

MINISTERIO DE SALUD

2011

Memoria Institucional



85 años protegiendo su salud

MINISTERIO DE SALUD
Memoria Institucional 2011



85 años protegiendo su salud



*República de Costa Rica
Ministerio de Salud
Despacho de la Ministra*

DM-2841-2012

San José, 25 abril de 2012

Señor

Lic. Juan Carlos Mendoza García, Presidente

Asamblea Legislativa

Su Oficina

Estimado señor:

En mi calidad de Ministra de Salud y de conformidad con el artículo 144 de la Constitución Política de la República, presento la Memoria Anual del 2011 del Ministerio de Salud.

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

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

Dentro de esas acciones podemos mencionar que en la Red de Cuido y Desarrollo Infantil se incrementó en 2716 niños y niñas de nuevo ingreso a servicios de atención y protección infantil en los CEN CINAI, los cuales son infantes en condiciones de vulnerabilidad de diferentes zonas del país. Asimismo, se contribuye en la reducción de las muertes infantiles, lo cual se ve reflejado en las tasas de mortalidad que muestra el país, una de las mejores de América Latina

En cuanto a la cobertura de agua segura para consumo humano el Ministerio ha iniciado la implementación del Sistema de Estandarizado de Regulación Sanitaria (SERSA) e incorporó 160 acueductos al Sistema, lo cual corresponde aproximadamente al 10% de los acueductos a nivel nacional.

También se instalaron 1050 Sistemas de Tratamientos de Excretas Humanas a nivel domiciliario en población rural dispersa, atendiendo familias en pobreza básica, pobreza extrema. Con ello se cumple al 100% la meta establecida en el PND.



*República de Costa Rica
Ministerio de Salud
Despacho de la Ministra*

DM-2841-2012

San José, 25 abril de 2012

Página 2

En materia de gestión integral de residuos, actualmente, 32 cantones cuentan con el Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos y 14 cantones iniciaron el proceso de elaboración y el diagnóstico. Por otro lado, la Institución ha liderado, promovido y articulado a diferentes actores sociales la ejecución de diferentes acciones como el sistema de información, la capacitación a funcionarios públicos y actores sociales, además de la constitución de la Red Costarricense de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables.

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

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

Se inició la elaboración de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, con apoyo de la OPS que permitirá articular con la CCSS y otros actores sociales la promoción de la Salud Mental, la prevención de enfermedades tanto física y mental, así como reducir el daño en el sufrimiento social, impactando en áreas como la violencia, la inseguridad social y las adicciones.

Se logró incorporar el tema de cáncer en la Política Nacional de Salud, lo cual dio pie al ajuste del “Plan Nacional para el Control y Prevención del Cáncer”, así como el reforzamiento y ampliación de la red oncológica nacional con el apoyo del Consejo Nacional de Cáncer. De igual forma se actualizó el Decreto N° 32650 de las normas nacionales de atención del cáncer y de la norma de radiaciones ionizantes.



República de Costa Rica
Ministerio de Salud
Despacho de la Ministra

DM-2841-2012

San José, 25 abril de 2012

Página 2

Todas estas acciones son analizadas y explicadas en el documento que me permito hacerle llegar.

Deseo expresar mi sincero agradecimiento a todos y todas los y las funcionarios y funcionarias del Ministerio de Salud, así como a las instituciones adscritas, por su apoyo en la elaboración de este documento.

Con toda consideración y respeto, atentos saludos.


Dra. Daisy María Corrales Díaz, MSc.
MINISTRA DE SALUD



DMCD

Tabla de contenido

I. MARCO ESTRATÉGICO	1
1. Misión	3
2. Visión	3
3. Estrategia maestra	3
4. Objetivos estratégicos	3
5. Valores institucionales	3
II. ESTRUCTURA ORGÁNICA	5
1. Nivel Central	7
2. Nivel Regional	10
3. Nivel Local	10
4. Entes Adscritos	10
5. Recursos Humanos	12
6. Organigrama	17
III. POLÍTICAS INSTITUCIONALES	19
IV. ANÁLISIS Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SITUACIÓN DE SALUD	25
1. Información Demográfica.....	27
1.1 Fecundidad	27
1.2 Expectativa de vida	28
1.3 Mortalidad por grupos de población	29
1.4 Mortalidad por grandes grupos de causas	40
2. Enfermedades Transmisibles.....	60
2.1 VIH y SIDA	60
2.2 Dengue.....	64
2.3 Malaria	66
2.4 Filariasis	67
2.5 Enfermedad de Chagas	67
2.6 Diarreas	67
2.7 Lepra	67
2.8 Tuberculosis.....	68
2.9 Enfermedades prevenibles por vacunación	70
3. Determinantes Sociales de la Salud	72
3.1 Violencia.....	72
3.2 Pobreza	78
3.3 Educación.....	80
3.4 Actividad física	81

V. LOGROS	85
1. Logros Institucionales	87
1.1 Actividad Física y Salud	87
1.2 Sistema Nacional Nominal de Vacunas (SINOVAC)	88
1.3 Mejoramiento de la Calidad de Agua Potable	89
1.4 Aguas Residuales	89
1.5 Tabaco	90
1.6 Lucha contra el cáncer	90
1.7 Gestión Integral de Residuos	91
1.8 Proyecto Saneamiento Básico Rural (SANEBAR)	98
1.9 Gestión del Riesgo.....	98
1.10 Programa Bandera Azul Ecológica (PBAE).....	99
1.11 Manejo Integral de Vectores	100
1.12 Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)	101
1.13 Productos de interés Sanitario.....	103
1.14 Atención al Cliente.....	104
1.15 Recursos Humanos en Salud.....	105
1.16 Prevención de la violencia y promoción de la paz social.....	107
1.17 Salud Mental.....	108
1.18 Salud Oral	108
1.19 Control de radiaciones	109
1.20 Maternidad e infancia saludable y segura.....	110
1.21 Salud sexual y reproductiva.....	110
1.22 Infraestructura	111
1.23 Cooperación internacional	112
2. Entes Adscritos	115
2.1 Consejo de Atención Integral.....	115
2.2 INCIENCIA.....	116
2.3 Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).....	118
2.4 Dirección Nacional de Centros de Nutrición y Desarrollo Integral de la Niñez (CEN-CINAI) ...	123
VI. CUMPLIMIENTO DE METAS DEL SECTOR SALUD DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2011-2014 “MARÍA TERESA OBREGÓN ZAMORA”	127
Metas del Ministerio de Salud en el PND 2011-2014	129
VII. INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD	131
1. Ejecución Presupuestaria	133
1.1 Gobierno Central.....	135
1.2 Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)	135
1.3 Oficina de Cooperación Internacional de la Salud..	
Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (OCIS- DESAF).....	136

1.4 Fideicomiso 872 Ministerio de Salud- Banco Nacional de Costa Rica.....	137
1.5 Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE).....	139
2. Inversión Anual del Sector Salud	141
2.1 Inversión Per Cápita del Sector Salud	143
3. PIB Deflactado y Gasto	144
VIII. PRIORIDADES Y DESAFÍOS	147
CRÉDITOS	150

CAPITULO I

Marco Estratégico

MISIÓN INSTITUCIONAL

Garantizar la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población, mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.

VISIÓN INSTITUCIONAL

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

Por nuestro estilo de liderazgo, nuestra capacidad técnica y el mejoramiento logrado en el estado de salud de la población, seremos una institución con alta credibilidad a nivel nacional e internacional, la población nos percibirá como garantes de su salud y los actores sociales sujetos y clientes directos de la rectoría nos sentirán como sus aliados.

PRIORIDAD INSTITUCIONAL

ESTRATEGIA MAESTRA

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

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

- 1.** Incrementar las habilidades y las capacidades de la población en general y de los actores clave en específico, hacia la incorporación de estilos de vida saludable y al desarrollo de otros determinantes positivos de la salud.
- 2.** Dirigir y conducir a los actores sociales que intervienen en el proceso de la producción social de la salud, orientando sus acciones hacia la protección y el mejoramiento constante del estado de salud de la población con equidad.
- 3.** Desarrollar organizacionalmente al Ministerio de Salud para cumplir de manera efectiva sus funciones de rectoría de la producción social de la salud, alineando su gestión institucional con su misión.

VALORES INSTITUCIONALES

- ***Salud como Cultura de Vida y de Trabajo***

La salud es parte integral de nuestra cultura de vida y de trabajo; una vocación que se traduce en una visión colectiva que abarca los niveles personal, familiar y social, donde se reconoce que es por medio de hábitos y prácticas saludables que se puede alcanzar el desarrollo personal, abarcando integralmente las dimensiones socioeconómica, ecológica, biológica.

- ***Liderazgo***

Logramos conquistar la voluntad de los actores sociales a los que dirigimos y conducimos para el logro de objetivos comunes, mediante la concertación, la participación y el convencimiento, impulsando las decisiones y las acciones de todos los involucrados, en procura de la protección y mejoramiento del estado de salud de la población nacional.

- ***Compromiso***

Empleamos todas nuestras capacidades y energías para ejecutar las acciones requeridas para cumplir con todo aquello que se nos ha encomendado y en lo que hemos empeñado nuestra palabra, buscando siempre resultados superiores a los esperados y asumiendo con responsabilidad las consecuencias de nuestros actos y decisiones.

- ***Efectividad***

Desarrollamos las actividades cotidianas enfocándonos en el logro de los objetivos de salud definidos a nivel nacional e institucional. Nos responsabilizamos por la calidad e impacto de nuestro trabajo y por el uso eficiente de los recursos. Estimulamos la creatividad, la innovación la mejora continua y la orientación a los resultados, como medio para superar día con día la productividad.

CAPITULO II

Estructura Orgánica

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

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

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

1. NIVEL CENTRAL

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

Dirección General de Salud

Es una unidad organizativa que depende orgánicamente del Ministro/a. Su principal objetivo es orientar y conducir la gestión del Ministerio de Salud para garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional, a nivel nacional, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la

Salud. Asegura que todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Emite lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución. Para el desarrollo de sus funciones, la Dirección General de Salud cuenta con las siguientes instancias que tienen una dependencia orgánica:

- **Dirección Desarrollo Estratégico Institucional**

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

- **Dirección Atención al Cliente**

Su principal función es ejecutar el proceso de Atención al Cliente Interno y Externo en el nivel central, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos la Dirección General de Salud. Normaliza la ejecución de este proceso en el nivel regional y local y asesora a quienes lo requieran. Esta Dirección permite que el cliente interno y externo exprese sus necesidades y expectativas. Por medio de este proceso, el Ministerio de Salud garantiza el cumplimiento de las políticas destinadas a la simplificación de trámites, incorporación de la voz del cliente y su satisfacción con los servicios recibidos, de manera que fortalezca la imagen institucional y la implementación de la estrategia maestra.

División Técnica de Rectoría de la Salud

Su objetivo consiste en garantizar que los procesos de rectoría de la salud, en el nivel central, se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, acorde con las políticas públicas de salud, con las políticas de gestión institucional emitidas por el Ministro de Salud y apegadas a los lineamientos estratégicos establecidos por la Dirección General de Salud. Garantiza el apoyo técnico necesario para que estas condiciones también se den en los niveles regional y local. Además, asegura la coordinación y sinergia del accionar de las diferentes funciones rectoras, para ejercer la rectoría en forma efectiva, eficiente y con enfoque de promoción. De esta División dependen el Consejo Técnico de Rectoría de la Salud y las siguientes unidades organizativas:

- **Dirección Vigilancia de la Salud**

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

- **Dirección Mercadotecnia de la Salud**

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

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

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

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

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

Su principal objetivo es garantizar la ejecución de las funciones de Armonización de la Provisión de Servicios de Salud y Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud, mediante la ejecución de los procesos de Vigilancia de la Salud, Planificación Estratégica de la Salud, Evaluación de las Acciones en Salud y Regulación de la Salud en el ámbito de los servicios de salud a nivel nacional.

Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local. Esta dirección, además, es responsable de la adecuada articulación de funciones de rectoría y de procesos que garanticen a la población el acceso a servicios de salud de calidad.

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

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

- **Dirección de Regulación de la Salud**

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

División Administrativa

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

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

- **Dirección de Desarrollo Humano**

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

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

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

2. NIVEL REGIONAL

Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud

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

3. NIVEL LOCAL

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

Direcciones de Áreas Rectoras de Salud

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

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

4. ENTES ADSCRITOS

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

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)

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

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

Oficina Cooperación Internacional de La Salud (OCIS):

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

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

En 1969, mediante la ley 4508 nació la Clínica Nacional de Nutrición. Posteriormente, en 1977, la ley 6088 transforma ésta clínica en el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), como un organismo responsable de la vigilancia epidemiológica base en laboratorios, de las investigaciones prioritarias en salud pública y de los procesos de enseñanza en salud derivados de su quehacer y tendrá personalidad jurídica instrumental.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

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

Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiológica

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

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

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

Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes

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

Consejo interinstitucional de atención a la Madre Adolescente

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

Consejo de Atención Integral

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

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

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

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

Dirección Nacional de CEN-CINAI

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

- a) Contribuir a mejorar el estado nutricional de la población materno-infantil y el adecuado desarrollo de la niñez, que viven en condiciones de pobreza y/o riesgo social.
- b) Brindar al niño y a la niña en condición de pobreza y/o riesgo social la oportunidad de permanecer en servicios de atención diaria de calidad, facilitando la incorporación de las personas responsables de su tutela al proceso productivo y educativo del país.
- c) Incorporar la participación organizada de las personas responsables de la tutela de la persona menor y de la comunidad en los procesos de análisis y toma de decisiones relacionados con la ejecución del programa.

5. RECURSO HUMANO

Este Ministerio cuenta con un capital humano compuesto por 4.683 funcionarios. En el Cuadro N° 1 presenta el recuento de estos colaboradores por clase.

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

Cuadro N° 1
Funcionarios del Ministerio de Salud según clase ocupacional,
Costa Rica, Abril 2012

CLASE DE PUESTO	CANTIDAD	CLASE DE PUESTO	CANTIDAD
ASESOR A	1	PROFESIONAL DE SERVICIO CIVIL 3	123
ASESOR B	3	PROFESIONAL DE SERVICIO CIVIL 3	205
ASISTENTE SALUD SERVICIO CIVIL 2	708	PROFESIONAL EN INFORMÁTICA 1A	5
ASISTENTE SALUD SERVICIO CIVIL 3	328	PROFESIONAL EN INFORMÁTICA 2B	7
ASISTENTE C	1	PROFESIONAL EN INFORMÁTICA 3C	3
ASISTENTE PROFESIONAL	1	PROFESIONAL EN INFORMÁTICA 2	3
AUDITOR INTERNO	1	PROFESIONAL EN INFORMÁTICA 3	8
CHOFER	2	PROFESIONAL INFORMÁTICO 3	1
CONDUCTOR DE SERVICIO CIVIL 1	165	PROFESIONAL JEFE DE INFORMÁTICA 1	1
CONSULTOR LICENCIADO	1	PROFESIONAL JEFE DE SERVICIO CIVIL 1	17
DIRECTOR DE ÁREA H	84	PROFESIONAL JEFE DE SERVICIO CIVIL 2	25
DIRECTOR GENERAL DE SALUD	1	PROFESIONAL JEFE DE SERVICIO CIVIL 3	14
DIRECTOR NIVEL CENTRAL E	1	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 1 C	20
DIRECTOR NIVEL CENTRAL H	3	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 1 D	2
DIRECTOR NIVEL REG. DE SALUD	1	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 1E	6
DIRECTOR NIVEL REG. DE SALUD H	8	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 1F	2
ENFERMERA 1 (BACHILLER)	5	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 1G	2
GERENTE DE SERVICIO CIVIL 1	4	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 1H	109
GERENTE DE SERVICIO CIVIL 2	1	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 2 C	101
INSPECTOR DE SERVICIO CIVIL 1	426	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 2 D	12
INSPECTOR DE SERVICIO CIVIL 2	43	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 2 E	18
JEFE DE UNIDAD NIVEL CENTRAL C	1	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 2 F	20
JEFE DE UNIDAD NIVEL CENTRAL D	1	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 2 G	5
JEFE DE UNIDAD NIVEL CENTRAL H	3	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 2 H	20
JEFE DE UNIDAD NIVEL REGIONAL C	3	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 3 C	2
JEFE DE UNIDAD NIVEL REGIONAL D	2	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 3 D	1
JEFE DE UNIDAD NIVEL REGIONAL F	1	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 3 E	6
JEFE DE UNIDAD NIVEL REGIONAL H	3	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 3 F	1
MINISTRO	1	PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD 3 H	6
MISCELÁNEO DE SERVICIO CIVIL 1	11	SECRETARIO DE SERVICIO CIVIL 1	114
MISCELÁNEO SERVICIO CIVIL 1	123	SECRETARIO DE SERVICIO CIVIL 2	15
NUTRICIONISTA 1	22	SUBAUDITOR INTERNO	1
NUTRICIONISTA 2	25	TÉCNICO DE SERVICIO CIVIL 1	10
NUTRICIONISTA 3	25	TÉCNICO DE SERVICIO CIVIL 2	1
NUTRICIONISTA 4	8	TÉCNICO DE SERVICIO CIVIL 3	150
NUTRICIONISTA 5	1	TÉCNICO EN INFORMÁTICA	35
NUTRICIONISTA 6	1	TRABAJADOR AUXILIAR DE CEN-CINAI	895
ODONTÓLOGO 2	1	TRABAJADOR CALIFICADO SERVICIO CIVIL 1	1
OFICIAL DE SEGURIDAD SERVICIO CIVIL 1	48	TRABAJADOR CALIFICADO SERVICIO CIVIL 2	34
OFICINISTA DE SERVICIO CIVIL 1	1	TRABAJADOR ESPECIALISTA	5
OFICINISTA DE SERVICIO CIVIL 2	193	VICEMINISTRO	2
PROFESIONAL DE SERVICIO CIVIL 1A	139		
PROFESIONAL DE SERVICIO CIVIL 2 B	276	TOTAL GENERAL	4683

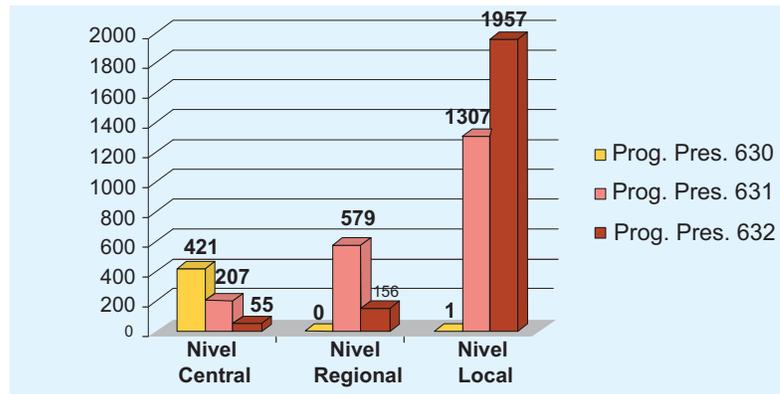
Fuente: Dirección de Desarrollo Humano, Unidad de Recursos Humanos

Distribución de puestos

Seguidamente se presenta un detalle con la distribución de puestos del Ministerio de Salud en sus tres niveles de gestión y por Programa Presupuestario. Se muestra el nivel de gestión según fuerza laboral y la asignación

de puestos por Programa Presupuestario (Programa Presupuestario 630: Gestión Intra institucional, Programa Presupuestario 631: Producción Social de la Salud, Programa Presupuestario 632: Provisión de Servicios de la Salud).

