobre los ecosistemas y la salud humana.

La contaminación sónica es uno de los problemas ambientales que generan más conflictos entre personas y la intervención de la Fuerza Pública. Un inventario realizado en 2010 en 31 Cantones de la Gran Área Metropolitana determinó que el 56% de las emisiones contaminantes proviene del transporte, el 21% de la industria y el 23% de establecimientos comerciales.

Salud Mental: Estrés y Depresión

La salud mental es el “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (OMS)

Los Factores Psicosociales como la depresión y el estrés se han asociado consistentemente con el desarrollo y progreso de las enfermedades cardiacas. La depresión es el que más se ha documentado y estudiado. La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal terminal o insuficiencia renal crónica (IRC), aun así es poco diagnosticada y pasa desapercibida. (Orellana M, 2008)

El estrés negativo o distrés asociado a la ansiedad, enojo, hostilidad, estresantes de vida agudos y crónicas y falta de apoyo social junto a otros factores de riesgo están estrechamente ligadas a las ECNT. Desde el punto de vista neurofisiológico el estrés está relacionado con alteraciones en alguno de los tres sistemas involucrados: el Nervioso Central, el Autónomo o el Neuroendocrino, los cuales pueden alterarse en alguna de sus fases: alarma, resistencia y agotamiento. (Selye, Hans)

Discapacidad

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. (OMS)

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Las ECNT son la mayor causa de muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas.

Estas enfermedades comparten factores de riesgo que pueden ser prevenibles ante cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud, y requieren un abordaje intersectorial e integrado.

Las ECNT proporcionan un gran porcentaje de discapacidad a la fuerza laboral, que es registrada en el número de incapacidades que otorga la CCSS.

Modelo de abordaje integral de las ECNT y obesidad

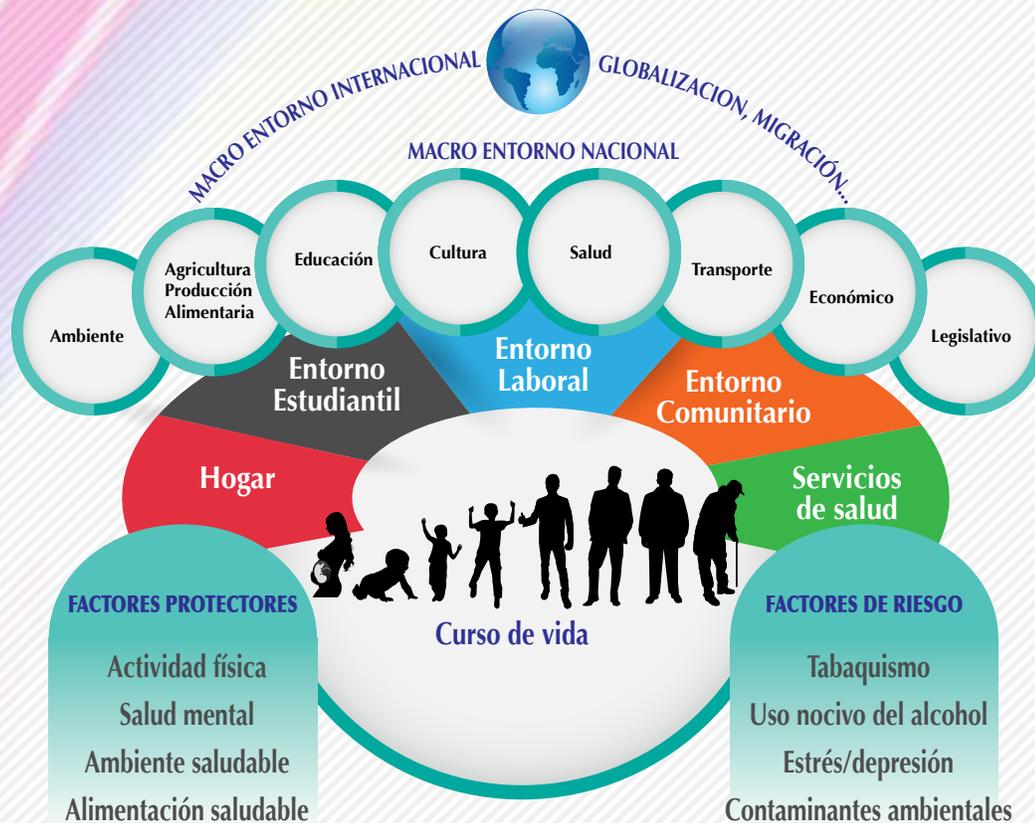
El panorama causal de las ECNT y Obesidad, presenta un desafío complejo para su abordaje tanto desde los servicios de salud, como en la interrelación de los factores que inciden en estas enfermedades.

El abordaje integral de las ECNT, se enfoca en la cadena de factores que influyen en la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, tomando en consideración:

- Factores protectores o de riesgo para las ECNT presentes en los diferentes entornos de la vida cotidiana, donde las personas crecen, conviven, aprenden, trabajan, se divierten y se interrelacionan permitiendo un intercambio de costumbres, saberes, valores que influyen en sus comportamientos y hábitos de vida, como son: el hogar, el entorno estudiantil, laboral, comunitario y los servicios de salud.
- Factores intrínsecos de cada individuo, como su condición biológica, curso de vida, sexo, genética.
- Factores asociados al macroentorno nacional, donde se dinamizan y formulan las estructuras y marcos políticos, legales, económicos, culturales, sociales y de infraestructura.
- Factores del macroentorno mundial e internacional, que influyen de diferentes maneras en la dinámica internacional, como, la globalización, las migraciones, la comercialización, los avances tecnológicos, entre otros, los cuales permean los movimientos económicos, culturales, sociales el cambio en los valores y posicionamientos culturales.

De esta manera, para reducir el impacto de las ECNT en los individuos y la sociedad, se requiere de un trabajo conjunto multisectorial del Sector Salud, con otros Sectores entre ellos, los relacionados con las finanzas, educación, agricultura y producción alimentaria, planificación urbana, bienestar social, transporte, cultura y legislación, con el fin de unir esfuerzos dirigidos a la prevención de los factores de riesgo y los protectores asociados a las ECNT.

MODELO DE ABORDAJE INTEGRAL DE LAS ECNT



Líneas de acción

La Estrategia Mundial para las ECNT incorpora cuatro líneas estratégicas que están en consonancia con los 25 indicadores y las 9 metas mundiales voluntarias propuestas. Estas líneas en la Estrategia Nacional esta consideradas como Líneas de Acción que organizaran la planificación, ellas son:

Políticas y alianzas estratégicas: Fortalecimiento y promoción de medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado. Así como el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.

Factores protectores y factores de riesgo: Reducción de la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecimiento de los factores protectores, con énfasis en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables; mediante estrategias de promoción de la salud y mecanismos regulatorios; abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.

Respuesta del sistema de salud: Mejoramiento de la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las ENT y sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.

Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico: Fortalecimiento del Sistema de Información y Vigilancia , así como la investigación y desarrollo tecnológico relacionados con las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, que permita utilizar los resultados para la toma de decisiones y elaboración de políticas y programas basados en la evidencia.

Lineamientos Estratégicos por área estratégica

Para cada Línea de Acción de la Estrategia Nacional, se definieron los Lineamientos Estratégicos generales sobre los cuales se orientará la elaboración del Plan de Acción.

Políticas y Alianzas

Fortalecer medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado para el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.

Abogacía política para el abordaje integral y sostenible de las ECNT según la Estrategia Nacional.

Cumplimiento de las Competencias del Sector Empresarial, ONG's y Sector Gubernamental en productos y servicios que intervienen en las ECNT.

Fortalecimiento interinstitucional e intersectorial: creación de Redes, Comisiones, Acuerdos y Convenios de cooperación institucional.

Alianzas con la cooperación internacional que fortalezcan la movilización de recursos para la implementación de las Líneas de Acción de la Estrategia Nacional.

Fortalecimiento del Marco Regulatorio: Leyes, Decretos y Normas en los factores de riesgo y los protectores.

Fortalecimiento de la Rectoría en el abordaje de las ECNT en: vigilancia, regulación, servicios de salud y protección del ambiente humano.

Factores protectores y de riesgo

Cumplimiento del Marco Regulatorio en: alcohol, tabaco, actividad física y alimentación. Colaboración conjunta del Sector Empresarial, ONG's y Sector Gubernamental en la implementación de estrategias de educación y promoción de estilos de vida saludable y autocuidado.

Iniciativas para el aumento de consumo de frutas y vegetales en: Centros Educativos, hogares, lugares de trabajo, puntos de venta y recreación.

Incentivos para la producción y comercialización nacional y regional de frutas y vegetales.

Fortalecimiento de los contenidos curriculares en los factores protectores y de riesgo de las ECNT, para la formación profesional y docentes en educación: actividad física, alimentación, alcohol, tabaco, estrés, depresión y ambiente.

Regulación del mercadeo y publicidad de los alimentos dirigidos a la población más sensible: Niñez y adolescencia.

Vigilancia en el cumplimiento de las medidas regulatorias en: reducción de la concentración de grasas saturadas, sal/sodio, grasas trans, azúcares refinados en alimentos procesados y comidas rápidas.

Estrategias de estilos de vida saludables en los escenarios: comunitario, familiar, estudiantil, laboral y servicios de salud.

Desarrollar e implementar políticas para ordenamiento urbano que propicien espacios abiertos, seguros y accesibles, que fomenten caminar, uso de bicicleta y otras actividades físicas y recreacionales.

Iniciativas de transporte para aumentar la disponibilidad, la accesibilidad, aceptabilidad y seguridad de los desplazamientos a pie, en bicicleta y transporte público, que fomenten el desplazamiento activo.

Vigilancia para la reducción de emisiones de contaminantes ambientales, uso controlado de plaguicidas y contaminación química en los sistemas de abastecimiento de agua.

Respuesta de los Servicios de Salud

Acciones de tamizaje viables en las ECNT priorizadas, con evidencia en prevención.

Asumir las Metas Nacionales de ECNT como parte de los desafíos del Modelo de Atención Integral en Salud, considerando la estrategia de atención primaria renovada.

Fortalecimiento de la referencia y contra referencia en las Redes de Servicios de Salud.

Estrategias dirigidas al fortalecimiento de la fuerza laboral en salud para el abordaje integral de las ECNT.

Mecanismos de asignación y movilización de recursos y medición del gasto en ECNT.

Mejoramiento en los procesos de obtención de fármacos de las ECNT.

Aumento a la adherencia y uso de los medicamentos.

Garantía de la calidad de resultados de los análisis de la Red Nacional de Laboratorios de diagnóstico de dislipidemias, diabetes mellitus y otras ECNT.

Lineamientos técnicos nacionales para el abordaje integral de la obesidad en los tres niveles de atención.

Promoción de la salud enfocada en los factores protectores y de la prevención de los factores de riesgo de las ECNT a lo largo del Curso de Vida desde la concepción.

Incorporación de terapias alternativas como complemento a la atención integral de la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Implementación de metodologías dirigidas a la calidad de la prestación de los servicios de salud en el abordaje integral de las ECNT.

Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico

Disposición de Líneas de Base en los temas que involucra la Estrategia Nacional en ECNT.

Vigilancia de la Salud fortalecido con Sistemas de Información en ECNT y herramienta de análisis para la captación de datos.

Fortalecimiento de investigaciones en ECNT.

Iniciativas de las Tecnologías Básicas en Salud para mejorar la calidad de los servicios.

Recurso humano acorde al desarrollo de las Tecnologías Básicas en Salud.

Coordinación y articulación nacional

Dada el enfoque de determinantes considerado en el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad, así como la magnitud y el alcance de la presente Estrategia, se requiere fortalecer los mecanismos de coordinación y articulación que permitan el desarrollo de las acciones estratégicas necesarias para lograr las metas nacionales establecidas.

Para este efecto se conformó la Comisión Nacional para el Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad, con el objetivo de desarrollar y dar seguimiento a la implementación de la Estrategia Nacional y su Plan de Acción.

La Comisión está constituida por representantes de las instituciones que tienen competencias en el cumplimiento de las metas establecidas en dicha Estrategia, específicamente el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Instituto Costarricense sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Deporte y Recreación (ICODER), Ministerio de Educación Pública y Ministerio de Salud, quien tiene la responsabilidad de la coordinación de la misma. Asimismo como integrantes asesores y facilitadores, integran la Comisión profesionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).

