POLÍTICA NACIONAL de Salud

"Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier"

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

"Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier"

Julio 2015

CONTENIDO

SIGLAS 5

PRESENTACIÓN 7

DEDICATORIA Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier (1924-2009)Benemérito de la Patria 9

AGRADECIMIENTO 13

CRÉDITOS 17

INTRODUCCIÓN 19

ENFOQUES Y PRINCIPIOS DE LA POLITICA 21

CAPÍTULO I METODOLOGÍA 25

CAPÍTULO II SITUACIÓN DE SALUD 29

Análisis de Situación de Salud 31

Análisis Epidemiológico 34

CAPÍTULO III POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS SEGÚN ÁMBITO DE INTERVENCIÓN 45

Políticas y estrategias según ámbito de intervención 47

ÁMBITO I: Articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud 49

Área de intervención Rectoría de la Salud 51

Área de intervención Legislación 56

Área de intervención Inversión, Financiamiento y Gasto en Salud 57

Área de intervención Recursos Humanos en Salud 58

Área de intervención Investigación y Desarrollo Tecnológico 60

Área de intervención Regulación y Control de Productos de Interés Sanitario 63

Área de intervención Calidad en Salud 65

ÁMBITO II: Equidad y Universalidad de las Acciones en Salud 73

Área de intervención Fortalecimiento de la atención primaria 75

Área de intervención Atención integral 77

Área de intervención Vigilancia de los determinantes sociales de la salud con abordaje interinstitucional e intersectorial 89

Área de intervención Enfermedades crónicas no transmisibles 91
Área de intervención Enfermedades transmisibles 93
Área de intervención Salud Mental 95
Área de intervención Atención integral del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas 98
Área de intervención Violencia Social, Sexual e Intrafamiliar 99
Área de intervención Salud sexual y reproductiva 101
Área de intervención Accidentes de tránsito 103
Área de intervención Salud de los trabajadores 105
ÁMBITO: Prácticas Saludables, Recreación y Deporte 109
Área de intervención Prácticas Saludables 111
Área de intervención Actividad física, recreación y deporte 114
Área de intervención Alimentación y Nutrición 115
ÁMBITO: Salud ambiental 123
Área de intervención Saneamiento básico 125
Área de intervención Gestión integral de residuos 126
Área de intervención Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano 128
Área de intervención Mejoramiento del alcantarillado sanitario y otros sistemas de tratamiento de aguas residuales 130
Área de intervención Control de los contaminantes peligrosos 132
Área de intervención Contaminación por ruido 134
ÁMBITO: Gestión integral del riesgo y adaptación al cambio climático 135
Área de intervención Reducción de Riesgo 137
Área de intervención Preparativos y respuesta 140
Área de intervención Recuperación 142
Área de intervención Adaptación 144
GLOSARIO 149
PARTICIPANTES 153
BIBLIOGRAFÍA 166

SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
ASADA	Asociación Administradora de Acueductos
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
AyA	Acueductos y Alcantarillado
AyA	Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados
CAAR	Comité Administrador de Acueductos Rurales
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEN-CINAI	Centro de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral
COTESS	Consejo Técnico Ejecutivo del Sector Salud, Nutrición y Deporte
CSS	Consejo Sectorial de Salud
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ESPH	Empresa de Servicios Públicos de Heredia
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
IAFA	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
ICODER	Instituto Costarricense del Deporte y Recreación
INCIENSA	Instituto Nacional de Ciencia, Investigación, Educación y Nutrición en Salud
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INS	Instituto Nacional de Seguros
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGTBI	Lesbiana, gais, bisexuales, trans e intersexuales
MEP	Ministerio de Educación Pública
MS	Ministerio de Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PANARE	Patronato Nacional de Rehabilitación
PANEA	Programa de Alimentación y Nutrición del Escolar y del Adolescente
SEPAN	Secretaría de la Política de Alimentación y Nutrición
SINARHUS	Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud

PRESENTACIÓN

En este milenio Costa Rica enfrenta grandes retos para avanzar a un desarrollo socio económico y ambientalmente sostenible y sustentable; caracterizado por los procesos de globalización, aumento de inequidades, creciente violencia social, cambios demográficos y la aparición de enfermedades emergentes y remergentes, aunado a los efectos del cambio climático. Lo que nos obliga a establecer fuertes alianzas estratégicas con la ciudadanía e instituciones públicas y privadas para mejorar las condiciones de vida de la población.

En este sentido, el Gobierno de la República y el Ministerio de Salud, deben responder en forma integral y con una respuesta social coherente a las necesidades de la población.

Motivados por estas aspiraciones y retos la Política Nacional de Salud *"Juan Guillermo Ortiz Guier"*, está sustentada en los tres pilares fundamentales de esta administración, a saber, "Impulsar el crecimiento económico y generar más y mejores empleos", "Reducir la desigualdad y eliminar la pobreza extrema", "Luchar contra la corrupción y el fortalecimiento de un Estado transparente y eficiente".

En el marco de lo anterior, la presente política se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad, inclusión social, interculturalidad y el enfoque de desarrollo humano sostenible e inclusivo.

Además, tiene como ejes transversales género, participación social, igualdad y la no discriminación, así como, el enfoque de derechos, la transparencia, la interinstitucionalidad e intersectorialidad y la calidad que permea el desarrollo de todas las acciones.

El documento es el producto de numerosos espacios de discusión y análisis en los que participaron cerca de trescientas personas provenientes de las instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, colegios profesionales, empresa privada, asociaciones, universidades y otros grupos, así como la sociedad civil.

Agradecemos la colaboración y acompañamiento brindado por todos los participantes en el proceso de definición de esta Política, entre los cuales cabe destacar el liderazgo y compromiso de las y los funcionarios del Ministerio de Salud y de las instituciones del Sector Salud, Nutrición y Deporte y demás participantes del proceso, así como, a la OPS/OMS-COR, con cuyo esfuerzo fue posible contar con una política integral, inclusiva y de calidad; la cual orientará el accionar de todos aquellos que tenemos la responsabilidad de proteger y mejorar la salud de la población.

Para concluir es importante recalcar la necesidad de continuar con el proceso de implementación y seguimiento de esta Política, a fin de lograr los resultados esperados en beneficio de la salud de los habitantes de Costa Rica.

Luis Guillermo Solís Rivera
Presidente de la República
de Costa Rica

Fernando Llorca Castro
Ministro de Salud

DEDICATORIA

Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier (1924-2009)

Benemérito de la Patria

"En la profunda hondura humanitaria
de la mente y del espíritu,
se gestaron las corrientes sociales
en forma natural
y así se expresaron:
como el sol, como el aire y como el agua,
que aclaran, iluminan y dan vida,
porque todos vivimos, en el mundo
común."
(…)
de su poema "**Hospital Sin Paredes**"

Humanista, poeta, y médico cirujano que, con su visión y liderazgo social, reinventó la forma de hacer salud pública en Costa Rica, superando las limitaciones de la Seguridad Social en una época en que esta tenía significativas dificultades para dar cobertura universal con servicios de salud a toda la población, a lo que por ley estaba obligada.

El entusiasmo comunitario con que fueron acogidas sus innovadoras propuestas de trabajo desde inicios de los años 50 del siglo XX, y la eficacia sanitaria en el control de las condiciones ambientales, las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, las nutricionales y las bucodentales, las enfermedades mentales y sociales como el alcoholismo y la pobreza, así como el espectacular impacto en la disminución de la mortalidad infantil y materna fruto del mejoramiento de las condiciones de salud en la Región Occidente del país, pronto convencieron a las autoridades políticas que su modelo merecía ser permitido y extendido como parte del Plan Decenal de Salud de los años 70 del siglo XX. Aportó así, desde un país del tercer mundo, uno de los más avanzados, completos y demostrados ejemplos del éxito de la estrategia que sería asumida y conceptualizada por la Conferencia Mundial de Salud de la OMS, a partir de 1978, como *Atención Primaria de la Salud*.

El Modelo "Hospital Sin Paredes" fue inspirado en una visión integral de la salud que, en

forma pionera, puso el énfasis en los determinantes sociales como base para promover la salud y prevenir las enfermedades, sin descuidar la detección y atención oportuna de personas enfermas. Actuó bajo el principio de la máxima desconcentración de recursos, promoviendo que el personal de los establecimientos de salud se desplazara a las comunidades para atender la salud y la enfermedad ahí donde ellas se gestan, cambiando con ello el sistema tradicional del hospital cerrado, con misión puramente curativa, por el de un hospital de puertas abiertas proyectado a la comunidad, con plena participación comunitaria y con un enfoque preventivo-curativo, que rápidamente dio paso a la intervención en la promoción de condiciones saludables de vida.

Derribadas las paredes del hospital, estimuló la coordinación interinstitucional e intersectorial, persiguiendo la más eficiente utilización de los recursos públicos, en asocio con los aportes sociales y comunitarios. Desarrolló espacios para la docencia y la investigación, destacándose en esto la práctica de las auditorías de fallecimientos infantiles, con amplia participación de todos los actores implicados para establecer las conclusiones sobre cómo tener menos muertes evitables.

Para aplicar todo lo anterior y hacerlo funcionar como un Modelo integral, participativo y coordinado de intervención en salud, se conformó equipos técnico-comunitarios encargados de conducir un sistema articulado de servicios en los ámbitos regional (Hospital de San Ramón), cantonal (5 Clínicas de Salud) y local (46 Puestos de Salud), en lo que llegó a ser la primera Región integrada de salud del país. En su base, a nivel comunal, las Auxiliares de Enfermería atendiendo desde los Puestos y Sub-Puestos de Salud en directa coordinación con los Comités de Salud y los Responsables de Salud formados por el Programa, movilizando la educación y la participación comunitaria en las diferentes tareas de salud y desarrollo. Resultaron extraordinariamente creativas las *Semanas Educativas en Salud*. En el nivel cantonal las Clínicas de Salud coordinando con las Asociaciones Cantonales de Salud. En el ámbito

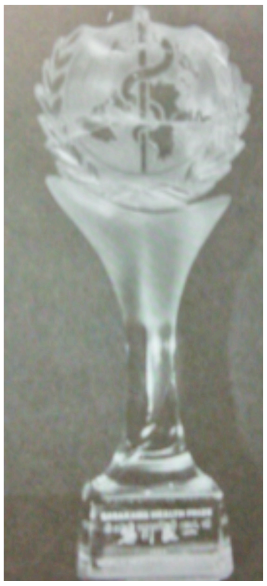
regional un Equipo Técnico interdisciplinario del Programa de Salud Comunitaria, Educador para la Salud y Mago de la Salud incluidos, articulaba su trabajo con la Asociación Regional de Salud Comunitaria, garantizando así la alianza estratégica entre saber científico y saber popular como base para un plan de acción conjunto orientado al logro de una cultura de salud en el desarrollo. Al frente de este Sistema Regional integral e integrado de Salud, su inspirado creador, el Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, a la vez Director del Hospital de San Ramón "Dr. Carlos Luis Valverde Vega", y del Programa de Salud Comunitaria, el "Hospital Sin Paredes" (HSP, 1955-1985).

Nuevas corrientes económicas y políticas puestas en boga en el primer lustro de los años 80, cuestionaron el nivel de inversión del sistema estatal de salud pública costarricense, abogando por una mayor participación del mercado privado en la oferta de servicios a la población. En ese contexto, las máximas autoridades de Gobierno decidieron cerrar al Programa HSP a partir de 1985.

Aún así, el prestigio del trabajo del Dr. Ortiz y su Equipo Técnico-Comunitario se consolidó a nivel internacional, por lo que "en reconocimiento a una labor destacada y original en el desarrollo de la salud", la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Asamblea Anual de 1999, le entregó el *Premio Sasakawa*, máximo galardón en el campo de la *Atención Primaria en Salud*.

A 30 años de su desaparición, el Modelo de una *institucionalidad Sin Paredes* combinada con la práctica efectiva de la *democracia participativa*, sigue siendo una notable fuente de inspiración para el logro de cambios sociales con amplio protagonismo ciudadano en la planificación, seguimiento y evaluación de las políticas sobre desarrollo que el país requiere, en la perspectiva de superar las dificultades del sistema productivo y la desigualdad en el reparto de la riqueza social, contribuyendo con ello a generar Salud y Seguridad Social bajo los principios de equidad, solidaridad, universalidad, transparencia y eficiencia en el uso de los recursos públicos, con alto impacto sanitario.

Ha resultado un acto de obligada justicia que la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, el 13 de abril de 2015, haya tomado la decisión de declarar al Dr. Ortiz Guier como ***Benemérito de la Patria.***



Para dar merecido relieve a toda una vida dedicada a la salud pública, a la vez que inspirarse en su ejemplar visión y mística de trabajo, la Administración Solís Rivera se honra en dedicar la ***Política Nacional de Salud 2014-2018***, a la memoria del insigne Maestro ***Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier***.

AGRADECIMIENTO

La Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier" es el producto de un amplio proceso participativo donde convergen los aportes de instituciones y organizaciones públicas y privadas y otros actores vinculados con la salud. Siendo este un esfuerzo de alcance nacional que refuerza las necesidades de realizar acciones articuladas y concertadas en pro de la salud de la población.

Un agradecimiento muy especial a la Organización Panamericana de la Salud, que brindó acompañamiento en todo el proceso, así como a las instancias descritas a continuación.

- Asociación Centroamericana para la Economía, Salud y el Ambiente(ACEPSA)
- Asociación Costarricense de Alzheimer y otras demencias (ASCADA)
- Asociación Costarricense de Estudios de Prevención del Suicidio (ACEPS)
- Asociación Costarricense de Registradores Sanitarios (ASOCORES)
- Asociación de Genéricos Farmacéuticos (AGENFAR)
- Asociación de la Industria Farmacéutica Nacional (ASIFAN)
- Autoridad Reguladora de Servicios Públicos (ARESEP)
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)
- Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA)
- Cámara de Comercio de Costa Rica
- Cámara de Importaciones (CREXES)
- Cámara de Industria de Costa Rica
- Centro de Desarrollo Estratégico e Información en salud y Seguridad Social(CENDEISSS)
- Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos (CIPAC / Diversidad Sexual)
- Clínica Doctor Marcial Rodríguez Conejo
- Colegio de Cirujanos Dentistas

- Colegio de Enfermeras
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
- Colegio de Profesionales en Nutrición
- Comisión de Recursos Humanos
- Comisión Nacional de Emergencias (CNE)
- Comisión Regional Interinstitucional Indígena Región Brunca (CRII)
- Consejo Nacional de Enseñanza Superior (CONESUP)
- Consejo Nacional de la persona adulta mayor (CONAPAN)
- Consejo Nacional de Rectoría (CONARE)
- Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CONASPI)
- Consejo Nacional para Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT)
- Consejo Persona Joven
- Consejo Seguridad Vial (COSEVI)
- Consumidores de Costa Rica
- Consumidores Libres de Costa Rica
- Contraloría de Derechos Estudiantiles
- Costa Rica Azul
- Defensoría Calidad de Vida
- Defensoría de los Habitantes
- Dirección Nacional de CEN-CINAI
- El Pueblo de los Estados Unidos de América/Programa para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH (USAID/PASCA)
- Federación Centroamericana Laboratorios Farmacéuticos (FEDEFARMA)
- Federación Nacional de Asociaciones de Consumidores (FENASCO)
- Federación Organizaciones Sociales
- Fundación Autismo Costa Rica
- Fundación Rescatando Vidas
- Hospital CIMA
- Hospital Clínica Bíblica

- Hospital Hotel La Católica
- Hospital Max Terán Vals
- Hospital Metropolitano
- Hospital México
- Hospital Nacional de Niños
- Hospital Nacional Psiquiátrico
- Hospital Psiquiátrico Chacón Paut
- Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia
- Hospital San Juan de Dios
- Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA)
- Instituto Costarricense de Drogas (ICD)
- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
- Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)
- Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM)
- Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO)
- Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP)
- Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)
- Instituto Nacional de Seguros de Costa Rica (INS)
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)
- Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
- Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR)
- Junta de Protección Social
- Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)
- Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE)
- Ministerio de Ciencia y Tecnología (MICITT)
- Ministerio de Educación Pública (MEP)
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN)
- Ministerio de Salud, Direcciones nivel central y regional

- Ministerios de Económica Industria y Comercio(MEIC)
- Municipalidad de San José
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS)
- Patronato Nacional de la Infancia (PANI)
- Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE)
- Promoción Internacional de la Médicina (PROMED)
- Secretaria Ejecutiva de Planificación Sectorial Agropecuaria (SEPSA)
- Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja Costarricense del Seguro Social e Instituciones Afines (SIPROCIMECA)
- Unión Costarricense de Cámaras y Asociados del Sector Empresarial Privado (UCAEEP)
- Unión de Rectores Universidades Privadas (UNIRE)
- Unión Médica Nacional
- Unión Nacional de Empleados de la Caja y la Seguridad Social (UNDECA)
- Unión Nacional de Gobiernos Locales (UNGL)
- Universidad Autónoma de Costa Rica (UACA)
- Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED)
- Universidad de Costa Rica - Escuela de Salud Pública (UCR)
- Universidad Hispanoamericana
- Universidad Iberoamérica (UNIBE)
- Universidad Internacional de las Américas (UIA)
- Universidad Latina de Costa Rica
- Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología(ULACIT)
- Universidad Libre de Costa Rica (ULICORI)
- Universidad Nacional de Costa Rica (UNA)
- Universidad Santa Lucía
- Universidad Santa Paula

CRÉDITOS

Dr. Fernando Llorca Castro
Ministro de Salud

Dra. María Esther Anchía Angulo
Viceministra de Salud

Dr. William Barrantes Barrantes
Director General de Salud

MSc. Rosibel Vargas Gamboa
Directora Planificación y Desarrollo Institucional

Apoyo OPS/OMS

Dra. Lilliam Reneau-Vernón
Dr. Mario Cruz Peñate

Equipo de apoyo de la Política Nacional de Salud

Dra. Marcela Vives Blanco
Licda. Ana León Vargas
Inga. Cinthia Carmona Mendoza
Ing. Maynor Araya González
Licda. Maureen Arias Gutiérrez
Ing. Javier Bermúdez Barboza
Lic. Leslie Ríos Durán
Lic. Ricardo Ulate Carranza

Apoyo Logístico

Nancy Montoya Ramírez
Jazmín Hernández Breck
Ana María González Reyes
Eduardo Cubero Brenes
Andrés Álvarez Bejarano

INTRODUCCIÓN

La Ley General de Salud N°5395 en su Artículo No. 2 y la Ley Orgánica Artículo No. 2 inciso a), le asignan al Ministerio de Salud, la responsabilidad, potestad y obligatoriedad de conducir la formulación de la Política Nacional de Salud, así como su seguimiento y evaluación.

Por tanto, desde el ejercicio de la rectoría, se establecen los lineamientos y directrices que orientan las intervenciones en salud, en base a las necesidades y requerimientos de la población. Asimismo, debe propiciar la mejora continua de los servicios de atención directa a las personas y del ambiente humano, para impactar positivamente en el perfil salud-enfermedad.

En este sentido, el Ministerio conjuntamente con las instituciones públicas, privadas y otras organizaciones, se ha dado a la tarea de formular la Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier", a partir de cinco grandes ámbitos y 31 áreas de intervención que responden a las necesidades de la población. Para ello, se tomó como base el Programa de Gobierno, el Plan Nacional de Desarrollo, el Análisis de Situación de Salud, y otros lineamientos e instrumentos específicos.

De modo que la Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier", fue elaborada mediante el desarrollo de un proceso participativo, por tanto, es el resultado del trabajo de diversos actores sociales públicos y privados. Además, constituye la base para la construcción del Plan Nacional de Salud, el cual integra el conjunto de programas, proyectos y otras iniciativas que dichos actores sociales desarrollaran para el cumplimiento de esta política.

ENFOQUES Y PRINCIPIOS DE LA POLITICA

PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA

La formulación de la Política 2014-2018 se fundamenta en un conjunto de principios orientadores y ejes transversales, orientados hacia la equidad, oportunidad y calidad en salud, así como la reducción de las brechas sociales y la sostenibilidad del sistema de salud costarricense.

PRINCIPIOS ORIENTADORES

Equidad

Es la justa distribución de las posibilidades y oportunidades de acceso información, conocimientos, recursos, bienes y servicios, para promover, mejorar y mantener la salud individual y colectiva, dando más a quien más necesita, además busca disminuir las diferencias en salud.