Gráfico N° 1
Distribución de puestos del Ministerio de Salud por Nivel de Gestión y Programa Presupuestario Costa Rica 2011

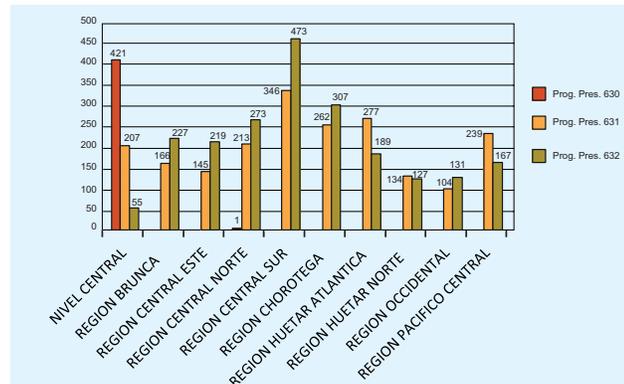


Fuente: Dirección de Desarrollo Humano, Unidad de Recursos Humanos

De la tabla anterior, se determina que el nivel local presenta un total de 3265 puestos; esto es, el 69% de la cantidad total de puestos que conforman el Ministerio de Salud (que actualmente ascienden a los 4683): lo que evidencia el interés del Ministerio de Salud de fortalecer su impacto a nivel local.

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

Gráfico N° 2
Distribución de puestos del Ministerio de Salud por ámbito geográfico y programa presupuestario Costa Rica 2011

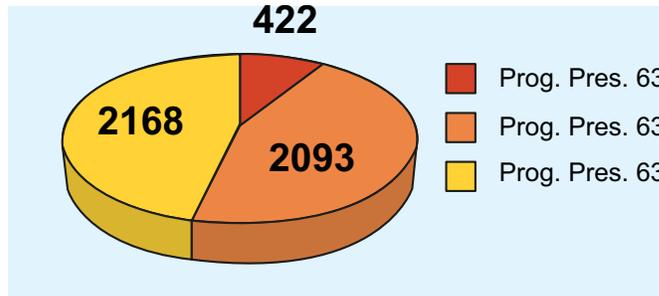


Fuente: Dirección de Desarrollo Humano, Unidad de Recursos Humanos

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

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

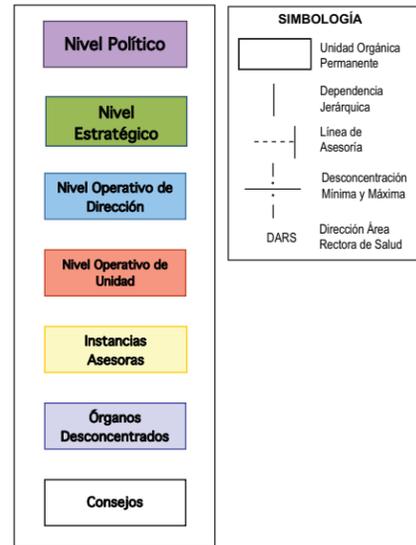
Gráfico N° 3
Distribución de puestos del Ministerio de Salud por Programa Presupuestario
Costa Rica 2011



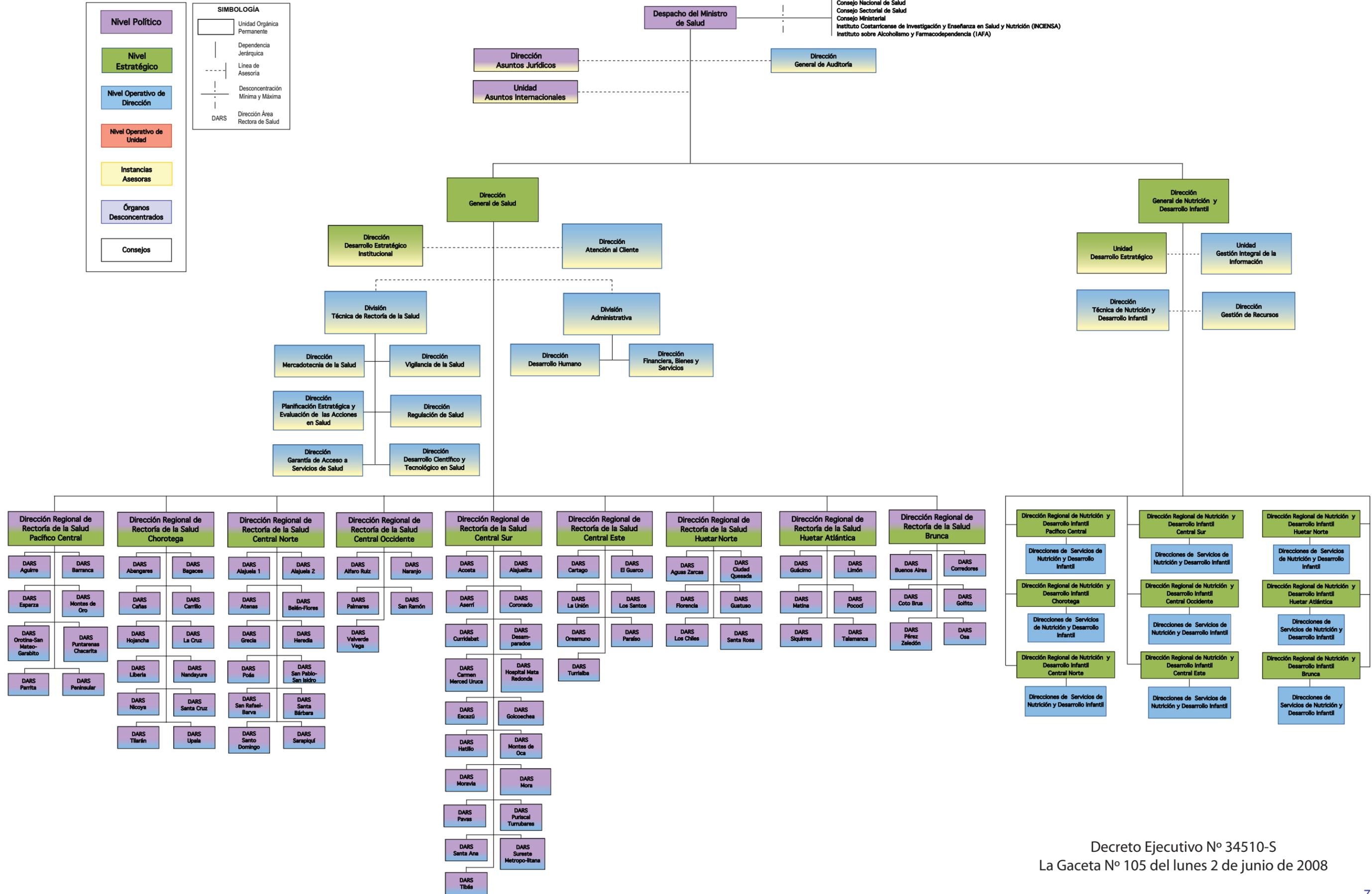
Fuente: Dirección de Desarrollo Humano, Unidad de Recursos Humanos

Se evidencia del gráfico anterior que persiste el fortalecimiento de la Producción y Provisión de Servicios de la Salud. Se cuenta a la fecha con un

90, 9% de los puestos existentes al servicio de la población costarricense.



Consejo Nacional de Salud
 Consejo Sectorial de Salud
 Consejo Ministerial
 Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición (INCIENSA)
 Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)



Decreto Ejecutivo N° 34510-S
 La Gaceta N° 105 del lunes 2 de junio de 2008

CAPITULO III

Políticas Institucionales

POLÍTICAS GENERALES DEL MINISTERIO DE SALUD

1. Modelo conceptual y estratégico:

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

2. Separación de funciones:

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

3. Responsabilidad por niveles de gestión:

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

4. Desconcentración:

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

5. Rendición de cuentas:

Todas las funcionarias y todos los funcionarios de la institución tienen la obligación de

rendir cuentas de sus actos ante la autoridad superior, por los deberes y responsabilidades encargados y aceptados, y por el uso de los recursos.

6. Voz del cliente:

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

7. Coordinación con otros órganos del estado:

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

POLÍTICAS DE RECTORÍA DE LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

1. Enfoque de derechos humanos y de equidad:

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

La promoción y protección de los derechos humanos, y específicamente del derecho a la salud, debe ser el principal eje orientador del ejercicio rector del Ministerio de Salud, el cual debe procurar corregir las inequidades

y las prácticas discriminatorias, así como el injusto reparto del poder, que obstaculizan el progreso en salud.

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

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

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

La identificación de grupos vulnerables debe realizarse sobre la base de un análisis de situación riguroso, que identifique claramente aquellos grupos poblacionales en los que la interacción de determinantes protectores y de riesgo, de las dimensiones socioeconómica, ecológica, biológica y de servicios de salud, impliquen un deterioro actual o futuro en su estado de salud.

2. Liderazgo técnico:

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

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

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

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

La ejecución de cualquier función rectora, incluyendo la de regulación, debe ir precedida de acciones de divulgación de sus fines, de las bases técnicas que la sustentan y del impacto final que se espera tener sobre la salud de la población con su cumplimiento.

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

Las organizaciones prestadoras de servicios de salud son actores sociales del Sistema, de gran importancia para la protección y mejoramiento de la salud de la población,

pero no los únicos relevantes sobre los cuales el Ministerio realiza su función.

3. Participación social y derecho a la no exclusión:

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

El Ministerio de Salud debe contribuir a potenciar la capacidad de acción efectiva de la población, especialmente de los grupos vulnerables, para participar en la formulación, la implementación y la evaluación de políticas y acciones en salud de toda índole, y en la rendición de cuentas de quienes tienen el deber de actuar. Para lograr esto debe fomentar la cultura de no exclusión y promover la apertura de espacios de participación en instancias gubernamentales y no gubernamentales, cuyo accionar tenga impacto significativo sobre el estado de salud de la población.

El Ministerio de Salud debe dar preeminencia en su quehacer rector a la reivindicación de grupos excluidos y marginados, y de aquellos cuyos derechos corren el riesgo de ser infringidos. La universalidad significa que

todas las personas tienen derecho, aunque las limitaciones de recursos obliguen a fijar prioridades. No implica que todos los problemas de todas las personas deban ser abordados simultáneamente. Pero sí significa que se debe respetar su derecho a ser escuchadas y a participar activamente.

4. Orientación al impacto:

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

5. Búsqueda de la sinergia:

Toda instancia institucional que realice funciones de rectoría debe utilizar los medios a su alcance para evitar duplicidades y contradicciones, y asegurar la coordinación y sinergia del accionar de las diferentes funciones rectoras que aborden el mismo determinante de la salud en cualquier nivel de gestión institucional, en procura de lograr el mayor impacto posible sobre el estado de salud de la población con los recursos disponibles.

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

CAPITULO IV

Análisis y
Determinantes Sociales
de la Situación de Salud

1 INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE COSTA RICA Y MORTALIDAD POR GRUPOS DE POBLACIÓN

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.

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones oficiales de población, que fueron revisadas y actualizadas recientemente por el Centro Centroamericano de Población,

Costa Rica en el año 2011 tuvo un total de 4.615.646 habitantes, de los cuales 50,70 % 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.

En cuanto a los grupos de edad, el mayor porcentaje se encuentra ubicado entre 20 a 24 años con un 9,51 % del total. La población se concentra en los grupos de 20 a 49 años, con un 46,77% de la población.

La estructura de población en Costa Rica tiene características de un país que tiende al envejecimiento de su población. Se han reducido las tasas de natalidad y fecundidad, así como se ha ido incrementando la esperanza de vida

Cuadro N° 2
Estructura de la población por grupos de edad y sexo. Costa Rica 2011
Cifras absolutas y relativas

GRUPOS DE EDAD	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL DEL PAIS	4.615.646	100,00	2.340.003	100,00	2.275.643	100,00
0 - 4	346.104	7,50	177.170	7,57	168.934	7,42
5 - 9	363.958	7,89	186.619	7,98	177.339	7,79
10 - 14	399.948	8,67	205.317	8,77	194.631	8,55
15 - 19	423.604	9,18	217.648	9,30	205.956	9,05
20 - 24	438.819	9,51	224.887	9,61	213.932	9,40
25 - 29	416.768	9,03	213.228	9,11	203.540	8,94
30 - 34	372.839	8,08	191.056	8,16	181.783	7,99
35-39	317.061	6,87	161.899	6,92	155.162	6,82
40 - 44	309.239	6,70	157.196	6,72	152.043	6,68
45 - 49	303.982	6,59	153.883	6,58	150.099	6,60
50 - 54	260.576	5,65	131.496	5,62	129.080	5,67
55 - 59	202.340	4,38	101.148	4,32	101.192	4,45
60 - 64	147.684	3,20	73.093	3,12	74.591	3,28
65 - 69	106.097	2,30	51.487	2,20	54.610	2,40
70 - 74	79.378	1,72	37.852	1,62	41.526	1,82
75 y más	127.249	2,76	56.024	2,39	71.225	3,13

Fuente: Estimaciones y proyecciones de población, CCP UCR.
Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores en Salud

1.1 Fecundidad

Costa Rica tiene un bajo nivel de fecundidad. Para el 2011 en nuestro país cada mujer tiene

un promedio de 1,8 hijos durante toda su vida fértil, lo cual está por debajo de la tasa de reemplazo. En promedio, la tasa global de fecundidad en la región centroamericana es

de 3,0 hijos. Costa Rica presenta la fecundidad más baja y Guatemala tiene la más alta con 4,4 hijos por mujer (Population Reference Bureau, 2010).

En Costa Rica en el año 2011 hubo un total de

73.459 nacimientos, de los cuales el 51,27% fueron hombres.

Con respecto a las provincias, San José es la que registra el mayor número de nacimientos, con un 31,11% con respecto al total.

Cuadro N° 3
Nacimientos por provincia y sexo. Costa Rica 2011

PROVINCIA	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
TOTAL DEL PAÍS	73459	37665	35794
SAN JOSÉ	22854	11736	11118
ALAJUELA	14748	7621	7127
CARTAGO	7316	3803	3513
HEREDIA	6606	3257	3349
GUANACASTE	5947	3049	2898
PUNTARENAS	7923	4071	3852
LIMÓN	8065	4128	3937

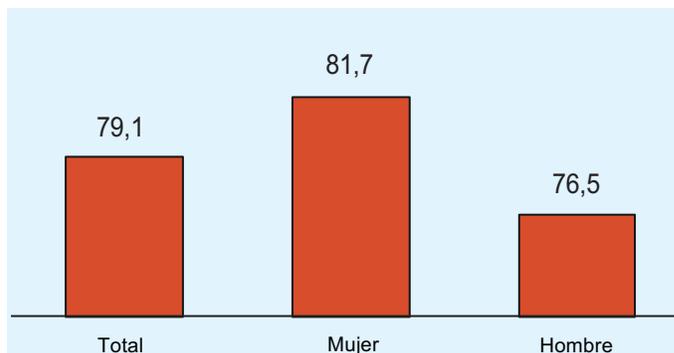
Fuente: INEC-Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

El embarazo en adolescentes representó el 20% del total de embarazos en el 2011. Más allá del porcentaje que representen los nacimientos en madres adolescentes, está claro que ellas constituyen un grupo con características y necesidades diferentes al resto de las mujeres. Los jóvenes, en general, es un grupo poblacional cuyas necesidades han sido relegadas, por considerarse un sector que goza de buena salud. Sin embargo, los riesgos asociados al embarazo adolescente son mayores que en otros grupos etarios. En las regiones Huetar Atlántica y Brunca se encuentran los cantones con las más altas tasas.