La OPS ha tenido un rol importante de asesoría y colaboración con la secretaría ejecutiva de la Comisión. A su vez durante todo el proceso de formulación de la Estrategia y el correspondiente Plan, se ha contado con el apoyo político por parte del Despacho de la Ministra de Salud.

Paralelamente se conformó un equipo de rectoría para el tema de enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad a lo interno del Ministerio de Salud, integrado por representantes de las Direcciones del Nivel Central que están directamente relacionadas con la ejecución de las acciones estratégicas, definidas en el Plan de Acción para la implementación de la Estrategia. Los integrantes de esta Comisión forman parte a su vez, de la Comisión Nacional para el Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad. Este Equipo facilitará la coordinación, la articulación, ejecución y seguimiento de las acciones que son competencia del Ministerio de Salud. Asimismo, la CCSS cuenta con una comisión institucional de ECNT para articular y dar seguimiento a las acciones establecidas en el Plan de Acción, que son competencia de esta Institución.

PLAN DE ACCIÓN

ESTRATEGIA NACIONAL ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES y OBESIDAD 2014-2021





Políticas y alianzas estratégicas



Línea de Acción:	Políticas y Alianzas Estratégicas			
Objetivo General. OG.1. Fortalecer medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado para el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
1.1. OE Incidir políticamente en relación con el tema de las ECNT orientados a la Promoción, Prevención, Atención y Rehabilitación de la Salud.	1.1.1. AE Promoción de mecanismos de plataforma multisectorial para la implementación del Plan de Acción.	1.1.1. M Que a julio del 2015 se disponga de una alianza multisectorial en ejecución con los actores sociales involucrados en las ECNT y Obesidad. 1.1.2. M A diciembre 2015, contar con lineamientos desde el nivel central hacia los niveles subnacionales, en las diferentes instituciones identificadas como estratégicas para cumplir con el Plan de Acción	1.1.1 I Una alianza multisectorial en ejecución con los actores sociales involucrados en las ECNT y Obesidad, al 2015. IR 1.1.2. I Número de lineamientos emitidos desde el nivel central hacia los niveles subnacionales, en las diferentes instituciones identificadas como estratégicas para cumplir con el Plan de Acción, al 2015. IR.	Comisión Nacional de ECNT y Obesidad Comisión Nacional de ECNT y Obesidad
	1.1.2. AE Divulgación técnica del Plan de Acción de ECNT en espacios estratégicos interinstitucionales e intersectoriales identificados en los diferentes niveles organizacionales.	1.1.2 M A diciembre 2015, Actores sociales informados sobre la estrategia y el Plan de Acción de ECNT. 1.1.3. M A enero del 2016, Actores sociales que incorporan acciones de la estrategia de ECNT en sus planes estratégicos institucionales o empresariales.	1.1.2. I Número de actores sociales estratégicos identificados en cada nivel a los cuales se les divulgó el Plan de Acción al 2015. 1.1.3. I Número de actores sociales que incorporan acciones de la estrategia de ECNT en sus planes estratégicos institucionales o empresariales.	Comisión Nacional de ECNT y Obesidad

Línea de Acción:		Políticas y Alianzas Estratégicas		
Objetivo General. OG.1. Fortalecer medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado para el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
1.2. OE Promover el cumplimiento de las competencias del Sector Empresarial, ONGs y Sector Gubernamental en productos y servicios que permita garantizar la disponibilidad y el acceso de productos y servicios, considerando los factores de riesgo en las ECNT	1.2.1. AE Elaboración del Diagnóstico sobre el Estado Actual de las Empresas en relación al cumplimiento de sus competencias en productos y servicios que intervienen en las ECNT y Obesidad.	1.2.1. M Que al segundo semestre del 2015 se disponga de un Diagnóstico sobre el Estado Actual de las Empresas en relación al cumplimiento de sus competencias en productos y servicios que intervienen en las ECNT y Obesidad.	1.2.1. I Diagnóstico sobre el Estado Actual de las Empresas en relación al cumplimiento de sus competencias en productos y servicios que intervienen en las ECNT y Obesidad, al segundo semestre del 2015.	INCIENSA
	1.2.2. AE Coordinación para el desarrollo de productos nutricionalmente mejorados mediante capacitación y asistencia técnica, dirigidos a Industria Alimentaria y Servicios de Alimentación y el Sector Público.	1.2.2. M Que a partir del 2016 se desarrollen procesos para obtener productos nutricionalmente mejorados mediante capacitación y asistencia técnica dirigidos a Industria Alimentaria y Servicios de Alimentación y el Sector Público.	1.2.2. I % de procesos para obtener productos nutricionalmente mejorados según la programación realizada anualmente.	Ministerio de Salud / INAV / CITA (UCR)

Línea de Acción:	Políticas y Alianzas Estratégicas			
Objetivo General. OG.1. Fortalecer medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado para el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
1.3. OE Incidir políticamente con organismos internacionales para el apoyo técnico y financiero de las acciones estratégicas dirigidas a lograr las Metas Nacionales de la Estrategia Nacional de las ECNT y Obesidad.	1.3.1. AE Alianzas estratégicas con las principales organizaciones internacionales que pueden brindar aporte técnico y político en acciones estratégicas del Plan de Acción de la Estrategia Nacional de ECNT y Obesidad	1.3.1. M Que anualmente se obtengan Alianzas estratégicas con las principales organizaciones internacionales que pueden brindar apoyo técnico y político en acciones estratégicas del Plan de Acción de la Estrategia Nacional de ECNT y Obesidad.	1.3.1. I Número de alianzas estratégicas establecidas anualmente	Comisión ECNT y Obesidad
	1.3.2. AE Gestión de alianzas para el desarrollo de proyectos de investigación relacionados con ECNT y Obesidad, con apoyo de organismos internacionales.	1.3.2. M Que se logren acuerdos con organismos internacionales, para que financien y participen con investigadores(as) en estudios epidemiológicos y experimentales en el país.	1.3.2. I Al menos un estudio finalizado, expuesto en un Congreso Nacional o Internacional y publicado, cada tres años.	Comisión de ECNT y Obesidad

Línea de Acción:		Políticas y Alianzas Estratégicas		
Objetivo General. OG.1. Fortalecer medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado para el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
1.4. OE. Crear un Marco Regulatorio sobre factores de riesgo y los protectores que impactan a de la ECNT y Obesidad	1.4.1. AE. Definición de Normas para la Atención Farmacéutica en el uso seguimiento y adherencia de los medicamentos de ECNT, relacionado con la farmacoterapéutica y la farmacovigilancia.	1.4.1. M. Que al 2016 se definan las Normas para la Atención Farmacéutica en el uso seguimiento y adherencia de los medicamentos de ECNT, relacionado con la farmacoterapéutica y la farmacovigilancia.	1.4.1. I. Normas para la Atención Farmacéutica en el uso seguimiento y adherencia de los medicamentos de ECNT, relacionado con la farmacoterapéutica y la farmacovigilancia, oficializada al 2016.	Ministerio de Salud Dirección de Regulación, Dirección de garantía de Acceso a los Servicios de Salud.
	1.4.2. AE. Análisis y recomendaciones técnicas del actual "Decreto de Reporte Obligatorio de Enfermedades" según las necesidades de vigilancia de las ECNT	1.4.2. M. Que al 2015 se tengan los resultados del Análisis y recomendaciones técnicas del actual "Decreto de Reporte Obligatorio de Enfermedades" según las necesidades de vigilancia de las ECNT.	1.4.2. I. Resultados del Análisis y recomendaciones técnicas del actual "Decreto de Reporte Obligatorio de Enfermedades" según las necesidades de vigilancia de las ECNT al 2015. F	Dirección de Regulación, MS.

Línea de Acción: Políticas y Alianzas Estratégicas				
Objetivo General. OG.1. Fortalecer medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado para el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
1.5. OE. Garantizar el cumplimiento de la Normativa en el abordaje integral de las ECNT y Obesidad, hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención en alcohol y tabaco.	1.5.1. AE. Evaluación y acreditación de establecimientos de ONG's y OG's que brindan tratamiento a consumidores de drogas de acuerdo a la normativa de atención con que se brindan servicios de atención en alcohol y tabaco.	1.5.1. M. Que al 2015 se cuente con una norma actualizada para la evaluación y aprobación de programas de tratamiento que brindan las ONG's y OG's.	1.5.1. I. Norma revisada y actualizada para la evaluación y aprobación de programas de tratamiento que brindan las ONGs y OGs.	IAFA

Línea de Acción: Políticas y Alianzas Estratégicas				
Objetivo General. OG.1. Fortalecer medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado para el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
1.6.OE Implementar la vigilancia y el control oficial de los parámetros de contaminación Química y de emanaciones de Furanos Dioxinas BPCs, en los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano en todo el país	1.6.1. AE. Análisis en los Sistemas de Abastecimiento de Agua para Consumo Humano en lugares donde se desarrollan cultivos extensivos como piña, café o banano.	1.6.1. M. Que anualmente se realice al menos un Análisis en los Sistemas de Abastecimiento de Agua para Consumo Humano. en lugares donde se desarrollan cultivos extensivos como piña, café o banano.	1.6.1. I % de sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano que cumplen con el Decreto de Calidad de Agua Potable	Dirección de Ambiente Humano. Ministerio de Salud.
	1.6.2. AE. Coordinación de la Evaluación del Impacto Ambiental previo al establecimiento de nuevos proyectos de cultivos extensivos.	1.6.2. M. Que se realice la Evaluación del Impacto Ambiental previo al establecimiento de nuevos proyectos de cultivos extensivos, según demanda.	1.6.2. I. Evaluación del Impacto Ambiental para poder otorgar permiso a nuevos proyectos de cultivos extensivos.	Comisión Interinstitucional (DPAH del MS.MINAE.SFE y AyA
	1.6.3. AE. Actualizar el inventario de fuentes fijas, para implementar el control y la vigilancia, en cumplimiento a normativa existentes.	1.6.3. M. 100% de las fuentes fijas de emanación de contaminantes químicos y furanos, ubicadas en la Gran Área Metropolitana, cumplan con la normativa existente.	1.6.3. I. % de fuentes fijas que cumplen con la Normativa existente sobre emanaciones al ambiente.	DPAH del Ministerio de Salud

Línea de Acción:		Políticas y Alianzas Estratégicas		
<p>Objetivo General. OG.1. Fortalecer medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado para el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.</p>				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
<p>1.7. OE. Implementar procesos dirigidos al análisis fármaco económico de las nuevas alternativas terapéuticas de ECNT, como garantía al acceso equitativo, sostenibilidad y criterios objetivos de evaluación con respecto a la terapia estándar.</p>	<p>1.7.1.A.E. Elaborar una metodología sistemática de evaluación fármaco económica y de evidencia científica de los medicamentos para el tratamiento ECNT durante el proceso de pre registro sanitario</p>	<p>1.7.1. M. Que se disponga al 2016 de una metodología sistemática de evaluación fármaco económica y de evidencia científica de los medicamentos para el tratamiento ECNT durante el proceso de pre registro sanitario</p>	<p>1.7.1. I. % de medicamentos para el tratamiento ECNT con análisis fármaco económicos y de la evidencia científica registrados en el país.</p>	<p>Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario. Ministerio de Salud Coordinación con el Comité Central de Farmacoterapia CCSS</p>
	<p>1.7.2. A.E. Capacitación sobre la Metodología sistemática de evaluación fármaco económica y de evidencia científica de los medicamentos para el tratamiento ECNT durante el proceso de pre registro sanitario.</p>	<p>1.7.2. M. Capacitación sobre la Metodología sistemática de evaluación fármaco económica y de evidencia científica de los medicamentos para el tratamiento ECNT durante el proceso de pre registro sanitario</p>	<p>1.7.2. I. % de personal seleccionado capacitado sobre la Metodología sistemática de evaluación fármaco económica y de evidencia científica de los medicamentos para el tratamiento ECNT durante el proceso de pre registro sanitario</p>	<p>Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario. Ministerio de Salud</p>
	<p>1.7.3. A.E. Estudios fármaco económicos y evaluación comparativa con las terapias estándar en el proceso de pre registro sanitario</p>	<p>1.7.3. M. Que se realicen Estudios fármaco económicos y evaluación comparativa con las terapias estándar en el proceso de pre registro sanitario</p>	<p>1.7.3. I. Estudios fármaco económicos y evaluación comparativa con las terapias estándar en el proceso de pre registro sanitario</p>	<p>Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario. Ministerio de Salud</p>

Línea de Acción:		Políticas y Alianzas Estratégicas		
<p>Objetivo General. OG.1. Fortalecer medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado para el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.</p>				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
1.8. OE. Mejorar el uso y adherencia de los medicamentos de las ECNT	1.8.1. OE. Estrategias de abordaje y seguimiento al uso de los medicamentos de ECNT e indicadores de medición sobre: uso correcto y racional de los medicamentos, atención farmacéutica (adherencia, seguimiento farmacoterapéutico, Farmacovigilancia).	1.8.1. M. Que al 2016 se tengan las Estrategias de abordaje y seguimiento al uso de los medicamentos de ECNT e indicadores de medición sobre: uso correcto y racional de los medicamentos, atención farmacéutica (adherencia, seguimiento farmacoterapéutico, farmacovigilancia).	1.8.1. I. % de pacientes con tratamiento para ECNT que reciben educación, información y atención farmacéutica.	Ministerio de Salud – Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario CCSS (Dirección de Fármaco Epidemiología).