El principio de equidad reconoce que si bien todos los seres humanos deben ser considerados iguales, hay condiciones sociales, del entorno y culturales que comprometen y generan brechas que ponen en desventaja a ciertos grupos y poblaciones.

Estas brechas generan que el valor de estas personas, sus derechos y su autonomía sean irrespetados y sus diferencias discriminadas. El principio de equidad busca generar contextos en que estas brechas sean identificadas y mediante acciones positivas se vayan cerrando, de tal manera que se protejan los derechos humanos y se promuevan mejores oportunidades para lograr un adecuado desarrollo humano de todas las personas.

Universalidad

Es la responsabilidad del Estado de garantizar bajo un enfoque de derechos el acceso al sistema de salud con calidad a toda la población, sin límites geográficos, sociales, económicos y culturales.

Solidaridad

Asegura la protección de la salud para toda la población mediante un modelo de financiamiento compartido que permite el acceso al sistema de salud de aquellos grupos con menos recursos.

Ética

La ética es el conjunto de reglas, normas, mandatos, que guían y regulan el comportamiento humano dentro de una determinada colectividad. Esta orienta

al respeto a la dignidad, integridad y autonomía de todas las personas, al logro del bienestar humano y la justicia social.

Calidad

Es la capacidad del sistema de salud para ofrecer atención integral que solucione satisfactoriamente las necesidades de las personas y grupos sociales, ofreciéndoles los mayores beneficios y evitando riesgos.

Inclusión social

Es la condición en la que se reconocen los derechos, deberes, igualdades y equidades de las personas y grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad, sin distinción de género, etnia, orientación sexual e ideología. Una persona o grupo social incluido significa que está integrado social e institucionalmente en las redes creadas por la sociedad, abarcando las dimensiones: política, económica, social y cultural.

Interculturalidad

La interculturalidad plantea la necesidad de reconocer las diversidades culturales en las sociedades y en particular. Por medio del reconocimiento de la diversidad cultural y de las diferentes formas de vida que existen en el país es posible fortalecer la identidad nacional y promover la convivencia pacífica y respetuosa entre los grupos culturalmente, étnicamente y en general, socialmente distintos.

Este enfoque no solo reconoce a los diferentes grupos étnicos y con formas de vida culturalmente distintos, sino que también establece que en la búsqueda de la convivencia pacífica y la armonía social, las diferentes culturas no solamente deben respetarse, sino que deben procurar una sociedad basada en esa riqueza cultural y tejida sobre la comprensión e intercambio entre las diferencias existentes.

Enfoque de desarrollo humano sostenible e inclusivo

Es el reconocimiento de la responsabilidad del Estado de generar condiciones para el bienestar y desarrollo de las personas en un contexto de sostenibilidad ambiental, social y económica. De modo que, las acciones derivadas de esta política deben promover el uso sostenible de los recursos naturales y el respeto de los derechos humanos. Además, promover un ambiente saludable donde se garantice la existencia de condiciones ambientales adecuadas para las futuras generaciones.

EJES TRANSVERSALES

Participación social

Es el derecho a participar en forma consciente, co-responsable, activa e informada de todos los actores sociales, en la identificación, análisis y priorización de necesidades en salud, la formulación de planes y programas, así como en las decisiones relacionadas con su ejecución, evaluación y rendición de cuentas, para garantizar su calidad, eficiencia y efectividad. Todas las personas y grupos sociales tienen derecho a una participación activa, libre, accesible y significativa en el desarrollo de la salud.

Igualdad y no discriminación

Establece que debe tratarse a todas las personas por igual sin discriminación alguna por razones de sexo, género, etnia, edad, idioma, religión, origen nacional o social, orientación sexual e identidad de género. El principio de igualdad y no discriminación establece que para generar igualdad también deben respetarse las diferencias y donde haya diferencias las acciones del Estado deben abordar las situaciones precisamente atendiendo a ello, para generar la igualdad.

El principio de igualdad y no discriminación establece la necesidad de una atención particular a aquellos grupos y personas que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad o desventaja y que están afectados por una mayor discriminación.

Enfoque de género

Es un proceso mediante el cual se reconocen las diferencias entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades y problemas de salud, a fin de planificar acciones integrales adecuadas a sus particularidades biológicas y sociales, garantizando la participación igualitaria de ambos géneros en la toma de decisiones a nivel político, económico y social.

Enfoque de derechos

Es la promoción y la protección de los derechos humanos de todas las personas sin distinción.

La salud es uno de los derechos humanos fundamentales, el cual es consagrado internacionalmente y en nuestro marco normativo, donde se señala que es un bien de interés público y es función tutelado por el Estado y garantizarlo para la población.

Con este enfoque se busca que las condiciones de salud de todas las

personas mejoren sustantivamente y se brinde acorde a la dignidad de cada ser humano.

Transparencia

Es la gestión de los asuntos públicos, donde el Estado y las instituciones dan cuenta de sus acciones y todos sus actos a la población y organizaciones públicas y privadas. Implica una relación de confianza entre quien pide o exige la trasparencia y quien la da.

Interinstitucionalidad e intersectorialidad

Consideran la construcción y ejecución de la política desde una perspectiva del Estado como un todo, donde todos los actores sociales clave tienen una partición activa y coherente, en la definición, ejecución y evaluación de las acciones en salud. Implica una efectiva articulación de las instituciones y organizaciones, cada una con su competencia, pero bajo un mismo objetivo.

Calidad

Responde a la necesidad de orientar los procesos de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios del Sector así como la formación de los profesionales, de una forma efectiva para proporcionar servicios de adecuada calidad, producir los beneficios esperados, evitar el desperdicio de recursos, la desconfianza de los usuarios y la desmotivación de algunos funcionarios.

CAPÍTULO I

METODOLOGÍA

La metodología para la formulación de la Política Nacional de Salud 2015-2018, se fundamenta en la normativa vigente, el Programa de Gobierno, el Plan Nacional de Desarrollo, la Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública, el Informe de los 100 días de la Administración Solís Rivera, la evaluación de la Estrategia de Cobertura Universal.

Además contempla los tres pilares fundamentales de gobierno

- Impulsar el crecimiento económico y generar más y mejores empleos.
- Reducir la desigualdad y eliminar la pobreza extrema.
- Luchar contra la corrupción y por el fortalecimiento de un Estado transparente y eficiente

La política se abordará por ámbitos de acción con sus respectivas áreas de Intervención, además se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad, inclusión social e interculturalidad.

Asimismo, tiene como ejes trasversales el enfoque de género, enfoque de derechos, la participación social, la transparencia y la sostenibilidad.

El Ministerio de Salud conjuntamente con las instituciones del Sector y otros actores sociales inició en el mes de febrero el proceso para elaborar la "Política Nacional de Salud 2015-2018", a fin de contar con las grandes líneas de acción que guiarán la administración "Solís Rivera".

Las etapas para la elaboración de la política fueron:

1. Diseño de la metodología

Se elaboró la metodología la cual se basa en cinco ámbitos con sus respectivas áreas de intervención, para que a partir de éstas se identifiquen los lineamientos y las estrategias, la misma fue revisada y aprobada por los miembros del Consejo Sectorial de Salud, Nutrición y Deporte. .

2. Elaboración del análisis de situación de salud

Se contó con el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), elaborado por la Dirección de Vigilancia de la Salud y del cual se presentó un resumen en el taller a los actores invitados (ver capítulo II).

3. Definición de los lineamientos de política

Para la definición de los lineamientos de política se realizó un taller en el cual se contó con la participación de aproximadamente de 100 actores sociales identificados según los ámbitos y áreas de intervención. Con los insumos del taller

se realizó una primera revisión técnica por el equipo coordinador y se obtuvo un primer documento de trabajo

4. Validación

Este documento producto del taller fue enviado a los responsables de las áreas de intervención según ámbito para que fuera validado en las reuniones de los consejos o reuniones extraordinarias con otros actores sociales en donde se revisarán y ajustarán nuevamente.

5. Incorporación de recomendaciones

De las recomendaciones enviadas se revisó a nivel de la comisión técnica para la elaboración de la política y se incorporaron las recomendaciones indicadas cuando correspondía.

6. Oficialización

Una vez finalizado el documento de la política se presentó a las autoridades institucionales para su aprobación y después la presentación oficial a las autoridades de gobierno y a los actores sociales involucrados en la realización de la misma.

7.Divulgación

La Política Nacional de Salud será divulgada por medios electrónicos e impresos.

8. Implementación, ejecución y evaluación

Los planes, programas y proyectos por Áreas de Intervención que los diferentes actores sociales formulen y desarrollen, permitirán implementar la política y formarán parte de las acciones estratégicas objeto de seguimiento y evaluación.

CAPÍTULO II

SITUACIÓN DE SALUD

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Situación demográfica

La caracterización de la población en Costa Rica parte de los datos sobre la estructura demográfica, la natalidad, la fecundidad y la esperanza de vida, registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el Centro Centroamericano de Población. Si hay algo que caracteriza a las poblaciones es su dinamismo. La estructura y la dinámica poblacional está determinada por tres componentes: la fecundidad, la mortalidad y la migración.

Fecundidad

En Costa Rica en el año 2013 hubo un total de 70457 nacimientos, de los cuales una leve mayoría (51,31%) fueron hombres, representando una relación de nacimientos hombre/mujer de 1,05. La tasa de natalidad nacional fue de 14,9 por mil habitantes. La mayor tasa de natalidad se encuentra en la provincia de Limón con 18,96 por mil habitantes, seguida por Puntarenas con 16,33. Por el contrario las provincias Heredia y Cartago presentan las tasas más bajas.

Expectativa de vida

En esta sección nos referiremos a la esperanza de vida al nacer como indicador global o resumen del nivel de mortalidad. Es un indicador del nivel de mortalidad infantil y mortalidad general, ya que cuanto más disminuyen estos dos hechos demográficos, más aumenta la expectativa de vida al nacer.

El cálculo más reciente de la esperanza de vida al nacimiento es el del año 2012, la cual alcanzó los 79,0 años en general, en las mujeres fue de 81,45 años y en los hombres 76,5 años, se sigue manteniendo una brecha de 5 años entre hombres y mujeres. Junto con Chile es el país con la esperanza de vida más alta de Latinoamérica. Los cambios en la última década han sido pocos presentando un incremento de 1 año.

Migración

El Censo 2011 según el INEC, registra un aumento de la población nacida en el extranjero que reside habitualmente en Costa Rica. Esta población alcanzó las 385.899 personas, lo que representa el 9,0% de la población total del país.

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

Estructura poblacional

De acuerdo con proyecciones de población 2000-2025 publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, Costa Rica en el año 2013 tuvo un total de 4.713.164 habitantes, de los cuales 50,51% eran hombres.

La población se encuentra en proceso de transición demográfica avanzada, con una disminución de la base pirámide poblacional y un incremento en los grupos de edades mayores.

Conformación étnica

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

Según datos del Censo 2011 la mayoría de la población se sigue visualizando como blanco o mestizo, es importante aclarar que dicha pregunta se realizo por medio de la autoidentificación, donde se toma en cuenta el concepto de cada persona y no se aplican criterios basados en su fenotipo o zona de residencia. La población bajo esta categoría se encuentra principalmente en San José.

Pobreza y desigualdad

La tasa total de hogares con pobreza en Costa Rica paso de 21,2% en el 2010 a 22,4% en el 20141, (con una pobreza relativa del 15,7%, y 6.7% en pobreza extrema). La pobreza se concentra sobre todo en cantones rurales o semiurbanos y regiones económicamente deprimidas, Región Brunca (36,2%), Chorotega (33,2%), Pacifico Central (29,5%) y Huetar Caribe (28,2%).

El porcentaje de hogares en condición de pobreza de la zona rural (30,3%) es casi el doble que en las zonas urbanas (19,5%). Una alta incidencia de la pobreza se acompaña de baja ocupación. Así, la región Brunca tiene la pobreza más alta y la tasa de ocupación baja (50,8%); similar situación se encuentra en la Chorotega 49,4% y la Pacífico Central (50,9%), por otro lado la región Central tiene la incidencia más baja de pobreza (17,2%) y la tasa de ocupación más alta (56,2%). Por el contrario la tasa de desempleo abierto es cuatro veces más alta en los hogares pobres en relación a los no pobres (23,1% frente a 5,7%).

En 2012 la tasa de desempleo abierto fue del 7,8%, la mayor incidencia se da entre las mujeres, los residentes de las regiones Chorotega y Pacífico Central, los pobres y las personas jóvenes.

1 INEC, Encuesta Nacional de Hogares, 2014.

Educación

Los datos de Censo 2011 registran una tasa de alfabetización de 97,6%, superando los datos del censo anterior, la diferencia sigue siendo evidente en algunas regiones con mayor desventaja social. Las provincias de Heredia y San José poseen una tasa de alfabetización superior al promedio nacional, mientras que Limón, Puntarenas, Guanacaste y Alajuela están por debajo del promedio nacional y dos puntos porcentuales por debajo de San José y Heredia, sin embargo es interesante notar como las diferencias entre hombre y mujeres son mínimas en cada provincia.

Actividad física

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

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

Consumo de tabaco

La prevalencia de vida de consumo de tabaco entre la población de 12 a 70 años, fue de 24.8% en el 2010. Si se compara este valor con los datos de 1990, cuya prevalencia fue 34.4%, se observa que la proporción de personas que ha fumado alguna vez, ha disminuido significativa.

En los hombres, el consumo descendió considerablemente (59%) en ese mismo año, pasando de 48, 8% en 1990 a 30, 7% en el 2010. Para las mujeres, en el mismo periodo, el comportamiento se mantuvo estable, excepto en la prevalencia de año, donde se presenta un leve ascenso pasando de 9,2 % en 1990 a 10,1 en el 2010. Aunque el consumo de los hombres es mayor que el de las mujeres, se presenta una reducción durante el período. Un aspecto a destacar es la relación hombre mujer que se estrecha cada vez más para cada tipo de prevalencia

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Mortalidad infantil

Los datos para calcular los indicadores de mortalidad infantil se obtuvieron de las bases de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos como fuente primaria y fueron procesados los cuadros y gráficos en la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud.

La tendencia de la mortalidad infantil ha sido hacia el descenso, tasa de mortalidad infantil en 1990 fue de 15,3 y pasó en el 2013 a 8,66 por mil nacimientos. De enero a diciembre del 2013 ocurrieron 70.550 nacimientos y 611muertes infantiles, comparada con la del 2012 representa un leve aumento.

Limón y San José, son las provincias con las tasas de mortalidad infantil más altas, Heredia y Alajuela con las menores tasas.

Mortalidad materna

En el año 2013 se registró un total de 14 muertes maternas para una tasa de 1,98 por mil nacimientos vivos, 2 muertes menos que en el año 2012.

El comportamiento de este indicador muestra variabilidad con altibajos constantes, sin embargo en los últimos 3 años muestra una leve tendencia al descenso, que de continuar estaríamos alcanzando o inclusive superando la meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2 para el año 2015.

Para el año 2013, las causas más frecuentes de este tipo de muertes en cuanto a grandes grupos de causas son: Otras afecciones obstétricas no clasificables en otra parte, en segundo lugar las Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio y en tercer lugar Edema proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio. Esta misma tendencia se presenta al analizar el quinquenio 2009-2013.

Comportamiento de enfermedad diarreica aguda (EDA)

La enfermedad diarreica aguda ocupa el segundo lugar en el reporte colectivo. Durante el 2013, se notificaron 334.177 episodios diarreicos, lo que representó el 18 % del total de la notificación colectiva (1.878.433). Las edades más afectadas según la tasa de episodios de diarrea tanto en el 2012 como en el 2013 fueron los grupos menores de 15 años, sin embargo el grupo de 30 a 45 presenta un leve incremento. La mediana de edad fue 21 años. Los menores de 5 años representaron el 21,33 % (63.855 episodios diarreicos) y los mayores de 65 años solo el 4,75% (14.234 episodios diarreicos).

Enfermedades de transmisión vectorial

-Dengue

En el año 2014, se registró la más baja incidencia de dengue de los últimos cinco años con un total de 11.140 casos, manteniéndonos prácticamente durante todo el año dentro del corredor endémico, lo que representa una disminución de 77,7 % respecto al año 2013. Esta situación se manifiesta en la mayoría de las regiones concentrándose el 92.3 % de la incidencia nacional en las regiones Chorotega, Pacífico Central, Central Norte, Huetar Caribe y Brunca.

Se registraron (n=04) casos de Dengue Grave, todos en la región Huertar Caribe distribuidos en las áreas de Limón (n=01), Siquirres (n=02) y Guácimo (n=01.Este año no se reportaron defunciones por dengue

Producto de las actividades de control integral en el marco de la Estrategia de Atención Integrada (EGI), se observó una disminución en el número de casos reportados en todas las regiones.

-Malaria

En el año se registraron solamente (n=6) casos de malaria, manteniendo la misma incidencia registrada el año pasado de 0.003 de Índice Parasitario Anual, (IPA).

Del total de casos, (n=05) son importados de los cuales (n=03) corresponden a P.falciparum provenientes de África y (n=02) por P. vivax de Nicaragua y el caso de P. malariae es una recrudescencia. Todos los casos se confirmaron en el examen microscópico y por la técnica PCR-Tiempo Real en el CNRP-INCIENSA.

Costa Rica, con este panorama se ubica en la lista de la OPS/OMS para avanzar a corto plazo hacia la eliminación de la malaria, facilitando la participación del país en la iniciativa para la "Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y La Isla Española" (EMMIE) en el año 2020 auspiciada por el Fondo Mundial contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria.

Enfermedades inmunoprevenibles

Las enfermedades infectocontagiosas han sido un problema de salud pública importante a nivel mundial a través de los años, presentándose como casos individuales, brotes, epidemias, pandemias y, produciendo mortalidad por las mismas. Tienen entre sus características una rápida y fácil transmisión, directamente de una persona infectada a otra sana (contacto directo, secreciones) o a través de fómites, alimentos o agua, afectando a los individuos que se exponen a ellos.

Dentro de este tipo de enfermedades tenemos al sarampión, rubéola, hepatitis,

difteria, tosferina, tétanos, influenza, neumonía, varicela, polio, rotavirus, etc., eventos todos ellos prevenibles con el uso de biológicos cuya aplicación modifica la prevalencia y la incidencia de dichas patologías y, según la historia mundial y nacional, tiene gran impacto para tal fin, no obstante, al intervenir otras condiciones y factores, se siguen presentando varias de ellas por lo que se debe mantener y acentuar una vigilancia constante de las mismas.

Es aquí donde el rol de la Epidemiología (estudia la forma en que se presentan, transmiten y previenen las enfermedades) y la Vigilancia Epidemiológica juegan un papel muy importante en la prevención y control de los eventos inmunoprevenibles, entre otras cosas, caracterizando de forma sistemática y continua la información que brindan los establecimientos de salud públicos y privados, con el propósito de realizar su análisis e interpretación, difusión de resultados y recomendaciones.

A continuación se presenta algunos de los datos de las enfermedades infectocontagiosas, correspondientes a eventos notificados del 2009 al 2014*, podemos observar lo siguiente por evento.

Cuadro N°1
Casos notificados de enfermedades inmunoprevenibles según año, Costa Rica 2009-2014*
(Tasa/100.000 habitantes)

CAUSAS	2009		2010		2011		2012		2013		2014*	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Difteria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0
Hepatitis todas la formas	850	18,8	486	10,6	582	12,6	1330	28,6	1235	26,3	760	15,9
Hepatitis viral A	144	3,2	66	1,4	113	2,4	368	7,9	570	12,1	198	4,1
Hepatitis viral B	66	1,5	17	0,4	140	3,0	211	4,5	160	3,4	218	4,6
Influenza	30695	680,7	80389	1761,5	65263	1413,95	74691	1605,46	73292	1559,4	90470	1895,4
Meningitis todas las formas	195	4,3	192	4,2	483	10,46	348	7,4	281	6,0	359	7,5
Meningitis meningocócica	2	0,0	0	0,0	3	0,1	3	0,1	12	0,3	12	0,3
Meningitis neumocócica	1	0,0	0	0,0	1	0,0	7	0,2	5	0,1	6	0,1
Parálisis flácida aguda	18	0,4	23	0,5	38	0,8	23	0,5	19	0,4	20	0,4
Parotiditis infecciosa	25	0,6	21	0,5	23	0,5	30	0,6	46	1,0	103	2,2
Rubeola	25	0,6	53	1,2	21	0,5	25	0,5	22	0,5	30	0,6
Sarampión	20	0,4	11	0,2	16	0,3	7	0,2	7	0,1	11	0,2
Tétanos	1	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0
Tosferina	575	12,8	961	21,1	369	8,0	715	15,3	441	9,28	350	7,3
Varicela	6635	147,1	3439	75,4	6391	138,46	5887	126,54	4276	90,98	4980	104,3

(*) Cifras preliminares
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. Establecimientos de la Salud

Mortalidad por inmunoprevenibles

La vigilancia de los eventos inmunoprevenibles para una detección temprana, la atención en los servicios de salud, las condiciones sanitarias, la vacunación en los servicios de salud, la calidad del agua, entre otros factores, han contribuido a que tanto morbilidad como mortalidad de dichos eventos hayan disminuido.