1.2 Expectativa de vida

En esta sección nos referiremos a la esperanza de vida al nacer como indicador global o resumen del nivel de mortalidad. Es un indicador del nivel de mortalidad infantil y mortalidad general, ya que cuanto más disminuyen estos dos hechos demográficos, más aumenta la expectativa de vida al nacer. El cálculo más reciente de la esperanza de vida al nacimiento es el del año 2010, la cual alcanzó los 79,1 años en general, en las mujeres fue de 81,7 años y en los hombres 76,5 años, lo que se refleja en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 4
Nacimientos por provincia y sexo, Costa Rica 2010



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

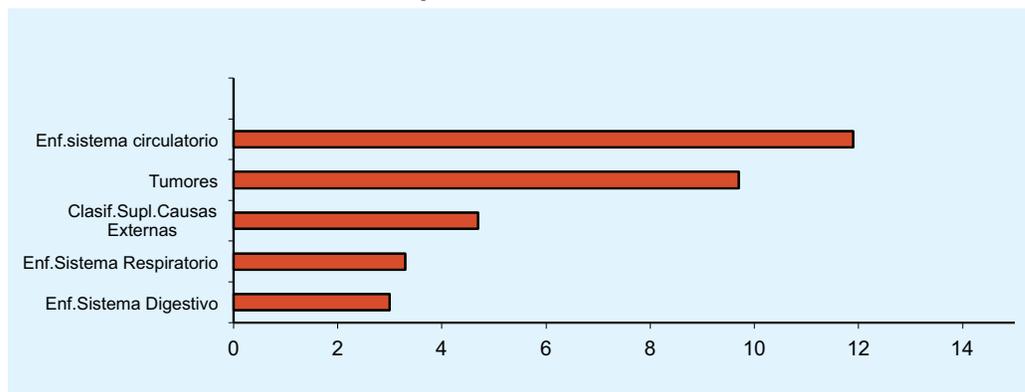
1.3 Mortalidad por grupos de población

1.3.1 Mortalidad general

En el 2011 se registró un total de 18.801 muertes, para una tasa de 40,7 por diez mil

habitantes. El país presenta un perfil de mortalidad por causas que se caracterizan, en primer lugar, por enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 11,9, seguido por los tumores con 9,7 y en tercer lugar las defunciones por causas externas con 4,7, lo cual se presenta en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 5
Mortalidad por los cinco grandes grupos de causas. Costa Rica 2011*
(tasa por 10.000 habitantes)



*Cifras preliminares

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

De acuerdo con los grupos de edad y sexo, en el año 2011 el 56,73 % del total de defunciones correspondió al sexo masculino. En cuanto a

los grupos de edad, el 79,27% corresponde a mayores de 50 años, lo cual se refleja en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4
Mortalidad general según grupos de edad y sexo. Costa Rica 2011
Cifras absolutas

GRUPOS DE EDAD	2007			2008			2009			2010			2011		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
TOTAL	17071	9847	7224	18021	10471	7550	18560	10704	7856	19077	10909	8168	18801	10666	8135
0 a 4	842	475	367	793	445	348	772	414	358	793	464	329	766	428	338
5 a 9	59	33	26	70	36	34	65	39	26	68	37	31	63	32	31
10 a 14	86	51	35	104	60	44	98	49	49	93	54	39	107	65	42
15 a 19	255	188	67	278	199	79	269	201	68	249	190	59	236	164	72
20 a 24	324	240	84	448	355	93	429	330	99	381	287	94	311	225	86
25 a 29	337	264	73	386	303	83	453	358	95	383	293	90	384	293	91
30 a 34	371	270	101	405	298	107	405	304	101	423	314	109	392	273	119
35 a 39	422	291	131	430	312	118	463	316	147	450	318	132	410	266	144
40 a 44	507	339	168	591	406	185	619	408	211	563	383	180	541	366	175
45 a 49	728	489	239	758	514	244	793	516	277	714	449	265	687	458	229
50 a 54	822	540	282	865	566	299	905	581	324	946	602	344	982	631	351
55 a 59	909	576	333	1093	691	402	1108	659	449	1114	670	444	1091	670	421
60 a 64	1038	636	402	1094	644	450	1184	744	440	1252	762	490	1273	761	512
65 a 69	1298	754	544	1375	855	520	1428	842	586	1456	875	581	1443	860	583
70 a 74	1487	859	628	1596	902	694	1716	1002	714	1743	989	754	1706	996	710
75 y más	7586	3842	3744	7735	3885	3850	7853	3941	3912	8449	4222	4227	8409	4178	4231

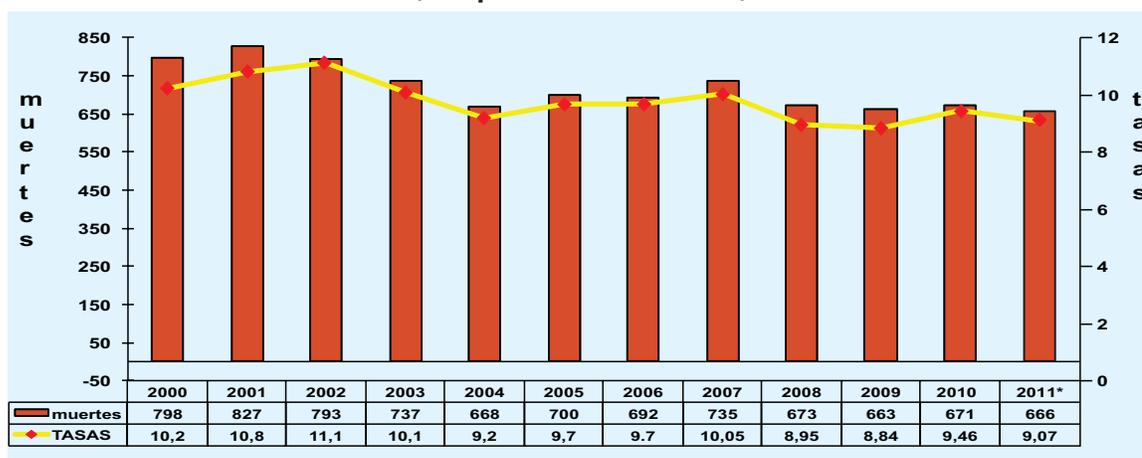
Fuente: INEC-Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

1.3.2 Mortalidad Infantil

Los datos para calcular los indicadores de mortalidad infantil se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. También se contó con el informe de MIDEPLAN sobre indicadores del milenio y del Ministerio de Salud.

La tasa de mortalidad infantil en 1990 fue de 15,3 y en el 2011 de 9,07 por mil nacimientos. De enero a diciembre del 2011 ocurrieron 73.459 nacimientos y 666 muertes infantiles lo representa 2.537 nacimientos más y 5 defunciones menos que el año anterior; lo que representa una reducción de 0,39 defunciones por mil nacimientos.

Gráfico N° 6
Mortalidad infantil según año . Costa Rica 2000-2011*
(tasa por 1.000 nacimientos)

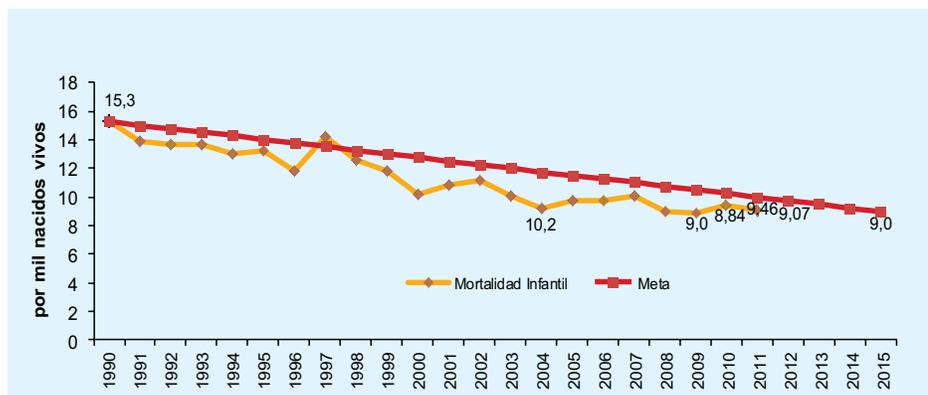


*Cifras preliminares

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

En el siguiente gráfico se presenta la tendencia comparada con las proyecciones pactadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. de la tasa de mortalidad infantil en Costa Rica

Gráfico N° 7
Tasa de mortalidad Infantil 1990-2011 y proyección al 2015



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

Para el año 2011, la provincia de Limón registró la tasa de mortalidad infantil más alta con 10,54 por mil nacimientos, lo cual representa un aumento de 2,18 por mil con respecto al año anterior. Las provincias de Puntarenas, Limón, Guanacaste y San José presentan tasas mayores a la nacional, con tasas de 10,65, 10,62, 9,65 y 9,50 respectivamente. Cabe destacar que Guanacaste tiene el mayor aumento en la tasa de mortalidad infantil con un 3,03 por mil llegando a ubicarse en 8,74 defunciones por cada mil nacidos vivos.

Heredia presenta la menor tasa (7,57); sin

embargo en esta provincia, en cuanto al sexo, las mujeres presentan un fuerte aumento (3,20 puntos) y los hombres una fuerte disminución (2,73 puntos).

En cuanto a Puntarenas, se encuentra entre las provincias que tienen la tasa mayor a la nacional; sin embargo, entre el 2010 (tasa 10,65) y el 2011 (tasa 9,21) fue la provincia con una mayor reducción. En cuanto al sexo, la tasa de mortalidad infantil es más alta en los niños (9,93) que en las niñas (8,16) por mil nacimientos, comportamiento que se repite en las provincias de San José, Cartago, Guanacaste y Limón.

Cuadro N° 5
Mortalidad infantil según provincia y sexo. Costa Rica 2011
(tasa por 1000 nacimientos)

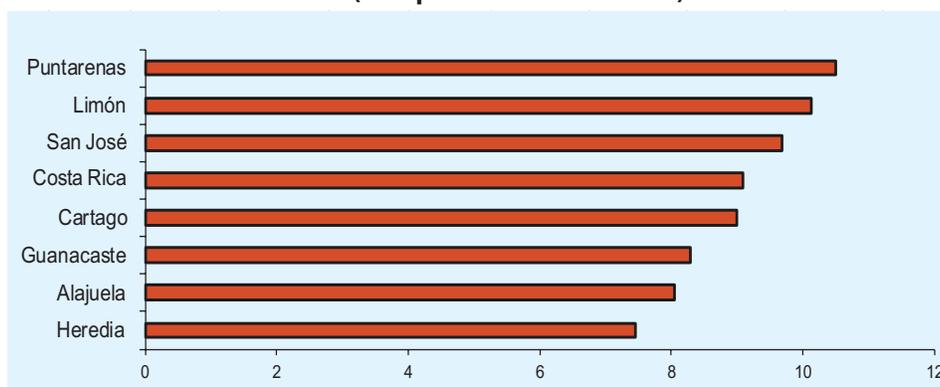
PROVINCIA	DEF.		MASC.		FEM.	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
COSTA RICA	666	9,07	374	9,93	292	8,16
SAN JOSE	217	9,50	140	11,93	77	6,93
ALAJUELA	123	8,34	58	7,61	65	9,12
CARTAGO	66	9,02	41	10,78	25	7,12
HEREDIA	50	7,57	19	5,83	31	9,26
GUANACASTE	52	8,74	36	11,81	16	5,52
PUNTARENAS	73	9,21	36	8,84	37	9,61
LIMON	85	10,54	44	10,66	41	10,41

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

Para el trienio 2009-2011, Costa Rica presenta una tasa trienal de 9,12 por mil nacidos vivos. Las provincias de Cartago, Guanacaste, Alajuela y Heredia son las que presentan una tasa

inferior a la nacional. Las que representan tasas más elevadas a la nacional son en primer lugar Puntarenas, seguido por Limón y San José, lo que se puede apreciar en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 8
Tasa trienal de mortalidad infantil por provincia, Costa Rica 2009-2011*
(tasa por 1000 nacimientos)



*Cifras preliminares

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

Al analizar la distribución porcentual de la mortalidad infantil para el período 2007-2011 por principales causas de muerte, en general el comportamiento de los grupos de causas se mantiene casi invariable. Se mantienen las afecciones originadas en el período perinatal en el primer lugar en el año 2011, con un 48,95%, lo cual refleja una leve disminución (0,68 puntos porcentuales) con respecto al año anterior. Dentro de este grupo, el porcentaje mayor lo tiene la inmadurez extrema con un 24,80 %, seguido por el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, con un 13,20%.

En cuanto a las malformaciones congénitas con un 36,19%, fue el grupo que presentó un mayor aumento entre el 2010 (34,87%) y el 2011 (36,19%). Dentro de las malformaciones congénitas el primer lugar lo ocupan las malformaciones del sistema circulatorio

con el 41,08% del total, seguidas por las malformaciones del sistema nervioso para un 15,77% del total de malformaciones congénitas en ese período. Como es mortalidad proporcional este aumento está a expensas de la disminución de otros grupos y no necesariamente por un incremento absoluto o real en el número de eventos.

En tercer lugar las Enfermedades del Sistema Respiratorio registran una disminución al pasar de 5,66% en el 2010 a 3,45% en el 2011: lo que significa una reducción de 2,21 puntos porcentuales en el período.

Se observa una disminución en el año 2011 de las enfermedades infecciosas y parasitarias de 0,59 puntos porcentuales, y en las enfermedades del sistema circulatorio con 0,43.

Cuadro N° 6
Porcentaje mortalidad infantil según causa de muerte. Costa Rica 2007 - 2011

CAUSA DE MUERTE	2007		2008		2009		2010		2011	
	N°	%								
TOTAL	735	100,00	673	100,00	663	100,00	671	100,00	666	100,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	369	50,20	356	52,90	319	48,11	330	49,18	326	48,95
Malformaciones congénitas	245	33,33	214	31,80	226	34,09	234	34,87	241	36,19
Enfermedades Sistema Respiratorio	54	7,35	33	4,90	34	5,13	38	5,66	24	3,60
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.	20	2,72	13	1,93	16	2,41	12	1,79	8	1,20
Enfermedades Sistema Circulatorio	14	1,90	14	2,08	17	2,56	14	2,09	11	1,65
Enfermedades Sistema Nervioso	12	1,63	16	2,38	12	1,81	10	1,49	14	2,10
Otras causas	21	2,86	27	4,01	39	5,88	33	4,92	42	6,31

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

En cuanto a la mortalidad infantil en el año 2011 por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, éstas se concentran en infecciones del sistema respiratorio y del sistema digestivo. Además, se produjo una muerte por sífilis congénita. Al menos el 50% de estas muertes eran prevenibles.

Cuadro N° 7
Mortalidad infantil por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias según causa específica
Costa Rica 2011
(tasa por 1.000 nacimientos)

CAUSAS	N°	TASA
TOTAL DEL PAÍS	8	100
Neumonitis debida a virus citomegalovirus	2	0,03
Neumonía Nasocomial	1	0,01
Enteritis debida a rotavirus	1	0,01
Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen Infeccioso	1	0,01
Intoxicación alimentaria estafilococica	1	0,01
Candidiasis pulmonar	1	0,01
Sífilis congénita	1	0,01

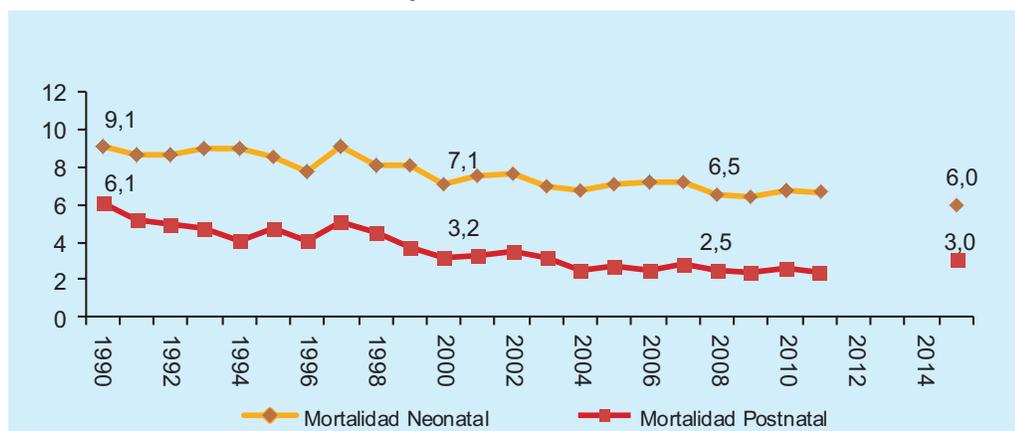
Fuente: INEC- Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

Con respecto a los componentes de la mortalidad infantil en el año 2011, del total de menores de un año, las defunciones neonatales (las ocurridas en los primeros 28 días de vida) representan el 74,28%. Por tanto, se registró una tasa de defunción neonatal de 6,74 por mil, la cual tuvo una disminución de 1,28% con respecto al año 2010 (6,82 por mil nacimientos). El siguiente gráfico muestra la tendencia de los dos componentes principales de la

tasa de mortalidad infantil: la neonatal y la post-neonatal, con respecto a las metas de Objetivos de Desarrollo del Milenio. Todavía

tenemos un reto en cuanto a la reducción de la mortalidad neonatal.

Gráfico N° 9
Mortalidad neonatal y postneonatal 1990-2011 y proyección al 2015
(tasa por 1000 nacidos vivos)



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

1.3.3 Mortalidad menores de 5 años

En cuanto a la mortalidad en niños menores de 5 años, se ha mantenido estable la tasa de mortalidad durante el último quinquenio. En el año 2011 se registró un total de 766 muertes con una tasa de 2,2 por mil habitantes, lo que

representa una disminución del 3,28% del total de casos con respecto al año anterior.

En los últimos años las provincias de Guanacaste y Puntarenas han mantenido las tasas más altas. La que tiene la menor tasa es Heredia, lo cual se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 8
Mortalidad en niños menores de 5 años según provincia y año. Costa Rica 2007-2011
(Tasa por 1000 habitantes)

PROVINCIA	2007		2008		2009		2010		2011	
	N°	TASA								
COSTA RICA	842	2,2	793	2,2	772	2,2	792	2,3	766	2,2
SAN JOSE	262	2,1	260	2,2	239	2,0	280	2,4	245	2,1
ALAJUELA	155	2,0	139	2,0	145	2,1	128	1,8	139	2,0
CARTAGO	105	2,5	66	1,7	91	2,4	72	1,9	77	2,1
HEREDIA	55	1,6	55	1,7	56	1,7	53	1,6	57	1,8
GUANACASTE	78	3,2	78	3,6	47	2,2	69	3,3	65	3,2
PUNTARENAS	92	2,6	90	2,8	108	3,4	98	3,2	86	2,9
LIMÓN	95	2,1	105	2,5	86	2,0	92	2,2	97	2,4

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

Dentro de las causas por las que fallecen los menores de 5 años, en el año 2011 se encuentran, en primer lugar ciertas afecciones originadas en el período perinatal con 327 muertes para una tasa de 0,94 por 1000 habitantes, seguida por malformaciones congénitas con 260 muertes para una

tasa de 0,75. Estos dos grupos de causas representan el 76,63% del total de muertes en este grupo de edad y se concentran en el primer año de vida. De 1 a 4 años, las causas externas y las afecciones respiratorias son las que representan las principales causas de mortalidad.