Factores protectores y factores de riesgo

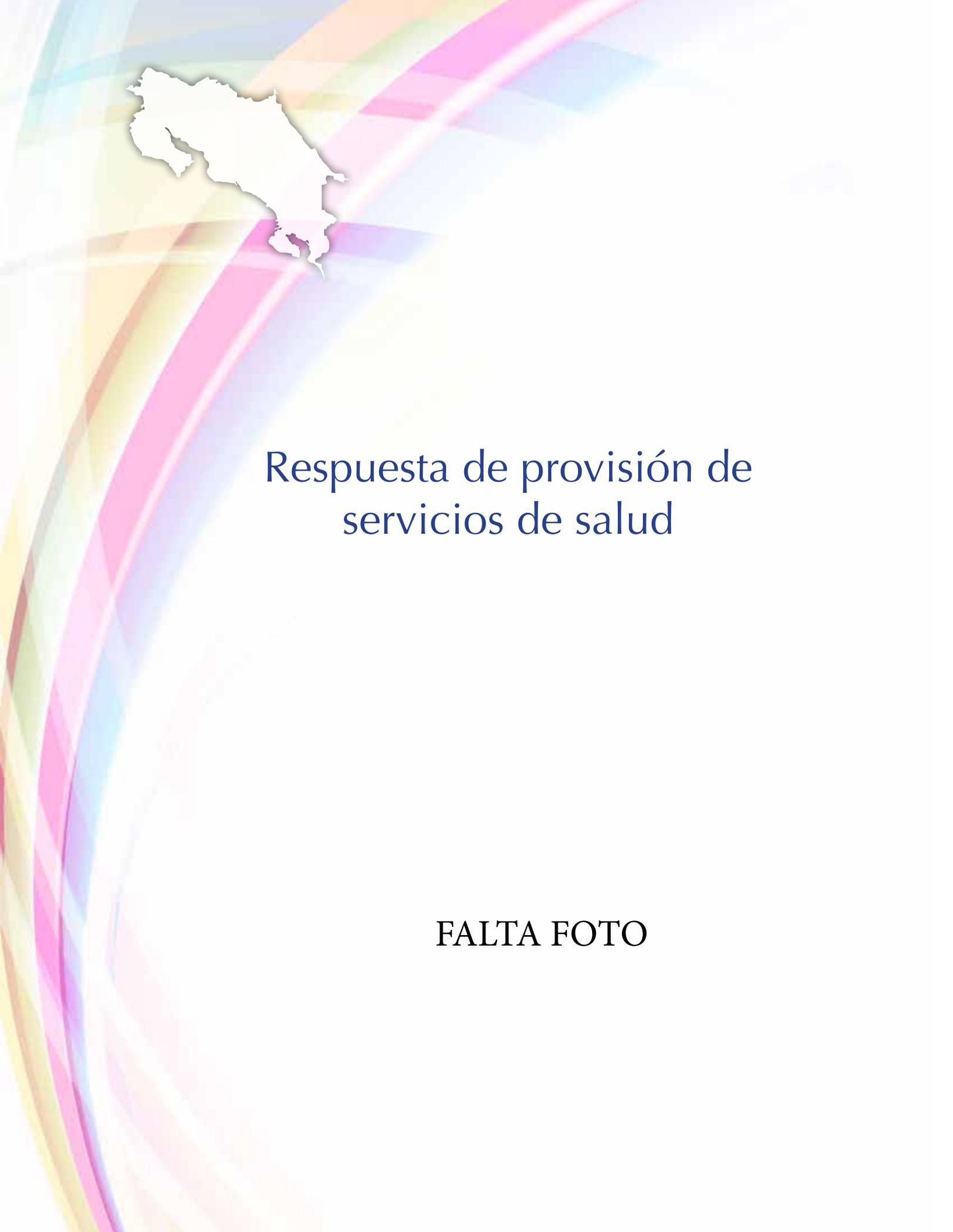
Línea de Acción	Factores protectores y factores de riesgo			
Objetivo General. OG.2.	Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT fortaleciendo los factores protectores, con énfasis en los niños, las niñas, las y los adolescentes y los grupos vulnerables; mediante estrategias de promoción de la salud y mecanismos regulatorios; abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.			
Meta 2: Reducción relativa del consumo nocivo del alcohol, según tendencias y contexto nacional.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
2.1. OE Garantizar el cumplimiento de la Ley 9047 sobre Regulación y Comercialización de Bebidas con contenidos Alcohólico	2.1.1 AE Acciones de fiscalización para que se cumpla con las regulaciones existentes para la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.	2.1.1 M En el 100% de los cantones priorizados se cumplen las regulaciones existentes para la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años al 2021.	2.1.1 I % de cantones priorizados se cumplen las regulaciones existentes para la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años, al 2021.	Municipalidades
	2.1.2 AE Monitoreo diario de la publicidad relacionada con la comercialización de Bebidas con Contenido Alcohólico en los diversos medios de comunicación masivos del país	2.1.2 M Diariamente se monitorea al menos el 50% de la publicidad relacionada con la comercialización de bebidas con contenido alcohólico. A partir del 2015, hasta el 2021.	2.1.2.1 I Número de publicidad autorizada relacionada con la comercialización de bebidas con contenido alcohólico, anualmente. 2.1.2.2 I Número de publicidad no autorizada relacionada con la comercialización de bebidas con contenido alcohólico, anualmente.	Comisión para la Regulación y Control de la Publicidad Comercial de las Bebidas con Contenido Alcohólico
	2.1.3 AE Desarrollo de estrategias dirigidas a la población con consumo perjudicial de alcohol.	2.1.3. M En el 100% de los cantones priorizados se cuenta con estrategias de intervención para la población con consumo perjudicial de alcohol para el 2021.	2.1.3. I Porcentaje de cantones priorizados se cuenta con estrategias de intervención para la población con consumo perjudicial de alcohol para el 2021.	IAFA CCSS

Línea de Acción	Factores protectores y factores de riesgo			
Objetivo General. OG.2.	Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT fortaleciendo los factores protectores, con énfasis en los niños, las niñas, las y los adolescentes y los grupos vulnerables; mediante estrategias de promoción de la salud y mecanismos regulatorios; abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.			
Meta 3: Reducción relativa del 7% al 2021 de la prevalencia de insuficiente actividad física.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
2.2 OE Establecer de manera sostenible condiciones en las comunidades para la promoción de la actividad física y salud mental en la población de todos los grupos de edad.	2.2.1 AE Promoción y financiamiento de proyectos recreativos y de actividad física a nivel local, Integrando el componente de salud mental	2.2.1 M Que al 2021 el 100% de los cantones priorizados se promueven proyectos recreativos y de actividad física locales, con el componente de salud mental dirigidos a: <ul style="list-style-type: none"> clubes de movimiento humano en escolares y adolescentes, fomento de la actividad física en población trabajadora en instituciones públicas. Amas de casa 	2.2.1 I Número de proyectos recreativos promovidos y financiados en los cantones del país asignados a los grupos prioritarios al 2021.	ICODER Comité cantonal de Deportes y Recreación Consejo de la Persona Joven Ciudadanía
	2.2.2 AE Promoción de recreación activa al aire libre con grupos familiares de los niños y niñas, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia que reciben los servicios de CEN CINAI	2.2.2 M Que al 2018 el 20% de los establecimientos CEN-CINAI implementan acciones de recreación activa con la participación de los grupos familiares y líderes comunitarios relacionados con los servicios de CEN-CINAI.	2.2.2 I Porcentaje de los establecimientos CEN-CINAI donde se realizan actividades de recreación activa al 2021.	Dirección Nacional CEN-CINAI
	2.2.3 AE Construcción y mantenimiento de instalaciones deportivas y recreativas y/o para el transporte activo disponibles para la población en las comunidades, que propicien su salud mental	2.2.3 M Que al 2021 el 100% de los cantones priorizados dispongan de instalaciones deportivas, recreativas y/o de transporte activo disponibles para la población, que propicien su salud mental	2.2.3 I Número y tipo de instalaciones deportivas, recreativas y de transporte activo construido y mantenido en funcionamiento y disponible para la población en los cantones y comunidades al 2021.	Municipalidades Comité cantonal de Deportes y Recreación Asociaciones de Desarrollo MEP

Línea de Acción	Factores protectores y factores de riesgo			
Objetivo General. OG.2.	Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT fortaleciendo los factores protectores, con énfasis en los niños, las niñas, las y los adolescentes y los grupos vulnerables; mediante estrategias de promoción de la salud y mecanismos regulatorios; abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.			
Meta 3: Reducción relativa del 7% al 2021 de la prevalencia de insuficiente actividad física.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
2.2. OE Establecer de manera sostenible condiciones en las comunidades para la promoción de la actividad física y salud mental en la población de todos los grupos de edad.	2.2.4 AE Desarrollo de una normativa para la inclusión de acciones de orientación y prescripción de la actividad física en las consultas de Atención Primaria de la Salud.	2.2.4. M Al 2021 el 100% de los EBAIS incluyen la actividad física o ejercicio físico en la terapia integral de los pacientes con enfermedades crónicas priorizadas.	2.2.4. I Porcentaje de EBAIS incluyen la actividad física o ejercicio físico en la terapia integral de los pacientes con enfermedades crónicas priorizadas.	CCSS Ministerio de Salud

Línea de Acción	Factores protectores y factores de riesgo			
Objetivo General. OG.2.	Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT fortaleciendo los factores protectores, con énfasis en los niños, las niñas, las y los adolescentes y los grupos vulnerables; mediante estrategias de promoción de la salud y mecanismos regulatorios; abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.			
Meta 4: Reducción relativa del 15% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población al 2021, según condiciones del país, las estrategias a implementar y a las referencias internacionales.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
2.3. OE Facilitar a la población la disponibilidad de alimentos procesados con menor contenido de sal-sodio.	2.3.1. AE. Negociación con la industria alimentaria para la reducción del sodio en las cinco categorías de alimentos procesados (condimentos, panadería, galletería, embutidos y salsas).	2.3.1. M. Reducción de sodio en al menos un 5% del contenido basal, en las cinco categorías de alimentos procesados prioritarios (de mayor consumo nacional).	2.3.1.I Número de acuerdos establecidos con la industria alimentaria. 2.3.1.2. I % de cumplimiento en la reducción del contenido de sodio en alimentos procesados prioritarios (cinco categorías establecidas)	Ministerio de Salud. INCIENSA- Programa para la reducción del consumo de sal- sodio en la población de
2.4. OE Concientizar a la población acerca de los efectos nocivos a la salud que pueda provocar el consumo excesivo de sodio.	2.4.1 AE. Elaboración e implementación del plan de mercadeo dirigido a la población meta identificada para prevenir el alto consumo de sal-sodio.	2.4.1 M Población meta con mayores conocimientos y prácticas adecuadas con relación a reducir el consumo de sal-sodio.	2.4.1. I % de población meta con conocimientos y prácticas adecuadas con relación a reducir el consumo de sal-sodio.	Ministerio de Salud INCIENSA- Programa para la reducción del consumo de sal- sodio en la población de
2.5. OE Asegurar un consumo óptimo de yodo, sodio y flúor en la población.	2.5. AE Monitoreo del consumo de yodo, flúor y sodio en orina de 24 de horas. Replantear la necesidad de ajustar la fortificación de los alimentos con yodo y flúor.	2.5. M Que el consumo de flúor, yodo sea adecuado en la población.	2.5. I. 100% de los alimentos fortificados con yodo y flúor se ajusten a los niveles recomendados.	Ministerio de Salud INCIENSA- Programa para la reducción del consumo de sal- sodio en la población de