Como podemos observar en el siguiente cuadro, en los años 2010 - 2013 se ha presentado una disminución de la mortalidad por hepatitis de todas las formas. Hay también tres defunciones por varicela en el 2013.

Cuadro N°2
Mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles según tipo y año, Costa Rica 2008 - 2013
(Tasa/100.000 habitantes)

CAUSAS	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Hepatitis todas formas	23	0,52	10	0,22	26	0,57	10	0,22	10	0,21	4	0,09
Hepatitis viral A	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,02
Hepatitis viral B	9	0,2	1	0,02	8	0,18	6	0,13	7	0,15	1	0,02
Hepatitis viral C	2	0,04	2	0,04	1	0,02	3	0,06	2	0,04	0	0,00
Meningitis meningococica	2	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tosferina	6	0,13	2	0,04	0	0,00	1	0,02	3	0,06	1	0,02
Varicela	5	0,11	4	0,08	2	0,04	4	0,11	0	0,00	3	0,06

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

Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad respiratoria seria, que puede conducir a la muerte si no es tratada adecuadamente. En el mundo, millones de personas la presentan y, lamentablemente muchas de ellas presentan coinfección con VIH.

Hay un interés a nivel internacional de tener un mundo libre de tuberculosis como pide la OMS, a través de reducir la carga mundial de TB para el 2015, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la alianza Alto a la Tuberculosis.

En nuestro país, el número de casos de TB han disminuido, pasando de una tasa de 11,7 en el 2010 a 5 en el 2014*.

VIH, SIDA

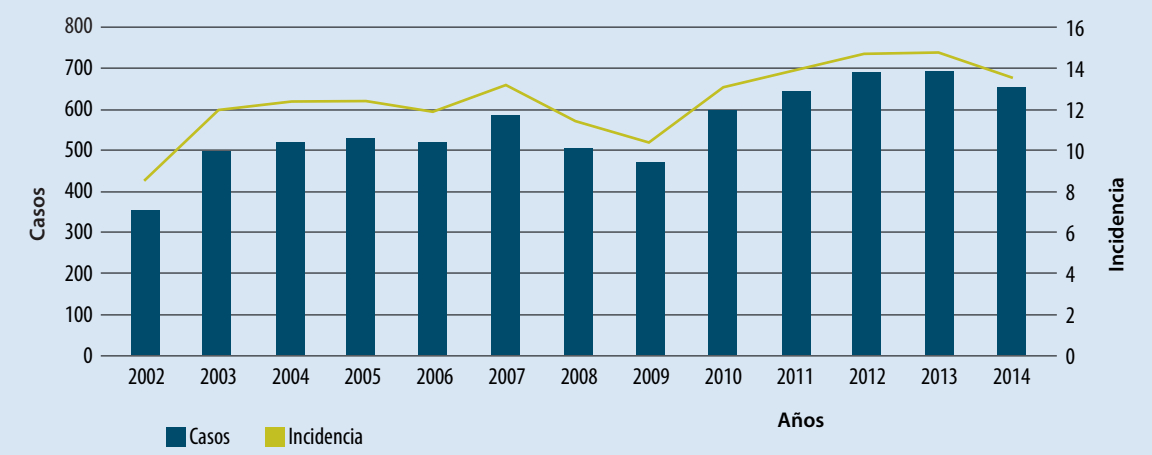
De acuerdo a las estimaciones de ONUSIDA, la prevalencia en población mayor de 15 años es de 0.24, en el grupo de 15 a 24 años es de 0.13 y en el de 15 a 49 es de 0.31.

Analizando los casos de VIH y sida para el período 2002-2014, se observa un incremento en las tasas de VIH, a partir del año 2009, producto de una mejor captación de casos.

Infección por VIH-sida

En el período 2002-2014, se registraron 7.257 casos de VIH-sida (incidencia para el período 162,1 casos por cada 100.000 habitantes). A partir del año 2002 la tendencia de VIH es ascendente, excepto en los años 2008 y 2009 debido probablemente al efecto de sub-notificación.

Gráfico N° 1
Casos y tasas de VIH-sida según año de ocurrencia. Costa Rica 2002 – 2014*
(tasa/100.000 habitantes)



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

Los casos nuevos de infección por VIH se presentan básicamente en el sexo masculino (80,0%) siendo la razón hombre/mujer para ese periodo de 4:0 (4 hombres por cada mujer). El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 44 años, aportando el 72,8% de los casos del período.

Mortalidad por sida

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

La mortalidad por sida depende básicamente del sexo masculino (81.6%) y la razón hombre mujer para ese periodo fue de 4.4:1 (4.4 hombres por cada mujer).

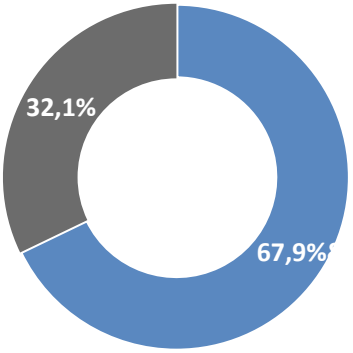
Para el período 2002-2014, las tasas de mortalidad masculina, se mantienen por encima de las tasas nacionales durante todo el período de análisis.

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Situación mundial

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

Gráfico N° 2
Casos y tasas de VIH-sida según año de ocurrencia. Costa Rica 2002 – 2014*
(tasa/100.000 habitantes)



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

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

Las ENT tienen factores de riesgo comunes tales como: la adopción de dietas con alto contenido de grasa y una reducida actividad física, el fumado y el abuso del alcohol. Otros factores con alta prevalencia como la obesidad, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia se consideran tanto ENT como factores de riesgo para desarrollar otras ENT.

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

La Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular del 2010 (Caja Costarricense de Seguro Social, 2010) dirigida a mayores de 20 años, encontró una prevalencia de 31,5% de Hipertensión diagnosticada y 6,3% no diagnosticada, lo que sumado nos da **una prevalencia nacional de 37,8%,** siendo

más alta en el sexo femenino. Lo anterior implica que entre 3 o 4 de cada 10 residentes en el territorio nacional mayores de 20 años de edad es hipertenso(a).

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

La prevalencia de sobrepeso fue de 36,1% mientras que la de obesidad fue de 26%. El 50,9% de la población encuestada tiene una actividad física baja o nula. La prevalencia de fumado, medida como prevalencia actual al momento de la encuesta fue de 14,6% en los mayores de 20 años, sin embargo este porcentaje aumenta en los grupos de menor edad, siendo en el grupo de 20 a 39 de 16,2%, y mayor para todos los grupos de edad en el sexo masculino.

Incidencia y mortalidad por cáncer

Incidencia y mortalidad más frecuentes en hombres

En el sexo masculino las localizaciones de cáncer más frecuentes de acuerdo a su incidencia (tasa ajustada por cada 100.000 hombres) para el año **2012** en orden descendente son: piel (49,48), próstata (44,92), estómago (17,26), colon (8,36), pulmón (7,25) y sistema hematopoyético reticuloendotelial (6,81).

Al analizar la tendencia de la mortalidad por tipo de cáncer en hombres, en el período 2000 al 2013, se observa que el cáncer de próstata presenta un ligero aumento en la de 2 puntos en tasa del año 2013, convirtiéndose así en la primer causa de muerte por cáncer en los varones.

En cuanto al cáncer de estómago, ocupa el segundo lugar en mortalidad en hombres, donde se observa que en el último año, presenta una ligera disminución de menos de 1 punto en la tasa.

El cáncer de pulmón está en tercer lugar pasando de 11,23 muertes por cada 100.000 hombres en el 2000 a 7,97 en el 2013, con oscilaciones en los años 2008 y 2011. El cáncer de hígado, colon, y el del sistema hematopoyético y reticuloendotelial han sufrido oscilaciones en el periodo sin cambios significativos

Incidencia en mujeres

En el sexo femenino, la localización más frecuente de tumores malignos para el año 2012 es el de piel, seguido por el

de mama, en tercer lugar está el cáncer de cérvix y el cáncer de tiroides ocupó el cuarto. El cáncer de estómago ocupa el quinto puesto y el de colon el sexto, los cuales en el último año muestran una tendencia decreciente.

Los tipos de cáncer que provocan más muertes en mujeres en el año 2013 son en orden decreciente mama, estómago, colon, cérvix, leucemias e hígado. El de mama subió en la tasa 2.28 puntos con respecto al año anterior. El de estómago, cérvix, leucemias e hígado presentaron una disminución en la tasa

Enfermedades del Sistema Circulatorio

Dentro de los cinco grandes grupos de causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio (CIE-X I 00- I 99) han constituido la principal causa de muerte de la población costarricense. Se registró en el año 2013 un total de 5.625 muertes para una tasa ajustada de 92.9 por 100.000 habitantes, con una tendencia descendente muy leve en los últimos ocho años.

Enfermedad isquémica del corazón

La enfermedad isquémica del corazón constituye la segunda causa de muerte prematura, dentro de las ECNT, representando el 24% de las muertes prematuras. Del total de muertes por esta causa el 32.5% se producen en el grupo de 30 a 69 años.

En el siguiente cuadro se detallan los cantones con las razones estandarizadas de mortalidad más altas y más bajas por enfermedad isquémica cardíaca.

Enfermedad hipertensiva

Las enfermedades del aparato circulatorio representan alrededor del 8% del total de causas de consulta y dentro de éstas la hipertensión arterial ocupa el primer lugar y el 2,2% del total de egresos anuales en la CCSS. En el año 2012 se registraron 814 muertes por enfermedad hipertensiva, antes de los 40 años las defunciones son muy escasas, pero a partir de los 40 años se empiezan a elevar en forma exponencial.

Diabetes Mellitus

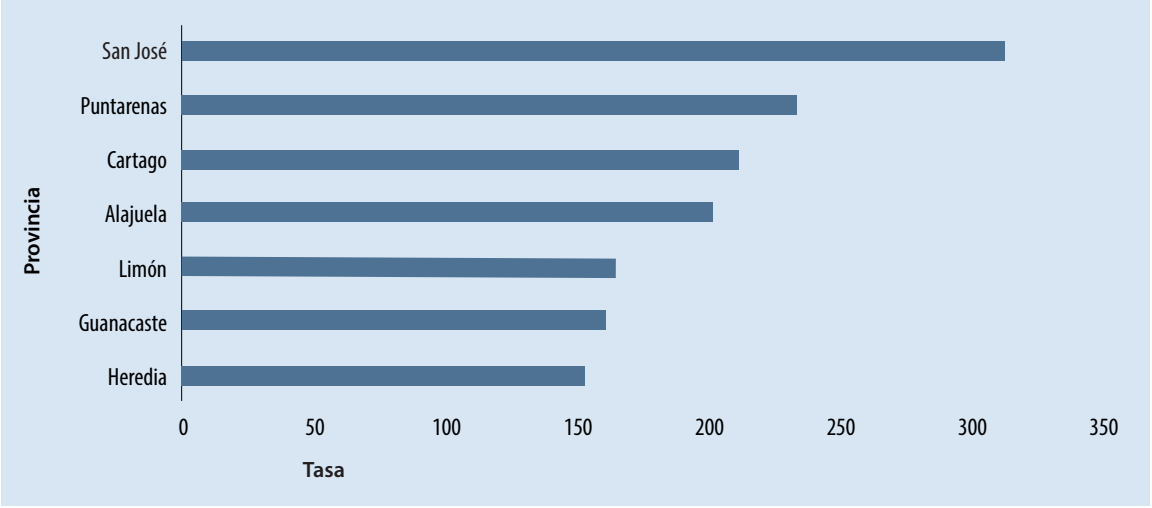
Según la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular realizada en nuestro país en el año 2010 a personas de 20 años y más, la prevalencia de diabetes fue de un 1,3% en población no diagnosticada y en población diagnosticada 9,5% lo que nos da una prevalencia nacional de 10,8% cifra similar a las encontradas en países como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica (Caja Costarricense de Seguro Social, 2010), siendo más elevada en el sexo femenino (11,6%) que en el masculino (9,8%).

Violencia Intrafamiliar

La violencia intrafamiliar (VIF) es un problema de salud pública, y como tal tiene una relevancia creciente en los contextos en que se desarrolla por tanto requiere un abordaje multidisciplinario e interinstitucional para incidir en sus distintas fases desde la prevención hasta la rehabilitación de las alteraciones biopsicosociales que genera.

El gráfico muestra la incidencia de la violencia intrafamiliar (VIF) según provincia, para el año 2014, usando como fuente la notificación obligatoria de casos. Para el caso de Costa Rica, San José, la capital posee la tasa más alta de VIF con un 308.52 por 100.000 habitantes, por encima de Puntarenas que reporta una incidencia del 228 y Cartago con un 207,8.

Gráfico N° 4.56
Incidencia de VIF según provincia. Costa Rica, 2014
(tasa por 100.000 habitantes)



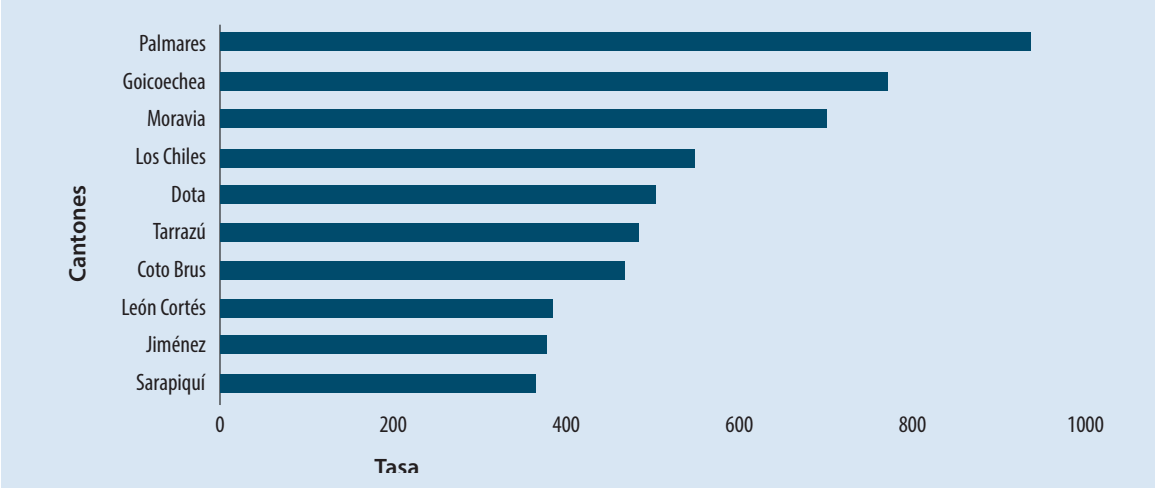
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Al desglosar esta incidencia por cantón se observa que a pesar de que Alajuela ocupa el cuarto lugar como provincia, los cantones de Palmares y los Chiles aparecen en el primer y cuarto lugar respectivamente. Por la provincia de San José que ocupa el primer lugar aparecen cantones urbanos como Goicoechea y Moravia pero también cantones más rurales como Dota, Tarrazú y León Cortés.

A pesar de que la provincia de Heredia presenta la incidencia acumulada más baja, el cantón de Sarapiquí aparece como el décimo con la incidencia más alta.

Lo anterior nos refuerza el hecho de que debemos trabajar con los mayores niveles de desagregación posible con el fin de poder focalizar mejor las poblaciones vulnerables.

Gráfico N° 4
Incidencia de VIF según 10 cantones principales. Costa Rica, 2014
(tasa por 100.000 habitantes)

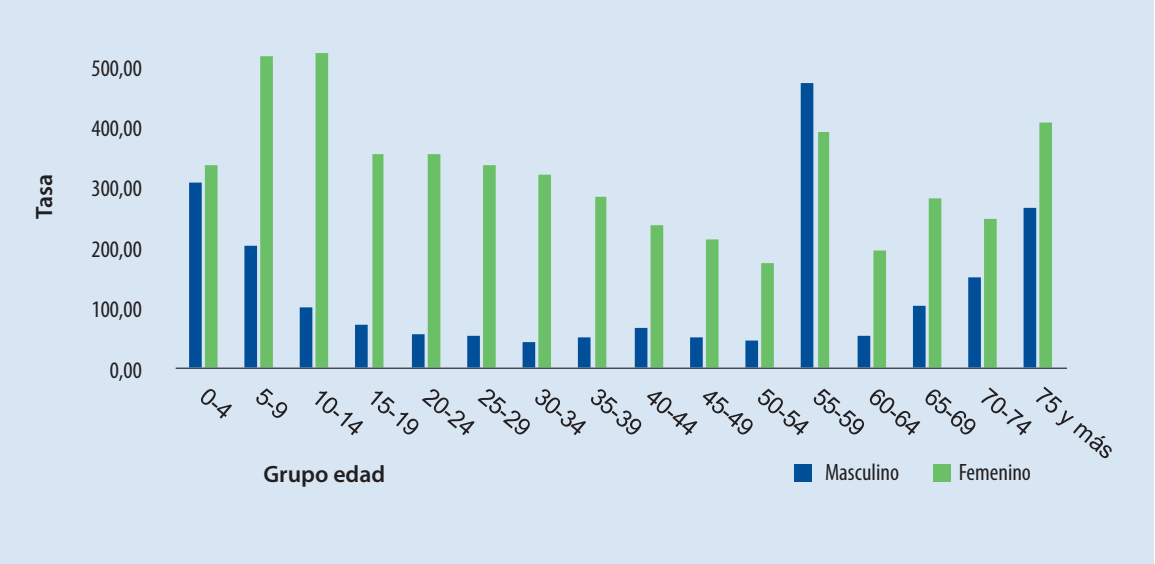


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Como puede apreciarse en la siguiente gráfico la incidencia en mujeres es mayor en forma general y para cada grupo de edad excepto en el grupo de 55 a 59 años, esta diferencia se acorta en las edades extremas.

Llama la atención la alta incidencia en el grupo de 55 a 59 años para ambos sexos, así como las altas incidencias en niñas hasta los 14 años a lo cual se debe poner cuidado e investigar más a fondo.

Gráfico N° 4
Incidencia de VIF según grupo de edad y sexo Costa Rica, 2014
(tasa por 100.000 habitantes)



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

Incidencia accidentes de tránsito 2010-2013

Las poblaciones con edades comprendidas entre los 20 a 29 años, son los grupos de edad con las tasa más altas de víctimas de accidente de tránsito para ambos sexos, sin embargo con una incidencia más baja en el sexo femenino.

En el año 2013 se registró un total de 605 muertes por accidentes de tránsito de los cuales el 81.98 corresponde a hombres. El 97% de las muertes se da en mayores de 15 años y de éstos las personas entre los 20 y 34 años son los más afectados. En comparación con el año anterior, el número de muertes son muy similares.

Vacunación

Vacunas año 2014

La recomendación internacional, por parte de la Organización Panamericana de la Salud es la de tener coberturas de vacunación de al menos un 95% para poder ser consideradas como óptimas.

Para el año 2014 los datos obtenidos muestran que en dos vacunas (BCG y Td) hubo una cobertura por debajo del 90% En cuatro vacunas (Penta 3, VHB 3, NM 2 y SRP 2) las coberturas estuvieron entre el 90 y el 95% y solamente en dos vacunas (SRP 1 y Varicela) se logró la meta de un 95%

Es importante aclarar que los datos obtenidos son preliminares puesto que las coberturas se calculan con los nacimientos y la mortalidad infantil del país que son entregados a finales de marzo de cada año por el INEC.