Cuadro N° 9
Mortalidad en niños menores de 5 años según causa. Costa Rica 2011
(tasa por 1000 habitantes)

CAUSAS	N°	TASA
TOTAL PAÍS	766	2,21
CIERTAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	12	0,03
TUMORES NEOPLASIAS	3	0,01
ENF.SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYETICOS	2	0,01
ENF.ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	7	0,02
ENF. SISTEMA NERVIOSO	21	0,06
ENF. SISTEMA CIRCULATORIO	13	0,04
ENF. SISTEMA RESPIRATORIO	32	0,09
ENF. SISTEMA DIGESTIVO	4	0,01
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS PERÍODO PERINATAL	327	0,94
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	260	0,75
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD	46	0,13
OTRAS CAUSAS	39	0,11

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

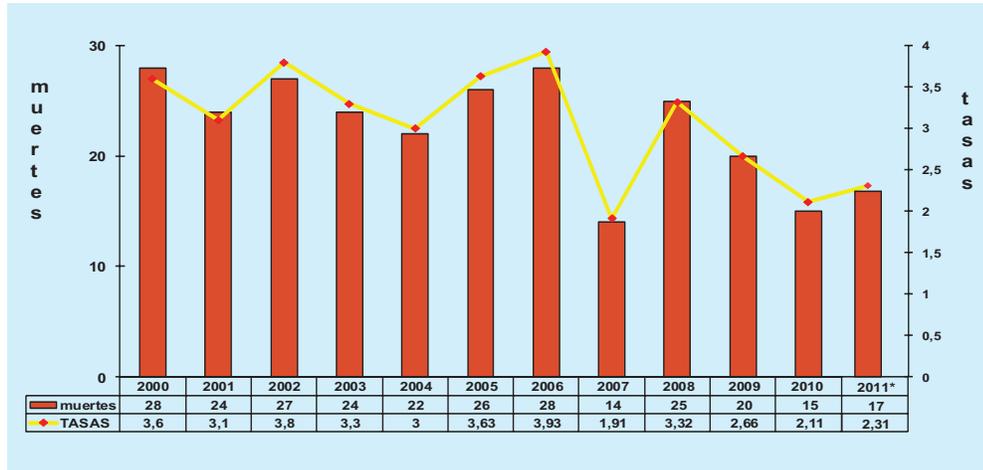
1.3.4 Mortalidad Materna

Los datos para calcular los indicadores de mortalidad materna se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; así como también del informe de MIDEPLAN sobre indicadores del milenio y la Memoria Institucional del Ministerio de Salud.

En el año 2011 se registró un total de 17 muertes maternas para una tasa de 2,11 por diez mil nacimientos vivos.

El siguiente gráfico muestra la tendencia de la mortalidad materna para el período 2000-2011.

Gráfico N° 10
Mortalidad materna según año . Costa Rica 2000-2011*
 (tasas por 10.000 nacimientos)



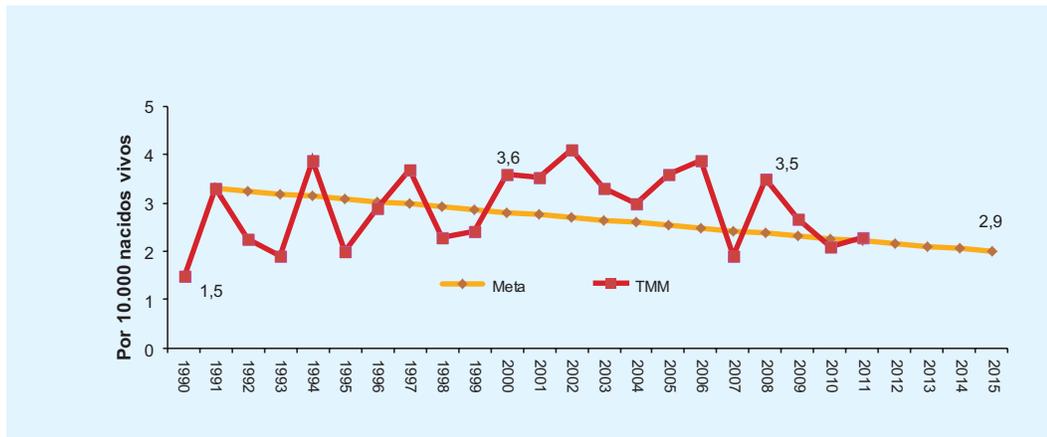
*Cifras preliminares

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

El comportamiento de este indicador muestra variabilidad con altibajos constantes. La tasa del 2011 muestra un ligero aumento con respecto al año anterior.

El siguiente gráfico muestra la tendencia de la mortalidad materna frente a las proyecciones al año 2015.

Gráfico N° 11
Tasa de mortalidad materna, 1990-2011 y proyección 2015



*Cifras preliminares

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

Las causas más frecuentes de este tipo de muertes son las septicemias, la toxemia y las complicaciones en el puerperio. Su disminución constituye un verdadero reto, particularmente desde el punto de vista del

fortalecimiento de la promoción de la salud, la prevención y atención de dichas causas. Las principales causas de la mortalidad materna en el año 2011, según grandes grupos de causas, el primer lugar corresponde

a dos tipos de causas: “*complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio*” y “*otras afecciones obstétricas no clasificables*” ambas presentaron 5 muertes maternas para una tasa de 0,68 por 10.000 nacimientos.

Es importante recalcar que en ese año no hubo casos de muertes maternas por el grupo de Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ni por el grupo de Enfermedades del Sistema Respiratorio.

En cuanto al quinquenio 2007-2011 las principales causas fueron “*Otras afecciones obstétricas no clasificables en otra parte*” con 39 muertes para una tasa de 1,06 por 10.000 nacimientos, seguido por “*Edema proteinuria y trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio*” con 13 muertes para una tasa de 0,35 muertes por cada 10.000 nacimientos.

Dichas causas se sintetizan en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 10
Mortalidad materna según grandes grupos de causas. Costa Rica 2007-2011 Quinquenio
(tasa por 10000 nacimientos)

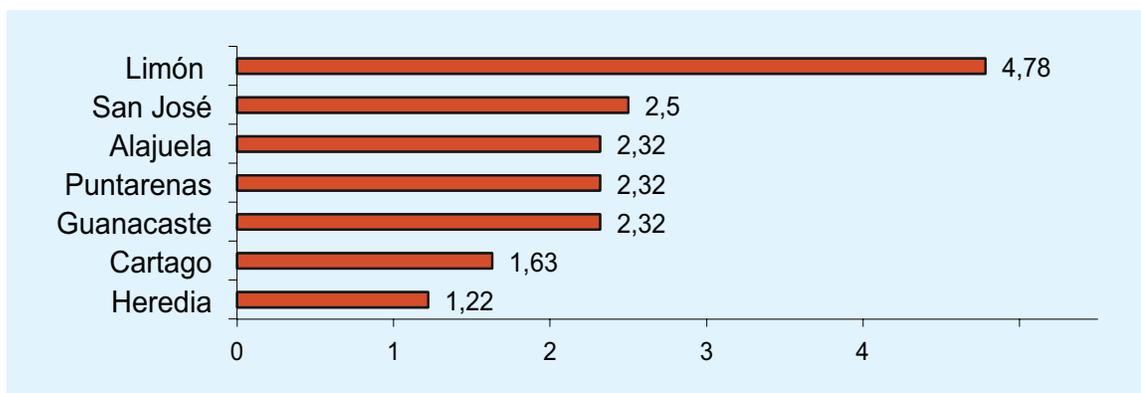
GRUPOS DE CAUSAS	2007		2008		2009		2010		2011		QUINQUENIO 2007-2011	
	N°	Tasa	N°	TASA								
<u>COSTA RICA</u>	<u>14</u>	<u>1,91</u>	<u>25</u>	<u>3,33</u>	<u>20</u>	<u>2,67</u>	<u>15</u>	<u>2,11</u>	<u>17</u>	<u>2,31</u>	<u>91</u>	<u>2,47</u>
Embarazo terminado en aborto	1	0,14	1	0,13	2	0,27	1	0,14	1	0,14	6	0,16
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio	2	0,27	4	0,53	4	0,53	1	0,14	2	0,27	13	0,35
Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo	1	0,14	1	0,13	2	0,27	0	0,00	2	0,27	6	0,16
Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	1	0,14	1	0,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,05
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	0	0,00	1	0,13	3	0,40	3	0,42	2	0,27	9	0,24
Parto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	1	0,14	2	0,27	0	0,00	4	0,56	5	0,68	12	0,33
Otras afecciones obstetricas no clasificadas en otra parte	8	1,09	15	2,00	5	0,67	6	0,85	5	0,68	39	1,06
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0	0,00	0	0,00	1	0,13	0	0,00	0	0,00	1	0,03
Enfermedades del Sistema Respiratorio	0	0,00	0	0,00	3	0,40	0	0,00	0	0,00	3	0,08

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

El siguiente gráfico y cuadro muestran el comportamiento de la mortalidad materna por provincias para el quinquenio 2007-2011. En cuanto a la tasa quinquenal del período

2007-2011, la provincia de Limón registró la tasa más alta con 4,78 por 10.000 nacimientos, seguida por San José con 2,5. La provincial con menor tasa fue Heredia con 1,22.

Gráfico N° 12
Tasa quinquenal de mortalidad materna por provincia. Costa Rica 2007-2011*
 (tasa por 10.000 nacimientos)



*Cifras preliminares

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

Con respecto al año 2011, la provincia que registró la tasa más alta de mortalidad materna fue Limón con 5 muertes maternas para una tasa de 6,20 por 10.000 nacimientos,

seguida por Alajuela con 7 muertes maternas para una tasa de 4,75. Las provincias sin muertes maternas en este año fueron Cartago, Heredia, Guanacaste y Puntarenas.

Cuadro N° 11
Mortalidad materna según provincia. Costa Rica Quinquenio 2007-2011
 (tasa por 1000 nacimientos)

PROVINCIA	2007		2008		2009		2010		2011		QUINQUENIO 2007-2011	
	Nº	TASA	Nº	TASA								
COSTA RICA	14	1,91	25	3,33	20	2,67	15	2,11	17	2,31	91	2,47
SAN JOSE	7	3,01	6	2,51	5	2,11	6	2,68	5	2,19	29	2,50
ALAJUELA	1	0,70	3	2,02	5	3,33	1	0,70	7	4,75	17	2,32
CARTAGO	0	0,00	4	5,36	1	1,34	1	1,39	0	0,00	6	1,63
HEREDIA	1	1,54	1	1,51	2	2,98	0	0,00	0	0,00	4	1,22
GUANACASTE	3	4,93	2	3,21	2	3,23	0	0,00	0	0,00	7	2,32
PUNTARENAS	1	1,30	3	3,70	2	2,54	3	4,15	0	0,00	9	2,32
LIMÓN	1	1,26	6	7,50	3	3,71	4	5,24	5	6,20	19	4,78

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

Las tasas más altas de mortalidad se dan a partir de los 30 años de edad.

tasa de mortalidad materna específica por grupo de edad de la madre:

A continuación se desglosa un cuadro por

Cuadro N° 12
Mortalidad materna según edad de la madre. Costa Rica 2011
(tasa por 10000 nacimientos)

EDAD DE LA MADRE	N°	TASA
TOTAL	17	2,31
15-19	3	2,24
20-24	5	2,34
25-29	1	0,53
30-34	5	4,06
35-39	2	3,61
40-44	1	8,00

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

1.3.5 Mortalidad en la persona adulta mayor

En el siguiente cuadro y gráfico se presentan los datos de la tasa de mortalidad de personas de 65 y más años. Se evidencia que ésta se ha mantenido constante durante ese quinquenio.

En cuanto al año 2011, se registró un total de 11554 defunciones en adultos mayores para

una tasa de 36,9 por mil habitantes, lo que representa una disminución del 0,74% con respecto al año anterior.

Al comparar las provincias en los años 2009 al 2011, se refleja que el primer lugar lo ocupó Heredia en los años 2009 y 2011 y Puntarenas en el 2010, lo cual se muestra en el siguiente cuadro. Sin embargo la variabilidad es pequeña y poco significativa:

Cuadro N° 13
Mortalidad general en mayores de 65 años según provincia. Costa Rica 2007-2011
(tasa por 1000 habitantes)

PROVINCIA	2007		2008		2009		2010		2011	
	N°	TASA								
COSTA RICA	10361	38,9	10698	38,5	10978	38,0	11640	38,7	11554	36,9
SAN JOSÉ	3994	39,8	4190	40,2	4277	39,7	4437	39,7	4417	38,0
ALAJUELA	1958	38,5	1943	36,4	2064	37,0	2287	39,3	2123	35,0
CARTAGO	1169	40,9	1159	38,7	1115	35,7	1150	35,3	1260	37,1
HEREDIA	881	35,5	998	38,5	1082	39,9	1078	38,0	1133	38,2
GUANACASTE	769	36,5	819	37,5	811	35,9	903	38,6	886	36,7
PUNTARENAS	916	39,9	909	38,1	912	36,9	1057	41,3	1000	37,7
LIMÓN	674	37,9	680	36,5	717	36,7	728	35,5	735	34,1

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

Con respecto a las causas por las que fallecen los mayores de 65 años en el año 2011, en primer lugar corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio con 4173 muertes para una tasa de 13,34 por mil. Esto representa un 36,12% del total de muertes en mayores

de 65 años, seguido por los tumores con 2901 muertes (25,11%) para una tasa de 9,28 por mil habitantes. El tercer lugar lo ocupan las enfermedades del sistema respiratorio con 1245 muertes para una tasa de 10,78 por mil habitantes.

Cuadro N° 14
Mortalidad en mayores de 65 años según causa. Costa Rica 2011
(tasa por 1000 habitantes)

CAUSAS	N°	TASA
TOTAL	11554	36,95
Ciertas enf. Infecc. y parasitarias	141	0,45
Tumores Neoplasias	2901	9,28
Enf. de la sangre y de los órganos hematop.	28	0,09
Enf. Endocrinas nutricionales y metaból.	525	1,68
Trastornos mentales y del comportamiento	216	0,69
Enf.Sistema Nervioso	302	0,97
Enf.Sist.Circulatorio	4173	13,34
Enf.Sistema Respiratorio	1245	3,98
Enf. Sistema Digestivo	856	2,74
Enf. Piel y del Tejido Subcutáneo	54	0,17
Enf. Sist. Osteomuscular y Tejido conjuntivo	106	0,34
Enf. Sist. Genitourinario	334	1,07
Causas Externas de morbilidad y mortalidad	476	1,52
Otras Causas	197	0,63

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

1.4 Mortalidad por grandes grupos de causas

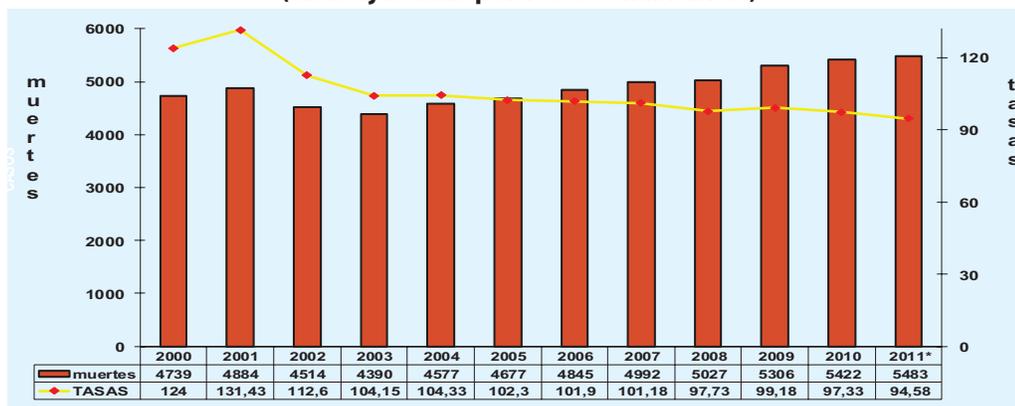
El país presenta un perfil de mortalidad por causas, propio de un país en desarrollo, que se caracteriza en primer lugar por enfermedades del sistema circulatorio, seguido por los tumores y en tercer lugar las defunciones por causas externas entre otras.

1.4.1 Mortalidad por 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 2011 un total de 5.483 muertes para una tasa ajustada de 94,58 por 100.000 habitantes, con una tendencia descendente muy leve en los últimos ocho años (Gráfico N°13). Esto representa en el año 2011 un leve aumento del 1,13% respecto al total de casos del año anterior, no así la tasa que se reduce.

Gráfico N° 13
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según año . Costa Rica 2000-2011*
(tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*Cifras preliminares

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

En el año 2011 el 95,68% de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio ocurrieron en personas de 45 años y más. Sin embargo, por ser el grupo de causas que más defunciones generó, impacta de manera considerable el promedio de años de vida perdidos. El 54,68% de estas muertes

corresponde al sexo masculino.

El siguiente cuadro muestra la distribución de defunciones según grupos de edad para el período 2007-2011. Se evidencia que no se ha producido una variación significativa en los últimos 5 años.