Línea de Acción	Factores protectores y factores de riesgo			
Objetivo General. OG.2	Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT fortaleciendo los factores protectores, con énfasis en los niños, las niñas, las y los adolescentes y los grupos vulnerables; mediante estrategias de promoción de la salud y mecanismos regulatorios; abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.			
Meta 5: Reducción relativa del 12% de la prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años al 2021.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
2.6. OE Garantizar el cumplimiento de la Ley anti tabaco y sus efectos nocivos en la salud, considerando el Convenio Marco de Control y la salud mental	2.6. 1 AE. Fiscalización del cumplimiento de la regulación de publicidad de tabaco mediante la dotación a las Direcciones Regionales y Áreas Rectoras del Ministerio de Salud con los recursos necesarios para cumplir con la Ley 9028.	2.6.1. M Al 2018 el 100% de los cantones con prevalencia mayor al consumo promedio nacional de tabaco, cumple con la regulación de la publicidad y la promoción de los productos de tabaco en supermercados, restaurantes y bares.	2.6.1. I % del estudio muestral de supermercados, restaurantes y bares en los cantones de mayor prevalencia de consumo de tabaco, según categorías de publicidad al 2018.	Ministerio de Salud
	2.6. 2 AE. Dotar a las Direcciones y Áreas Rectoras del Ministerio de Salud con los recursos necesarios para cumplir con la fiscalización del cumplimiento de la regulación de los espacios libres de humo de tabaco.	2.6.2. M. AL 2018 el 100% de los cantones con prevalencia mayor al consumo promedio nacional de tabaco, se cumpla con la regulación de los espacios libres de humo de tabaco.	2.6.2. I % del estudio muestral en centros de trabajo, centros educativos públicos, instalaciones deportivas, supermercados, restaurantes y bares de los cantones de mayor prevalencia de consumo de tabaco al 2018.	Ministerio de Salud
	2.6. 3 AE. Implementación de proyectos del Plan de Implementación de la Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos para la Salud-9028.	2.6.3. M. Al 2017 en el 100% de los cantones con mayor prevalencia de consumo de tabaco se cuenta con Proyectos específicos del Plan de Implementación de la Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos para la Salud-9028.	2.6.3. I % de Cantones con Proyectos del Plan de Implementación de la Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos para la Salud-9028.	Ministerio de Salud IAFA CCSS ICODER



Respuesta de provisión de servicios de salud

FALTA FOTO

Línea de Acción	Respuesta de Provisión de Servicios de Salud			
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 6: Reducción del aumento relativo de la prevalencia de hipertensión arterial en el país y sus complicaciones.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.1 OE Contribuir a retardar la aparición de la Hipertensión Arterial y mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de HTA a través de la promoción, prevención, detección y tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones, integrando el componente de salud mental.	3.1.1 AE Elaboración e implementación de la Norma Nacional de hipertensión arterial.	3.1.1 M Que al 2017 todos los servicios de salud públicos y privados estén aplicando la Norma Nacional de hipertensión arterial.	3.1.1. I % de servicios de salud públicos y privados aplicando la Norma Nacional de hipertensión arterial, al 2017.	Ministerio de Salud
	3.1.2. AE Desarrollo e implementación y actualización de la Guía de Atención de HTA.	3.1.2. M Que al 2018 se implemente la Guía de Atención de HTA.	3.1.2. I Guía de Atención de HTA implementada al 2018.	CCSS
	3.1.3. AE Aumentar la detección de hipertensos no diagnosticados.	3.1.3 .M Reducir a 5% la prevalencia de hipertensos no diagnosticados al 2018.	3.1.3. I % de reducción de la prevalencia de hipertensos no diagnosticados al 2018.	CCSS
	3.1.4. AE Implementación de acciones para mejorar el porcentaje de población hipertensa controlada.	3.1.4. M Que al 2018 se logre aumentar el porcentaje de hipertensos diagnosticados y controlados. Según línea de base.	3.1.4. I % de Hipertensos diagnosticados y controlados, al 2018.	CCSS

Línea de Acción	Respuesta de Provisión de Servicios de Salud			
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 7.1: Reducir el aumento relativo en la prevalencia de diabetes y sus complicaciones				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.2 OE. Contribuir a retardar la aparición de la Diabetes Mellitus y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes mediante la prevención, detección y tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones.	3.2.1 AE. Elaboración e implementación de la Norma Nacional de Diabetes Mellitus	3.2.1. M Que al 2021 todos los servicios de salud públicos y privados estén aplicando la Norma Nacional de Diabetes.	3.2.1. I. N° servicios de salud públicos y privados estén aplicando la Norma Nacional de Diabetes al 2021.	Ministerio de Salud
3.3. OE. Mejorar el control metabólico de la persona portadora de diabetes Mellitus.	3.3.2. AE. Elaboración, implementación y actualización de Guías de Atención en Diabetes.	3.3.2. M Que al 2021 se encuentre elaborada e implementada la Guía de Atención en Diabetes.	3.2.2. I. Guía implementada de Atención en Diabetes al 2021.	CCSS
	3.3.3. AE. Mejoramiento de la Detección temprana de la Diabetes, con énfasis en las personas que tengan sobrepeso, obesidad u otros factores de riesgo de las ECNT, mediante exámenes de control periódico y tratamiento oportuno.	3.3.3. M Al menos el 85% de población no diagnosticada con tratamiento oportuno al 2018 (crecimiento de la detección en 1% anual.	3.3.3. I % de población diabética diagnosticada con tratamiento oportuno al 2018.	CCSS
	3.3.4. AE. Capacitación a los Equipos de Salud en educación de Diabetes con Énfasis en el Autocuidado.	3.3.4. M Que al 2016 se encuentren capacitados al menos el 50% de los Equipos de Salud en Educación en Diabetes con énfasis en cantones con mayor prevalencia de diabetes.	3.3.4. I % de Equipos Básicos capacitados en Educación en Diabetes, con énfasis en cantones con mayor prevalencia de diabetes al 2017.	CCSS
	3.3.5. AE. Extender la cobertura de manejo integral e interdisciplinario de los pacientes diabéticos.	3.3.5. M A menos el 60% de pacientes diabéticos controlado según estándar definido en guía de atención al 2017.	3.3.5. I 60% de pacientes con Hb glic menor de 7, al 2017.	CCSS

Línea de Acción		Respuesta de Provisión de Servicios de Salud		
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 7.2: Detener el aumento relativo de la obesidad en la población.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.4. OE. Prevenir el sobrepeso y obesidad en la población.	3.4.1. AE. Elaboración e implementación de la Norma Nacional de Obesidad.	3.4.1. M. Que al 2021 todos los servicios de salud públicos y privados estén aplicando la Norma Nacional de Obesidad.	3.4 .1.1 N° de servicios de salud públicos y privados aplicando la Norma Nacional de obesidad, al 2021.	Ministerio de Salud
	3.4.2. AE. Implementación del lineamiento para la Atención de las personas con obesidad en el curso de vida.	3.4.2.1. M. Que al 2016 el lineamiento para la Atención de las personas con obesidad en el curso de vida este elaborado y oficializado. 3.4.2.2 M. Que al 2021 el lineamiento para la Atención de las personas con obesidad en el curso de vida esté socializado e implementado en el 100% de los servicios de salud.	3.4.2.1 I. % de establecimientos de salud implementando lineamiento para la Atención de las personas con obesidad, al 2021.	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud I, II y III Niveles de Atención. de la CCSS.
	3.4.3. AE. Implementación del manual para el desarrollo de las clínicas de lactancia materna y desarrollo en hospitales del segundo y tercer nivel, dirigidas al fomento de la lactancia materna en el segundo y tercer nivel de atención.	3.4.3.1.M. Al 2018 el 100% de los hospitales del segundo y tercer nivel tengan implementado el manual para el desarrollo de las clínicas de lactancia materna y desarrollo. Al 2021 el 100% de las maternidades con clínicas de lactancia materna.	3.4.3.1. I. Al 2021 100% de Maternidades con clínicas de lactancia materna	Área de Atención Integral a las personas con los Directores de los diferentes hospitales. CCSS
	3.4.4. AE. Promover prácticas saludables y de vida activa en la población	3.4.4.M. Que al 2017 se haya implementado una Estrategia de comunicación para promover prácticas saludables y de vida activa en medios de comunicación y diferentes escenarios de las comunidades: Ferias del agricultor, super mercados, parques, medios de transporte, iglesias.	3.4.4. I % de la estrategia implementada al 2017.	CCSS

Línea de Acción	Respuesta de Provisión de Servicios de Salud			
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 7.2: Detener el aumento relativo de la obesidad en la población.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.4. OE Prevenir el sobrepeso y obesidad en la población.	3.4.1. AE Fortalecimiento del “Programa de Nutrición y Salud para niños, niñas y adolescentes escolarizados”, en educación alimentaria y nutricional y actividad física, huertas, comedores y sodas estudiantiles, servicios de salud y ambientes saludables que promuevan hábitos alimentarios saludables y de vida activa.	3.4.1.1. M Población escolar con mayores conocimientos de actividad física y alimentación saludable, al 2018.	3.4.1. I % de estudiantes con conocimientos en actividad física y alimentación saludable al 2018.	Ministerio de Salud Ministerio de Educación Pública. MAG CCSS
		3.4.1.2 M Aumento de productores locales vendiendo sus productos a comedores escolares en un 5% por año.	3.4.1.2 I Número de productores locales vendiendo sus productos a comedores escolares por año.	
		3.4.1.3. M Aumento de huertas escolares en 5% por año. A partir del 2015.	3.4.1.3. I % de aumento de huertas escolares por año. A partir del 2015.	
		3.4.1.4. M Aumento de Sodas estudiantiles que cumplen con el Reglamento de Sodas estudiantiles.	3.4.1.4. I % de centros educativos cumpliendo con el Reglamento de sodas estudiantiles.	
	3.4.2. AE Implementación de una Normativa para mejorar el etiquetado nutricional	3.4.2. M Normativa implementada para la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas con alto contenido de grasa, azúcares y sodio implementada al 2017.	3.4.2. I Normativa implementada sobre la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas con alto contenido de grasa, azúcares y sodio al 2018.	Ministerio de Salud
	3.4.3. AE Elaboración e implementación de una estrategia de información al consumidor sobre alimentos ultraprocesados y bebidas no alcohólicas, con alto contenido de energía, azúcar, grasa y sodio.	3.4.3. M Estrategia implementada al 2016	3.4.3. I % de avance de la implementación de la estrategia al 2016	Ministerio de Salud INCIENSA

Línea de Acción	Respuesta de Provisión de Servicios de Salud			
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 7.2: Detener el aumento relativo de la obesidad en la población.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.5. OE. Prevenir el sobrepeso y obesidad en la población.	3.5.4. AE Definición de la normativa para la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas con alto contenido de grasa, azúcares y sodio (GAS), dirigida a la niñez y adolescencia	3.5.4. M Normativa para la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas con alto contenido de grasa, azúcares y sodio (GAS), dirigida a la niñez y adolescencia elaborada al 2017.	3.5.4. I Norma elaborada e implementada para la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas con alto contenido de grasa, azúcares y sodio (GAS), dirigida a la niñez y adolescencia 2018	Ministerio de Salud
	3.5.5. AE Implementación de una Estrategia de acceso y promoción del consumo de frutas y vegetales, dirigido a niñas, niños, colegiales y población adulta	3.5.5. M Que al 2021 se aumente la frecuencia de consumo de frutas en al menos un 5% , en niñas, niños, colegiales y población adulta	3.5.5.1. I % de escolares, adolescentes institucionalizados de 13 a 15 años y adultos, que aumentan el consumo de frutas y vegetales. 3.5.5.2. I % de población adulta que consume frutas y vegetales.	Ministerio de Salud MEP
	3.5.6. AE Negociación y acuerdos con la industria alimentaria para la reducción del contenido de grasas y azúcares en los alimentos de mayor consumo nacional	3.5.6. M Reducción de grasas y azúcares en al menos un 5% de los productos priorizados	3.5.6. I Número de acuerdos establecidos con la industria alimentaria para la reducción del contenido de grasas y azúcares en los alimentos de mayor consumo nacional % de cumplimiento en la reducción del contenido de grasas y azúcares en alimentos procesados. Prioritarios	Ministerio de Salud. INCIENSA