Cuadro N°6
Coberturas de vacunación según tipo y año, Costa Rica 2014
(cifras relativas)

Tipo de vacuna	Años 2014
BCG	81
DPaT3	92
OPV3/IPV3 **	93
VHB3	93
Hib3	95
NM3/NM2*	95
SRP1	90
VARICELA	87
SRP2	79
Td	76

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

CAPÍTULO III

POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS SEGÚN ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS SEGÚN ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

La presente política está estructurada en cinco grandes ámbitos, cada uno de ellos con sus respectivas áreas de intervención, sobre las cuales se formularon los lineamientos de política y sus estrategias.

AMBITO I

Articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud.Áreas de Intervención.

Áreas de Intervención:

1. Rectoría de la salud
2. Legislación
3. Inversión, financiamiento y gasto en salud
4. Fortalecimiento del recurso humano en salud
5. Investigación y desarrollo tecnológico
6. Regulación y control de productos de interés sanitario
7. Calidad en salud

ÁMBITO II

Equidad y universalidad de las acciones en salud.

Áreas de Intervención:

1. Fortalecimiento de la atención primaria
2. Atención integral
3. Vigilancia de los determinantes sociales de la salud con abordaje interinstitucional e intersectorial
4. Enfermedades crónicas no transmisibles.
5. Enfermedades transmisibles
6. Salud mental
7. Atención integral del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
8. Violencia social, sexual e intrafamiliar
9. Salud sexual y reproductiva
10. Accidentes de tránsito
11. Salud de los trabajadores

ÁMBITO III

Prácticas saludables, Recreación y Deporte.

Áreas de Intervención:

1. Prácticas saludables
2. Actividad física, recreación y deporte
3. Alimentación y nutrición

ÁMBITO IV

Salud ambiental

Áreas de Intervención:

1. Saneamiento básico
2. Gestión integral de residuos
3. Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano
4. Mejoramiento del alcantarillado sanitario y otros sistemas de tratamiento de aguas residuales
5. Control de los contaminantes peligrosos
6. Contaminación por ruido

ÁMBITO V

Gestión integral del riesgo y adaptación al cambio climático

Áreas de Intervención:

1. Reducción del riesgo
2. Preparativos y respuesta
3. Recuperación
4. Adaptación

ÁMBITO I:

Articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud

Áreas de Intervención:

1. Rectoría de la salud
2. Legislación
3. Inversión, financiamiento y gasto en salud
4. Fortalecimiento del recurso humano en salud
5. Investigación y desarrollo tecnológico
6. Regulación y control de productos de interés sanitario
7. Calidad en salud

Área de intervención
Rectoría de la Salud

La rectoría de la salud implica la acción colectiva del Estado y de la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de la población, incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud con calidad. Se refiere, además a la salud pública como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria.

La rectoría en salud promueve la participación ciudadana en cualquier proceso de reforma de los sistemas de salud y de fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. ***Fortalecimiento del Sector Salud, Nutrición y Deporte para la planificación, seguimiento y evaluación para el abordaje de los determinantes del proceso salud-enfermedad.***	1.1. Establecer mecanismos para garantizar el cumplimiento del reglamento del Consejo Sectorial de Salud, Nutrición y Deporte.
	1.2. Fortalecer la Secretaría Técnica Sectorial como organismo ejecutor del Consejo mediante la asignación de recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos.
	1.3. Promover nuevos mecanismos de coordinación de la Secretaría Técnica Sectorial con los representantes de las instituciones del sector.
	1.4. Fortalecer los mecanismos de coordinación y comunicación con los entes fiscalizadores y contralores.
	1.5. Implementar en el Sector mecanismos para seguimiento y evaluación de los instrumentos de planificación según la normativa vigente.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.6. Fortalecer las relaciones internacionales cooperación internacional en salud con otros países, organizaciones y organismos internacionales.
2. Fortalecimiento de la de dirección y conducción en salud.	2.1 Mejorar el desempeño de las funciones esenciales en salud pública.
	2.2. Elaborar metodologías que incorporen el enfoque de gestión por resultados, para el fortalecimiento de la estrategia dirigida al acceso y la cobertura universal en salud.
	2.3. Desarrollo de un sistema de información en salud integrado.
	2.4. Implementar la hoja de ruta para la "Estrategia de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud" con el fin de consolidar el enfoque de la salud como un derecho humano.
	2.5. Desarrollar mecanismos de coordinación de la cooperación nacional e internacional
	2.6. Desarrollar las funciones rectoras a partir de la participación de los actores sociales y las comunidades.
	2.7. Fortalecer la Dirección Nacional de CEN CINAI como ente adscrito al Ministerio de Salud.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
3. Fortalecimiento de la rectoría en alimentación y nutrición.	3.1. Reactivar y consolidar la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN).
	3.2. Reactivar los Consejos de la SEPAN entre ellos Consejo Ministerial (Ministerios de Agricultura, Economía y Salud quien preside). El Consejo Ministerial ampliado (Ministerios de Educación, Salud y Caja Costarricense de Seguro Social), así como el Consejo Técnico Ejecutivo del Sector Salud, Nutrición y Deporte (COTESS) y el Consejo Cantonal de Seguridad Alimentaria Nutricional (COSAN)
	3.3. Crear el Sistema de Información Intersectorial en Alimentación y Nutrición como instrumento para la toma de decisiones.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
4. Fortalecimiento de la coordinación y articulación intra e intersectorial en el tema de recursos humanos en salud.	4.1 Fortalecer el tema de recursos humanos en salud mediante la articulación con instituciones públicas y privadas, reguladoras, formadoras, colegios profesionales y otras instancias afines.
	4.2. Fortalecer los mecanismos para la certificación y acreditación de instituciones formadoras públicas y privadas con base en parámetros de calidad, seguridad y necesidades del país.
	4.3. Fortalecer el liderazgo del ente rector en materia de recursos humanos.
	4.4. Articular acciones con actores públicos, privados y la población para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
5. Desarrollo de mecanismos formales para la incorporación de actores sociales y población en la toma de decisiones en salud.	5.1 Fortalecer la participación social en el proceso salud-enfermedad que garantice el empoderamiento de la población y de otros actores sociales en la toma de decisiones en salud.
	5.2. Incorporar en los procesos de planificación en salud la participación social de la población y de otros actores sociales.

Área de intervención

Legislación

Está compuesta por el conjunto de tratados internacionales, leyes, decretos y normas que regulan y orientan el sistema de salud de Costa Rica, así como sus relaciones con otras instituciones públicas y privadas, actores sociales y la población en general.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Modernizar el marco normativo de las instituciones del Sector Salud, Nutrición y Deporte	1.1 Reactivar el proyecto de ley de reforma de la Ley General de Salud presentado a la Asamblea Legislativa por el Ministerio de Salud durante el período 2002-2006 para adecuarla a las necesidades actuales del país.
	1.2. Promover la creación de un sistema para el monitoreo, análisis y posición Sectorial sobre los proyectos de ley, reglamento y otros instrumentos jurídicos que tienen implicaciones para la salud de las personas y del ambiente.
	1.3. Revisión de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, para fortalecer la rectoría en salud.
	1.4. Revisar el marco normativo de la CCSS a fin de adecuarlo a las necesidades del país y favorecer la eficiencia de la gestión.
	1.5. Actualizar el marco regulatorio en el campo de la seguridad alimentaria y nutricional, que permita financiar, desconcentrar y modernizar la SEPAN.

Área de intervención

Inversión, Financiamiento y Gasto en Salud

El gasto de la atención sanitaria se incrementa constantemente a pesar de los esfuerzos para reducir los costos de la prestación de los servicios; lo que exige el establecimiento de nuevos mecanismos de asignación de recursos financieros y la eficiencia en el gasto.

Actualmente los recursos que el Estado asigna a salud representa el 7,8% del PIB, a esto debe sumársele el gasto de bolsillo en salud de la población.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Modulación de la inversión, gasto y financiamiento del Sector Salud, Nutrición y Deporte.	1.1 Realizar análisis cualitativos y cuantitativos del uso real de los recursos en los servicios de salud públicos y privados.
	1.2 Medir el consumo de los bienes y servicios para la atención a la salud y su financiamiento.
	1.3 Realizar evaluaciones económicas y tecnológicas que permitan el uso eficiente y equitativo de los recursos.
	1.4 Desarrollo del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud.
	1.5 Desarrollo de indicadores referentes al gasto y financiamiento en salud.

Área de intervención

Recursos Humanos en Salud

La calidad y cantidad del recurso humano en salud determina la calidad y oportunidad de los servicios que se ofrecen a la población. Por lo que, la formación, regulación, acreditación y contratación del recurso humano idóneo, debe ser acorde a las necesidades del país.

De manera que el recurso humano es un componente estratégico e indispensable para el Sistema Nacional de Salud.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
*1. **Planificación de los recursos humanos en salud y afines según las necesidades del país tanto para las instituciones públicas como para el sector privado***	1.1. Promover la participación activa y el compromiso de las instituciones formadoras y empleadores públicas y privadas, colegios profesionales en la toma de decisiones en el tema de recurso humano.
	1.2. Fortalecer el Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud (SINARHUS), como un instrumento que genera información para la toma de decisiones en materia de recursos humanos en salud.
	1.3. Analizar en forma permanente la situación del recurso humano en salud en aspectos de formación, empleo, calidad y brechas.
	1.4. Promover y fortalecer la formación de recurso humano a nivel técnico en salud y afines.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
2. Definición de competencias y perfiles del recurso humano en salud y afines, que responda a las necesidades del país tanto para las instituciones públicas como para el sector privado.	2.1 Formación de profesionales de las ciencias de la salud y afines de acuerdo a la planificación estratégica de los recursos humanos con participación de los diferentes actores responsables.
3. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo en ciencias de la salud y afines tanto para las instituciones públicas como para el sector privado.	3.1. Promover el desarrollo de un proceso de educación continua de la fuerza de trabajo de las ciencias de la salud y afines. 3.2. Fortalecer los procesos de evaluación del desempeño, recertificación de la fuerza de trabajo en salud. 3.3. Promover el fortalecimiento de las capacidades de los médicos generales. 3.4. Promover la acreditación de las carreras en las ciencias de la salud y afines como requisito obligatorio.

Área de intervención

Investigación y Desarrollo Tecnológico

La regulación de la investigación y desarrollo tecnológico en salud constituye un elemento esencial para garantizar la ética y la seguridad de las personas y éstas estén orientadas al mejoramiento de la salud de la población y a las necesidades del país.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
*1. **Fortalecimiento de las capacidades institucionales para la generación y trasmisión del conocimiento científico y tecnológico con ética y calidad.***	1.1. Fortalecer la rectoría en investigación y desarrollo tecnológico a fin de garantizar el cumplimiento de los principios bioéticos.
	1.2. Establecer alianzas estratégicas nacionales e internacionales para la implementación, monitoreo y evaluación de los Planes Nacionales de Investigación y Tecnologías e Innovación en Salud.
	1.3. Crear un fondo para el financiamiento y la promoción de la investigación y tecnologías e innovación en salud.
	1.4. Promover la investigación y el acceso al conocimiento relacionado con los determinantes de la salud-enfermedad, a fin de orientar la toma de decisiones basada en la evidencia.
	1.5. Garantizar que el marco legal responda a las necesidades del avance científico y tecnológico en salud del país.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.6 Desarrollar un sistema de información que fortalezca la función rectora en el campo de la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.
	1.7 Formar el recurso humano para la realización de investigación en salud con recursos del presupuesto institucional.
	1.8 Fortalecer la evaluación de tecnologías en salud con el fin de garantizar la disponibilidad, uso y mantenimiento adecuado de tecnologías sanitarias a nivel nacional.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
2. Implementación de la Estrategia Nacional de Salud que permita el acceso equitativo a servicios de salud de la población a través del uso eficaz y eficiente de las Tecnologías de Información y Comunicación en Salud (TICs).	2.1. Implementar el Expediente Digital en Salud (EDUS) para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.
	2.2. Fortalecer el uso de las tecnologías de información y comunicación para mejorar la calidad, el acceso a la educación y crear formas nuevas e innovadoras de enseñanza.
	2.3. Desarrollar un modelo de estándares orientado a facilitar el intercambio y uso de datos entre las instituciones para mejorar la toma de decisiones (Estandarización e interoperabilidad).
	2.4. Favorecer la creación, adaptación y uso de las aplicaciones en salud por parte de la población mediante tecnologías móviles.
	2.5. Extender el uso de las TICs en la prestación de los servicios de salud para mejorar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención y la continuidad del cuidado a la salud.

Área de intervención

Regulación y Control de Productos de Interés Sanitario

Los productos de interés sanitario son aquellos artículos, dispositivos sustancias o elementos naturales o elaborados que debido a sus características o propiedades pueden poner en riesgo la salud de las personas como consecuencia de su consumo, uso o exposición. Por lo tanto, la regulación y el control sanitario conllevan varios procesos que parten desde la normativa, la evaluación técnica y legal de los requisitos reglamentarios que se requiere para cada uno de los productos regulados (medicamentos, alimentos, productos naturales, productos químicos peligrosos, productos de higiene, cosméticos, equipo y material biomédico), así como el control en el mercado para verificar el cumplimiento de las condiciones con las cuales se otorgó el registro sanitario que permite garantizar a la población acceso de productos seguros, eficaces y de calidad.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Fortalecimiento de la regulación de los productos de interés sanitario (PIS).	1.1. Fortalecimiento de la Autoridad Reguladora Nacional del Ministerio de Salud.
	1.2. Establecer convenios de cooperación y alianzas estratégicas con entidades reguladoras y otras instituciones nacionales e internacionales a fin de fortalecer la regulación de los PIS.
	1.3. Mejoramiento de los procesos para asegurar la calidad, seguridad y eficacia de los productos de interés sanitario.[2]
	1.4. Asegurar que la normativa se ajuste a las mejores prácticas nacionales e internacionales.

2 Medicamentos, alimentos, productos químicos, productos naturales, cosméticos equipo y material biomédico.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.5. Fortalecer la comunicación entre la autoridad regulatoria y los administrados para la mejora continua de los procesos.
2. Mejora en el acceso y seguridad de la información sobre los productos de interés sanitario	2.1 Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial para prevenir la comercialización de productos de interés sanitario falsificados o ilícitos.
	2.2. Controlar la información sobre alimentación y nutrición de la publicidad y etiquetado de productos.

Área de intervención

Calidad en Salud

La calidad se define como el grado en el cual los servicios que se prestan a la población incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados con el menor riesgo posible y que son consistentes con el conocimiento profesional vigente y los avances tecnológicos, siendo estos satisfactorios para los usuarios tanto internos como externos.

De manera que la calidad está determinada por los procesos de gestión orientada a la satisfacción de necesidades y requerimientos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, además, está vinculado con aspectos técnicos, con la efectividad y eficiencia así como con la calidez, accesibilidad y comodidad.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. ***Mejora de la capacidad resolutiva de los servicios de salud (públicos y privados) para la atención oportuna y con calidad.***	1.1. Garantizar la prestación de los servicios de salud con calidad y acorde a la aplicación de la normativa vigente. 1.2. Evaluar los servicios de salud incorporando el criterio y necesidades de los usuarios. 1.3. Estandarizar la prestación de los servicios de salud, mediante su normalización por medio de alianzas estratégicas entre la CCSS y el Ministerio de Salud, a fin de evitar la variabilidad en los mismos. 1.4. Mejorar la calidad y cobertura de la red de servicios, con una oferta acorde a los derechos y necesidades de la población en todo el ciclo de vida. 1.5. Crear un proceso de evaluación de satisfacción de los usuarios.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.6. Desarrollar estándares e indicadores de calidad para regular el proceso de donación y trasplantes de órganos y tejidos humanos.
2. Fortalecimiento de la regulación de establecimientos y servicios de salud.	2.1. Fortalecer la regulación de la red de servicios de salud.
	2.2. Regular los establecimientos de CEN-CINAI y similares.
	2.3. Habilitar y regular todo tipo de establecimiento que represente riesgo para la salud.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
3. Fortalecimiento de los procesos de habilitación y acreditación de los servicios públicos y privados de atención directa a las personas.	3.1. Actualización de la normativa para la habilitación y acreditación los servicios públicos y privados de atención directa a las personas.
	3.2. Fortalecimiento de los proceso de habilitación y acreditación de los servicios de protección al ambiente humano.
	3.3. Controlar y evaluar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente.
	3.4. Fortalecimiento de la autoridad del Ministerio de Salud como institución rectora y responsable del control de la calidad de los servicios tanto en el público como en el privado.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
4. Desarrollo de un proceso de mejora continua de la calidad en los servicios de salud.	4.1. Incorporar los procesos de mejora continua de la calidad como parte de la planificación de los servicios del sector salud.
	4.2. Establecer alianzas estratégicas intra e interinstitucionales para el desarrollo de iniciativas orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud.
	4.3. Crear mecanismo de evaluación que permitan mejorar de calidad en la prestación de servicios del sector salud.
	4.4. Fomentar la participación de la población y actores sociales en la identificación de problemas y oportunidades de mejora en los servicios de salud, a fin de mejorar la calidad en los mismos.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
5. Vigilancia de la calidad en los determinantes sociales de la salud.	5.1. Fortalecer la calidad, oportunidad y acceso del sistema y subsistemas de información automatizados de Vigilancia de la Salud.
	5.2. Fortalecimiento de la atención integral y de calidad a las víctimas de la violencia intrafamiliar a lo largo del curso de la vida.
	5.3. Vigilancia y control de la calidad del agua suministrada por los administradores de acueductos rurales en especial de las ASADAS y Gobiernos Locales.
	5.4. Vigilar la integralidad y calidad de las prestaciones sanitarias y económicas que se brinda a la población trabajadora en todos los niveles de atención.
	5.5. Promover la inversión, desarrollo técnico y tecnológico para mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias para la población trabajadora.
	5.6. Asegurar el acceso con calidad del agua apta para consumo humano a la población con énfasis en las poblaciones y áreas geográficas prioritarias.
	5.7. Definir la línea base de la calidad de los cuerpos de agua para la clasificación y evaluación permanente.
	5.8. Prevención de la contaminación difusa que afecta la calidad del recurso hídrico.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	5.9. Fortalecer las capacidades técnicas de los laboratorios para analizar la calidad del agua según la normativa vigente.
	5.10. Mejoramiento de la calidad en el alcantarillado sanitario y otros sistemas de tratamiento de aguas residuales.
	5.11. Fortalecer la vigilancia estatal de la calidad de efluentes provenientes de sistemas de tratamientos de aguas residuales y su impacto sobre los cuerpos receptores.
	5.12. Fortalecer el monitoreo de la calidad del aire en el Gran Área Metropolitana por medio de estaciones fijas y móviles.
	5.13. Garantizar la disponibilidad, acceso y consumo de alimentos con calidad nutricional y cantidad para su adecuada utilización biológica.
	5.14. Capacitar en el tema de calidad nutricional de los alimentos preparados o no, que se expenden en sitios comerciales.
	5.15. Fortalecer la calidad de los servicios de nutrición preventiva y promoción del desarrollo infantil que brindan los centros CEN y CINAI.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
6. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo.	6.1. Analizar en forma permanente la situación del recurso humano en salud en aspectos de formación, empleo, calidad y brechas.
	6.2. Evaluación y regulación de la calidad por parte de las instituciones y los actores responsables.
	6.3. Determinar los estándares de calidad que permitan la evaluación permanente de la fuerza de trabajo en ciencias de la salud y afines.
	6.4. Generar acuerdos entre el ente rector y las instituciones públicas y privadas, con el fin de, establecer programas de educación continua para el mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo en salud.
	6.5. Establecer un sistema de incentivos no monetarios basado en competencias en servicio y rendimiento para el reconocimiento de estándares de calidad de la fuerza de trabajo en salud.
	6.6. Establecer la acreditación (recertificación) profesional obligatoria para contar con profesionales competentes y comprometidos con la calidad en la atención de los usuarios.
	6.7. Crear un proceso de evaluación de satisfacción de los usuarios.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
7. Fortalecimiento en la calidad de los datos e información nacional en salud	7.1. El paciente debe ser el centro, punto de partida y fin, de cualquier manejo de información referente a su salud.
	7.2. Definir los estándares nacionales para la gestión de datos en salud, a fin de, contar con la información correcta en el lugar adecuado y en forma oportuna.
	7.3. Promover el adecuado uso de las tecnologías de la información y comunicación con el propósito de contar con información de calidad y satisfacer las necesidades de las instituciones públicas y privadas, ciudadanos y otros profesionales.
	7.4. Desarrollar acciones para el intercambio de información segura y de calidad en salud entre organismos públicos y privados, para la atención integral en salud.
	7.5. Promover el acceso de información integral a la población sobre sus derechos, deberes, riesgos, utilización de los servicios de salud y facilitar la toma de decisiones.