Cuadro N° 15
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según grupos de edad y sexo.
Costa Rica 2007- 2011
(tasa por 10.000 habitantes)

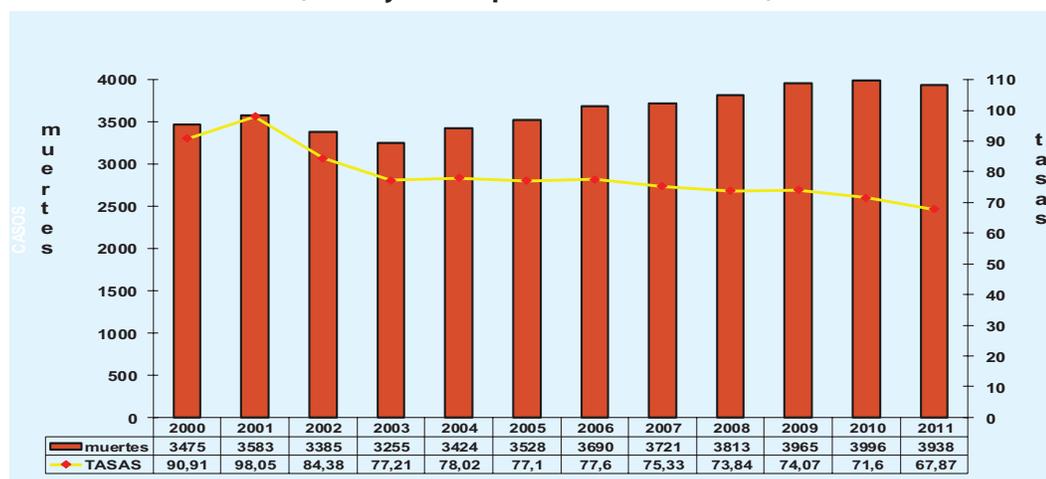
GRUPOS DE EDAD	2007						2008						2009						2010						2011					
	TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.	
	Nº	TASA																												
TOTAL	4992	11,2	2688	11,8	2304	10,5	5027	11,3	2776	12,3	2251	10,3	5306	11,8	2947	12,9	2359	10,6	5422	11,9	2959	12,8	2463	11,0	5483	11,9	2998	12,8	2485	10,9
0-4	16	0,4	8	0,4	8	0,4	21	0,6	15	0,8	6	0,3	23	0,6	14	0,8	9	0,5	19	0,5	13	0,7	6	0,4	13	0,4	10	0,6	3	0,2
5-9	5	0,1	1	0,0	4	0,2	5	0,1	3	0,2	2	0,1	3	0,1	2	0,1	1	0,1	4	0,1	1	0,1	3	0,2	3	0,1	1	0,1	2	0,1
10-14	5	0,1	3	0,1	2	0,1	12	0,3	6	0,3	6	0,3	6	0,1	4	0,2	2	0,1	6	0,1	3	0,1	3	0,2	5	0,1	5	0,2	0	0,0
15-19	6	0,1	3	0,1	3	0,1	17	0,4	12	0,5	5	0,2	19	0,4	12	0,5	7	0,3	10	0,2	10	0,5	0	0,0	9	0,2	7	0,3	2	0,1
20-24	14	0,3	9	0,4	5	0,2	20	0,5	14	0,6	6	0,3	26	0,6	13	0,6	13	0,6	16	0,4	10	0,4	6	0,3	17	0,4	11	0,5	6	0,3
25-29	20	0,5	14	0,7	6	0,3	32	0,8	18	0,9	14	0,7	36	0,9	24	1,2	12	0,6	32	0,8	19	0,9	13	0,7	18	0,4	13	0,6	5	0,2
30-34	33	1,0	19	1,1	14	0,9	42	1,3	26	1,5	16	1,0	31	0,9	20	1,1	11	0,6	33	0,9	20	1,1	13	0,7	23	0,6	16	0,8	7	0,4
35-39	41	1,3	29	1,8	12	0,8	83	2,7	58	3,7	25	1,7	67	2,2	41	2,6	26	1,7	48	1,5	37	2,3	11	0,7	48	1,5	29	1,8	19	1,2
40-44	74	2,4	44	2,7	30	2,0	140	4,5	104	6,5	36	2,3	94	3,0	62	3,9	32	2,1	93	3,0	62	3,9	31	2,0	91	2,9	68	4,3	23	1,5
45-49	134	4,8	86	6,1	48	3,6	210	7,4	145	10,1	65	4,6	151	5,2	102	6,9	49	3,4	137	4,6	88	5,8	49	3,3	149	4,9	106	6,9	43	2,9
50-54	189	8,6	122	11,0	67	6,2	290	12,7	197	17,1	93	8,2	200	8,4	146	12,1	54	4,6	228	9,1	158	12,5	70	5,7	258	9,9	186	14,1	72	5,6
55-59	233	14,4	150	18,6	83	10,2	283	16,5	177	20,7	106	12,4	298	16,5	186	20,6	112	12,4	299	15,7	188	19,7	111	11,6	298	14,7	195	19,3	103	10,2
60-64	308	26,0	202	34,6	106	17,7	419	33,6	285	46,3	134	21,2	371	28,1	251	38,5	120	18,0	369	26,4	246	35,6	123	17,4	378	25,6	235	32,2	143	19,2
65-69	426	47,4	254	58,2	172	37,3	571	61,8	328	73,1	243	51,1	448	46,5	281	60,2	167	33,6	446	44,1	274	56,0	172	33,0	449	42,3	279	54,2	170	31,1
70-74	525	77,0	301	93,7	224	62,1	680	95,6	387	114,9	293	78,2	552	74,4	321	91,0	231	59,4	518	67,4	312	85,3	206	51,2	549	69,2	328	86,7	221	53,2
75 Y +	2963	273,0	1443	297,9	1520	253,0	2202	192,9	1001	197,1	1201	189,4	2981	252,2	1468	280,5	513	229,7	3162	258,0	1516	280,3	1646	240,4	3175	249,5	1509	269,3	1666	233,9
Ignorado																			2	2	0		0	0	0	0	0	0	0	0

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

Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades cardiovasculares (CIE X I 00-I 52), representan el 71,82%. Para en el año 2011 se registran 3938 muertes por estas enfermedades, lo cual evidencia un ligera disminución de 1,45% del

total de estas muertes con respecto al año anterior. Sin embargo, la tasa ajustada más bien presenta un leve descenso, lo que se refleja en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 14
Mortalidad por cardiovasculares según año. Costa Rica 2000-2011*
 (tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*Cifras preliminares

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

En cuanto a las causas de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el año 2011, el primer lugar lo ocupan las enfermedades isquémicas del corazón con 2507 muertes y una tasa de 5,4 por diez mil

habitantes, seguido de las enfermedades cerebrovasculares y, en tercer lugar, la enfermedad hipertensiva, tal como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 16
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según causa específica. Costa Rica 2011
 (tasa por 10.000 habitantes)

CAUSAS	N°	TASA
TOTAL PAÍS	5483	11,9
ENF.REUMATICA AGUDA	1	0,0
ENF.CARDIACA REUMATICA CRONICA	38	0,1
ENF. HIPERTENSIVAS	710	1,5
ENF.ISQUEMICA DEL CORAZON	2507	5,4
ENF.CARDIOPULMONAR Y ENF. DE LA CIRCULACION PULMONAR	72	0,2
OTRAS FORMAS ENF. DEL CORAZON	610	1,3
ENF. CEREBROVASCULARES	1238	2,7
ENF. ARTERIAS, ARTERIOLAS Y DE LOS VASOS CAPILARES	197	0,4
ENF. VENAS Y DE LOS VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS, NCOP.	86	0,2
OTROS TRASTORNOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	24	0,05

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

El 56,32% de las muertes corresponden al sexo masculino. En el siguiente cuadro se presenta la mortalidad por enfermedades cardiovasculares según grupo de edad y sexo

para el período 2007-2011. Al igual que las enfermedades del sistema circulatorio, no se evidencian cambios significativos en el último quinquenio:

Cuadro N° 17
Mortalidad por enfermedades cardio-vasculares según grupos de edad y sexo.
Costa Rica 2007- 2011
(tasa por 10.000 habitantes)

GRUPOS DE EDAD	2007			2008			2009			2010			2011																	
	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.															
	N°	TASA																												
TOTAL	3721	8,3	2070	9,1	1651	7,5	3813	8,6	2177	9,6	1636	7,5	3965	8,8	2278	10,0	1687	7,6	3996	8,8	2202	9,5	1794	8,0	3938	8,5	2218	19,5	1720	7,6
0-4	15	0,4	8	0,4	7	0,4	21	0,6	15	0,8	6	0,3	23	0,6	14	1,0	9	0,7	17	0,5	12	0,7	5	0,3	13	0,4	10	0,6	3	0,2
5-9	1	0,0	0	0,0	1	0,1	3	0,1	1	0,1	2	0,1	3	0,1	2	0,1	1	0,1	3	0,1	1	0,1	2	0,1	2	0,1	0	0,0	2	0,1
10-14	3	0,1	2	0,1	1	0,0	8	0,2	3	0,1	5	0,2	2	0,0	2	0,1	0	0,0	5	0,1	2	0,1	3	0,2	4	0,1	4	0,2	0	0,0
15-19	4	0,1	2	0,1	2	0,1	8	0,2	6	0,3	2	0,1	15	0,3	9	0,4	6	0,3	6	0,1	6	0,3	0	0,0	5	0,1	4	0,2	1	0,05
20-24	8	0,2	6	0,3	2	0,1	16	0,4	11	0,5	5	0,2	15	0,3	9	0,4	6	0,3	12	0,3	8	0,4	4	0,2	9	0,2	7	0,3	2	0,1
25-29	9	0,2	7	0,3	2	0,1	19	0,5	13	0,7	6	0,3	27	0,7	19	0,9	8	0,4	24	0,6	16	0,8	8	0,4	13	0,3	10	0,5	3	0,1
30-34	21	0,6	15	0,9	6	0,4	34	1,0	21	1,2	13	0,8	23	0,7	15	0,8	8	0,5	26	0,7	17	0,9	9	0,5	13	0,3	10	0,5	3	0,2
35-39	32	1,0	24	1,5	8	0,5	52	1,7	40	2,6	12	0,8	46	1,5	32	2,0	14	0,9	32	1,0	26	1,6	6	0,4	34	1,1	24	1,5	10	0,6
40-44	50	1,6	31	1,9	19	1,2	103	3,3	78	4,9	25	1,6	66	2,1	46	2,9	20	1,3	73	2,3	50	3,2	23	1,5	74	2,4	56	3,6	18	1,2
45-49	110	4,0	75	5,3	35	2,6	158	5,6	115	8,0	43	3,1	119	4,1	86	5,8	33	2,3	103	3,4	68	4,5	35	2,4	106	3,5	75	4,9	31	2,1
50-54	148	6,8	101	9,1	47	4,3	242	10,6	167	14,5	75	6,6	154	6,4	118	9,8	36	3,0	183	7,3	133	10,5	50	4,0	198	7,6	148	11,3	50	3,9
55-59	187	11,6	126	15,6	61	7,5	231	13,5	140	16,4	91	10,6	231	12,8	149	16,5	82	9,1	235	12,3	149	15,6	86	9,0	228	11,3	153	15,1	75	7,4
60-64	243	20,5	169	28,9	74	12,3	347	27,8	237	38,5	110	17,4	295	22,3	209	32,0	86	12,9	298	21,3	206	29,8	92	13,0	281	19,0	181	24,8	100	13,4
65-69	337	37,5	200	45,8	137	29,7	449	48,6	267	59,5	182	38,2	353	36,7	233	49,9	120	24,2	346	34,2	218	44,5	128	24,6	347	32,7	222	43,1	125	22,9
70-74	397	58,2	228	71,0	169	46,8	519	73,0	308	91,4	211	56,3	421	56,8	250	70,8	171	44,0	363	47,3	217	59,3	146	36,3	394	49,6	237	62,6	157	37,8
75 Y +	2156	198,7	1076	222,1	1080	179,8	1603	140,4	755	148,7	848	133,8	2170	183,6	1083	206,9	1087	165,0	2269	185,1	1072	198,2	1197	174,8	2217	174,2	1077	192,2	1140	160,1
Ignorado													2		2		0		1		1		0							

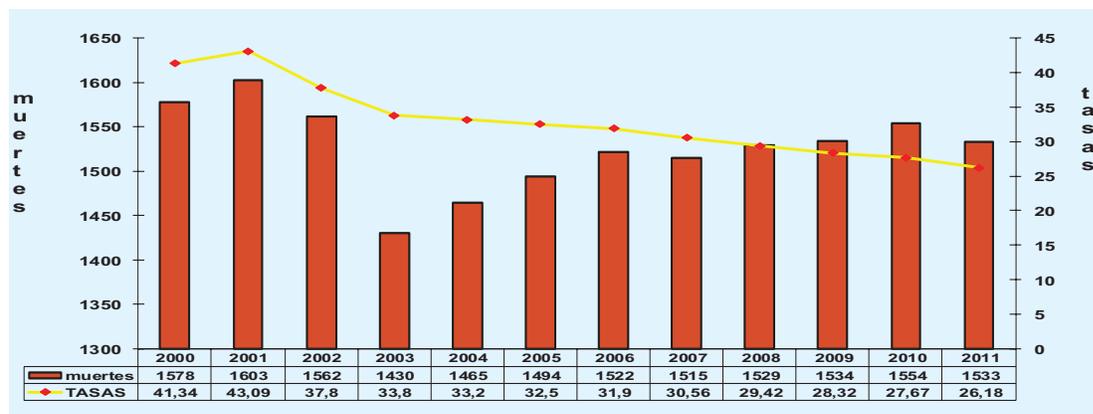
Fuente: INEC- Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

Mortalidad por infarto agudo del miocardio

La mortalidad por infarto agudo del miocardio representa el 38,9% de las enfermedades cardiovasculares. En el año 2011 hubo un total de 1533 muertes para una tasa ajustada

de 26,18 por 100.000 habitantes, lo que representa una reducción de 1,35% de los casos con respecto al año anterior. El 60,47% de las muertes corresponden al sexo masculino. A continuación se presenta la tendencia de la mortalidad del período 2000 al 2011.

Gráfico N° 15
Mortalidad por infartos según año . Costa Rica 2000-2011*
(tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*Cifras preliminares

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

Al desglosar las muertes por grupos de edad y sexo, se observa que el 60,47% de las muertes por infarto corresponden al sexo masculino.

La mortalidad se incrementa con la edad. Se

empiezan a reportar casos en los grupos de 15 a 19, pero son poco frecuentes antes de los 35 años. El 93% de las muertes por esta causa corresponde a mayores de 50 años.

Cuadro N° 18
Mortalidad por infarto agudo del miocardio según grupos de edad y sexo.
Costa Rica 2007- 2011
(tasa por 10.000 habitantes)

GRUPOS DE EDAD	2007						2008						2009						2010						2011								
	TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.		TOTAL		MASC.		FEM.				
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA			
TOTAL	1515	3,4	940	4,1	575	2,6	1529	3,4	919	4,1	610	2,8	587	1,3	29	4,3	558	2,5	1554	3,4	941	4,1	613	2,7	1533	3,3	927	4,0	606	2,7			
0-4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
5-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
10-14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
15-19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,04	1	0,05	2	0,0	2	0,1	0	0,0	3	0,1	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
20-24	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1	0	0,0	4	0,2	1	0,0	1	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,04	1	0,05	1	0,05	
25-29	3	0,1	2	0,1	1	0,1	2	0,1	1	0,1	1	0,1	7	0,2	5	0,2	2	0,1	6	0,1	3	0,1	3	0,2	1	0,0	1	0,05	0	0,0	0	0,0	
30-34	6	0,2	5	0,3	1	0,1	5	0,1	4	0,2	1	0,1	2	0,1	2	0,3	0	0,0	6	0,2	4	0,2	2	0,1	6	0,2	5	0,3	1	0,1	1	0,1	
35-39	15	0,5	13	0,8	2	0,1	10	0,3	8	0,5	2	0,1	6	0,2	2	0,9	4	0,3	14	0,4	11	0,7	3	0,2	14	0,4	9	0,6	5	0,3	5	0,3	
40-44	16	0,5	11	0,7	5	0,3	21	0,7	17	1,1	4	0,3	9	0,3	2	1,1	7	0,5	26	0,8	15	0,9	11	0,7	33	1,1	27	1,7	6	0,4	6	0,4	
45-49	46	1,7	38	2,7	8	0,6	55	1,9	42	2,9	13	0,9	19	0,7	2	3,2	17	1,2	45	1,5	30	2,0	15	1,0	51	1,7	39	2,5	12	0,8	12	0,8	
50-54	74	3,4	57	5,1	17	1,6	81	3,5	60	5,2	21	1,9	19	0,8	2	5,5	17	1,4	91	3,6	73	5,8	18	1,5	86	3,3	66	5,0	20	1,5	20	1,5	
55-59	104	6,4	84	10,4	20	2,5	121	7,1	94	11,0	27	3,1	43	2,4	2	9,2	41	4,5	110	5,8	70	7,3	40	4,2	123	6,1	93	9,2	30	3,0	30	3,0	
60-64	121	10,2	89	15,2	32	5,3	105	8,4	65	10,6	40	6,3	31	2,3	2	17,2	29	4,3	138	9,9	97	14,0	41	5,8	130	8,8	94	12,9	36	4,8	36	4,8	
65-69	165	18,4	102	23,4	63	13,7	171	18,5	129	28,8	42	8,8	54	5,6	2	23,1	52	10,5	190	18,8	136	27,8	54	10,4	167	15,7	108	21,0	59	10,8	59	10,8	
70-74	200	29,3	124	38,6	76	21,1	211	29,7	117	34,7	94	25,1	72	9,7	2	32,3	70	18,0	183	23,8	117	32,0	66	16,4	173	21,8	118	31,2	55	13,2	55	13,2	
75 Y +	764	70,4	414	85,5	350	58,3	744	65,2	381	75,0	363	57,3	317	26,8	2	76,2	315	47,8	740	60,4	380	70,3	360	52,6	747	58,7	366	65,3	381	53,5	381	53,5	
Ignorado							0		0		1		0		2		0		0		1		0										

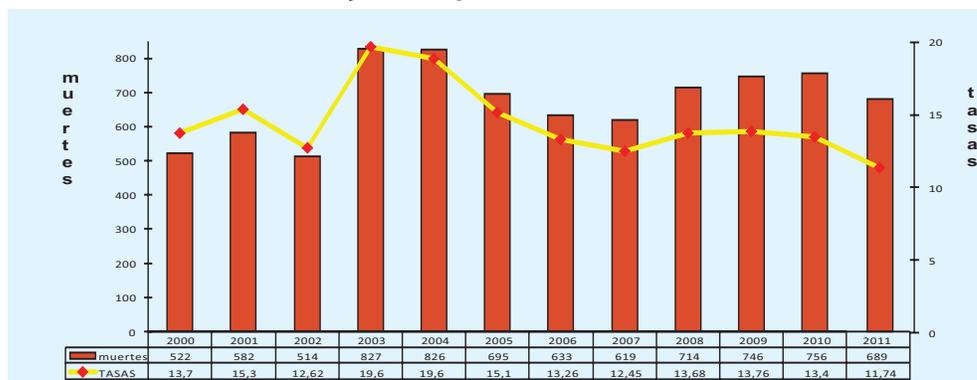
Fuente: INEC- Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

1.4.2 Mortalidad por diabetes mellitus

Aunque la diabetes mellitus no figura entre las primeras causas de mortalidad, se encuentra muy asociada con las enfermedades cardiovasculares y otras. El hecho de padecer diabetes se considera un factor de riesgo y, al mismo tiempo, una consecuencia de los estilos de vida poco saludables.