Línea de Acción	Respuesta de Provisión de Servicios de Salud			
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 8: Al menos el 50% de las personas mayores de 40 años que tienen un riesgo cardiovascular igual o superior al 30% reciban consejería., medicamentos y atención farmacéutica para prevenir los infartos y los accidentes cerebrovasculares.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.6. OE Desarrollar la atención farmacéutica en forma sistematizada en los tres niveles de atención de la CCSS y a nivel privado.	3.6.1. AE Elaboración y oficialización de los módulos educativos para los pacientes con ECNT.	3.6.1. M Que al 2017 se encuentren elaborados y oficializados los módulos educativos para los pacientes con ECNT	3.6.1. I Módulos educativos para los pacientes con ECNT elaborados y oficializados al 2017.	CCSS
	3.6.2. AE Elaboración, oficialización y aplicación de una metodología para el desarrollo de actividades complementarias de atención farmacéutica: horarios de medicación, conservación de medicamentos, indicaciones especiales.	3.6.2. M Que al 2017 se disponga de una metodología para el desarrollo de actividades complementarias de atención farmacéutica: horarios, conservación, documentación, dosis e indicaciones especiales.	3.6.2. I % de pacientes de difícil control clínico de ECNT en programas de seguimiento farmacoterapéutico al 2017.	CCSS
	3.6.3. AE Elaboración y oficialización de un sistema de registro de las intervenciones de la atención farmacéutica en pacientes con ECNT	3.6.3. M Que al 2017se disponga de un Sistema de Registro de las intervenciones e impacto de la atención farmacéutica en pacientes con ECNT.	3.6.3. I Sistema de registro de las intervenciones e impacto de la atención farmacéutica en pacientes con ECNT implementándose al 2017.	CCSS

Línea de Acción	Respuesta de Provisión de Servicios de Salud			
	Acciones complementarias de apoyo al diagnóstico y prevención de las ECNT			
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 1: Reducción relativa del 17% de la mortalidad prematura por el grupo de enfermedades: cáncer, cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratoria crónica, renal crónica, diabetes e hipertensión arterial del 2013 al 2021.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.7. OE Establecer normativa que regule los laboratorios de diagnóstico de ECNT.	3.7.1. AE Elaboración de normativa que incluya la evaluación de los laboratorios de diagnóstico de ECNT, así como la calidad de las muestras que apliquen y la calibración de los equipos médicos.	3.7.1.1 M Que al 2021 la Red Institucional de laboratorios de diagnóstico de las ECNT esté funcionando según la reglamentación vigente (NORMA 15189). 3.7.1. 2. M Que al 2021 se disponga de una Red de laboratorios de diagnóstico privados (NORMA 17025).	3.7.1.1. I 100% de cumplimiento de la reglamentación de calidad establecida por los laboratorios de la CCSS (Norma 15189), al 2021. 3.7.1.2. I Red de laboratorios de diagnóstico privados funcionando, al 2021. (NORMA 17025).	CCSS INCIENSA
3.8. OE. Fortalecer el Programa de Aseguramiento de La Calidad de la Red de Laboratorios de Química Clínica mediante la ampliación de su cobertura, mejoramiento del desempeño, la inclusión de nuevos analitos en función de las ECNT y la garantía de sostenibilidad financiera.	3.8.1. AE Identificación y priorización de laboratorios que no están incorporados en la Red de Laboratorios de Química Clínica para incluirlos en el Programa de Aseguramiento de la Calidad.	3.8.1. M Que se incremente del 2013 al 2021 el número de laboratorios participantes en el Programa de Aseguramiento de la Calidad de la Red de Laboratorios Clínicos con base en una lista actualizada de laboratorios de química clínica funcionando en el país.	3.8.1.1 I Que el 100% de los laboratorios de la CCSS, tengan un Programa de Aseguramiento de la Calidad de la Red de Laboratorios Clínicos en estadio dos para el año 2018 y estadio tres para el 2021. 3.8.1.2 I % de laboratorios privados, con un Programa de Aseguramiento de la Calidad de la Red de Laboratorios Clínicos en estadio dos para el año 2018 y estadio tres al 2021.	CCSS INCIENSA

Línea de Acción	Respuesta de Provisión de Servicios de Salud
-----------------	--

Línea de Acción	Acciones complementarias de apoyo al diagnóstico y prevención de las ECNT			
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 1: Reducción relativa del 17% de la mortalidad prematura por el grupo de enfermedades: cáncer, cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratoria crónica, renal crónica, diabetes e hipertensión arterial del 2013 al 2021.				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.9. OE Fortalecer los factores protectores de la salud mental en la población vulnerable al consumo de alcohol, tabaco, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo.	3.9.1. AE Estrategias de fortalecimiento de factores protectores de salud mental en población vulnerable al consumo de alcohol, tabaco, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo.	3.9.1 M Que al 2018 se hayan implementado estrategias para el fortalecimiento de factores protectores de salud mental en la población vulnerable al consumo de alcohol, tabaco, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo en 40 áreas de salud, 20 unidades organizativas y 4 hospitales regionales.	3.9.1 I Número de servicios de salud implementado las estrategias de fortalecimiento de factores protectores de salud mental en población vulnerable al consumo de alcohol, tabaco, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo, al 2018	CCSS

Línea de Acción	Respuesta de Provisión de Servicios de Salud			
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 1: Reducción relativa del 17% de la mortalidad prematura por el grupo de enfermedades: cáncer, cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratoria crónica, renal crónica, diabetes e hipertensión arterial del 2013 al 2021.				
Submeta 1: Reducción relativa de la mortalidad prematura por cáncer				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.10. OE Lograr el control del cáncer, a través de un enfoque sistémico y abordaje integral, con una gestión coordinada y la participación de diversos actores sociales.	3.10.1. AE Implementación de las acciones estratégicas del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017	3.10.1.1. M Cumplimiento de las acciones implementadas del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer al 2017. 3.10.1.2. M Disminución de la morbi mortalidad por cáncer de mama, cérvix, próstata y gástrico a diciembre de 2017.	3.10.1.1. I % de implementación de las acciones estratégicas del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017. 3.10.1.2. I % de disminución de la morbi mortalidad por cáncer de mama, cérvix, próstata y gástrico a diciembre de 2017.	Ministerio de Salud CCSS

Línea de Acción	Respuesta de Provisión de Servicios de Salud			
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 1: Reducción relativa del 17% de la mortalidad prematura por el grupo de enfermedades: cáncer, cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratoria crónica, renal crónica, diabetes e hipertensión arterial del 2013 al 2021.				
Submeta 2: Reducción del riesgo de mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular y pulmonar				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.11. OE Brindar a la población con enfermedad cardiovascular y pulmonar del área de atracción del HSJD el beneficio de participar en un programa de rehabilitación cardiovascular y pulmonar que conlleve a una disminución en la morbi-mortalidad de sus enfermedades crónicas, y desarrollar en forma progresiva el programa en otros hospitales regionales del país.	3.11.1 AE Educar y capacitar al personal de los servicios de Medicina Interna, Neumología, Neurología, Cardiología, Cirugía Cardíaca, Cirugía Tórax, Vascular periférico del HSJD, y equipo interdisciplinario del PANARE	3.11.1 M • Para el año 2016 capacitar al 50% del personal médico de los servicios ya citados y profesionales de rehabilitación • 2017: 75% • 2018: 90%	3.11.1 I Porcentaje del personal médico capacitado de los servicios ya citados del HSJD, y del equipo interdisciplinario del PANARE.	Comité de Rehabilitación Cardiovascular y Pulmonar HJSD Y PANARE
	3.11.2 AE Ejecutar la Fase I del programa de rehabilitación cardiovascular y pulmonar (dentro del hospital)	3.11.2 M • Para el 2016 incluir en el programa al menos al 50% de los candidatos a este tipo de rehabilitación • 2017:75% • 2018:90%	3.11.2 M Porcentaje de pacientes incluidos en el programa de rehabilitación cardiovascular y pulmonar Fase I	Comité de Rehabilitación Cardiovascular y Pulmonar HJSD Y PANARE
	3.11.3 AE Protocolizar el ingreso al programa de rehabilitación cardiovascular y pulmonar fase II (extrahospitalario). Propuesta HSJD-PANARE.	3.11.3 M • Para el 2016 se tengan los protocolos del 100%de los servicios citados	3.11.3 I Número de servicio con protocolos realizados	

Línea de Acción	Respuesta de Provisión de Servicios de Salud			
Objetivo General. OG.3	Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.			
Meta 1: Reducción relativa del 17% de la mortalidad prematura por el grupo de enfermedades: cáncer, cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratoria crónica, renal crónica, diabetes e hipertensión arterial del 2013 al 2021.				
Submeta 2: Reducción del riesgo de mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular y pulmonar				
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
3.12. OE Disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes que requieran prevención secundaria mediante el programa de rehabilitación cardiovascular y pulmonar	3.12.1 AE Implementar la Fase II del programa de rehabilitación cardiovascular y pulmonar	3.12.1 M <ul style="list-style-type: none"> Para el 2016 se incluyan al menos el 10% de los pacientes referidos 2017: 15% 2018: 20% 3.12.2 M <ul style="list-style-type: none"> Para el 2016 la mejora en la capacidad funcional sea mayor a 1 MET 	3.12.1 I Porcentaje de pacientes ingresados en el programa fase II de rehabilitación cardiovascular y pulmonar 3.12.2 I Porcentaje de pacientes que mejoraron en 1 MET o más su capacidad funcional en la Fase II del programa de rehabilitación cardiovascular y pulmonar.	Comité de Rehabilitación Cardiovascular y Pulmonar HJSD Y PANARE
	3.12.2 OE Coordinar la Fase III del programa de rehabilitación cardiovascular y pulmonar con los proyectos actividad física locales y I nivel de atención CCSS (OG2, meta 3, 2.21 y 2.24 del plan de acción de estrategia nacional)	3.12.2 M <ul style="list-style-type: none"> Para el 2016 se haya coordinado con el 70% de los proyectos actividad física locales y I nivel de atención CCSS y dar continuidad de los para el seguimiento en el nivel local 	3.12.2 I Porcentaje de pacientes coordinados con los niveles locales para continuar la Fase III del programa de rehabilitación cardiovascular y pulmonar	Comité de Rehabilitación Cardiovascular y Pulmonar y personal del I nivel de atención CCSS
	3.12.3 OE Mejorar la morbi-mortalidad de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa mediante rehabilitación pulmonar.	3.12.3 M <ul style="list-style-type: none"> Para el 2016 que 100% de pacientes mejoren al menos un punto su índice BODE (disminuir un punto absoluto en la escala en cuestión) 	3.12.3 I Porcentaje de pacientes que disminuyeron su escala de BODE en al menos un punto	Comité de Rehabilitación Cardiovascular y Pulmonar HJSD Y PANARE



Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico

FALTA FOTO

Línea de Acción:	Vigilancia, Investigación y Desarrollo Tecnológico			
Objetivo General. OG.4:	Fortalecimiento del Sistema de Información y Vigilancia, así como la investigación y desarrollo tecnológico relacionados con las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, que permita utilizar los resultados para la toma de decisiones y elaboración de políticas y programas basados en la evidencia.			
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
4.1. OE Facilitar la toma de decisiones en salud pública sustentada en un sistema nacional de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles que genere información confiable y oportuna.	4.1.3 AE Desarrollo e implementación de un Sistema de vigilancia nutricional, con prioridad en la niñez y adolescencia, que incluye módulos de antropometría, factores protectores (actividad física y hábitos alimentarios), de micronutrientes entre otros.	4. 1.3 M Que al 2021 se disponga de un Sistema de vigilancia nutricional operando.	4.1.3 I Informes obtenidos del sistema de vigilancia nutricional realizados y difundidos. Al 2021	MS
	4.1.4 AE Realizar un Sistema de información del estado nutricional de la población preescolar y escolar (1,3 y 6 grado), en escuelas públicas diurnas.	4.1.4 M Que al 2017 se logre elaborar un sistema de información del estado nutricional en el grupo preescolar y escolar (1,3 y 6 grado), en escuelas públicas diurnas. Que al 2021 se logre implementar el sistema de información del estado nutricional en el grupo preescolar y escolar (1,3 y 6 grado), en escuelas públicas diurnas.	4.1.4 I 100% del sistema de información elaborado en escuelas públicas diurnas, al 2018. 3.1.3.2 Al 2021 el 100% del sistema de información implementado en el 100% de las escuelas públicas diurnas.	MS, CCSS, MEP
	4.1.5. AE Realizar un Sistema de información del estado nutricional de la población adolescente, en colegios públicos diurnos.	4.1.5.1 M Que al 2017 se logre elaborar un sistema de información del estado nutricional de la población adolescente, en colegios públicos diurnos. 4.1.5.2 M Que al 2021 se logre implementar el sistema de información del estado nutricional en la población, en colegios públicos diurnos.	4.1.5.1. I El 100% del sistema de información elaborado en los colegios públicos diurnos, al 2018. 4.1.5.1 M Al 2021 el 100% del sistema de información implementado en el 100% de los colegios públicos diurnos.	CCSS, MEP, MS
	4.1.6 AE Elaboración de un informe Integral y periódico de la situación de las ECNT en el país.	4.1.6.1 M Informe Integral y periódico de la situación de las ECNT en el país elaborado cada dos años. A partir del año 2015.	4.1.6 I Informe presentado a las autoridades correspondientes en el período establecido.	Ministerio de Salud CCSS IAFA