ÁMBITO II:

Equidad y Universalidad de las Acciones en Salud

Áreas de Intervención:

1. Fortalecimiento de la atención primaria
2. Atención integral
3. Vigilancia de los determinantes sociales de la salud con abordaje interinstitucional e intersectorial
4. Enfermedades crónicas no transmisibles.
5. Enfermedades transmisibles
6. Salud mental
7. Atención integral del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
8. Violencia social, sexual e intrafamiliar
9. Salud sexual y reproductiva
10. Accidentes de tránsito
11. Salud de los trabajadores

Área de intervención

Fortalecimiento de la atención primaria

La atención primaria implica una atención a la salud esencial, basada en métodos, tecnologías y prácticas, científicamente comprobadas y socialmente aceptadas, garantizando la participación de todos los estratos sociales de la población, a un costo sostenible y con espíritu de autorresponsabilidad y determinación.

La estrategia de atención primaria renovada, rescata acciones a nivel domiciliar para la promoción de la salud y la atención integral de problemas de salud.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Fortalecimiento del sistema de salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.	1.1 Fortalecer el enfoque bio-psico-social en todos los niveles del sistema de atención en sus diversos entornos.
	1.2 Atender las necesidades de salud de la población a partir del establecimiento de alianzas estratégicas con actores públicos, privados y la sociedad civil.
	1.3 Fortalecer la corresponsabilidad en el proceso de salud-riesgo y enfermesdad mediante acciones de concientización a la población y a las instituciones públicas, privadas y otros actores sociales.
	1.4 Fortalecer la participación social como elemento básico en la prestación de servicios de atención primaria en salud.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
2. Desarrollo del modelo de atención integral, a partir del fortaleciendo la estrategia de atención primaria renovada en salud (APS).	2.1 Analizar y ajustar de forma permanente el modelo de salud en el país, conjuntamente con los actores sociales.
	2.2 Incorporar el enfoque de APS renovada al modelo de atención integral en salud.
	2.3 Orientar la prestación de servicios de salud hacia las necesidades de las personas con énfasis en grupos prioritarios.
	2.4 Fortalecer la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
	2.5. Promover formas diferenciadas de prestación de servicios de salud en comunidades remotas con poco acceso.
	2.6. Promover procesos de capacitación continua con énfasis en atención primaria de la salud dirigidos a médicos generales.

Área de intervención

Atención integral

El Modelo de Atención Integral en Salud es el conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que el Sistema de Salud se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente y de los determinantes sociales de la salud, a fin de promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
*1. **Mantenimiento y mejora de la cobertura universal en salud .***	1.1. Buscar fuentes alternativas de financiamiento para garantizar la sostenibilidad del modelo de atención en salud.
	1.2. Identificar y promover nuevas modalidades de aseguramiento para grupos con problemas de acceso a los servicios de salud.
	1.3. Desarrollar mecanismos para la identificación de las personas evasoras y promover su aseguramiento.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
2. Fortalecimiento de la donación y trasplante de órganos y tejidos humanos.	2.1. Promover la donación y el trasplante de órganos y tejidos en la población mediante procesos de información, educación y comunicación a la población.
	2.2. Fomentar en la población la solidaridad y la voluntariedad de las donaciones de órganos y tejidos mediante procesos integrales, intersectoriales e interinstitucionales.
	2.3. Fortalecer la coordinación, supervisión, y control en los establecimientos que realicen procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos humanos.
	2.4. Luchar contra el tráfico, comercio de órganos y el turismo de trasplantes.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
3. Abordaje integral del envejecimiento saludable como una etapa del ciclo de vida, con énfasis en el fomento de la salud y de la funcionalidad.	3.1. Desarrollar acciones permanentes y sostenibles que integren ambientes propicios y favorables al proceso de envejecimiento.
	3.2. Desarrollar conductas individuales y grupales saludables durante todo el ciclo de vida.
	3.3. Fortalecer la atención en salud para un envejecimiento activo y saludable.
	3.4. Adaptar los servicios de salud e implementar modalidades de atención integral diferenciada y acorde con las necesidades de las personas adultas mayores.
	3.5. Desarrollar normas para la acreditación de hogares diurnos y hogares de larga estancia que promuevan la calidad de los servicios brindados.
	3.6. Fortalecer las habilidades y capacidades de los actores sociales involucrados en el abordaje integral del proceso de envejecimiento saludable.
	3.7. Fortalecer las estrategias intersectoriales para el abordaje en la prestación de los cuidados a largo plazo para el bienestar y desarrollo integral de las personas adultas mayores y sus cuidadores.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	3.8. Fortalecer los procesos de auditoría social, para que se denuncie el maltrato y barreras en la atención de las personas adultas mayores.
	3.9. Desarrollar el programa de alimentación y nutrición del adulto mayor.
4. Promoción y defensa del derecho a la salud de la niñez y adolescencia.	4.1. Fortalecer el componente de salud en el subsistema local de protección de niñez y adolescencia, priorizando la población según sus derechos.
	4.2. Fortalecer la participación social de las personas menores de edad, de acuerdo con el principio de autonomía progresiva.
	4.3. Fortalecer las capacidades y competencias del personal de salud y otros actores sociales sobre el proceso de niñez- adolescencia.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
5. Fortalecimiento e innovación en los servicios de nutrición y desarrollo infantil dirigidos a niños desde su gestación hasta los 12 años de edad y en adolescentes.	5.1. Revisar el sustento legal y financiero de los CEN-CINAI y la participación de la comunidad y municipalidades, mediante un sistema tripartito de financiamiento que permita fortalecer el sistema de protección social para las familias.
	5.2. Ampliar la cobertura de atención y los servicios para la población con vulnerabilidad social en los CEN-CINAI a nivel nacional.
	5.3. Identificar nuevas modalidades de atención en los CEN-CINAI para incorporar servicios dirigidos a la clase media.
	5.4. Fortalecer la modalidad de atención "Extra Muros", a fin de, brindar una mayor y mejor atención a la población más alejadas del país.
	5.5. Fortalecer la calidad y ampliar la cobertura de los servicios de nutrición preventiva y promoción del desarrollo infantil que brindan los centros CEN y CINAI.
	5.6. Reactivar y fortalecer el Programa Nacional de Salud y Nutrición Escolar (PANEA).

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
6. Contribuir con la erradicación del trabajo infantil, las peores formas de trabajo, la trata de personas y la explotación sexual comercial.	6.1. Aplicar el manual de atención intersectorial para la atención de personas menores de edad víctimas del trabajo infantil y sus peores formas, así como la explotación sexual y la trata. 6.2. Sensibilizar al personal de los sectores involucrados en la erradicación del trabajo infantil y sus peores formas, la trata de personas y la explotación sexual comercial.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
7. Fortalecimiento de los servicios de rehabilitación y habilitación para la atención de las personas con discapacidad.	7.1. Fortalecer las estrategias de rehabilitación basada en la comunidad, la atención del dolor crónico y cuidados paliativos, a nivel nacional.
	7.2. Articular los servicios de rehabilitación mediante el trabajo en red.
	7.3. Desarrollar acciones para dar cumplimiento de la Ley 7600 "Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad" (1996) y la Ley 8661 "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad" (2008).
	7.4. Mejorar los tiempos de respuesta en el otorgamiento de las pensiones del régimen no contributivo para las personas con discapacidad que estén en condiciones de pobreza, abandono o riesgo social.
	7.5. Establecer mecanismos de comunicación e información sobre la discapacidad.
	7.6. Fomentar el desarrollo integral de las personas con discapacidad como sujeto de derechos.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
8. Atención en salud de la población migrante y refugiada con un abordaje intercultural.	8.1. Mejorar el acceso a la atención en salud de la población migrante y refugiada de acuerdo a sus necesidades, mediante la coordinación interinstitucional e intersectorial, así como con los países vecinos.
	8.2. Crear espacios de diálogo interinstitucional y con la sociedad civil para promover el derecho a la salud en los grupos mencionados.
	8.3. Desarrollar procesos de sensibilización a los funcionarios institucionales sobre los derechos y responsabilidades de la población migrante y refugiada.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
9. Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud con abordaje intercultural para poblaciones indígenas y afrodescendientes.	9.1. Desarrollar un modelo de atención integral que incorpore el conocimiento y la medicina tradicional de las poblaciones indígena, indígena migrante.
	9.2. Desarrollar estrategias para la atención integral de las poblaciones y afrodescendientes que consideren los conocimientos autóctonos y sus tradiciones.
	9.3. Desarrollar procesos de identificación y atención de la problemática sanitaria con participación de las distintas poblaciones.
	9.4. Fortalecer la coordinación entre países vecinos para mejorar la calidad de vida de la población indígena e indígena migrante.
	9.5. Formar y sensibilizar el recurso humano con enfoque de interculturalidad.
	9.6. Fortalecer los derechos en salud de la población indígena y afrodescendiente.
	9.7. Rescatar las acciones autóctonas que realizan las comunidades indígenas y afrodescendientes que favorecen su esparcimiento y recreación.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	9.8. Ampliación de la cobertura del programa CEN-CINAI en las comunidades y territorios indígenas y afrodescendientes a partir de sus particularidades.
	9.9. Mejorar las condiciones de acceso cultural, geográfico y arquitectónico para las poblaciones indígenas y afrodescendientes.
	9.10. Ejecutar estrategias para el reconocimiento de alimentos culturalmente valorados, económicos, y accesibles para contribuir a la reducción de carencias nutricionales de los pueblos indígenas y afrodescendientes.
	9.11. Desarrollar proyectos de encadenamientos productivos y mejora del valor agregado en territorios indígenas.
	9.12. Desarrollar estrategias intersectoriales para fortalecer estilos de vida saludables mediante programas y proyectos de base comunitaria.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
10. Promoción de la igualdad y equidad de género durante el ciclo de vida.	10.1. Brindar atención integral en salud con enfoque de género de derechos humanos a hombres y mujeres
	10.2. Desarrollar procesos de comunicación y sensibilización, para la eliminación de estereotipos de género en la construcción de la salud.
	10.3. Desarrollar sistemas de información en salud que contribuyan a la toma de decisiones para la disminución de brechas, inequidades y desigualdades de género en salud.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
11. Fomento de la no discriminación por orientación sexual o de identidad de género en la atención de la salud.	11.1. Fomentar en los servicios de atención en salud la no discriminación por orientación sexual e identidad de género y erradicación de la homofobia/lesbofobia/ transfobia.
	11.2. Impulsar una cultura de auto cuidado y corresponsabilidad en la construcción de la salud de las personas gais, lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales (LGTBI).
	11.3. Fortalecer los servicios integrales de salud, oportunos, seguros e inclusivos y que respondan a las necesidades de las personas gais, lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales (LGTBI), a lo largo del ciclo de vida.
	11.4. Promover la participación de las personas gais, lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales (LGTBI) en la defensa y vigilancia de sus derechos en salud.
	11.5. Fortalecer la prevención y atención integral de la violencia intrafamiliar, bulling y sexual hacia las personas gais, lesbianas, bisexuales, trans e intersexuales (LGTBI).

Área de intervención

Vigilancia de los determinantes sociales de la salud con abordaje interinstitucional e intersectorial

La vigilancia de los determinantes sociales de la salud constituye el eje central para alcanzar la equidad sanitaria, constituyen las condiciones sociales y económicas que influyen en las diferencias individuales y colectivas del estado de salud de la población, incluye los riesgos asociados a las condiciones de vida de la población.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. ***Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud con enfoque en los determinantes sociales de la salud para generar información oportuna y de calidad para la toma de decisiones.***	1.1. Fortalecer la vigilancia de eventos y factores de riesgo y protectores en salud, tanto en el sector público como privado. 1.2. Promover el desarrollo de capacidades técnicas de los actores sociales involucrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. 1.3. Crear un sistema de indicadores como base para la toma de decisiones a nivel gerencial, con participación intra e intersectorial y el desarrollo de observatorios, encuestas, registros obligatorios, otros registros transversales e investigaciones. 1.4. Convertir el ASIS en el instrumento base y obligatorio de evidencia científica para conocer la situación de salud del país, en los diferentes niveles geopolíticos y a partir del enfoque de determinantes de la salud, a fin de sustentar las intervenciones en salud pública.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.5. Fortalecer la amplitud, calidad, oportunidad y acceso del sistema y subsistema de información de vigilancia de la salud y su automatización.
	1.6. Desarrollar un sistema de vigilancia de enfermedades laborales centralizado en el MS, cumpliendo con la obligatoriedad de notificación de los casos por parte del ente asegurador.

Área de intervención

Enfermedades crónicas no transmisibles

Son aquellas que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades crónicas no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles con criterio de oportunidad, calidad y equidad a partir de los diferentes grupos socioculturales.	1.1. Promover el desarrollo de factores protectores de las enfermedades crónicas no transmisibles, con prioridad en alimentación saludable, actividad física, ambiente libre de tabaco, recreación, disminución del consumo nocivo de alcohol y la salud mental.
	1.2. Desarrollar intervenciones orientadas a la prevención y control de la obesidad en todos los grupos de edad.
	1.3. Fortalecer el programa de enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad, basado en un sistema de vigilancia de las enfermedades no transmisibles con énfasis en cardiovasculares y cáncer.
	1.4. Fortalecer la prevención y la atención integral de enfermedades crónicas, neurocognitivas y otras demencias en la población adulta mayor.

POLÍTICA	
	1.5. Dotar a los servicios de salud de la capacidad resolutiva necesaria para la prevención, detección y atención de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones.
	1.6. Desarrollar estrategias y acciones articuladas y multidisciplinarias con la participación del grupo familiar, para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles, con énfasis en cardiovasculares y cáncer.
	1.7. Implementar el sistema de información para el seguimiento y control de los infractores de la Ley 9028 "Control del tabaco y sus derivados".
2. Potenciación de los factores protectores de las enfermedades crónicas no transmisibles.	2.1. Desarrollar acciones para la prevención del fumado y la promoción de espacios libres de humo de tabaco.
	2.2. Fortalecer las clínicas y otras estrategias para la cesación de fumado en la población con énfasis en niños y jóvenes.

Área de intervención

Enfermedades transmisibles

Son aquellas enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Prevención, abordaje y atención integral e intersectorial de VIH-sida e ITS con enfoque de derechos humanos y diversidad sexual.	1.1. Desarrollar un programa nacional e intersectorial para el abordaje integral de VIH-sida.
	1.2. Prevenir el VIH-sida e ITS, con énfasis en los grupos vulnerables y con participación social.
	1.3. Fortalecer el Sistema de Vigilancia de la Salud y los procesos de monitoreo estratégico de la respuesta nacional ante el VIH-sida e ITS.
	1.4. Garantizar el acceso a la atención integral en VIH-sida e ITS con criterio de calidad, calidez, eficiencia y oportunidad, con énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad.
	1.5. Desarrollar procesos de información, sensibilización, comunicación y capacitación en prevención y atención integral del VIH-sida e ITS.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.6. Fortalecer la educación sexual y reproductiva en la población estudiantil.
	1.7. Fortalecer la investigación y desarrollo tecnológico en VIH-sida e ITS.
	1.8. Implementar mecanismos de auditoria social, con el fin de que los usuarios de los servicios puedan señalar las barreras en la atención de las personas LGTBI y sus parejas.
	1.9. Desarrollar procesos de información, prevención, detección y atención de sífilis en las parejas a fin de prevenir la sífilis congénita.

Área de intervención

Salud Mental

La salud mental es una condición básica de la salud y una dimensión inseparable de la salud integral, recíprocamente influidas. Los problemas priorizados de la salud, requieren políticas y estratégicas con un abordaje integral e intersectorial y basado en la comunidad, dando énfasis a la prevención de trastornos mentales, intentos de suicidio y a la promoción de la salud mental.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. ***Fortalecimiento de la rectoría en salud mental.***	1.1 Fortalecer la Secretaría Técnica de Salud Mental, dotándola de los recursos necesarios para hacer su gestión eficaz y eficiente.
	1.2 Fortalecer la articulación intersectorial e interinstitucional en salud mental.
	1.3 Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, incluyendo el registro de depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, intento de suicidio y otras enfermedades identificadas como prioritarias.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
2. Mejoramiento del Modelo de Salud Mental con enfoque comunitario que garantice el derecho a la salud mental de la población.	2.1. Desarrollar el modelo de atención de salud mental centrado en la comunidad con énfasis en la promoción y atención integral mediante la desconcentración de la atención y el fortalecimiento de la red de servicios de salud mental.
	2.2. Desarrollar investigaciones en salud mental que sirvan de base en la definición de programas de atención integral a las personas.
3. Abordaje integral de los trastornos mentales, neurocognitivos y del comportamiento con énfasis en grupos de mayor riesgo.	3.1. Promover el desarrollo de acciones de investigación a fin de detectar y analizar los factores biopsicosociales y ambientales que inciden en la salud mental de la población.
	3.2. Fortalecer el registro de enfermedades de notificación obligatoria con la inclusión de demencias y trastornos del comportamiento priorizados.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
4. Fomento de factores protectores y disminución de los factores de riesgo asociados a la salud mental a lo largo del ciclo de vida, a fin de favorecer el desarrollo integral de las personas.	4.1. Promover el uso de espacios físicos seguros para la recreación y la actividad física que promueva una cultura de convivencia saludable en la población.
	4.2. Incorporar el componente de salud mental en el abordaje de las personas sobrevivientes de desastres naturales y antrópicos.
	4.3. Promover la salud mental de las personas cuidadoras no remuneradas de población adulta mayor.
	4.4. Desarrollo de un modelo de abordaje integral para la detección y atención de personas con trastorno del espectro autista.
	4.5. Integrar el componente de salud mental en el diseño curricular del Ministerio de Educación Pública.
	4.6. Incorporar el componente de salud mental en la currícula de carreras universitarias, priorizadas a nivel de pregrado y posgrado.
	4.7. Fortalecer el desarrollo de acciones de atención integral de las personas en riesgo suicida, así como a las familias y personas allegadas de sobrevivientes de suicidio.

Área de intervención

Atención integral del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es uno de los principales problemas de salud pública, que está vinculado a una carga importante de muertes prematuras, morbilidad y discapacidad.

Es necesario que el Estado implemente diferentes modalidades de atención propiciando la integración, la no estigmatización, ni la exclusión, mediante el desarrollo de acciones que incluyan el tratamiento y la rehabilitación.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	1.1. Brindar una atención integral a las personas con problemas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con un enfoque de determinantes y de factores protectores de la salud.
	1.2. Articular acciones a nivel interinstitucional e intersectorial para la prevención de las adicciones y la atención integral de las personas consumidoras de alcohol, tabaco y otras drogas.
	1.3. Promover el fortalecimiento de los factores protectores del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con enfoque comunitario.

Área de intervención

Violencia Social, Sexual e Intrafamiliar

La violencia es un comportamiento deliberado que provoca daños físicos o psíquicos a otras personas a través de amenazas, ofensas o el uso de la fuerza.

La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física.

Violencia Intrafamiliar se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Apoyo a las acciones de prevención de la violencia social, sexual e intrafamiliar.	1.1. Fortalecer la gestión local de las instituciones públicas y privadas para la prevención de la violencia social, intrafamiliar y sexual.
	1.2. Incorporar en la currícula del Ministerio de Educación Pública e instituciones educativas privadas el tema de prevención de la violencia social (bullying), sexual e intrafamiliar.
	1.3. Concientizar a la población y actores sociales sobre la necesidad de prevenir la violencia social, sexual e intrafamiliar.
	1.4. Articular acciones para la protección de las víctimas de violencia social, sexual e intrafamiliar.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
2. Fortalecimiento de la atención integral de las víctimas de violencia social, sexual e intrafamiliar.	2.1. Desarrollar servicios de salud especializados para la atención de casos de violencia social e intrafamiliar.
	2.2. Articular las acciones del Sector para la atención de las víctimas de violencia social, sexual e intrafamiliar.
	2.3. Fortalecer las "Redes Locales de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar".
	2.4. Fortalecer las "Oficinas de Condición de la Mujer" a nivel nacional para la atención de la violencia intrafamiliar.
3.1. Contribuir con la erradicación del trabajo infantil	3.1. Activar el protocolo de notificación de casos de trabajo infantil identificados por inspección laboral o por casos atendidos en la red de servicios de salud por riesgos laborales.