En el siguiente gráfico se muestra la tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus correspondiente al período de 2000 al 2011. En el año 2011 se registró un total de 689 defunciones con una tasa ajustada del 11,74 por 100.000 habitantes, por lo que se observa un disminución del 8,56 % de las cifras absolutas con respecto al año anterior.

Gráfico N° 16
Mortalidad por diabetes mellitus segun año. Costa Rica 2000-2011*
 (tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*Cifras preliminares

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

Con respecto al grupo de edad en que se presentan las muertes por diabetes, las personas mayores de 75 años y más presentan el 47,31% del total de casos por esta causa. El 52,10% corresponden al sexo femenino.

económico. Se observa un descenso de los homicidios y los accidentes de tránsito; pero un incremento en los suicidios: esto refleja un problema en el ámbito de la salud mental. A continuación se analizan las principales causas de mortalidad por causas externas.

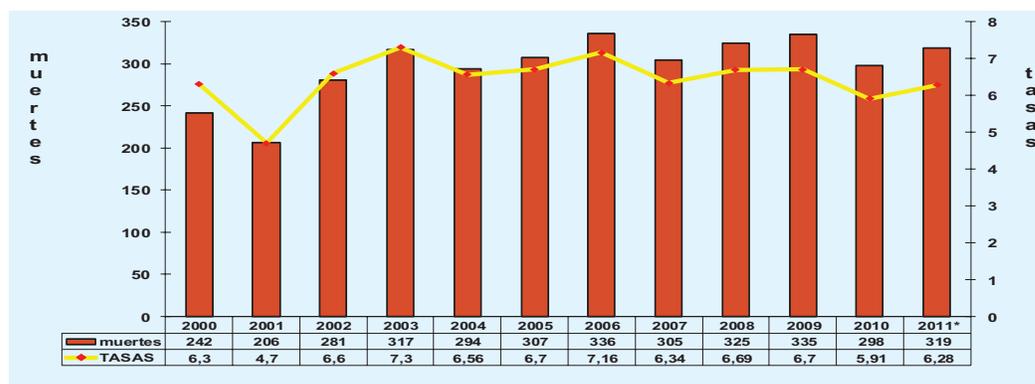
1.4.3 Mortalidad por causas externas:

Mortalidad por suicidios

Las muertes por causas externas ocupan el tercer lugar dentro de la mortalidad general, y afectan a población joven y económicamente activa, lo cual genera una magnitud importante en Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y un gran impacto social y

En el año 2011 se registró un total de 319 suicidios, para una tasa ajustada de 6,28 por 100.000 habitantes. El número de defunciones por suicidios aumentó en un 7,05% con respecto al total del año anterior. El 83,38 % de suicidios ocurrieron en hombres.

Gráfico N° 17
Mortalidad por suicidios segun año. Costa Rica 2000-2011*
 (tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*Cifras preliminares

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

El siguiente cuadro refleja la tendencia de la mortalidad por suicidios del 2007 al 2011, donde se observa que los grupos de 15 a 49 años son los de mayor peso ponderal:

Cuadro N° 19
Mortalidad por suicidios según grupos de edad y sexo. Costa Rica 2007- 2011
(Cifras absolutas)

GRUPOS DE EDAD	2007			2008			2009			2010			2011		
	Total	Masc.	Fem.												
TOTAL	305	255	50	325	286	39	335	284	51	298	257	41	319	266	49
0-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	6	4	2	3	1	2	6	1	5	4	4	0	7	5	4
15-19	25	15	10	32	24	8	23	17	6	12	11	1	29	22	6
20-24	44	33	11	50	45	5	48	41	7	34	26	8	42	29	10
25-29	33	27	6	42	37	5	47	42	5	41	36	5	41	35	6
30-34	31	26	5	25	24	1	36	30	6	45	38	7	37	35	4
35-39	37	34	3	40	33	7	32	27	5	35	29	6	33	29	2
40-44	29	26	3	27	24	3	34	29	5	35	34	1	29	22	4
45-49	35	30	5	33	31	2	33	28	5	28	23	5	21	18	5
50-54	19	19	0	27	27	0	22	22	0	20	17	3	16	16	1
55-59	19	18	1	18	16	2	20	15	5	13	12	1	19	18	2
60-64	13	10	3	7	7	0	9	9	0	11	10	1	20	16	2
65-69	5	4	1	9	8	1	10	8	2	8	6	2	10	7	1
70-74	2	2	0	5	4	1	6	6	0	3	2	1	4	4	0
75 y más	7	7	0	7	5	2	9	9	0	9	9	0	10	9	2

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

Con respecto a la provincia de residencia, la tasa más alta de suicidios en el año 2011 se registró en Puntarenas con 11,7 por 100.000 habitantes, seguida por Guanacaste con una tasa de 10,3. La provincia con la menor tasa es Limón con 6,0.

Cuadro N° 20
Mortalidad por suicidios según provincia de residencia, Costa Rica 2011
(tasa por 100.000 habitantes)

PROVINCIA	N°	TASA
COSTA RICA	319	6,9
SAN JOSÉ	102	6,2
ALAJUELA	55	6,3
CARTAGO	34	6,6
HEREDIA	28	6,1
GUANACASTE	29	10,3
PUNTARENAS	43	11,7
LIMÓN	27	6,0

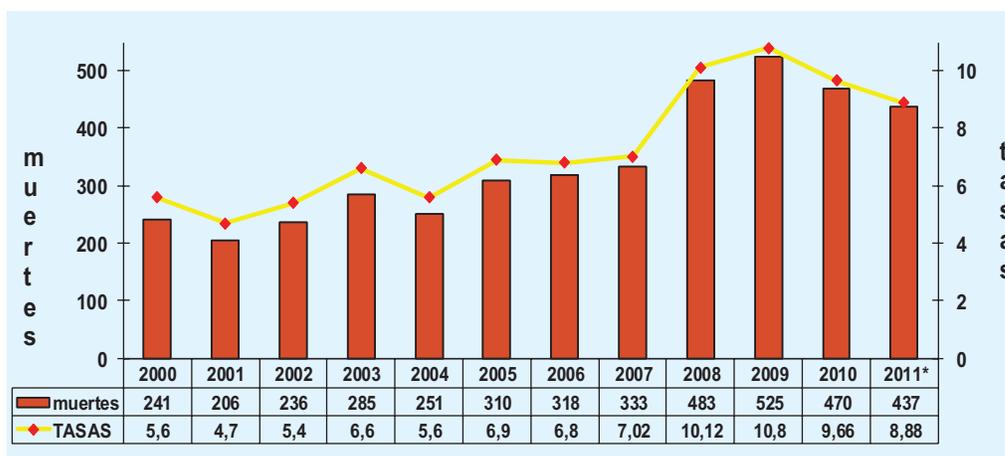
Fuente: INEC- Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

Mortalidad por Homicidios

En el año 2011 se registró un total de 437 muertes con una tasa ajustada de 8,88 por

100.000 habitantes. Esto representa una disminución del 7,02% en el total de estas muertes comparada con el año anterior, lo que se refleja en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 18
Mortalidad por homicidios según año . Costa Rica 2000-2011*
 (tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*Cifras preliminares

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

Del total de eventos 376 homicidios fueron de hombres, lo que representa un 86,04% para el sexo masculino. El mayor porcentaje, tanto en hombres como en mujeres, se encuentra entre las edades de 15 a 54 años.

Cuadro N° 21
Mortalidad por homicidios según grupos de edad y sexo. Costa Rica 2007- 2011
 (Cifras absolutas)

GRUPOS DE EDAD	2007			2008			2009			2010			2011		
	Total	Masc.	Fem.												
TOTAL	333	296	37	483	430	53	525	469	56	470	424	46	437	376	61
0-4	2	0	2	2	2	0	3	1	2	11	4	7	7	4	3
5-9	0	0	0	1	1	0	3	1	2	1	0	1	2	0	2
10-14	1	1	0	4	1	3	3	1	2	5	2	3	5	1	4
15-19	33	28	5	39	33	6	60	55	5	41	40	1	53	45	8
20-24	52	46	6	108	97	11	84	75	9	85	78	7	74	67	7
25-29	62	58	4	85	75	10	95	87	8	74	69	5	62	54	8
30-34	45	40	5	62	58	4	64	58	6	61	58	3	61	50	11
35-39	37	32	5	41	33	8	48	44	4	57	52	5	39	36	3
40-44	38	34	4	51	44	7	37	32	5	34	33	1	40	37	3
45-49	20	17	3	26	25	1	36	34	2	24	20	4	31	26	5
50-54	20	18	2	18	17	1	27	25	2	27	26	1	15	15	0
55-59	9	9	0	19	18	1	22	21	1	13	10	3	11	11	0
60-64	5	5	0	11	11	0	8	7	1	9	7	2	13	10	3
65-69	5	4	1	6	6	0	13	8	5	11	10	1	7	5	2
70-74	0	0	0	4	4	0	9	8	1	3	2	1	9	8	1
75 y más	4	4	0	6	5	1	13	12	1	14	13	1	8	7	1

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

La provincia de Limón es la que registró en el año 2011 la tasa más alta de homicidios con una tasa de 22,4 por 100.000 habitantes, seguida por Puntarenas con 15,2. La provincia

que tiene la menor tasa es Cartago con 4,3 por 100.000 habitantes, lo que se refleja en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 22
Mortalidad por homicidios según provincia, Costa Rica 2011
(Tasa por 100.000 habitantes)

PROVINCIA	N°	TASA
COSTA RICA	437	9,5
SAN JOSÉ	167	10,1
ALAJUELA	41	4,6
CARTAGO	22	4,3
HEREDIA	31	6,8
GUANACASTE	19	6,8
PUNTARENAS	56	15,2
LIMÓN	101	22,4

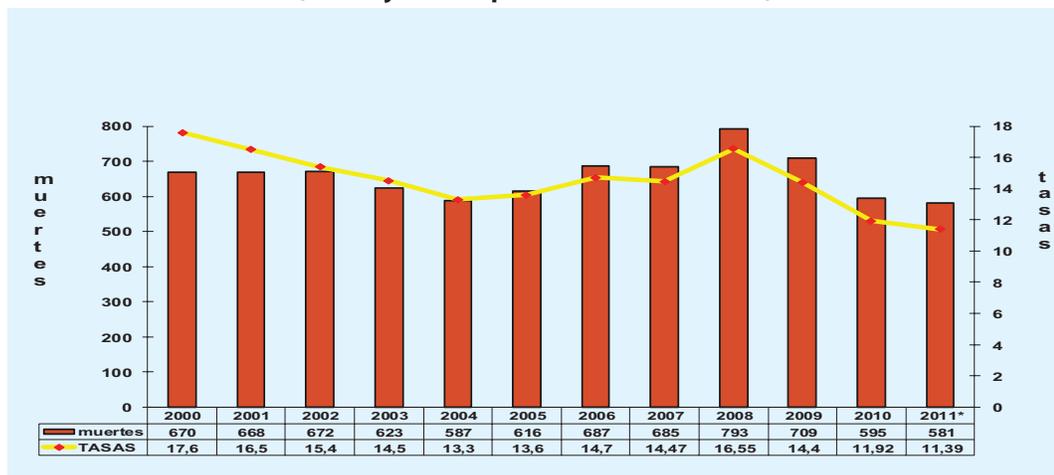
Fuente: INEC- Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

Mortalidad por accidentes de tránsito

Los accidentes de tránsito son una de las causas de muerte más importantes en el país y, como se ha visto, una de las que mayor impacto tiene sobre la carga de enfermedad. En este apartado desglosamos la mortalidad por estos accidentes de tránsito, datos tomados de la base de datos del INEC.

En el 2011 fallecieron 581 personas por accidentes de tránsito, lo que significa una tasa de 11,39 por 100.000 habitantes y que, además, representa un 3,09% de las muertes totales. El número de muertes por esta causa disminuyó en 2,52% con respecto al año anterior. A continuación se muestra el gráfico sobre la tendencia de la mortalidad ajustada por accidentes de tránsito de los años 2000 al 2011.

Gráfico N° 19
Mortalidad por accidentes de tránsito según año. Costa Rica 2000-2011*
(tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*Cifras preliminares

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

Con respecto al sexo, el 79,69% del total de muertes por esta causa corresponde al masculino.

De acuerdo con el grupo de edad, el 50,09% de las muertes por accidentes de tránsito en el año 2011, ocurrieron en personas de 15 a 64 años, lo que se aprecia en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 23
Mortalidad por accidentes de tránsito según grupos de edad y sexo. Costa Rica 2007- 2011
(Cifras absolutas)

GRUPOS DE EDAD	2007			2008			2009			2010			2011		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
TOTAL	685	569	116	793	679	114	709	593	116	595	509	86	581	463	118
0-4	15	8	7	7	4	3	8	5	3	10	5	5	18	7	11
5-9	11	6	5	14	8	6	11	8	3	5	2	3	6	4	2
10-14	13	9	4	16	11	5	12	8	4	10	8	2	11	8	3
15-19	74	62	12	64	51	13	56	48	8	47	36	11	44	32	12
20-24	83	65	18	111	94	17	104	92	12	87	78	9	61	45	16
25-29	78	70	8	88	78	10	77	66	11	73	64	9	69	60	9
30-34	61	56	5	79	70	9	76	67	9	59	51	8	65	52	13
35-39	60	50	10	70	64	6	54	45	9	52	43	9	43	38	5
40-44	57	48	9	70	61	9	49	44	5	42	37	5	53	48	5
45-49	47	40	7	56	47	9	58	45	13	46	40	6	55	43	12
50-54	42	36	6	44	38	6	53	44	9	37	34	3	47	43	4
55-59	30	23	7	47	43	4	40	34	6	27	25	2	33	24	9
60-64	35	30	5	31	26	5	31	25	6	25	24	1	24	21	3
65-69	20	16	4	27	26	1	27	23	4	18	15	3	16	11	5
70-74	21	18	3	29	24	5	21	13	8	26	20	6	9	6	3
75 y más	38	32	6	40	34	6	32	26	6	31	27	4	27	21	6

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

Con respecto a la mortalidad por **provincias de residencia**, la mayor tasa de mortalidad se registra en Puntarenas con una tasa de 25,0

por 100.000 habitantes. Le sigue Guanacaste con una tasa de 20,7.

Cuadro N° 24
Mortalidad por accidentes de tránsito según provincia de residencia, Costa Rica 2011
(Tasa por 100.000 habitantes)

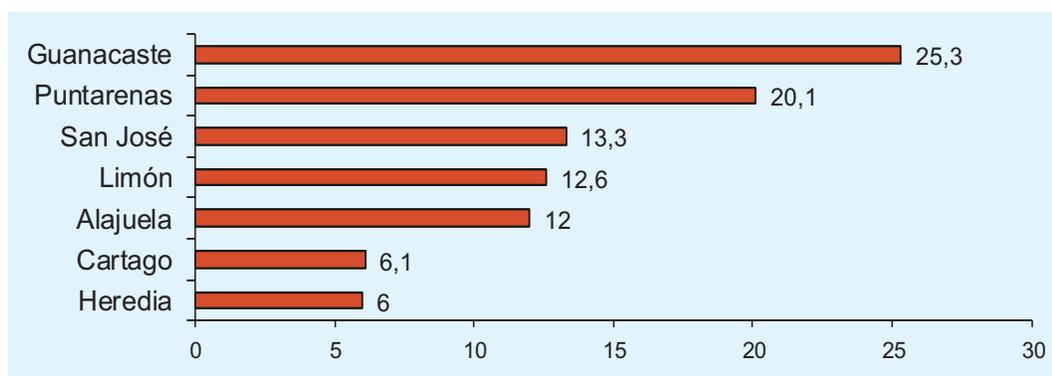
PROVINCIA	N°	TASA
COSTA RICA	581	12.6
SAN JOSÉ	150	9,0
ALAJUELA	126	14,2
CARTAGO	40	7,8
HEREDIA	45	9,9
GUANACASTE	58	20,7
PUNTARENAS	92	25,0
LIMÓN	70	15,5

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

Con respecto a la **provincia de ocurrencia**, las muertes por accidentes de tránsito ocurren en primer lugar en Guanacaste con una tasa de 25,3 por 100.000 habitantes, seguido por

Puntarenas con 20,1. La provincia donde ocurren menos muertes es Heredia con una tasa de 6,0.

Gráfico N° 20
Mortalidad por accidentes de tránsito según provincia de ocurrencia. Costa Rica 2011*
(tasa por 100.000 habitantes)



*Cifras preliminares

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

1.4.4 Mortalidad por Tumores Malignos

La mortalidad por neoplasias malignas ocupa el segundo lugar después de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. A continuación se encuentra el comportamiento de las neoplasias más frecuentes para hombres y mujeres.