Línea de Acción:	Vigilancia, Investigación y Desarrollo Tecnológico			
Objetivo General. OG.4:	Fortalecimiento del Sistema de Información y Vigilancia, así como la investigación y desarrollo tecnológico relacionados con las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, que permita utilizar los resultados para la toma de decisiones y elaboración de políticas y programas basados en la evidencia.			
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
4.1. OE Facilitar la toma de decisiones en salud pública sustentada en un sistema nacional de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles que genere información confiable y oportuna.	4.1.7. AE Desarrollo de un Sistema Permanente de Costeo para la estimación de las inversiones en salud que realiza el país, para el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades asociadas al consumo y exposición de productos de tabaco y sus derivados.	4.1.7 M Que al 2014 se haya realizado una Investigación base del Sistema Permanente de Costeo para la estimación de las inversiones en salud, que realiza el país para el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades asociadas al consumo y exposición de productos de tabaco y sus derivados.	4.1.7 I Informe de investigación al 2015 para la estimación de las inversiones en salud que realiza el país para el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades asociadas al consumo y exposición de productos de tabaco y sus derivados.	DVS, MS Programa de Control de Tabaco. MS IAFA ICD
4.2. OE Contar con la evidencia científica en los vacíos de conocimiento que permita apoyar las decisiones sobre el destino de los recursos dirigidos al abordaje integral de las ECNT, la obesidad, sus factores de riesgo y los factores protectores; que impacten de manera positiva los determinantes sociales y mejoren la calidad de vida de la población.	4.2.1. AE Establecer alianzas estratégicas para contar con recurso humano calificado, cooperación técnica y financiamiento para la realización de investigaciones.	4.2.1. M Que existan alianzas estratégicas formales para contar con recurso humano calificado, cooperación técnica y financiamiento para la realización de investigaciones.	4.2.1. I Alianzas estratégicas establecidas para contar con recurso humano calificado, cooperación técnica y financiamiento para la realización de investigaciones.	Ministerio de Salud , DDCT
	4.2.2. AE Investigaciones cuali-cuantitativas de enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en determinantes de la salud y factores de riesgos comunes de los problemas de relevancia epidemiológica.	4.2.2. M Que estén realizadas investigaciones cuali-cuantitativas de enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en determinantes de la salud y factores de riesgos comunes de los problemas de relevancia epidemiológica.	4.2.2. I Investigaciones cuali-cuantitativas de enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en determinantes de la salud y factores de riesgos comunes de los problemas de relevancia epidemiológica.	CCSS Ministerio de Salud Universidade

Línea de Acción:	Vigilancia, Investigación y Desarrollo Tecnológico			
Objetivo General. OG.4:	Fortalecimiento del Sistema de Información y Vigilancia, así como la investigación y desarrollo tecnológico relacionados con las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, que permita utilizar los resultados para la toma de decisiones y elaboración de políticas y programas basados en la evidencia.			
OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES ESTRATÉGICAS	METAS POR PERIODO DE EJECUCIÓN	INDICADOR(ES)	RESPONSABLES DE SEGUIMIENTO
4.3. OE Promover alianzas estratégicas para el fortalecimiento del recurso humano en tecnologías básicas en salud.	4.3.1. AE Elaboración e implementación de un Plan de Desarrollo del Recurso Humano en tecnologías en salud, acorde con las prioridades identificadas.	4.3.1. M Plan de Desarrollo del Recurso Humano en tecnologías en salud elaborado e implementándose.	4.3.1. I. % de acciones estratégicas del Plan de Desarrollo del Recurso Humano en Tecnologías en Salud elaborado e implementándose.	Ministerio de Salud,

A group of approximately 15 people are seated around a long, light-colored conference table in a meeting room. They are engaged in a discussion, with some looking at documents and others looking towards the center. The room has large windows on the left and framed pictures on the wall. The table is set with coffee cups, water bottles, and papers. The overall atmosphere is professional and collaborative.

Sistema de Monitoreo y Evaluación
Plan de Acción de la Estrategia Nacional de
abordaje integral de las ECNT y Obesidad
2014 – 2021

Estrategia Nacional para el abordaje integral
de ECNT y Obesidad

Introducción

La Estrategia Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad 2013-2021 se convierte en un instrumento de orientación y planificación de país, cuando se especifica en un Plan de Acción, las acciones estratégicas que se desarrollarán para lograr su objetivo general de reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las ECNT y obesidad, mediante el abordaje integral desde los factores protectores, los factores de riesgo y la prestación de servicios de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población nacional.

El círculo de la planificación se cumple cuando a este Plan de Acción se le desarrolla la etapa de Monitoreo y Evaluación para verificar el grado de logro alcanzado en sus objetivos y metas, que inciden en los determinantes de salud que protegen y pueden impactar de manera positiva en las condiciones de vida de la población.

En este caso la Dirección de Planificación Estratégica de las Acciones de Salud del Ministerio de Salud decide que esta etapa de monitoreo y evaluación se desarrolle por medio de un Sistema que permita dar seguimiento al Plan, en donde se sistematice y analice la información entorno a los indicadores de las acciones estratégicas.

El Sistema de Monitoreo y Evaluación consiste en retomar todos los elementos que la planificación estratégica ha considerado en el Plan de Acción y los interrelaciona de manera interactiva en las Fases, que bajo una coherencia lógica van generando los productos que se esperan.

Los resultados que este Sistema genere en sus diferentes Fases, permitirá conocer tanto la realidad de la situación actual en que los actores sociales están inmersos, como el efecto que sus acciones estratégicas están produciendo en las condiciones de salud de la población.

Es importante resaltar que la Estrategia Nacional está ligada a la Estrategia Mundial para la Prevención y Control de las ECNT y que el proceso desarrollado en Costa Rica desde la decisión de asumir a nivel nacional dicha iniciativa internacional hasta los presentes lineamientos metodológicos está relacionada con los indicadores de la Metas Mundiales, considerados como los que generaran la información de impacto de las condiciones de salud de la población a causa de las principales ECNT y sus factores de riesgo.

Objetivo del sistema de monitoreo y evaluación

Generar los mecanismos que permitan conocer el avance del cumplimiento de las acciones estratégicas que conforman el Plan de Acción de la Estrategia Nacional de las ECNT y Obesidad, como resultados intermedios para alcanzar las Metas Nacionales.

Metodología

El proceso de planificación desarrollado para abordar de manera integral la reducción de la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las ECNT y Obesidad, desde los factores protectores, los factores de riesgo y la prestación de servicios de salud; inició con la sistematización de la situación actual, luego una elaboración de una Estrategia Nacional, seguido de la formulación de un Plan de Acción que incorpora como una de sus etapas el Monitoreo y Evaluación del mismo,

La etapa de Monitoreo y Evaluación del Plan de Acción es un proceso que involucra la convocatoria y compromiso de los actores sociales que participaron en la etapa de formulación del Plan, dirigido por la Unidad de Planificación Estratégica de las Acciones en Salud (UPEAS) de la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud (DPEEAS) del Ministerio de Salud, como órgano rector del Sector Salud.

Los insumos base que sustentan este Sistema de Monitoreo y Evaluación son de dos fuentes:

- Plan de Acción con sus elementos de la planificación: lineamientos estratégicos, objetivos generales, objetivos específicos, acciones estratégicas, metas y sus indicadores y responsables que fueron definidos por los actores sociales para un periodo determinado.
- Estrategia Nacional de las ECNT y Obesidad 2013-2021 que describe las 9 Metas Nacionales para disminuir la mortalidad prematura y discapacidad producida por las ECNT, sus respectivos lineamientos estratégicos y consideraciones técnicas para el logro de cada una de las metas.

El proceso de formulación del Sistema es una de las funciones de la (DPEEAS) y lo ejecuta mediante la implementación de procesos que sus funciones Ministeriales le otorga. Involucra a los actores sociales por medio del mecanismo de coordinación con la participación de las otras Direcciones del Ministerio según Área Estratégica de su correspondencia.

Los contenidos de la formulación del Sistema incluye la definición de un marco conceptual, sus interrelaciones, los instrumentos de recolección de información, inclusión de los datos a la herramienta en donde se registran, la obtención de los resultados y posteriormente el análisis de los mismos.–

Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Acción 2013-2021

La etapa de Monitoreo y Evaluación del Plan de Acción requiere de una estructura funcional y una operativa que le permita generar acciones hacia los ejecutores de las acciones estratégicas y así recopilar la información necesaria para conocer el estado actual y sus consideraciones. El conjunto de estas estructuras, sus instrumentos y los análisis de resultados es lo que se denomina Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Acción.

Este Sistema por medio de la aplicación de sus instrumentos generara la información que permitirá conocer la situación actual de las acciones estratégicas por medio del estado de los indicadores de gestión y de resultado que fueron planificados. Los datos se analizan y se procede a generar los informes hacia los tomadores de decisiones y los actores sociales involucrados, con el fin de fortalecer la gestión hacia el logro de las metas y objetivos propuestos.

Las autoridades de las Instituciones y todo tipo de Organizaciones que participan en la implementación del Plan también son usuarios de los resultados, estos tomadores de decisiones pueden orientar recursos y definir prioridades que fortalezcan el cumplimiento de lo planificado.

El Sistema debe ser flexible y con múltiples propósitos para que sea un mecanismo que pueda ser utilizado en cualquier momento para obtener resultados de la situación actual sea esta de tipo de seguimiento, monitoreo y evaluación.

El Sistema tiene elementos que convergen, armonizan y coordinan para lograr un consenso en el accionar, por lo tanto depende de cómo estas relaciones funcionen, así será el grado de efectividad del mismo. Por lograr esta armonía el Sistema tendrá una estructura funcional que se describe de manera gráfica, presentando como se interrelacionan sus diferentes enlaces, y una estructura organizacional que describe las funciones de sus participantes y los mecanismos de coordinación y articulación entre ellos y los diferentes niveles institucional e interinstitucional para el fluido de información.

La operacionalización del Sistema se realiza por *Fases*, las siguientes son las recomendadas: recolección de información, procesamiento de los datos, análisis de los datos y divulgación técnica de resultados. Estas Fases pueden ser utilizadas tanto en la etapa de monitoreo, como en la de evaluación del Plan de Acción.

I Fase: Recolección de información

Esta fase requiere del diseño de los instrumentos y de los procesos de recolección de información que será descrita de manera detallada en el Sistema de Evaluación.

Los instrumentos del Sistema generan las entradas y las salidas de información, según se requiera.

En esta Fase la herramienta del Sistema que se ha seleccionado para generar los datos estará diseñada en hojas electrónicas de Excel, a las cuales se les alimenta con la información que suministre el actor social, mediante instrumentos de recolección, como entradas de datos para producir las salidas de información.