Área de intervención

Salud sexual y reproductiva

Es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas en la esfera sexual y reproductiva, así como sus funciones y procesos. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual, segura y satisfactoria para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. La salud sexual y reproductiva no solo atañe a los años reproductivos sino que enfatiza en un enfoque centrado en el ciclo de vida de las personas.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. ***Promoción de los derechos en salud sexual y reproductiva de la población femenina y masculina durante todo el ciclo de vida.***	1.1. Implementar acciones para la reducción de los factores y comportamientos de riesgo estimulando factores protectores y la atención de grupos con necesidades especiales.
	1.2. Disminuir la morbi mortalidad materno, perinatal e infantil.
	1.3. Desarrollar acciones para la prevención del embarazo no deseado con énfasis en las mujeres adolescentes.
	1.4. Desarrollar procesos de información, sensibilización y orientación sobre métodos anticonceptivos, servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva, así como maternidad y paternidad responsables.
	1.5. Promover la participación activa de los habitantes en la defensa y vigilancia del cumplimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.6. Fortalecer la capacidad resolutiva de los servicios de salud para la atención integral de la salud sexual y reproductiva durante todo el ciclo de vida de las personas.
	1.7. Desarrollar procesos de educación para una sexualidad y afectividad de niñas, niños y adolescentes tanto dentro como fuera del sistema educativo.

Área de intervención

Accidentes de tránsito

Ocurre sobre las vías y se presentan súbita e inesperadamente, debido a condiciones y actos irresponsables potencialmente previsibles, atribuidos a factores humanos, vehículos automotores, condiciones climatológicas, caminos y señalización. Ocasionan pérdidas prematuras de vidas humanas y lesiones, así como secuelas físicas y psicológicas, perjuicios materiales y daños a terceros.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector a los accidentes de tránsito.	1.1. Mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud para brindar a las víctimas de emergencias de accidentes de tránsito y sus familias, una atención integral, oportuna, de calidad, así como la rehabilitación a largo plazo.
	1.2. Fortalecer la atención pre-hospitalaria, de víctimas de accidentes de tránsito que brinden seguridad al paciente.
	1.3. Mejorar la articulación entre las instituciones del Sector para la atención de accidentes de tránsito.
2. Promoción de comportamientos seguros en el sistema de movilidad vial y tránsito con participación de la sociedad civil, instituciones públicas y privadas y ONGs.	

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
3. Promoción de la seguridad vial nacional.	3.1. Fortalecer la asignación de recursos a nivel inter e intra-sectorial para la promoción de la seguridad vial y la prevención de accidentes de tránsito.
	3.2. Promover la educación vial con un enfoque de desarrollo de competencias para la utilización segura del sistema de movilidad vial y tránsito.
	3.3. Fortalecer el tema de la seguridad vial en coordinación con el MEP, en escuelas, colegios y establecimientos de salud.
	3.4. Desarrollar iniciativas interactivas para la educación en seguridad vial desde la infancia.
	3.5. Reforzar el desarrollo de acciones en seguridad vial que incluya, movilidad segura y sustentable, para responder a las necesidades de peatones y ciclistas, con el fin de protegerlos de accidentes de tránsito y sus efectos, con énfasis en niños, jóvenes y adultos mayores.
	3.6. Articular esfuerzos para fortalecer conjuntamente con el MOPT y COSEVI los centros de instrucción peatonal.

Área de intervención

Salud de los trabajadores

Es una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo en el espacio laboral.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Fortalecimiento del Régimen de Riesgos del Trabajo.	1.1. Garantizar la atención oportuna y de calidad a las personas que sufren accidentes laborales en la red de servicios de salud.
	1.2. Articular acciones sectoriales, intersectoriales y con la empresa privada sobre el tema de salud laboral y prevención de accidentes laborales.
	1.3. Ajustar el modelo de atención integral en salud laboral existente en el país a fin de optimizar la calidad de la atención brindada por las instituciones competentes.
	1.4. Elaborar las guías de atención integral de las patologías causadas por los accidentes laborales de mayor incidencia y prevalencia.
	1.5. Garantizar la integralidad y calidad de las prestaciones sanitarias y económicas que se brindan a la población trabajadora en todos los niveles de atención.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.6. Asegurar que los recursos financieros del régimen sean distribuidos según lo estipulado por la legislación nacional.
	1.7. Promover la inversión, desarrollo técnico y tecnológico para mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias para la población trabajadora.
2. Aumento de la cobertura en el Régimen de Riesgos del Trabajo en la población trabajadora incluyendo a los trabajadores independientes.	2.1. Establecer mecanismos de control para evitar la evasión en el pago del Seguro de Riesgos del Trabajador.
	2.2. Brindar mecanismos de aseguramiento colectivo para la población trabajadora independiente.
	2.3. Incorporar en la currícula de las carreras de ciencias de la salud el tema de salud de los trabajadores.
	2.4. Brindar las prestaciones sanitarias y económicas correspondientes, a las víctimas de los accidentes y enfermedades de origen laboral.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
3. Promoción de la salud ocupacional.	3.1. Capacitar a los trabajadores en el tema de salud ocupacional con énfasis en sus derechos y deberes.
	3.2. Realizar ferias de la salud en instituciones públicas y privadas para la promoción de estilos de vida saludables y la salud mental de los trabajadores.
	3.3. Fortalecer la vigilancia y el control de las condiciones de trabajo y el ambiente laboral, mediante las Oficinas de Salud Ocupacional.
	3.4. Realizar investigaciones sobre enfermedades laborales, así como de fallecimientos por accidentes de trabajo.
4. Fortalecimiento de la regulación de los agroquímicos que se utilizan en el país.	4.1. Reforzar la vigilancia y el control en el uso de agroquímicos.
	4.2. Fortalecer el proceso de registro de los plaguicidas de uso profesional y doméstico en el Ministerio de Salud y de los agroquímicos en el Ministerio de Agricultura y Ganadería.
	4.3. Desarrollar procesos de educación y concientización sobre el uso adecuado de agroquímicos y plaguicidas de uso profesional y doméstico dirigidos a la población.

ÁMBITO III: Prácticas Saludables, Recreación y Deporte

Áreas de Intervención:

1. Prácticas saludables
2. Actividad física, recreación y deporte
3. Alimentación y nutrición

Área de intervención

Prácticas Saludables

Son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Fortalecimiento de la promoción de la salud en la gestión de las instituciones a nivel sectorial e intersectorial y en las comunidades.	1.1. Impulsar el enfoque positivo, proactivo e innovador de promoción de la salud en el quehacer de las instituciones y comunidades, orientados a generar condiciones y estilos de vida saludables.
	1.2. Lograr que la promoción de la salud este incorporada en todas las acciones en salud como factor protector que mejore los estilos de vida en la población.
	1.3. Incorporación de la promoción de la salud como un componente sustantivo en la planificación estratégica y operativa.
	1.4. Impulsar el desarrollo de alianzas estratégicas intra e intersectoriales para la promoción de la salud.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
2. Fomentar el desarrollo de acciones de promoción de la salud desde un enfoque positivo	2.1. Fomento de prácticas saludables en la población.
	2.2. Implementar mecanismos de evaluación y seguimiento a fin de verificar el cumplimiento de los lineamientos y acciones en promoción de la salud.
	2.3. Fortalecer la actividad física como factor protector de la salud en las comunidades
	2.4. Promover la alimentación saludable, la actividad física y el no fumado en los niños y adolescentes.
	2.5. Desarrollar acciones para proteger y mejorar la salud mental como componente fundamental de las prácticas saludables en la población.
	2.6. Fomentar el desarrollo de prácticas saludables en los espacios laborales públicos y privados.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
3. Fortalecimiento del enfoque de promoción de la salud mediante la dotación de capacidades instaladas.	3.1. Fortalecer la inversión en las acciones desarrolladas por las instituciones públicas y privadas.
	3.2. Desarrollar la infraestructura y espacios para la práctica del deporte y la recreación a nivel nacional con énfasis en las poblaciones de riesgo.
	3.3. Promover en la población la actividad física, el deporte y la recreación durante todo el ciclo de vida.
	3.4. Fortalecer la articulación con actores públicos y privados para estimular la actividad física, el deporte y la recreación.
	3.5. Fortalecer las capacidades y habilidades individuales y colectivas así como los talentos en la población.
	3.6. Incorporar en la currícula del MEP y centros educativos privados el tema de prácticas y estilos de vida saludables.
	3.7. Rescatar y promover prácticas y ejercicios recreativos comunitarios con énfasis en actividades autóctonas y tradicionales en conjunto con los gobiernos locales.

Área de intervención

Actividad física, recreación y deporte

La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas. Por su parte la recreación permite que el cuerpo y la mente se restauren y se renueven para tener una vida más prolongada y de mejor calidad.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Práctica del deporte, la actividad física y la recreación en espacios seguros, accesibles y adecuados.	1.1. Promoción de la actividad física, la práctica del deporte y la recreación en todos los grupos etarios, con participación intersectorial.
	1.2. Fomentar el apoyo para el desarrollo de talentos en el deporte competitivo.
	1.3. Fortalecer el deporte competitivo como referente para la promoción de estilos de vida saludables en la población.
	1.4. Fortalecer las redes interinstitucionales e intersectoriales y de las organizaciones locales para promover la actividad física en la población.
	1.5. Fortalecer el marco regulatorio para la habilitación de espacios y establecimientos de acondicionamiento físico.
	1.6. Fomentar la creación de espacios seguros accesibles y adecuados para la práctica de la actividad física, la recreación y el deporte en los diferentes escenarios.

Área de intervención

Alimentación y Nutrición

La alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingesta de alimentos. Está relacionada con los socios culturales y económicos y de medio ambiente que inciden en forma importante en los hábitos dietéticos y estilos de vida.

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. ***Fortalecimiento de los programas de alimentación y nutrición en la población con énfasis en grupos prioritarios.***	1.1. Crear un Programa Nacional de Alimentación y Nutrición conducido por el Ministerio de Salud.
	1.2. Fortalecer el tema de alimentación y nutrición con enfoque de prevención de la malnutrición y promoción de la salud.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
2. Garantizar la disponibilidad, acceso y consumo de alimentos en calidad nutricional y cantidad para su adecuada utilización biológica.	2.1. Fortalecer las acciones orientadas a la disminución de las deficiencias por micronutrientes.
	2.2. Fortalecer los programas de alimentación complementaria con especial énfasis en la zona rural y urbano - marginal.
	2.3. Establecer alianzas intersectoriales para la regulación de los precios de vegetales, frutas de temporada y otros alimentos de consumo popular.
	2.4. Implementación de acciones estratégicas y reglamentarias con la Industria Alimentaria para la regulación de sal, azúcar y grasas adicionadas a los alimentos procesados.
	2.5. Incorporar el tema de alimentación y nutrición para el autocuidado de la salud en la currícula escolar y colegial.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
3. Prevención de las enfermedades relacionadas con la malnutrición.	3.1. Regular el uso de sal, azúcar y grasas adicionadas a los alimentos procesados en la Industria Alimentaria, para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles.
	3.2. Aumento de la producción y productividad de productos nutritivos y nutraceúticos.
	3.3. Fortalecimiento de la información, educación y comunicación en alimentación y nutrición en centros educativos, centros infantiles, centros de trabajo, servicios de salud (públicos y privados) y la comunidad.
	3.4. Educación y comunicación integral en alimentación y nutrición para la población en general durante todo el ciclo de vida.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
4. Articular acciones para fomentar la producción, recolección, comercialización, selección y consumo de alimentos inocuos saludables y nutritivos	4.1. Educación y comunicación integral en alimentación y nutrición para la población en general.
	4.2. Contribuir en la regulación y evaluación de las buenas prácticas agropecuarias, en la producción, comercialización y distribución de alimentos para el consumo humano.
	4.3. Regular la veracidad de los mensajes en alimentación y nutrición.
	4.4. Vigilar la inocuidad y calidad nutricional de los alimentos preparados o no, que se expenden en sitios comerciales.
	4.5. Regular la calidad nutricional del menú que se ofrece en los servicios de alimentación institucional, infantil, escolar, empresarial y otros centros de trabajo.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
5. Fomento de una cultura agrícola autóctona, orgánica, urbana y rural mediante prácticas agroecológicas.	5.1. Promover en la población prácticas agroecológicas para el cultivo y consumo de alimentos, autóctonos, naturales y libres de agroquímicos.
	5.2. Estimular el desarrollo de huertas escolares en centros educativo públicos y privados y los CEN-CINAI.
	5.3. Capacitar a la población en el desarrollo de huertas familiares para el autoconsumo.
	5.4. Promover la agricultura orgánica e hidropónica para autoconsumo y a nivel comercial.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
6. Fortalecimiento de la vigilancia nutricional.	6.1. Desarrollar el Sistema Nacional de Vigilancia Nutricional, con todos los requerimientos necesarios para su funcionamiento.
	6.2. Articular las fuentes de información existentes en nutrición.
	6.3. Desarrollo de encuestas e investigaciones en materia de alimentación y nutrición desde sus prácticas.
	6.4. Desarrollo de evaluaciones de resultado e impacto en temas de alimentación y nutrición desde sus prácticas.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
7. Prevención y control de la malnutrición con énfasis en la obesidad en todos los grupos de edad, en especial en la niñez y la adolescencia.	7.1. Creación de una unidad organizativa dentro de la estructura del Ministerio de Salud responsable del tema de alimentación y nutrición. 7.2. Creación del Programa de prevención y control de la obesidad en el Ministerio de Salud. 7.3. Fortalecimiento de la Comisión Nacional de Obesidad. 7.4. Desarrollar la normativa y procesos articulados que permitan el ejercicio de la rectoría en alimentación y nutrición. 7.5. Realizar la abogacía de los derechos del consumidor en el tema de alimentación y nutrición. 7.6. Dotar de recursos financieros, humanos y materiales necesarios para el ejercicio de la rectoría en alimentación y nutrición.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
8. Promoción de la lactancia materna como una práctica exitosa desde el nacimiento hasta los 2 años de edad y más.	8.1. Fortalecer la iniciativa "Hospital Amigo del Niño, la Niña y la Madre" a nivel nacional, para apoyar a las madres en la práctica de la lactancia materna.
	8.2. Promover la donación altruista de leche materna en los bancos de leche humana.
	8.3. Fomentar la creación de salas de lactancia en instituciones públicas, privadas, así como en centros educativos de enseñanza secundaria con énfasis en las regiones Brunca y Huetar Caribe.
	8.4 Incorporar contenidos de lactancia materna en la currícula de las escuelas de enfermería, nutrición y medicina de universidades públicas y privadas.
	8.5. Desarrollar procesos de información y comunicación de los beneficios y derechos de las mujeres, los niños y las niñas con respecto a la lactancia materna.
	8.6 Monitorear en forma permanente el cumplimiento de la normativa relacionada con lactancia materna.

ÁMBITO IV:

Salud Ambiental

Áreas de Intervención:

1. Saneamiento básico
2. Gestión integral de residuos
3. Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano
4. Mejoramiento del alcantarillado sanitario y otros sistemas de tratamiento de aguas residuales
5. Control de los contaminantes peligrosos
6. Contaminación por ruido

Área de intervención

Saneamiento básico

El saneamiento básico es el conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tienen por objetivo alcanzar niveles crecientes de salud en las poblaciones urbanas y rurales de escasos recursos económicos (pobreza extrema). Comprende el manejo sanitario de las aguas residuales ordinarias (aguas servidas y aguas provenientes de inodoros) con el fin de reducir la contaminación ambiental y por ende, los riesgos para la salud de la población

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Fortalecimiento del saneamiento básico a fin de mejorar la calidad de vida de los individuos.	1.1. Fortalecer las capacidades para ejercer la vigilancia y regulación en el ámbito de saneamiento básico.
	1.2. Fortalecer las capacidades técnicas del personal para la elaboración y verificación del cumplimiento del marco normativo.
	1.3. Fomentar la implementación e investigación de nuevas y mejores tecnologías en saneamiento.
	1.4. Desarrollar sistemas de información para facilitar la toma de decisiones en materia de saneamiento básico.
	1.5. Continuar con el Programa de Saneamiento Básico Rural (Ministerio de Salud) para el tratamiento integral y adecuado de las aguas residuales, con participación ciudadana y con el apoyo económico de FODESAF.

Área de intervención

Gestión integral de residuos

Los residuos son materiales sólidos, semisólidos, líquidos o gaseosos, cuyo generador o poseedor debe o requiere deshacerse de estos y que puede o debe valorizarlos, tratarlos responsablemente o, ser manejados por sistemas de disposición final adecuados. Por otra parte, la gestión integral de residuos se define como el conjunto articulado e interrelacionado de acciones regulatorias, operativas, financieras, administrativas, educativas, de planificación, monitoreo y evaluación para el manejo de los residuos, desde su generación hasta su disposición final (Ley 8839)

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Fomento de la gestión integral de residuos.	1.1. Promover acciones a nivel nacional para la separación en la fuente, transporte, valorización, tratamiento y disposición final de los residuos.
	1.2. Fortalecer las capacidades técnicas del personal para la elaboración y verificación del cumplimiento del marco normativo.
	1.3. Educar y capacitar a la población y actores sociales en el tema de gestión integral de los residuos, a fin de cumplir con la Ley 8839.
	1.4. Crear incentivos y fondos públicos para promover la sostenibilidad económica de la gestión integral de residuos, a nivel nacional.
	1.5. Promover la participación intra e intersectorial para la ejecución de la gestión integral de residuos.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.6. Fomentar tecnologías y modelos que demuestren ser eficaces y adaptados a las características de los residuos generados en el país.
	1.7. Desarrollar sistemas de información en gestión de residuos ordinarios y peligrosos para la toma de decisiones.
	1.8. Fortalecer los procesos de reciclaje a nivel de microempresas como forma alternativa de generación de ingresos

Área de intervención

Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano

Garantizar el acceso a servicios de abastecimiento de agua de calidad para consumo humano, a fin de reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Además se toma en cuenta aspectos organizativos de las instituciones involucradas en el tema, para mejorar la efectividad de las intervenciones y racionalizar los recursos existentes, con miras a proteger la salud de la población.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
*1. **Desarrollo de una cultura que valore la relevancia del agua como elemento vital en la salud y el desarrollo del país.***	1.1. Impulsar procesos formativos y educativos informales en salud y ambiente, que brinden un conocimiento a la población sobre el uso racional del agua utilizada para consumo humano.
	1.2. Desarrollar sistemas de información a fin de conocer el inventario y condiciones físicos-sanitarios de los sistemas de abastecimiento de agua a nivel nacional, así como calidad, cantidad y continuidad del sumistro que se suministra a la población para la toma de decisiones, incluyendo poblaciones indígenas.
	1.3. Fomentar la implementación e investigación de nuevas tecnologías para la remoción de nuevos contaminantes en sistemas de abastecimiento de agua potable.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.4. Promover el desarrollo de instrumentos financieros que permitan mejorar la cobertura de abastecimiento de agua potable.
	1.5. Promover los mecanismos que permitan la internalización de costos en el abastecimiento de agua potable.
	1.6. Fortalecer la vigilancia y el control del suministro y la calidad del agua potable por parte de los entes operadores.
	1.7. Promover el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los laboratorios para analizar la calidad del agua según la normativa vigente.

Área de intervención

Mejoramiento del alcantarillado sanitario y otros sistemas de tratamiento de aguas residuales

Se denomina alcantarillado o red de alcantarillado, al sistema de tuberías y construcciones usado para recoger y transportar las aguas residuales ordinarias de una población desde el lugar en que se generan hasta el sitio en que se tratan para que los efluentes que son dispuestos en los cuerpos de agua cumplan con los límites máximos establecidos en la normativa vigente

La red de alcantarillado sanitario se considera un servicio básico, sin embargo la cobertura de estas redes en Costa Rica es de sólo un 25% de la población. Esto genera importantes problemas sanitarios (FOCARD-APS, 2013).