Incidencia y mortalidad más frecuentes en hombres

De acuerdo a la incidencia, el cáncer más diagnosticado entre los hombres durante la última década fue el cáncer de próstata, seguido por el de piel, estómago, pulmón y colon. El cáncer de próstata, entre el 2003 y 2005, presentó una disminución en la incidencia al pasar la tasa de 58,43 a 52,82 por cada 100.000 hombres. Este decrecimiento se revierte y vuelve a presentar una tendencia creciente entre el 2005 y el 2008, pues la tasa ajustada asciende de 52,82 a 58,07 por 100.000 hombres.

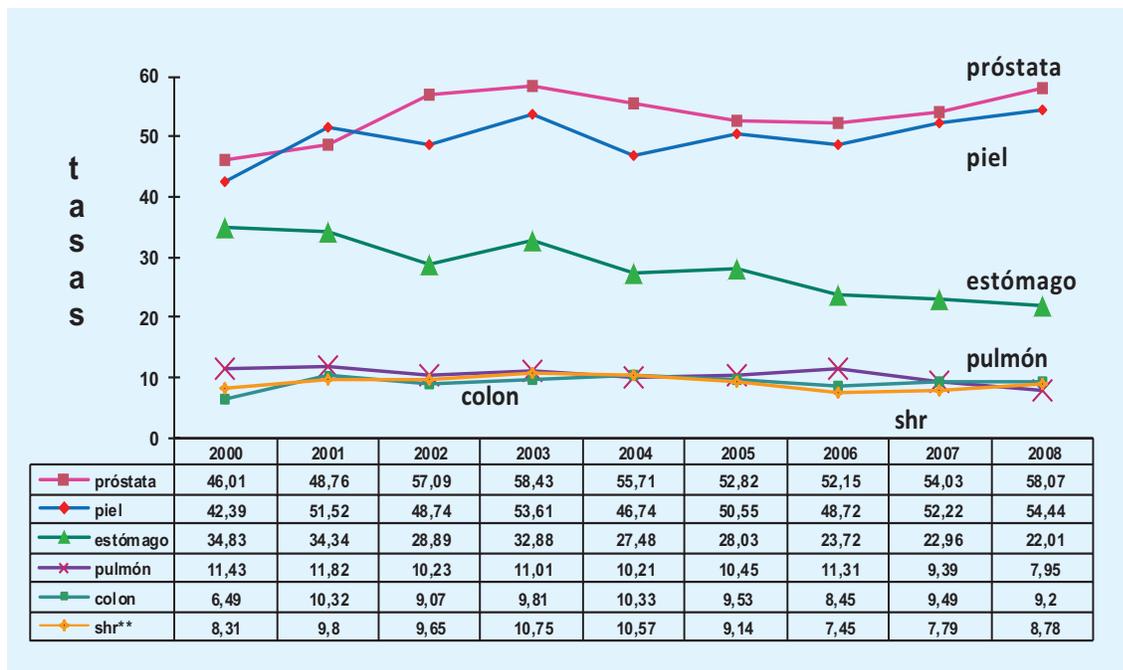
El cáncer de piel también presenta una tendencia creciente en los últimos cinco años; pero a diferencia de los otros tumores, su impacto en mortalidad es bajo. En el año 2008 registró una tasa ajustada de 54,44 por 100.000 hombres.

Con respecto al cáncer de colon -que parecía haber iniciado una tendencia decreciente del 2005 al 2008- presentó en el 2008 una tasa similar al año anterior con una tasa ajustada de 9,2 por 100.000 hombres, lo cual refleja que el rango de oscilación de las tasas ajustadas en este período son pequeñas.

En cuanto al cáncer de estómago, presenta una tendencia descendente sostenida desde el 2004. Pasó de una tasa ajustada de 27,48 a 22,01 por cada 100.000 hombres en el año 2008.

El siguiente gráfico muestra el comportamiento de la incidencia a partir del año 2000 hasta el año 2008.

Gráfico N° 21
Incidencia por tumores malignos más frecuentes en hombres según año. Costa Rica 2000-2008*
 (tasa por 100.000 habitantes)



*Cifras preliminares

SHR= Sistema Hematopoyético y Reticuloendotelial

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

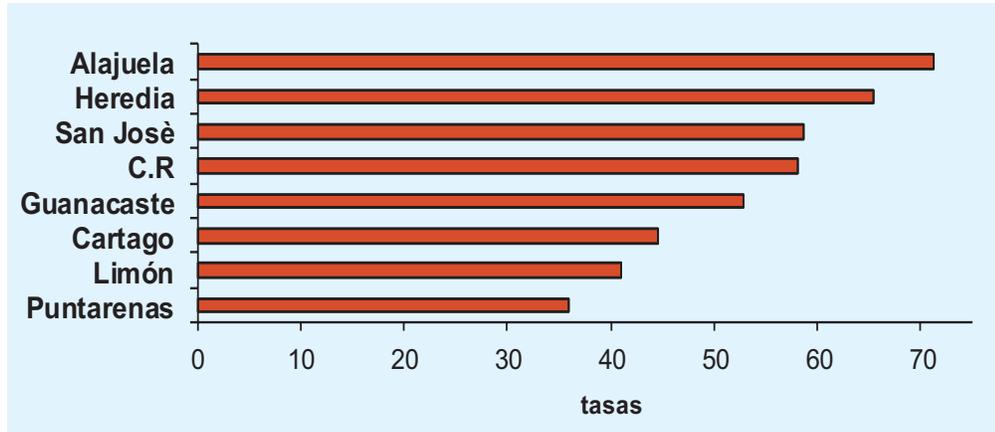
Al analizar la distribución geográfica de la incidencia del cáncer de próstata en el año 2008, se observa que la provincia de Alajuela es la que tiene la mayor incidencia, con una tasa ajustada de 71,28 por 100.000 hombres, seguida de la provincia de Heredia, con 65,46. La provincia con menor incidencia es Puntarenas con 35,96 por 100.000 hombres.

El incremento de esta incidencia puede estar relacionado a diversos factores como:

envejecimiento de la población, mejoras en las técnicas diagnósticas, programas de detección precoz y una mayor información a la población. Sin embargo, aún es necesario incrementar el número de hombres que se realizan periódicamente el tacto rectal.

Se requieren realizar estudios que permitan la explicación de la distribución geográfica de este cáncer, ya que son múltiples los factores de riesgo identificados.

Gráfico N° 22
Incidencia de cáncer de próstata según provincia. Costa Rica 2008 *
 (tasa ajustada por 100.000 hombres)



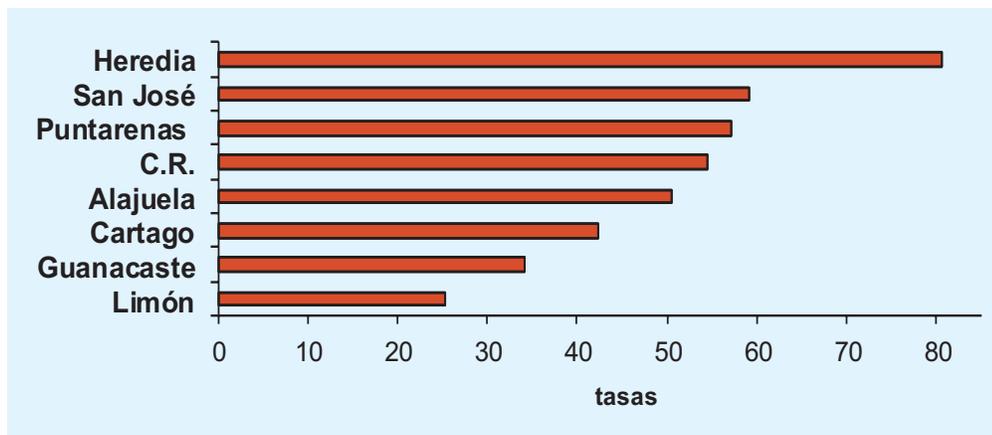
*Cifras preliminares

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

En cuanto a la incidencia de piel en hombres en el 2008, Heredia tiene la mayor tasa ajustada con 80,72 por cada 100.000 hombres, seguido de San José con 59,28 y en tercer lugar Puntarenas con 57,08. La menor

tasa la presentó Limón con 25,17 por 100.000 varones. Lo anterior podría estar relacionado con factores de riesgo como tener piel blanca, la dosis y tiempo de exposición, el uso de bloqueadores entre otros.

Gráfico N° 23
Incidencia de cáncer de piel según provincia. Costa Rica 2008 *
 (tasa ajustada por 100.000 hombres)



*Cifras preliminares

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

Al analizar la distribución geográfica del cáncer de estómago en hombres, se encuentra que para el año 2008 Cartago presenta la mayor

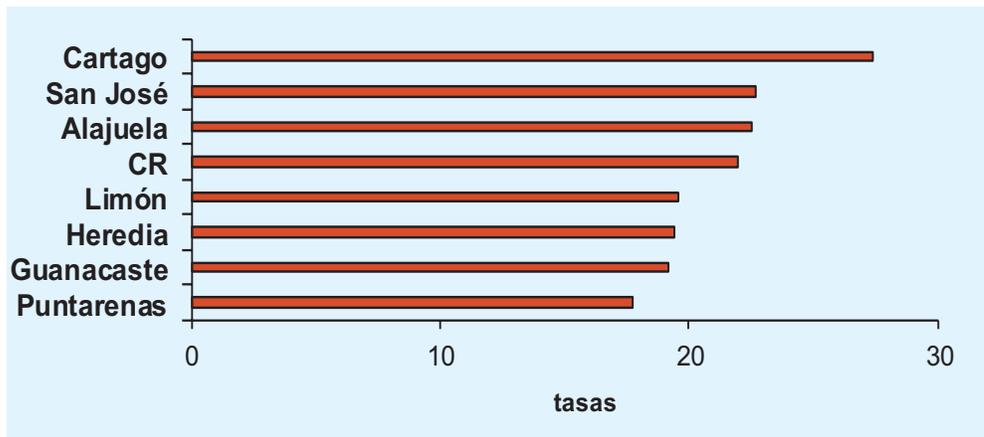
incidencia, con una tasa ajustada de 27,42 por 100.000 hombres, seguida por San José con 22,67 y en tercer lugar Alajuela con una tasa

de 22,51. La provincia que tiene la menor tasa es Puntarenas con 17,73.

Los hábitos de alimentación -como el consumo de alimentos curados con sal, bebidas con nitratos y nitritos, consumo

excesivo de alimentos en vinagre-, consumo de alcohol, fumado y baja ingesta de frutas; así como suelos con altas concentraciones de zinc y pH elevado y la infección con *Helicobacter pylori*, se han identificado como factores de riesgo para este tipo de cáncer.

Gráfico N° 24
Incidencia de cáncer de estómago según provincia. Costa Rica 2008 *
 (tasa ajustada por 100.000 hombres)



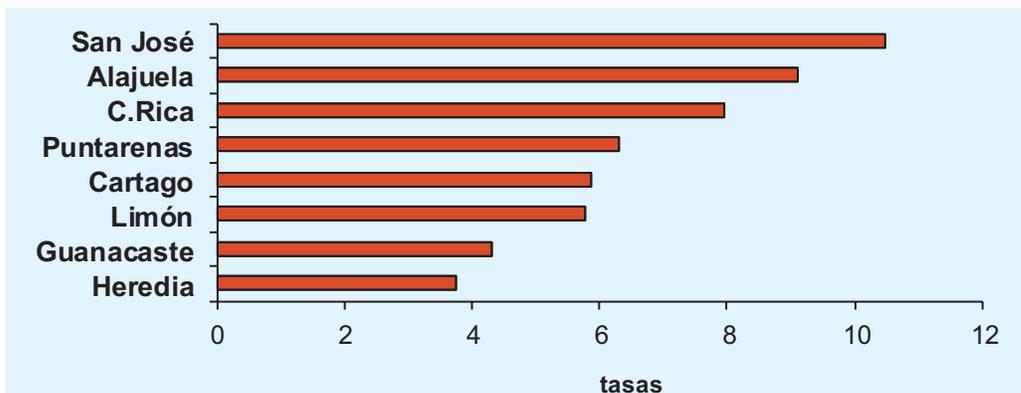
*Cifras preliminares

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

Con relación a la incidencia del cáncer de pulmón en el año 2008, en los hombres, de acuerdo con la zona geográfica, la provincia de San José presenta la mayor tasa de incidencia con una tasa ajustada de 10,47,

seguido de Alajuela con 9,11 y en tercer lugar Puntarenas con una 6,29. La menor tasa la registra Heredia con una tasa ajustada de 3,76 por 100.000 hombres.

Gráfico N° 25
Incidencia de cáncer de pulmón según provincia. Costa Rica 2008 *
 (tasa ajustada por 100.000 hombres)



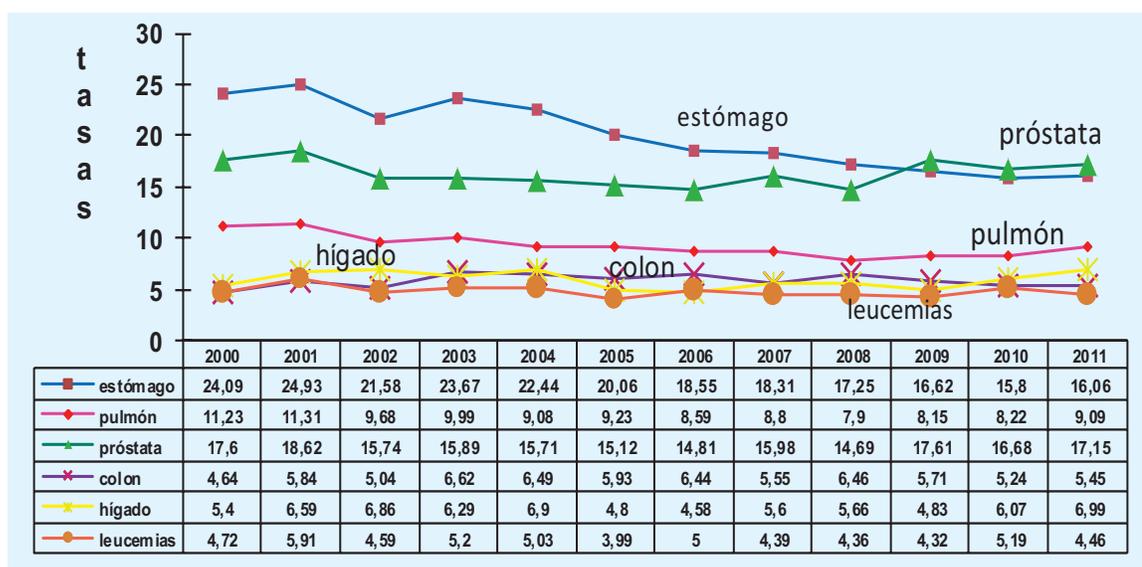
*Cifras preliminares

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

Al analizar la tendencia de la mortalidad por tipo de cáncer en varones, en el período 2000 al 2011, se observa que el cáncer de estómago -que venía ocupando el primer lugar- presenta una tendencia descendente y pasa a partir del

año 2009 a ocupar el segundo puesto. El primer lugar lo pasa a ocupar el cáncer de próstata. El cáncer de pulmón y el de hígado muestran una tendencia ascendente en los últimos 3 o 4 años

Gráfico N° 26
Incidenciapor tumores malignos más frecuentes en hombres según año. Costa Rica 2008 *
(tasa ajustada por 100.000 hombres)



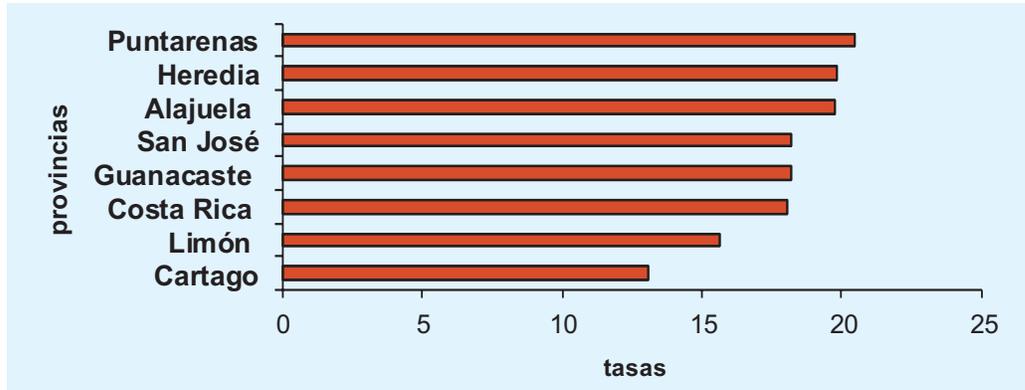
*Cifras preliminares

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

Al analizar la distribución geográfica de la mortalidad por cáncer de próstata, llama la atención que Guanacaste y Puntarenas (que presentan incidencias por debajo de la tasa ajustada nacional) presenten las tasas más altas de mortalidad. La provincia con menor tasa es la de Cartago.

Lo anterior podría estar indicando una brecha en la accesibilidad a los servicios de salud, así como en la oportunidad de tratamiento; por lo cual se hace necesario hacer un análisis sobre posibles barreras existentes.

Gráfico N° 27
Mortalidad por cáncer de próstata según provincia. Costa Rica 2008 *
 (tasa ajustada por 100.000 hombres)



*Cifras preliminares

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

Incidencia y mortalidad más frecuentes en mujeres:

Al analizar la tendencia de los tumores malignos en las mujeres en el período 2000 – 2008, se observa que el cáncer de cérvix y el de estómago muestran un comportamiento decreciente. Por el contrario, el cáncer de mama muestra una tendencia creciente en los dos últimos años; así como el de tiroides donde hubo un aumento.