El generador de información que existe, dentro de los elementos de la planificación utilizada, es *el indicador*, ya que su resultado permite conocer el estado actual de las acciones estratégicas, y por ende de la meta de gestión definida y con ellos el grado de logro del objetivo específico. Para obtener la información se utiliza un instrumento denominado **Ficha Técnica de Reporte de Seguimiento del Indicador**, que ordena y recoge toda la información necesaria para obtener un registro del dato, para ser utilizado como respaldo de mismo y funciona como fuente de alimentación de la herramienta del Sistema. Que a continuación se presenta:

Ficha Técnica de Reporte de Seguimiento del Indicador

1. Indicador No.	2. Descripción del Indicador.		
3. Tipo de Indicador			
4. Objetivo Específico			
5. Medio de Verificación del Indicador	Evidencia:		
6. Periodo	2014-2017	2018-2021	
a. % Planificado			
b. % Ejecutado			
c. Justificación			
7. Línea de Base del Indicador.	Si Especifique:		No Aplica
8. Factores de Éxito en la ejecución			
9. Retos para la ejecución de lo planificado			
10. Responsable del Reporte del Dato del Indicador			

Los indicadores mayormente utilizados por los actores sociales en el Plan de Acción son los de *gestión* y *resultado*. Sin embargo, es importante considerar que algunos indicadores de resultados tienen características de *indicadores de impacto*, por lo tanto se recomienda tener un procedimiento especial con ellos, debido a que pueden generar información para otros propósitos.

II Fase: Procesamiento de los datos

Los datos obtenidos de la **Técnica de Reporte de Seguimiento del Indicador** es la base de la información de la herramienta. El Equipo Técnico responsable de esta Fase del Sistema trabajara en conjunto con el personal de la UPEPSS, realizando las actividades según los procedimientos descritos en el Sistema de Evaluación.

III Fase: Análisis de Resultados

Esta III Fase se desarrollará con los resultados que genera la herramienta, donde la Comisión Nacional de ECNT y Obesidad en conjunto con la DPEEAS como involucrados en los procesos de planificación y formulación del Sistema realizaran los análisis cuantitativos y cualitativos que se definan como necesarios para los propósitos requeridos.

IV Fase: Divulgación de la Información

La divulgación técnica de la información consiste no únicamente en brindar los resultados obtenidos en la Fase III, sino además proporcionar al actor social la información de manera individualizada del estado actual de las acciones estratégicas de las cuales es responsable. Esta devolución generará la base para que ambas partes, tanto la Comisión Nacional de ECNT y Obesidad como el responsable de la acción estratégica se realimenten para continuar con la implementación o ajuste de las acciones respectivas.

Esta Fase permitirá fortalecer los mecanismos de comunicación y articulación a todo nivel, tal y como se estipule en la descripción detallada en el Sistema.

Plan de Trabajo

La Comisión Nacional de ECNT y Obesidad formulará un Plan de Trabajo con un Cronograma de seguimiento que permita visualizar la implementación del Sistema en sus diferentes Fases, periodos de tiempo y responsables.

Elementos de la Planificación para la Etapa de Monitoreo y Evaluación

El Plan de Acción de la Estrategia Nacional de ECNT y Obesidad 2013-2021 se divide en cuatro Líneas de Acción que están alineadas a los Lineamientos Estratégicos de la Estrategia Mundial para la Prevención y Control de las ECNT. Cada Línea de Acción tiene un objetivo general que rescata el contenido de los objetivos generales de la Estrategia Mundial.

En la Estrategia Nacional se definieron para cada Línea de Acción los Lineamientos Estratégicos que respondían a las brechas existentes en cada uno de los temas de las 9 Metas Nacionales.

En la planificación del Plan de Acción se elabora un instrumento denominado Plantilla en donde los actores sociales definieron para cada Línea de Acción, Objetivo General los Objetivos Específicos, las Metas, las Acciones Estratégicas a implementar y sus respectivos Indicadores y Responsables.

La siguiente tabla presenta estos elementos que enmarca la planificación realizada y brinda la información para desarrollar la Etapa de Monitoreo y Evaluación del Plan.

Cuadro de Elementos de la Planificación
Líneas de Acción, Objetivos Generales y Específicos
Plan de Acción de la Estrategia Nacional de ECNT y Obesidad 2013-2021

Línea de Acción	Objetivo General	Objetivo Específico
Políticas y Alianzas Estratégicas	1.OG. Fortalecer medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado para el posicionamiento e integración de las ECNT en las agendas legislativas, económicas y de desarrollo.	1.1.OE. Incidir políticamente en relación con el tema de las ECNT orientados a la Promoción, Prevención, Atención y Rehabilitación de la Salud.
	1.2. OE. Promover el cumplimiento de las competencias del Sector Empresarial, ONGs y Sector Gubernamental en productos y servicios que permita garantizar la disponibilidad y el acceso de productos y servicios, considerando los factores de riesgo en las ECNT	
	1.3 .OE .Incidir políticamente con organismos internacionales para el apoyo técnico y financiero de las acciones estratégicas dirigidas a lograr las Metas Nacionales de la Estrategia Nacional de las ECNT y Obesidad.	
	1.4. OE. Crear un Marco Regulatorio sobre factores de riesgo y los protectores que impactan a de la ECNT y Obesidad	
	1.5. OE. Garantizar el cumplimiento de la Normativa en el abordaje integral de las ECNT y Obesidad, hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios.	
	1.6. OE Implementar la vigilancia y el control oficial de los parámetros de contaminación Química y de emanaciones de Furanos Dioxinas BPCs, en los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano en todo el país.	
	1.7. OE. Implementar procesos dirigidos al análisis fármaco económico de las nuevas alternativas terapéuticas de ECNT, como garantía al acceso equitativo, sostenibilidad y criterios objetivos de evaluación con respecto a la terapia estándar.	
	1.8. OE. Mejorar el uso y adherencia de los medicamentos de las ECNT	

Línea de Acción	Objetivo General	Objetivo Específico
Factores Protectores y Factores de Riesgo	<p>2.OG. Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT fortaleciendo los factores protectores, con énfasis en los niños, las niñas, las y los adolescentes y los grupos vulnerables; mediante estrategias de promoción de la salud y mecanismos regulatorios; abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.</p> <p>2.2. OE. Establecer y sostener condiciones en las comunidades para promover la actividad física entre la población.</p> <p>2.3. OE Facilitar a la población la disponibilidad de alimentos procesados con menor contenido de sal-sodio.</p> <p>2.4. OE. Concientizar a la población acerca de los efectos nocivos a la salud que pueda provocar el consumo excesivo de sodio.</p> <p>2.5. OE Asegurar un consumo óptimo de yodo, sodio y flúor en la población.</p> <p>2.6. OE. Garantizar el cumplimiento de la Ley anti tabaco y sus efectos nocivos en la salud, considerando el Convenio Marco de Control.</p> <p>2.7. OE. Contribuir a retardar la aparición de la Hipertensión Arterial y mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de HTA a través de la promoción, detección y tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones.</p>	
Respuesta de provisión de Servicios de Salud	<p>3.OG. Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención de las ECNT en los servicios de salud, considerando sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.</p> <p>3.2. OE. Mejorar el control metabólico de la persona portadora de diabetes Mellitus.</p> <p>3.3. OE. Prevenir el sobrepeso y obesidad en la población.</p> <p>3.4. OE. Prevenir y detectar oportunamente en ECNT</p> <p>3.5. OE. Lograr el control del cáncer, a través de un enfoque sistémico y abordaje integral, con una gestión coordinada y la participación de diversos actores sociales.</p> <p>3.6. OE. Desarrollar la atención farmacéutica en forma sistematizada en los tres niveles de atención de la CCSS y a nivel privado.</p> <p>3.7. OE. Establecer normativa que regule los laboratorios de diagnóstico de ECNT.</p> <p>3.8. OE. Fortalecer el Programa de Aseguramiento de La Calidad de la Red de Laboratorios de Química Clínica mediante la ampliación de su cobertura, mejoramiento del desempeño, la inclusión de nuevos analitos en función de las ECNT y la garantía de sostenibilidad financiera.</p>	<p>3.1. OE. Contribuir a retardar la aparición de la Diabetes Mellitus y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes mediante la prevención, detección y tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones.</p>

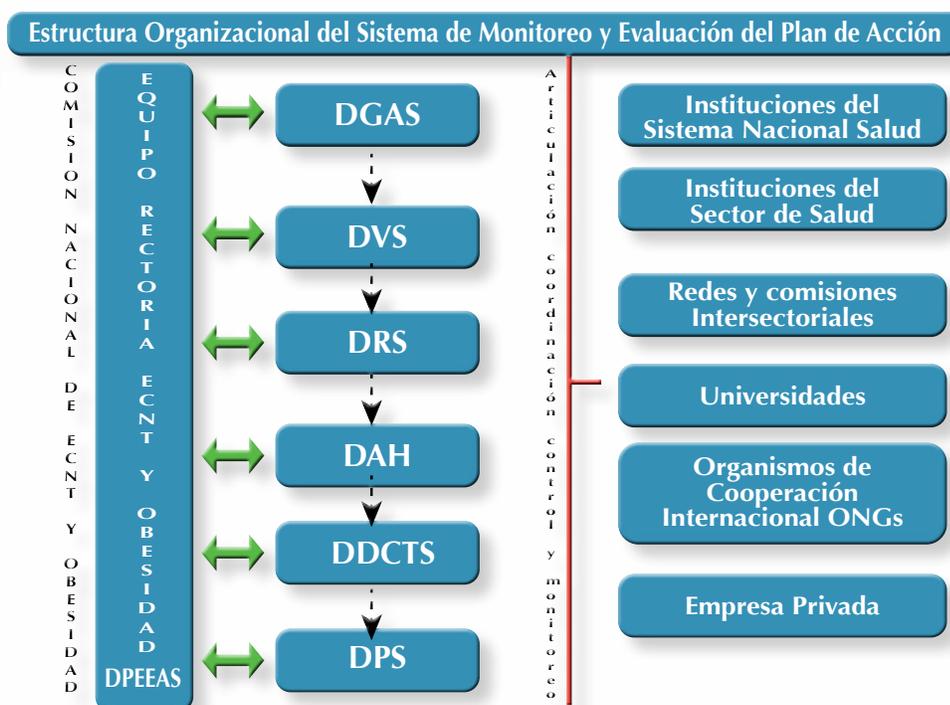
Línea de Acción	Objetivo General	Objetivo Específico
Vigilancia, Investigación y Desarrollo Tecnológico	<p>OG.4: Fortalecimiento del Sistema de Información y Vigilancia, así como la investigación y desarrollo tecnológico relacionados con las ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes, que permita utilizar los resultados para la toma de decisiones y elaboración de políticas y programas basados en la evidencia.</p> <p>4.2. OE. Realizar evaluaciones de impacto que permitan evidenciar los efectos de las acciones estratégicas producto de la Estrategia Nacional.</p> <p>4.3. OE Realizar evaluaciones de impacto que permitan evidenciar los efectos de las acciones estratégicas producto de la Estrategia Nacional de las ECNT y obesidad.</p>	<p>4.1. OE. Facilitar la toma de decisiones en salud pública sustentada en un sistema nacional de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles que genere información confiable y oportuna.</p>

Fuente: Plan de Acción de la Estrategia Nacional de ECNT y Obesidad 2013-2021

Estructura Funcional del Sistema

En el Sistema de Producción Social de la Salud, conformado por el conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales interrelacionados entre sí, incluye a su vez al Sector Salud, con sus servicios de salud públicos y privados de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento del ambiente humano, las organizaciones comunitarias y universidades; los cuales requieren ser articulados y coordinados entre sí; para que mediante la implementación de las acciones estratégicas se cumplan los objetivos y las metas establecidas en el Plan de Acción 2013-2021.

Las Acciones Estratégicas contempladas en este Plan requieren de la articulación de los actores sociales presentes en los equipos institucionales e intersectoriales, los cuales son coordinados por medio de las Direcciones del Ministerio de Salud, en su función rectora, tal y como aparece en la siguiente estructura.



Fuente: DPEEAS

Mecanismos de Articulación y Coordinación

El Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, incorpora como una de sus estrategias la articulación o interrelación coordinada de Actores Sociales a fin de que en forma sinérgica se logren los objetivos generales planteados en cada una de las Líneas de Acción para contribuir a reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y la obesidad.

La Comisión Nacional de ECNT y Obesidad definirá los mecanismos de coordinación óptimos para el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Acción, a fin de asegurar el cumplimiento de los indicadores propuestos por los actores sociales.