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1.1. Aumento de cobertura, mantenimiento y sostenibilidad de los sistemas de alcantarillado sanitario.	1.1. Diagnosticar la situación real del alcantarillado sanitario a nivel nacional.
	1.2. Promover el aumento de la cobertura del alcantarillado sanitario y tratamiento de las aguas residuales ordinarias y especiales a nivel nacional.
	1.3. Fortalecer la vigilancia estatal de la calidad de efluentes provenientes de sistemas de tratamientos de aguas residuales y su impacto sobre los cuerpos receptores.
	1.4. Promover la capacitación del personal encargado de la operación y el mantenimiento de los sistemas de tratamiento de aguas residuales.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.5. Reglamentar la ley de incentivos fiscales para promover la construcción y mantenimiento de sistemas de tratamiento de aguas residuales a nivel nacional.
2. Conservación y mejoramiento de la cobertura de los sistemas recolección y tratamiento de las aguas residuales.	2.1. Promover que los entes administradores de alcantarillados sanitarios (EAAS) desarrollen instrumentos financieros que permitan la internalización de costos en el servicio de la dotación de alcantarillado sanitario.
	2.2. Establecer alianzas con los EAAS para crear una conciencia social e individual y mecanismos financieros para el uso de los sistemas de alcantarillados sanitarios para poblaciones que utilizan tanques sépticos.

Área de intervención

Control de los contaminantes peligrosos

Se refiere a un elemento considerado peligroso por tener propiedades intrínsecas que presentan riesgos en la salud. Las propiedades peligrosas son toxicidad, inflamabilidad, reactividad química, corrosividad, explosividad, reactividad, radioactividad o de cualquier otra naturaleza que provoque daño a la salud humana y al medio ambiente.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Control de agentes químicos, físicos y biológicos que producen contaminación ambiental.	1.1. Fortalecer la red de monitoreo de la calidad del aire en el Gran Área Metropolitana (Ministerio de Salud, MINAE, UNA y Municipalidad de San José), por medio de la ampliación, automatización y funcionamiento continuo desde estaciones fijas y móviles.
	1.2. Fortalecer la vigilancia estatal de entes generadores de emisiones atmosféricas provenientes de fuentes fijas.
	1.3. Vigilar y controlar las instalaciones que albergan emisores de radiaciones ionizantes y no ionizantes.
	1.4. Desarrollar sistemas de información para facilitar la toma de decisiones en el tema de radiaciones ionizantes y calidad del aire (inmisiones y emisiones de fuentes fijas).

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.5. Fortalecer el marco normativo para fuentes fijas, criterios de calidad al aire, contaminantes tóxicos y radiaciones ionizantes.
	1.6. Promover la mejora de la gestión de residuos peligrosos y remediación de sitios contaminados mediante el desarrollo de protocolos y procedimientos que apoyen el marco jurídico.

Área de intervención

Contaminación por ruido

Se refiere a cualquier emisión de sonido que afecte adversamente la salud o seguridad de los seres humanos, la propiedad o el disfrute de la misma, además puede causar daños en la calidad de vida de las personas si no se controla adecuadamente.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Fortalecer la normativa y el control de actividades que generan contaminación por ruido.	1.1. Actualizar y ampliar la normativa relacionada con el control de la contaminación por ruido y los procedimientos para la medición del ruido.
	1.2. Fortalecer las capacidades institucionales para la vigilancia de la contaminación por ruido.
	1.3. Promover la articulación interinstitucional para la prevención y el control de la contaminación por ruido.

ÁMBITO V: Gestión integral del riesgo y adaptación al cambio climático

Áreas de Intervención:

5.1. Prevención

5.2. Preparación

5.3. Respuesta

5.4. Recuperación y reconstrucción

Área de intervención

Reducción de Riesgo

Reducción del riesgo de desastres: el concepto y la práctica de reducir el riesgo de desastres mediante esfuerzos sistemáticos dirigidos al análisis y a la gestión de los factores causales de los desastres, lo que incluye la reducción del grado de exposición a las amenazas, la disminución de la vulnerabilidad de la población y la propiedad, una gestión sensata de los suelos y del medio ambiente, y el mejoramiento de la preparación ante los eventos adversos.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Reducción del impacto de los desastres de origen natural y antrópico y los efectos de la variabilidad y el cambio climático.	1.1. Fortalecer la gestión integral del riesgo en el Sector Salud, Nutrición y Deporte.
	1.2. Crear una instancia de coordinación para el Sector, integrada al Sistema Nacional de Gestión del Riesgo (Ley 8488).
	1.3. Fortalecer la articulación del Ministerio de Salud con las instituciones del Sector para generar capacidades en materia de gestión del riesgo.
	1.4. Generar capacidades en las instituciones del sector para la gestión integral del riesgo.
	1.5. Asignar presupuesto y recurso humano para la gestión integral del riesgo, con partidas diferenciadas para la prevención y la atención de emergencias (Art. 45, Ley 8488).
	1.6. Articular las acciones sectoriales que permitan captar, organizar y transmitir información, para brindar un servicio de forma proactiva y eficiente.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.7. Desarrollar una gestión prospectiva ante los diversos escenarios de riesgo, con las iniciativas de planificación, simulación, generación de capacidades, comunicación y evaluación.
	1.8. Incorporar en la gestión del riesgo institucional los aspectos normativos y políticos del ámbito nacional e internacional.
2. Incremento las capacidades adaptativas y de gestión del riesgo, para una mayor resiliencia con énfasis en los sectores en condiciones de vulnerabilidad.	2.1. Establecer las áreas y poblaciones en situación de vulnerabilidad e implementar las capacidades ante emergencias y desastres.
	2.2. Desarrollar procesos de gestión del riesgo en los grupos de población vulnerable con criterio de equidad.
3. Crear una cultura de seguridad y resiliencia ante eventos de origen natural y antrópicos que pongan en riesgo la salud pública.	3.1. Diseñar un proceso de comunicación, información y educación en las instituciones del Sector en todos los niveles de la gestión para la prevención del riesgo y adaptación al cambio climático.
	3.2. Preparar a la población ante eventos de desastres que pongan en riesgo la salud pública.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
4. Proteger la infraestructura sanitaria ante emergencias y desastres incorporando criterios de ordenamiento territorial y planificación del desarrollo.	4.1. Promover el análisis de riesgos de origen natural y antrópico para garantizar la continuidad del servicio y la seguridad de las personas ante emergencias y desastres.
	4.2. Analizar los riesgos de la infraestructura en salud como base para la planificación y prevención de daños.
	4.3. Asegurar el financiamiento para la protección de la infraestructura de salud y conexa.
	4.4. Implementar análisis del riesgo estructural, no estructural y funcional en la infraestructura pública y privada, con el fin de aplicar medidas para controlar y reducir el riesgo.
	4.5. Fortalecer las capacidades de los operadores de agua (AyA, ASADAS, Municipalidades, ESPH, CAR), en gestión integral de riesgo y medidas adaptativas para reducir la vulnerabilidad de los sistemas a los posibles eventos de desastre.
	4.6. Promover el desarrollo de obras bajo las normas constructivas y de seguridad existentes.

Área de intervención

Preparativos y respuesta

Preparación

Incluye el conjunto de acciones y medidas tomadas previamente, para asegurar una respuesta anticipada y efectiva ante el impacto negativo de un suceso. Incluye, entre otras medidas: la emisión de alertas y el traslado temporal de personas y bienes de una localidad amenazada.

Respuesta

La realización de acciones inmediatas a la ocurrencia de una emergencia; procurando el control de una situación, para salvaguardar obras y vidas, evitar daños mayores y estabilizar el área de la región impactada directamente por la emergencia.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. ***Promover la participación activa de las instituciones del Sector para la respuesta ante emergencias y desastres que afecten la salud pública.***	1.1. Definir las responsabilidades de las instituciones del Sector en la respuesta a emergencias y desastres con énfasis en amenazas de origen natural (geológico, hidrometeorológico) y antrópico (químico, biológico, radiológico y social)
	1.2. Elaborar los planes de gestión del riesgo para los eventos de origen natural o antrópico con participación de instituciones públicas y privadas, y otras organizaciones.
	1.3. Desarrollar la estrategia de comunicación en prevención, respuesta y recuperación ante eventos de desastre para la salud pública en la población

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.4. Gestionar la organización de las instituciones públicas y privadas en la prevención , preparación y respuesta en eventos que involucren la concentración masiva de personas
2. Fortalecer la respuesta ante eventos de origen natural y antrópicas mediante procesos e instrumentos de gestión.	2.1. Identificar las responsabilidades institucionales ante la respuesta a emergencias y desastres para todas las categorías de riesgo (Químico, biológico, radiológico, hidrometeorológico, geológico y social).
	2.2. Crear mecanismos de coordinación interinstitucional con los sectores, para favorecer la respuesta del Sector, ante desastres.
	2.3. Desarrollar instrumentos y mecanismos de trabajo en el tema de gestión del riesgo.
	2.4. Conformar la organización de equipos de respuesta del Secto, para los diversos orígenes de riesgo.
	2.5. Elaborar instrumentos para la protección y el mejoramiento de la calidad del agua, saneamiento y la seguridad alimentaria y nutricional, particularmente de las poblaciones en condición de vulnerabilidad frente al cambio climático.

Área de intervención

Recuperación

Medidas finales que procuran la recuperación y rehabilitación del área afectada, la infraestructura en salud y conexa y los sistemas de producción de bienes y servicios, entre otros. En general, son acciones que contribuyen a estabilizar las condiciones sociales, económicas y ambientales de las áreas afectadas por una emergencia.

Se incluye las tareas de rehabilitación y reconstrucción dentro del proceso de recuperación que comienzan inmediatamente después que ha finalizado la fase de emergencia, y deben basarse en estrategias y políticas preexistentes que faciliten el establecimiento de responsabilidades institucionales claras y permitan la participación pública. Los programas de recuperación, conjuntamente con un mayor grado de concientización y de participación pública después de un desastre, representan una valiosa oportunidad para desarrollar y ejecutar medidas para reducir el riesgo de desastres y aplicar el principio de "reconstruir mejor".

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. Intervención efectiva y oportuna en recuperación post desastre	1.1. Generar capacidad de evaluación de daños, pérdidas y afectación de la salud por desastres.
	1.2. Promover la aplicación de un enfoque integral de salud en los procesos de recuperación social post desastre.
	1.3. Propiciar la atención integral de la población con enfoque inclusivo para personas sobrevivientes ante desastres naturales y antrópicos.
	1.4. Re establecimiento oportuno de la infraestructura sanitaria para asegurar la continuidad de los servicios.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.5. Identificar grupos particulares de población en situación de vulnerabilidad y sus necesidades específicas.
	1.6. Identificar responsabilidades institucionales y la coordinación interinstitucional para el trabajo conjunto de la asistencia a las personas en situación de vulnerabilidad.

Área de intervención

Adaptación

Adaptación al cambio climático: Según el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) la adaptación al cambio climático se define como al ajuste de los sistemas humanos o naturales frente a entornos nuevos o cambiantes. La adaptación al cambio climático se refiere a los ajustes en sistemas humanos o naturales como respuesta a estímulos climáticos proyectados o reales, o sus efectos, que pueden moderar el daño o aprovechar sus aspectos beneficiosos.

La adaptación al cambio climático es definida como las iniciativas y medidas encaminadas a reducir la vulnerabilidad de la sociedad y la susceptibilidad de los sistemas naturales, ante los efectos reales o esperados del cambio climático.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
1. ***Preparar a las instituciones del Sector para enfrentar los efectos de la variabilidad climática y cambio climático de acuerdo con los posibles escenarios.***	1.1. Fortalecer la vigilancia de la salud para dar seguimiento a las patologías asociadas a los efectos del cambio climático.
	1.2. Fomentar procesos de prevención y atención de eventos futuros que amenacen la salud.
	1.3. Explorar y promover investigaciones con una visión prospectiva para reducir las condiciones de riesgo y garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, originada por los efectos del cambio climático.
	1.4. Concientizar a las instituciones y las comunidades en los efectos del cambio climático.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
	1.5. Incorporar la participación social como elemento fundamental de la adaptación y reducción de los efectos del cambio climático.
	1.6. Desarrollar planes prospectivos para reducir los efectos del impacto de la variabilidad y cambio climático en la salud de la población.
	1.7. Armonizar la participación de las instituciones del Sector, para reducir la vulnerabilidad ante los efectos del cambio climático.
	1.8. Generar conocimiento en el Sector, en torno a los temas de variabilidad climática y cambio climático

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
2. Armonizar la participación de las instituciones del sector salud, para reducir la vulnerabilidad ante los efectos del cambio climático.	2.1. Fortalecer el Programa Control de Vectores, insertando temas como la prevención y lucha contra enfermedades de transmisión vectorial, capacitación formal de los inspectores, para situaciones producidas por las emergencias y los desastres.
	2.2. Fomento de programas de detección y seguimiento de grupos más vulnerables ante las enfermedades exacerbadas por el cambio climático.
	2.3. Gestionar procesos de capacitación en funcionarios del Sector, en temas de adaptación al cambio climático y desarrollo de estrategias para la continuidad de los servicios.
	2.4. Fomento de alianzas entre universidades, sector público y privado, centros especializados internacionales o regionales para el desarrollo e implementación de programas de innovación y transferencia tecnológica.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
3. Promover la importancia del pronóstico y monitoreo del clima en el Sector.	3.1. Establecer mecanismos de coordinación con el Instituto Meteorológico Nacional para uso de la información del clima y su variabilidad, los cuales permitan desarrollar acciones para atender los grupos en situación de vulnerabilidad.
	3.2. Fortalecimiento de los sistemas de observación y procesamiento de datos climáticos y sectoriales relevantes.
	3.3. Generación de alertas climáticas tempranas y la derivación de pronósticos especializados para la salud.
	3.4. Generación, promoción y difusión de la información a nivel público y privado; así como su uso para los procesos de adaptación al cambio climático, atendiendo la diversidad cultural y el enfoque de género.

POLÍTICA	ESTRATEGIAS
4. Desarrollar conocimientos y habilidades para la adopción y mantenimiento de estilos de vida saludables ante los efectos del cambio climático.	4.1. Identificar grupos sociales en situación de vulnerabilidad con mayores índices de afectación ante los efectos del cambio climático.
	4.2. Desarrollar acciones en Salud Mental, como medio alternativo de los estilos de vida saludable, canalizados hacia la adaptación ante el cambio climático.

GLOSARIO

Actor Social: Individuo, grupo, organización o institución que actúa en representación de sus intereses con el propósito de realizarlos. Cada actor es un espacio local, cuenta con cierta posición, cantidad de poder y capacidad de oportunidad para obtener sus objetivos, dentro de un contexto de relaciones y sistemas complejos de interacciones. Para realizar sus intereses deberá formular propuestas y negociarlas.

Ámbitos: Los ámbitos son los grandes escenarios en que es posible subdividir la producción social de la salud y que para fines prácticos permite organizar las áreas de acción. De modo que los actores sociales involucrados ubicaran los lineamientos de política con sus estrategias según cada uno de los ámbitos

Áreas de Acción: Las áreas de acción son las que se han seleccionado por parte de las autoridades de salud, para definir la Política Nacional de Salud (PNS De modo que los actores sociales involucrados ubicaran los lineamientos de política con sus estrategias según cada una de las áreas de acción correspondientes a cada ámbito.

Atención Primaria en Salud Renovada: Atención primaria en salud fundamentada en cuatro pilares esenciales; garantizar la cobertura universal mejorando la equidad sanitaria, reformas de políticas públicas para promover y proteger la salud de las comunidades, reformas del liderazgo para que la autoridades sanitarias sean más confiables y reformas de las prestación de servicios para conseguir unos sistemas de salud centrados en las personas.

Atención Primaria en Salud: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Derechos Humanos: Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Diversidad: refiere a la convivencia e interacción entre distintas culturas. La existencia de múltiples culturas está considerada como un activo importante de la humanidad ya que contribuye al conocimiento.

Equidad de Género: La equidad de género significa que mujeres y hombres, independientemente de sus diferencias biológicas, tienen derecho a acceder con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los mismos bienes y servicios de la sociedad, así como a la toma de decisiones en los ámbitos de la vida social, económica y política.

Estrategias: Constituye la ruta a seguir por las grandes líneas de acción contenidas en la política nacional, para alcanzar los objetivos y metas planteados en el corto, mediano y largo plazo. Es cómo se van a operacionalizar los lineamientos de política.

Igualdad: Es el trato idéntico que un organismo, estado, empresa, asociación, grupo o individuo le brinda a las personas sin que medie ningún tipo de reparo por la raza, sexo, clase social u otra circunstancia plausible de diferencia.

Lineamiento de Política: Grandes líneas de acción generales que rigen el accionar de una organización o entidad en un campo o tema determinado. Son las grandes acciones que guían el accionar en salud de esta administración.

Participación Ciudadana en Salud: Consiste en "un proceso social en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en una superior a la presente". Incluye, no sólo la participación comunitaria, en virtud de la cual los individuos asumen la responsabilidad de contribuir con su propio desarrollo y bien-estar y con el de su comunidad, sino también la de las entidades, públicas y privadas, que impactan directa o indirecta-mente la salud de la población Política.

Política: Es una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos. También puede definirse como una manera de ejercer el poder con la intención de resolver o minimizar el choque entre los intereses encontrados que se producen dentro de una sociedad.

Promoción de la Salud: Programas de educación, comunicación en salud y participación comunitaria dirigida a modificar los determinantes de la salud, con el objetivo es apropiar a las personas para que cuiden su salud mediante el fortalecimiento de sus capacidades.

Sector Salud: Está constituido por el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar la salud de la población

Sistema Nacional de Salud: Es el conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales, interrelacionados entre sí, que tienen, como parte de sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento de la salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo.

PARTICIPANTES

Isabel Villalobos	ACEPS Costa Rica para la prevención del suicidio y conductas de riesgo
Mario Machado	ACEPS Costa Rica para la prevención del suicidio y conductas de riesgo
Claudia Fonseca	AGEFAR
Laura Castro Calvo	American Chamber of Commerce - AMCHAM
Evelyn Lizano Fernández	ASADAS- Región Brunca
Pablo Hernández	ASEGIRE
Susy Lobo Ugalde	Asociación Centroamericana para la economía, salud y el ambiente - ACEPESA
Victoria Rudín	Asociación Centroamericana para la economía, salud y el ambiente - ACEPESA
Norbel Román Garita	Asociación Costarricense de Alzheimer y Otras Demencias Asociadas - ASCADA
Wady El Hob	Asociación Costarricense de Alzheimer y Otras Demencias Asociadas - ASCADA
Bivian Pereira A.	Asociación Costarricense de Registradores Sanitarios - ASOCORES
Linneth Fallas	Asociación de Genéricos Farmacéuticos - AGENFAR
Alvaro Camacho	Asociaciòn de Industrias Farmacéuticas - ASINFAN
Ana María Fallas	Asociacion Industria Farmaceutica Nacional - ASIFAN
Susana Vasquez	Asociacion Industria Farmaceutica Nacional - ASIFAN
Gonzalo Chaves Cubero	Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos - ARESEP
Albin Chaves Matamoros	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Amada Aparicio Llanos	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Ana María Monteverde	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Daniel Quesada	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Elmer Valverde Alfaro	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Evelyn Morales L	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Fernándo Salazar Alvarado	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Gloria Chacón Gordon	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Gloria Terwes	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Gonzalo Azúa Córdoba	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS

Guillermo Abarca Agüero	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Gustavo Picado	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Hugo Chacón	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Ileana Quirós Rojas	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Ingrid Dormond	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Jorge Fonseca Renauld	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Juan Luis Bermúdez	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Karla Patiño	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Lilia Uribe López	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Luis Bernardo Sáenz	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Luis Diego Sandoval Salas	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Manuel Elías Navarro Correa	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
María del Rocío Sáenz	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
María Elena Murillo	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Mario Agüero Chinchilla	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Marta Vindas	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Marvin Agüero Chinchilla	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Mauricio Duarte Ruano	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Patricia Allen Flores	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Raúl Sánchez	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Rebeca Alvarado Martín	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Roger Ballestero	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Virginia Rosabal Camarillo	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Xiomara Badilla	Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS
Mario León Barth	Caja Costarricense de Seguro Social, Proyecto Mesoamérica SM2015 - CCSS
Mónica Elizondo	Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria - CACIA
Karol Fallas	Cámara de Comercio de Costa Rica
Luis Castro Piedra	Cámara de Comercio de Costa Rica
Katherinne Chaves Venegas	Cámara de Comercio Exterior de Costa Rica y de Representantes de Casas Extranjeras - Crecex
Mauricio Blandino	Cámara de Industrias de Costa Rica
Ana Molina Madrigal	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social CENDEISSS