El mecanismo que se proponga debe responder a lo siguiente:

- Articulación por parte de cada miembro de la Comisión Nacional de ECNT y Obesidad con las competencias relacionadas con las ECNT y obesidad de las Instituciones que representan.
- Relación estrecha entre la Coordinación de la Comisión Nacional de ECNT y Obesidad con la Equipo de Rectoría de ECNT y Obesidad del Ministerio de Salud.
- Articulación entre el Equipo de Rectoría de ECNT y Obesidad y cada una de las Direcciones del Nivel Central del Ministerio de Salud que representan: Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, Garantía de Acceso de los Servicios de Salud, Mercadotecnia de la Salud, Vigilancia de la Salud, Regulación de la Salud, Desarrollo Científico y Tecnológico y Ambiente Humano.
- Articulación entre las Direcciones del Nivel Central y las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud.

El Sistema tendrá como apoyo de gestión una herramienta que permitirá el manejo de los datos de la ejecución de las acciones estratégicas, por medio del seguimiento de cumplimiento de los indicadores propuestos por los actores sociales.

El siguiente esquema identifica el Esquema de Relaciones entre los participantes que permitirá obtener la información requerida para el seguimiento del estado actual de las acciones estratégicas, en función de los instrumentos del Sistema de Monitoreo y Evaluación.



Fuente: UPEPSS/DPEEAS/MS

Recursos para el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan

El Sistema para ser implementado requiere, para cada una de sus Fases los recursos necesarios previos a la ejecución, por lo tanto la programación de las acciones y el tipo de recursos que se utilizara deben formar parte de las previsiones. Los recursos humanos con necesidades de capacitación y otros, tecnológicos, materiales y equipo, es parte de lo que se debe considerar para la puesta en marcha del Plan Operativo.

Bibliografía

1. OMS, Prevención de las enfermedades crónicas : una inversión vital:panorama general, Ginebra , Suiza, 2005
2. Ministerio de Salud . El Caso de Costa Rica : Formulación de la política de fortificación de harina de trigo con ácido fólico. Informe final del Observatorio de Políticas de CARMEN de enfermedades no transmisibles, Costa Rica, 2006.
3. Morice Trejos Ana. Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica , INCIENSA, 1998
4. Ministerio de Salud. Encuesta Basal CARMEN sobre factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, Cartago 2001, Módulo 1 , Factores alimentarios nutricionales.
5. Ministerio de Salud . Programa CARMEN Costa Rica, MODULO 1 “ Una guía educativa para reducir cuatro factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles 1ª ed, San José, Costa Rica, 2000
6. OMS . Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño., 2003
7. Alianza Panamericana por la Nutrición, la Salud y el Desarrollo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. “ Principios básicos , premisas, conceptos y principios estratégicos OPS/OMS , Perú, 2009
8. COMISCA, XXXIV Reunión Ordinaria, 2011
9. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles, 64.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A64/21: Consulta regional en respuesta a la invitación cursada por la OMS en la resolución 65/238 , para proporcionar aportaciones a los preparativos y las deliberaciones de la reunión de alto nivel de la ONU en septiembre 2011 sobre ENT
10. Foro Mundial OMS 2011: Afrontemos el reto de las enfermedades no transmisibles, 27 de abril de 2011 Moscú (Federación Rusa)
11. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Asamblea General , Naciones Unidas , 16 de septiembre de 2011. A/66/L.1
12. Ministerio de Salud, Plan Nacional de Salud 2010-2021, Costa Rica , 2010
13. Ministerio de Salud (et al.) Encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo asociados, Área Metropolitana, San José Costa Rica, 2009.
14. Caja Costarricense del Seguro Social . Encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular , CCSS, 2011
15. Ministerio de Salud, Memoria 2012, pag 32 .

16. Salas Aguilar Carolina: Estimación del Consumo Per-Cápita de Alcohol en Población Costarricense Mayor de 15 Años, 2008-2012. Instituto Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), 2013
17. "I.A.F.A. (2013). Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria, Costa Rica 2012, San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia".
18. I.A.F.A. (2012). Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas. Costa Rica 2010". San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia"
19. I.A.F.A (2007). La juventud y las drogas: encuesta nacional sobre percepciones y consumo en población de educación secundaria. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).
20. I.A.F.A (2011). Juventud Escolarizada y drogas. Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria. San José: I.A.F.A. ISBN: 978-9968-705-84-4.
21. I.A.F.A. (2013). Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria, Costa Rica 2012, San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
22. (Kearny, J. 2010. Food Consumption Trends and Drivers. Phil. Trans. R.Soc. B 365, 2793-2807)
23. Blanco-Metzler A, Montero-Campos MA, Núñez-Rivas H, Gamboa-Cerda C, Sánchez G. Avances en la reducción del consumo de sal y sodio en Costa Rica. RevPanamSalud Publica [online]. 2012, 32 (4): 316-320.<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/11.pdf>
24. Cappuccio, F. P., Kerry, S. M., Micah, F. B., Plange-Rhule, J., & Eastwood, J. B. (2006). A community programme to reduce salt intake and blood pressure in Ghana [ISRCTN88789643]. BMC Public Health, 6, 13. doi: 10.1186/1471-2458-6-13.
25. Diario Oficial La Gaceta (2001). Alcance N° 88-A a La Gaceta N° 247.
26. Ferrante, D., Apro, N., Ferreira, V., Virgolini, M., Aguilar, V., Sosa, M., . . . Casas, J. (2011). Feasibility of salt reduction in processed foods in Argentina. Panam Salud Publica, 29(2), 69-75.
27. Galea, G., Bollars, C., Breda, J., Cappuccio, F., Van Raaij, J., Siopa, M., . . . Xuereb, G. (2013). Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European. Dinamarca: World Health Organization/Regional Office for Europe.
28. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2006). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2004. San José, Costa Rica.
29. Kumanyika, S. K., Van Horn, L., Bowen, D., Perri, M. G., Rolls, B. J., Czajkowski, S. M., & Schron, E. (2000). Maintenance of dietary behavior change. Health Psychol, 19(1 Suppl), 42-56.
30. Ministerio de Salud (2011). Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal/ Sodio en la población de Costa Rica 2011- 2021.1 ed. San Jose, Costa Rica: El Ministerio.
31. Ministerio de Salud (2011) Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021. San José Costa Rica
32. Ministerio de Salud. (2012). Fascículo 2: Micronutrientes. Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009., (978-9977-62-121-0). Costa Rica.

33. Monteiro C.A., Bertazzi Levy R, Moreira Claro R., Rugani Ribeiro de Castro I., Cannon G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutrition*: 2010 14(1), 5–13.
34. Organización Panamericana de la Salud (2013). *Cuidate con la sal América. Guía para la acción en los países*. Páginas 138. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8677&Itemid=39984&lang=es.
35. Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2009). *Encuesta de Hogares 2001*. Costa Rica.
36. Sánchez, G., Peña, L., Varea, S., Patricia, M., Goetschel, M., Montero, M. d. I. Á., . . . Blanco, A. (2012). Conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de sal, la salud y el etiquetado nutricional en Argentina, Costa Rica y Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*, 32(4), 259-264.
37. Sarno F, Claro R M, Levy R B, Bandoni D H, Ferreira S R G, Monteiro C A. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. *Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]*. 2009 Apr; 43(2): 219-225.
38. CICAD/OEA (2011). *Informe del uso de drogas en Las Américas en el último decenio*. Washington, D.C.: CICAD, OEA/Ser.L/XIV6.6
39. Ministerio de Salud. *Plan Nacional para la Reducción del Consumo Sal/Sodio.2011-2021*. Costa Rica.
40. *Ley General del Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos, No. 9028 y sus Reglamentaciones*.
41. Ministerio de Salud. *Plan Nacional para la Reduccion del Consumo Sal/Sodio.2011-2021*. Costa Rica.
42. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud .2010-2021*. Costa Rica.
43. Villar, Eugenio. *Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil*. Organización Mundial de la Salud. 2007.
44. Ministerio de Salud. *Plan Nacional para la Prevencion y Control del Cancer 2011-2021*.Costa Rica.
45. Baum, Frances *Los Determinantes Sociales y Económicos de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.OMS. 2002),
46. .Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2015*. Costa Rica.
47. CIIPEC. INCAP. *Hoja Técnica. Salud Ambiental y Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. 2012.
48. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Actividad Fisica y Salud 2011-2021*. Costa Rica.

PARTICIPANTES

Proceso de Consulta por Temas Relacionados con las Metas Nacionales

Tema Mortalidad Prematura

Nombre	Institución
Jaime Tortos Guzmán	CCSS-HSJD
Alejandro Calderón	CCSS
Luis Bernardo Sáenz	CCSS
Raúl Sánchez	CCSS
Marielos Alvarado	CCSS
Gonzalo Azua	CCSS
Msc. Rossy Leon	Ministerio de Salud
Ignacio Salom	CCSS
Nelly Zúñiga	Ministerio de Salud
Gabriela Ramírez	CCSS
José Angulo.	Ministerio de Salud
Juan Carlos Valverde	Ministerio de Salud
Marlen Agüero.	CCSS
Ana Gladys Arauz.	INCIENSA
Adriana Lacle	CCSS
Grace Yung	CCSS-HM
Manuel Jiménez	CCSS-H.Heredia
Luisa Fernanda del Rio	CCSS
Roselyn Serrano	Ministerio de Salud
Christofer Martinez	CCSS
Elsy Bell	Consejo Nacional de Rehabilitación y Discapacidad
Vilma Garcia	CCSS
Patricia Allen	Ministerio de Salud

María Ethel Trejos	Ministerio de Salud
Rosa Vargas	Ministerio de Salud
Roy Wong	CCSS
Andrea Garita	Ministerio de Salud
Juan de Dios Rumoroso	Ministerio de Salud
Alejandra Acuna	Ministerio de Salud
Randolf González	CCSS
Federico Ugalde	Ministerio de Salud
Ana Morice	INCIENSA
Jaqueline Castillo	CCSS
Mario Madrigal Badilla	PANARE
Sofía Blanco Lara	HSJD
Rodolfo Jiménez	HSJD
José Sprok	HSJD
Bosco Matarrita	HSJD
José Acuña	HSJD
José Jiménez	UCIMED
Edwin Jiménez	

Tema: Factores de Riesgo: Alcohol y Tabaco

Nombre	Institución
Douglas Mata	IAFA
Luis Sandí	IAFA
Marianela Araya	IAFA
Sandra Fonseca	IAFA
Roberto Castro	Ministerio de Salud
Nidia Amador	Ministerio de Salud
Harold Segura	CCSS
Vera Barahona	IAFA
Luis Walker Morera	Ministerio de Salud

Tema: Factores Protectores: Actividad Física y Ambiente

Nombre	Institución
Ricardo Gómez	CCSS
Jean Carlo Córdoba	UCR
Hubert Mendez	CEDARENA
Orlando Fernández	Consejo de la Persona Joven. Ministerio de Cultura y Juventud
Cindy Valverde	Ministerio Salud
Rafael Porras	Ministerio Salud
Roberto Roque	ICODER
Jorge Valverde	Ministerio Salud
Cecilia González	Universidad EARTH
Gerardo Araya	UNA

Tema: Factor de Riesgo Obesidad

Nombre	Institución
Rafael Monge	INCIENSA
Marlen Montoya	CCSS. DSS
Hilda Nuñez	INCIENSA
Cecilia Gamboa	Ministerio Salud
Kattia Hidalgo	MEP
Maria Ester Bravo	MEP
Xinia Gomez	Ministerio Salud
Ana Morice	INCIENSA
Xinia Fernandez	UCR
Adriana Murillo	UCR
Katia Jimenez	INCAP
Elizabeth Lopez	Ministerio Salud
Luisa Fernanda del Rio	CCSS
Tatiana Martinez	UCR
Eugenia Villalobos	CEN-CINAI

Tema: Factor de Riesgo Ingesta de Sal/Sodio

Nombre	Institución
Adriana Blanco	INCIENSA
Katia Hidalgo	MEP
Kattia Jiménez	INCAP
Melany Asencio	Ministerio de Salud
Katrina Heredia	INCIENSA
Ivania Caravaca	INEC
Cecilia Gamboa	Ministerio Salud
Rodrigo Rodriguez	Consultor Internacional
Nelly Zuniga	Ministerio Salud

Tema: Farmacoterapia, Medicamentos Esenciales y Tecnologías Básicas

Nombre	Institución
Albin Chaves	CCSS
Eduviges Sancho	Ministerio de Salud
Esteban Vega de la O	CCSS
Ana Catalina Venegas	CCSS
Salomé Vásquez García	CCSS
Maricruz Mora	CCSS
Jorge Porras	CCSS
Gabriela Murillo	CCSS
Margarita Benavidez	Ministerio de Salud