Domingo Vargas Azofeifa	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social CENDEISSS
Sandra Rodriguez	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social CENDEISSS
Francisco Madrigal	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social CENDEISSS
Alexis Campos Núñez	Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica
Alexis Castillo Gutiérrez	Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Gabriela Guillen Fallas	Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Heidy Castro Herrera	Colegio de Profesionales en Nutrición de Costa Rica
Odette Chaves Morales	Colegio Enfermeras de Costa Rica
Ernestina Aguirre	Comisión de Recursos Humanos de Costa Rica
Carlos Picado	Comisión Nacional de Emergencias de Costa Rica - CNE
Douglas Salgado	Comisión Nacional de Emergencias de Costa Rica - CNE
Paula Arias Artavia	CONAPDIS
Alejandro González Jiménez	Consejo de la Persona Joven - CPJ
German Valverde G.	Consejo de Seguridad Vial - COSEVI
Jeannette Masis	Consejo de Seguridad Vial - COSEVI
Roy Rojas V	Consejo de Seguridad Vial - COSEVI
Nancy Castro Hernández	Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada - CONESUP
Edgar Muñoz Salazar	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor - CONAPAM
Emiliana Rivera	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor - CONAPAM
Zulema Villalta	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor - CONAPAM
Max Cerdas L	Consejo Nacional para Investigaciones Científicas y Tecnológicas - CONICIT
Eric Ulate Quesada	Consumidores de Costa Rica
Juan Ricardo Fernández	Consumidores Libres de Costa Rica
Ginnette Corazzari Aguilar	Contraloría Derechos Estudiantiles
Cristian Rivera	Costa Rica Azul
Sandra Li	Defensoría Calidad de Vida
Ivannia Solano	Defensoría de los Habitantes de la Republica de Costa Rica
Lorely Badilla	Defensoría de los Habitantes de la Republica de Costa Rica
Gabriela Castro Páez	Dirección Nacional de CEN-CINAI
Lauren Zúñiga Muñoz	Dirección Nacional de CEN-CINAI
María Eugenia Villalobos	Dirección Nacional de CEN-CINAI

María Jesús Arrieta	Dirección Nacional de CEN-CINAI
Merceditas Lizano Vega	Dirección Nacional de CEN-CINAI
María Elena López Núñez	Experto Invitado
Rodolfo Piza Escalante	Experto Invitado
Marvin Rodríguez	Federación Centroamericana Laboratorios Farmacéuticos - FEDEFARMA
Javier Sandoval	Federación de Organizaciones Sociales
Dennis García	Federación Nacional de Asociaciones de Consumidores
Yulen Tacsan	Fundación Autismo
Julia Woodbridge	Fundación Rescatando Vidas
Manuel Rodríguez	Fundación Rescatando Vidas
Augusto Benavides R.	FUS
Guillermo Rodríguez Méndez	Hospital Calderón Guardia
Margarita Marchena P	Hospital Calderón Guardia
Ana Cecilia Lemus Espinoza	Hospital CIMA
Bernal Aragón	Hospital Clínica Bíblica
Keytlyn Lindo	Hospital Hotel La Católica
Mariana Murillo	Hospital Hotel La Católica
Roberto Herrera	Hospital Metropolitano
Fernando Mansel M	Hospital México
Rocío Vindas	Hospital México
Orlando Urroz	Hospital Nacional de Niños
Sara Fernández	Hospital Nacional de Niños
José Pablo Sánchez	Hospital Psiquiátrico
Jorge Gutiérrez	Hospital Psiquiátrico Chacón Paut
Paola Echeverri E.	Hospital San Juan de Dios
Roger Jiménez	Hospital San Juan de Dios
Zillyam Rojas	Instituto Centroamericano de la Salud - ICAS
Yolanda Martínez	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados - AyA
Darner Mora	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados - AyA
Grace García Álvarez	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados - AyA
James Phillips	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados - AyA
Thalia Coto Varela	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados - AyA
Yamileth Astorga Espeleta	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados - AyA

Adriana Blanco	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud - INCIENSA
Lissette Navas Alvarado	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud - INCIENSA
Wei Wei Lu	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud - INCIENSA
Alba Quesada Rodríguez	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación - ICODER
Alonso León Mena	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación - ICODER
Elizabeth Chaves Alfaro	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación - ICODER
Javier Rubiano Zambrano.	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación - ICODER
Roberto Roque Pujol	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación - ICODER
Carolina Garro Ureña	Instituto Costarricense sobre Drogas - ICD
Luis Eduardo Sandi Esquivel	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia - IAFA
Rocío Ballestero Araya	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia - IAFA
Vera Barahona Hidalgo	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia - IAFA
Luis Zumbado	Instituto de Fomento y Asesoría Municipal - IFAM
Maritza Fallas	Instituto de Fomento y Asesoría Municipal - IFAM
Alexandra Rodríguez	Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica INTECO
Felipe Calvo	Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica INTECO
Mauricio Céspedes	Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica INTECO
Kattia Jiménez	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá - INCAP
Alexander Jiménez Godínez	Instituto Nacional de Aprendizaje INA
Ester Serrano	Instituto Nacional de Las Mujeres - INAMU
Martha Elena Navarro Vargas	Instituto Nacional de Las Mujeres - INAMU
Alejandra Jiménez Chaves	Instituto Nacional de Seguros - INS
Eduardo Fernández Figueroa	Instituto Nacional de Seguros - INS
Elian Villegas Valverde	Instituto Nacional de Seguros - INS
Leda Zamora Chaves	Instituto Nacional de Seguros - INS
Lizbeth Muñoz Castro	Instituto Nacional de Seguros - INS
Marcela Delgado A.	Instituto Nacional de Seguros - INS
Patricia Mora Q.	Instituto Nacional de Seguros - INS
Roger Arias Agüero	Instituto Nacional de Seguros - INS
Ronny Arias B.	Instituto Nacional de Seguros - INS
Sandra Meléndez Sequeira	Instituto Nacional de Seguros - INS
Sergio Alfaro Salas	Instituto Nacional de Seguros - INS

Wilber Torres B.	Instituto Nacional de Seguros - INS
Patricia Araya Sancho	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependecia - IAFA
Floria Roa Gutiérrez	Instituto Tecnológico de Costa Rica - ITCR
Miguel Rojas Chaves	Instituto Tecnológico de Costa Rica - ITCR
Roberto Sasso	Instituto Tecnológico de Costa Rica - ITCR
Delia Villalobos Álvarez	Junta de Protección Social - JPS
Gabriel Vargas	Junta de Protección Social - JPS
Carlos Alfaro Rodríguez	Ministerio de Agricultura y Ganadería - MAG
Daniel Carrasco Sánchez	Ministerio de Agricultura y Ganadería - MAG
José Joaquín Salazar	Ministerio de Agricultura y Ganadería - MAG
Luis Antonio Molina	Ministerio de Agricultura y Ganadería - MAG
Mayra Ovares Martínez	Ministerio de Agricultura y Ganadería - MAG
Bertha Sánchez López	Ministerio de Agricultura y Ganadería - MAG - SEPSA
Jorge Gamboa C.	Ministerio de Agricultura y Ganadería - MAG - SEPSA
Lilliana Montero S.	Ministerio de Agricultura y Ganadería - MAG - SEPSA
María del Rocío Saborío	Ministerio de Agricultura y Ganadería - MAG - SEPSA
Roberto Flores	Ministerio de Agricultura y Ganadería - MAG - SEPSA
Carolina Flores	Ministerio de Ambiente y Energía - MINAE
Rosario Zuñiga	Ministerio de Ambiente y Energía - MINAE
Catalina León	Ministerio de Bienestar Social - IMAS
Eliana Ulate Brenes	Ministerio de Ciencia y Tecnología - MICITT
Jacqueline Ramos	Ministerio de Economía, Industria y Comercio de Costa Rica - MEIC
Kerly León Alfaro	Ministerio de Educación Pública - MEP
Melissa Ávila	Ministerio de Educación Pública - MEP
Aracelly Gomez Mora	Ministerio de Educación Pública - MEP
Kattia Hidalgo Alvarado	Ministerio de Educación Pública - MEP
Luis Díaz Leiva	Ministerio de Educación Pública - MEP
Tatiana Cartín Quesada	Ministerio de Educación Pública - MEP
Andrea Meneses Rojas	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica - MIDEPLAN
Cristina Bonilla Alfaro	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica - MIDEPLAN
Jason Rivera Ugarte	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica - MIDEPLAN
Juan Carlos Valverde	Ministerio de Salud - Asesor de la Dirección General

Anton Zamora Ilarionoff	Ministerio de Salud - Asesor del Despacho Ministerial
Julio Mena Zamora	Ministerio de Salud - Asesor del Despacho Ministerial
Rafael Salazar Portugués	Ministerio de Salud - Asesor del Despacho Ministerial
Paula Salazar	Ministerio de Salud - Asesora de la Dirección General
Grettel Meneses	Ministerio de Salud - Asesora del Despacho Ministerial
Irma García Penón	Ministerio de Salud - Asesora del Despacho Ministerial
Rocío Peinador Roldan	Ministerio de Salud - Asesora del Despacho Ministerial
Rosa María Novygrodt	Ministerio de Salud - Asesora del Despacho Ministerial
Francisco Gólcher Valverde	Ministerio de Salud - Contraloría de Servicios
Edgar Morales González	Ministerio de Salud - Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación
Ronny Stanley Muñoz Salazar	Ministerio de Salud - Dirección Asuntos Jurídicos
Xinia Arias Quirós	Ministerio de Salud - Dirección Atención al Cliente
Ana León	Ministerio de Salud - Dirección de Planificación Institucional
Cinthia Carmona	Ministerio de Salud - Dirección de Planificación Institucional
Javier Bermúdez	Ministerio de Salud - Dirección de Planificación Institucional
Leslie Ríos	Ministerio de Salud - Dirección de Planificación Institucional
Marcela Vives	Ministerio de Salud - Dirección de Planificación Institucional
Maynor Araya	Ministerio de Salud - Dirección de Planificación Institucional
Ricardo Ulate	Ministerio de Salud - Dirección de Planificación Institucional
Rosibel Vargas	Ministerio de Salud - Dirección de Planificación Institucional
Eugenio Androvetto Villalobos	Ministerio de Salud - Dirección de Protección al Ambiente Humano
Andres Incer Arias	Ministerio de Salud - Dirección de Protección al Ambiente Humano
Armando Moreira	Ministerio de Salud - Dirección de Protección al Ambiente Humano
Marco Tulio Lobo	Ministerio de Salud - Dirección de Protección al Ambiente Humano
Olga Segura Cárdenas	Ministerio de Salud - Dirección de Protección al Ambiente Humano
Ricardo Morales	Ministerio de Salud - Dirección de Protección al Ambiente Humano
Fernando Herrera Canales	Ministerio de Salud - Dirección Desarrollo Científico Tecnológico en Salud
Luis Tacsan Chen	Ministerio de Salud - Dirección Desarrollo Científico Tecnológico en Salud
Ana Eduviges Sancho	Ministerio de Salud - Dirección Desarrollo Científico Tecnológico en Salud
	Ministerio de Salud - Unidad Asuntos Internacionales en Salud.
Melany Asencio	Ministerio de Salud - Dirección Desarrollo Científico Tecnológico en Salud

	Municipalidad de San José
Rafael Porras M	Ministerio de Salud - Dirección Desarrollo Científico Tecnológico en Salud
	OPS/OMS
Sandra Acuña Sánchez	Ministerio de Salud - Dirección Desarrollo Científico Tecnológico en Salud
	OPS/OMS Representante COR
Willy Carrillo	Ministerio de Salud - Dirección Desarrollo Científico Tecnológico en Salud
	Organización Panamericana de la Salud
Javier Abarca Meléndez	Ministerio de Salud - Dirección Desarrollo Humano
Jorge Enrique Araya Madrigal	Ministerio de Salud - Dirección Financiera de Bienes y Servicios
Allan Varela R.	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Andrea Morera Lee	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Carmen Macanche	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Carmen Vázquez Peñaranda	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Cesar Gamboa Peñaranda	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Esteban Solís Chacón	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Francisco Oviedo	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Gerardo Solano	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Roselyn Serrano V	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Seydi Segura Garbanzo	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Walter Montero	Ministerio de Salud - Dirección Garantía Acceso a Servicios de Salud
Bernardita Irola Bonilla	Ministerio de Salud - Dirección General de Auditoría
Andrea Garita Castro	Ministerio de Salud - Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud
Alejandra Acuña	Ministerio de Salud - Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud
Cecilia Gamboa Cerdas	Ministerio de Salud - Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud
Eda Quirós	Ministerio de Salud - Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud
José Pablo Montoya	Ministerio de Salud - Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud
Nydia Amador Brenes	Ministerio de Salud - Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud
Yadira Fernández	Ministerio de Salud - Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud
Fulvia Elizondo	Ministerio de Salud - Dirección Promoción de la Salud

Jaime Rumoroso Solís	Ministerio de Salud - Dirección Promoción de la Salud
Xinia Gómez	Ministerio de Salud - Dirección Promoción de la Salud
Guiselle Rodríguez Hernández	Ministerio de Salud - Dirección Regulación de Productos de Interés Sanitario de la Salud
Ileana Herrera Gallegos	Ministerio de Salud - Dirección Regulación de Productos de Interés Sanitario de la Salud
Jennifer Lee Alvarado	Ministerio de Salud - Dirección Regulación de Productos de Interés Sanitario de la Salud
Luis Sancho	Ministerio de Salud - Dirección Regulación de Productos de Interés Sanitario de la Salud
Daniel Salas Peraza	Ministerio de Salud - Dirección Vigilancia de la Salud
Gloríela Brenes Murillo	Ministerio de Salud - Dirección Vigilancia de la Salud
María Ethel Trejos Solórzano	Ministerio de Salud - Dirección Vigilancia de la Salud
Roberto Castro Córdoba	Ministerio de Salud - Dirección Vigilancia de la Salud
Rosa María Vargas Alvarado	Ministerio de Salud - Dirección Vigilancia de la Salud
William Barrantes Barrantes	Ministerio de Salud - Director General de Salud
Sandra Barrientos Escobar	Ministerio de Salud - División Administrativa
Cecilia Zúñiga	Ministerio de Salud - Gestión del Riesgo
Carlos Vargas	Ministerio de Salud - Región Brunca
Carlos Vargas Cordero	Ministerio de Salud - Región Brunca
Christian Valverde Alpízar	Ministerio de Salud - Región Brunca
Ericka Barquero Rojas	Ministerio de Salud - Región Brunca
Fernando Mata Castro	Ministerio de Salud - Región Brunca
Francisco Navarro Camacho	Ministerio de Salud - Región Brunca
Hazel Vargas Vásquez	Ministerio de Salud - Región Brunca
Víctor González Jiménez	Ministerio de Salud - Región Brunca
Oscar Bermúdez García	Ministerio de Salud - Región Central Este
Ana Catalina Calderón Jiménez	Ministerio de Salud - Región Central Norte
Karina Garita Montoya	Ministerio de Salud - Región Central Norte
Marvin Quesada Elizondo	Ministerio de Salud - Región Central Occidente
Guillermo Flores Galindo	Ministerio de Salud - Región Central Sur
Maritza García R.	Ministerio de Salud - Región Central Sur
Enrique Jiménez Aragón	Ministerio de Salud - Región Chorotega
Alexander Salas López	Ministerio de Salud - Región Huetar Caribe
Juan Carlos Jiménez Bonilla	Ministerio de Salud - Región Huetar Norte
Luis Diego Ugalde	Ministerio de Salud - Región Huetar Norte

Carlos Manuel Venegas Porras	Ministerio de Salud - Región Pacífico Central
Allan Rímola Rivas	Ministerio de Salud - Secretaría Salud Mental
Marianela Mora Castro	Ministerio de Salud - Secretaría Salud Mental
Adriana Salazar González	Ministerio de Salud - Unidad Asuntos Internacionales en Salud.
María Ester Anchía	Ministerio de Salud - Viceministra de Salud
Federico Montero	Municipalidad de San José
Octavio Ramírez	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura - FAO/ Costa Rica
Federico Pérez	Organización Panamericana de la Salud
Lilliam Renauld -Vernon	Organización Panamericana de la Salud
Mario Cruz Peñate	Organización Panamericana de la Salud
Ana Teresa León	Patronato Nacional de la Infancia - PANI
Flor Sojo Marín	Patronato Nacional de la Infancia - PANI
Marianela Cubero Barrantes	Patronato Nacional de la Infancia - PANI
Mario Madrigal Badilla	Patronato Nacional de Rehabilitación - PANARE
Miriam Fernández	Programa de USAID para fortalecer la respuesta centroamericana al VIH - USAID/PASCA
Jorge Cortés R.	Promociones Médicas PROMED
Mario Bonilla	Promociones Médicas PROMED
Massimo Manzi	Promociones Médicas PROMED
Otto Padilla Jiménez	Red Nacional de Recicladores - RENAREC
Peggy Fernández	Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la C.C.S.S. e Instituciones Afines SIPROCIMECA
Nicolás Días Naranjo	Unión Costarricense de Cámaras y Asociados del Sector Empresarial Privado - UCCAEP
Víctor Ruiz Pacheco	Unión Costarricense de Cámaras y Asociados del Sector Empresarial Privado - UCCAEP
Ligia Meneses Sanabria	Unión de Rectores Universidades Privados-UNIRE
Hugo R. Guevara	Unión Médica Nacional
Luis Chavarría Vega	Unión Nacional de Empleados de la Caja y la Seguridad Social - UNDECA
Jessica Zeledón Alfaro	Unión Nacional de Gobiernos Locales - UNGL
Rosina Campos	Unión Nacional de Gobiernos Locales - UNGL
Guillermo Malavassi	Universidad Autónoma de Centro América
Pablo Guzmán Stein	Universidad de Ciencias Médicas - UCIMED
Emilce Ulate	Universidad de Costa Rica - Escuela de Nutrición
Xinia Fernández	Universidad de Costa Rica - Escuela de Nutrición

Ileana Vargas	Universidad de Costa Rica - Escuela de Salud Pública
Mauricio Vargas	Universidad de Costa Rica - Escuela Salud Pública
Horacio Chávez	Universidad de Costa Rica - Facultad Medicina
Luis Bernardo Villalobos	Universidad de Costa Rica - Facultad Medicina
Cristina Alvarado Ulloa	Universidad de Costa Rica - UCR
Oscar Lücke	Universidad de Costa Rica - UCR
Yanina Sánchez Mora	Universidad de Costa Rica - UCR
Israel Hernández Morales	Universidad de Iberoamérica UNIBE
Ronald Evans	Universidad Hispanoamericana
Máximo Sequeira Alemán	Universidad Internacional de las Américas UIA
Clotilde Fonseca Quesada	Universidad Latina
Lourdes Quesada	Universidad Latina
Eva Cortés Carmona	Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología ULACIT
Carlos Paniagua Vargas	Universidad Libre de Costa Rica ULICORI
Jorge Herrera	Universidad Nacional de Costa Rica - UNA
Kinndle Blanco Peña	Universidad Nacional de Costa Rica - UNA
Marianela Rojas Garbanzo	Universidad Nacional de Costa Rica - UNA
Estrella Madrigal	Universidad Santa Lucía
Gabriel Mejía Ramírez	Universidad Santa Paula
María el Rocío Valverde Galle	Universidad Santa Paula
María Teresa Acuña Calvo	

BIBLIOGRAFÍA

Colombia Medica Vol. 42 Nº 3, 2011 articulo "Atención primaria: Una estrategia renovada" http://www.bioline.org.br/pdf?rc11060

Diccionario del Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía http://www.osman.es/ficha/11455

http://definicion.de/diversidad/#ixzz3gZ0wZ7dO

http://www.definicionabc.com/social/igualdad.php

Modelo Conceptual y Estratégico de la rectoría de la Producción Social de la salud. Tercera edición julio 2011

Pagina de la Organización Mundial de La Salud http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Pagina web de las Naciones Unidas http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx

www.salud180.com/salud-z/**equidad-de-genero**

Diseño y Diagramación
Ana María González Reyes

Impresión
Producción Documental

UNIDAD MERCADOTECNIA INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE SALUD

Julio 2015

COSTA RICA
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

"En la profunda hondura humanitaria de la mente y del espíritu, se gestaron las corrientes sociales en forma natural y así se expresaron: como el sol, como el aire y como el agua, que aclaran, iluminan y dan vida, porque todos vivimos, en el mundo común".
(...)

Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier , de su poema **"Hospital Sin Paredes"**