De acuerdo a la incidencia durante el año

2008, el primer lugar lo ocupa el cáncer de piel con una tasa ajustada de 45,87 por 100.000 mujeres, seguido por el de mama con una tasa ajustada de 44,09 y en tercer lugar el de cérvix (incluye in situ e invasor) con 26,55. Cabe resaltar el incremento que ha tenido el cáncer de tiroides en los últimos tres años. Destaca el cuarto lugar en el 2008 con una tasa ajustada de 16,05. En quinto lugar el de estómago con 13,78, seguido por el de colon con 9,8 por 100.000 mujeres

Gráfico N° 28
Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica 2008 *
 (tasa ajustada por 100.000 mujeres)



*Cifras preliminares

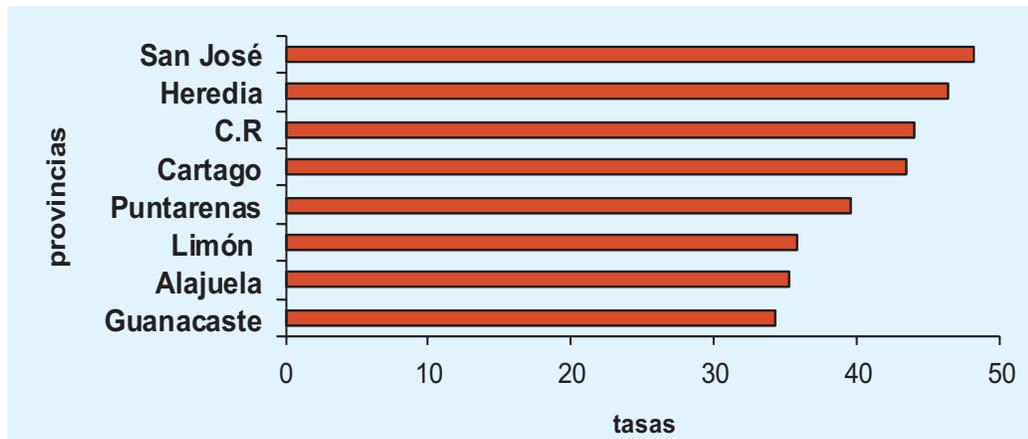
**Incluye in situ e invasor

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

Con respecto a la distribución geográfica en el año 2008 del cáncer de mama, la provincia de San José tiene la tasa ajustada más alta, 48,26 por 100.000 mujeres. Le sigue Heredia

con 46,51 y en tercer lugar Cartago con 43,47. La provincia con la tasa menor es Guanacaste con 34,40 por 100.000 mujeres.

Gráfico N° 29
Incidencia de cáncer de mama según provincia. Costa Rica 2008 *
 (tasa ajustada por 100.000 mujeres)



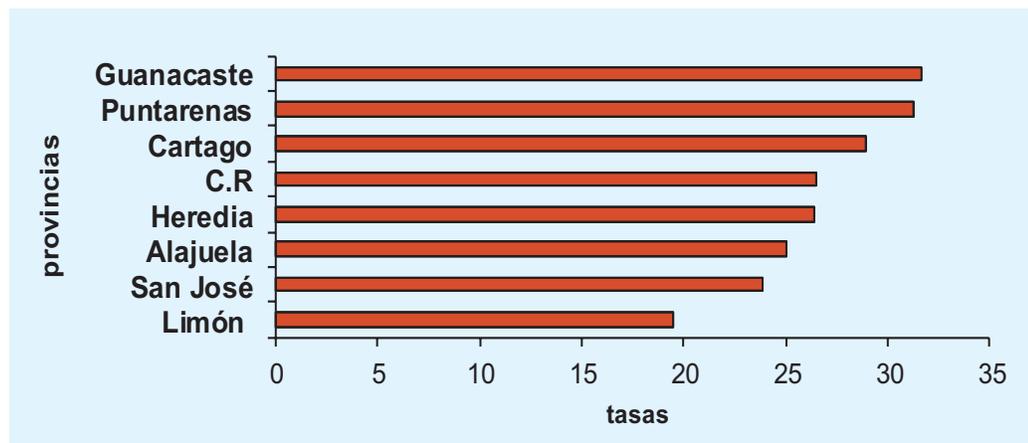
*Cifras preliminares

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

En cuanto a la distribución geográfica de la incidencia del cáncer de cérvix en este mismo año, la provincia de Guanacaste tiene la tasa ajustada más alta, 31,67 por 100.000 mujeres.

Le sigue Puntarenas con 31,32 y en tercer lugar Cartago con 28,93. La provincia con la tasa menor es Limón con 19,47 por 100.000 mujeres.

Gráfico N° 30
Incidencia de cáncer de cérvix según provincia. Costa Rica 2008 *
 (tasa ajustada por 100.000 mujeres)



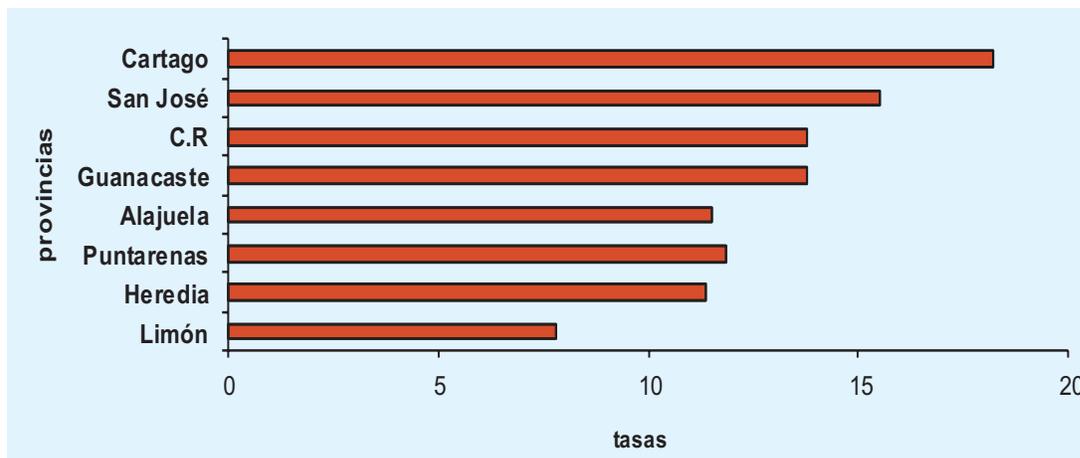
*Cifras preliminares

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

En el caso del cáncer de estómago en el 2008, la provincia con mayor incidencia sigue siendo Cartago con una tasa ajustada de 18,23, seguida por San José con 15,51 y de tercera

Guanacaste con 13,77 por 100.000 mujeres. La que presenta una menor tasa es Limón con 7,82, lo que se refleja en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 31
Incidencia de cáncer de estómago según provincia. Costa Rica 2008 *
 (tasa ajustada por 100.000 mujeres)



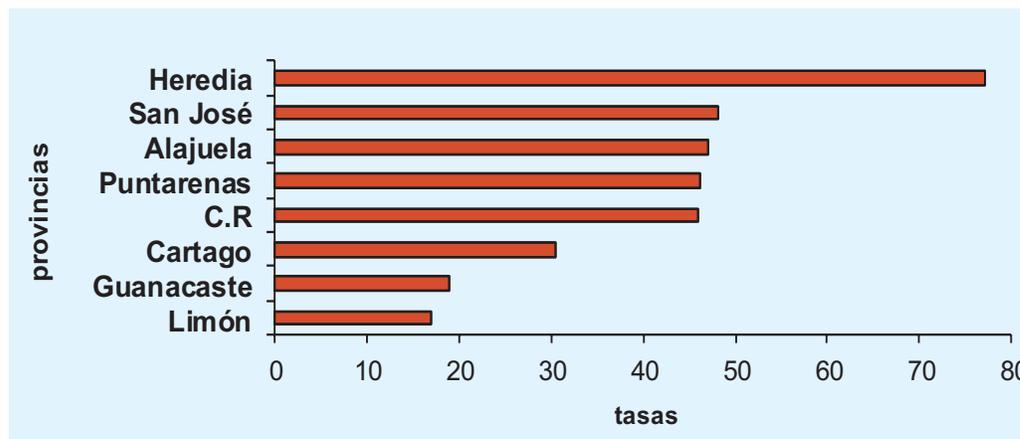
*Cifras preliminares

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

La incidencia de cáncer de piel por zona geográfica presenta la tasa mayor en Heredia para una tasa ajustada de 77,14 por 100.000 mujeres. Le sigue San José con 48,21 y de

tercera Alajuela con 46,99. La menor tasa se registra en Limón con 16,95 por 100.000 mujeres. Los mismos factores señalados para los varones son válidos en el sexo femenino.

Gráfico N° 32
Incidencia de cáncer de piel según provincia. Costa Rica 2008 *
 (tasa ajustada por 100.000 mujeres)



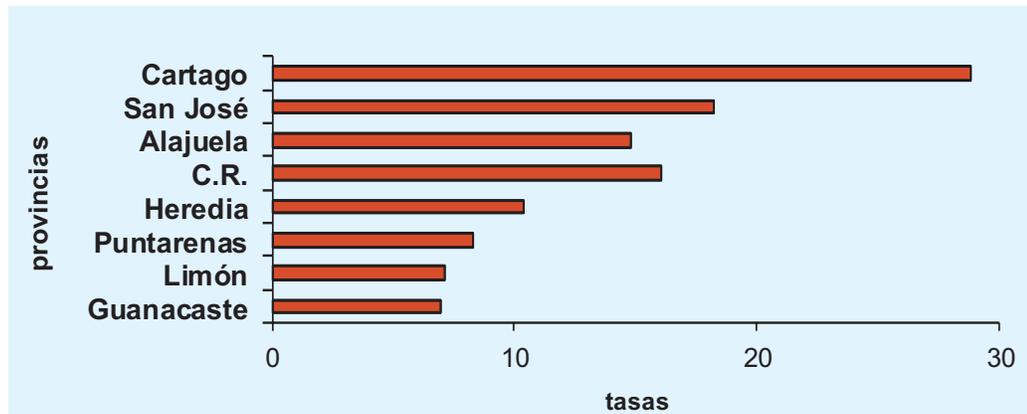
*Cifras preliminares

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

La incidencia de cáncer de tiroides por zona geográfica presenta la tasa mayor en Cartago, con una tasa ajustada de 28,88 por 100.000 mujeres. Le sigue San José con 18,25 y de

tercera Alajuela con 14,81. La menor tasa se registra en Guanacaste con 6,98 por 100.000 mujeres.

Gráfico N° 33
Incidencia de cáncer de tiroides según provincia. Costa Rica 2008 *
(tasa ajustada por 100.000 mujeres)



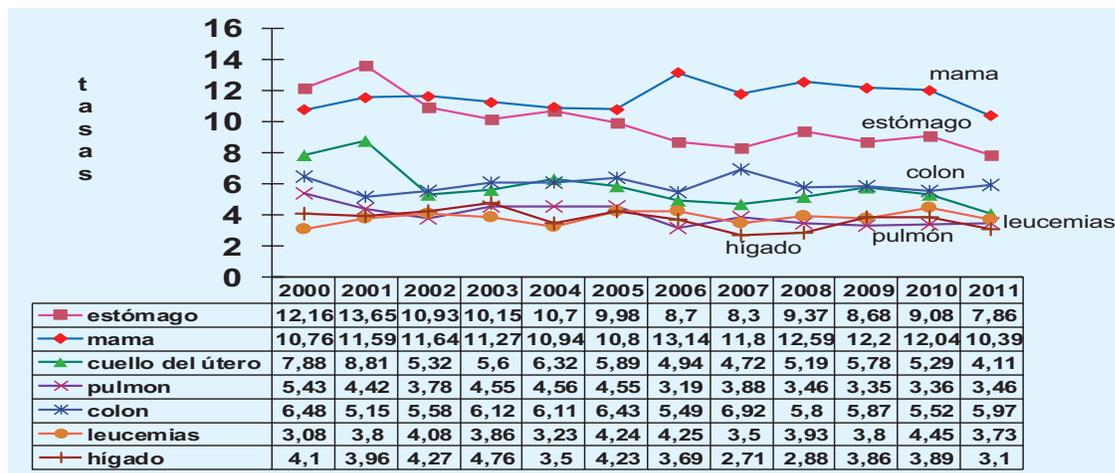
*Cifras preliminares

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

estómago con 7,86 (el cual tuvo un ligero descenso con respecto al año anterior) y de tercero el de colon con 5,97, que presenta un ligero aumento. En cuarto lugar tenemos el de cuello del útero con 4,11. En quinto lugar se encuentran las leucemias con 3,73 -las cuales presentan una ligera disminución- seguido por el de pulmón con 3,46. Cabe hacer notar que el cáncer de hígado presenta en los últimos tres años una tendencia constante, pero siempre situado en séptimo lugar.

En el caso del cáncer de cérvix, se esperaría una tendencia más elevada de la incidencia y, por otra parte, un descenso más marcado de la mortalidad, mientras que lo que se observa es un descenso de la incidencia y una pequeña disminución en la mortalidad en los dos últimos años. Al ser pequeña la disminución podría estar reflejando que los programas de detección temprana no están teniendo una cobertura efectiva y que existen problemas de acceso oportuno a los servicios de colposcopia y tratamiento.

Gráfico N° 34
Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica. 2000-2011*.
 (tasa ajustadas por 100.000 mujeres)



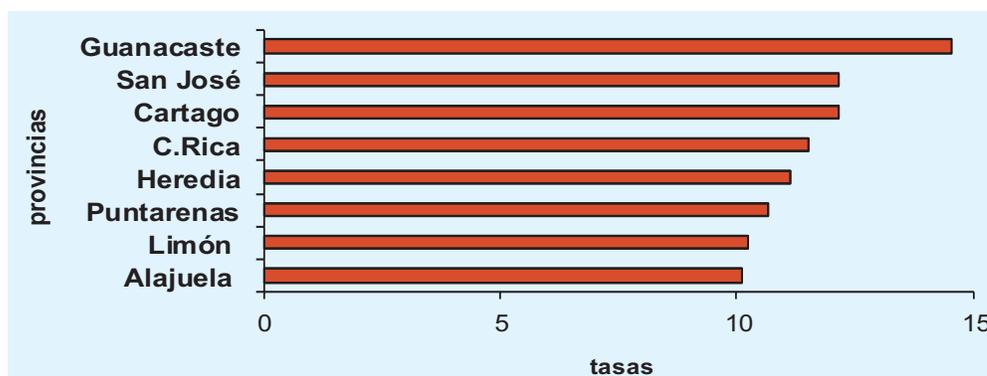
*Cifras preliminares

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

Al analizar la distribución geográfica de la mortalidad por cáncer de mama, llama la atención que Alajuela, que tiene una incidencia baja, presente la tasa de mortalidad ajustada

elevada. Esto hace necesario investigar cuáles son los posibles factores que influyen en este comportamiento. La provincia con menor tasa fue la de Limón con 9,93.

Gráfico N°35
Mortalidad por cáncer de mama según provincia. Costa Rica 2011 *
 (tasa por 100.000 mujeres)



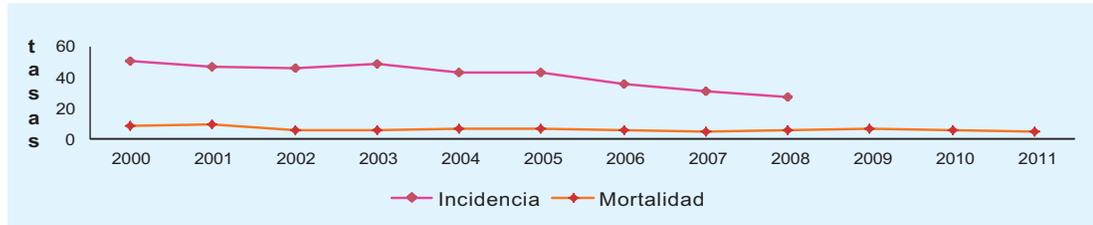
*Cifras preliminares

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

A continuación se presenta un gráfico de cáncer de cérvix del período 2000-2011, tanto de incidencia como de mortalidad, que podría reflejar que los programas de detección

temprana no están teniendo una cobertura efectiva, y que, posiblemente, existen problemas de acceso oportuno a los servicios de colposcopia y tratamiento.

Gráfico N° 36
Incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix. Costa Rica 2000-2011
 (tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



Fuente: INEC Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores

2 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

antirretroviral a toda la población infectada por el virus.

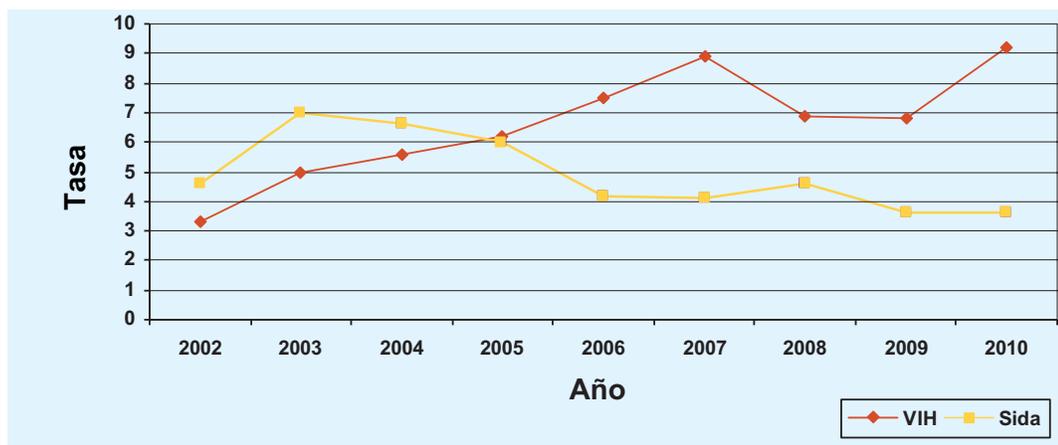
2.1 VIH y SIDA

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

Analizando los casos de VIH y SIDA para el período 2002-2010, se observó un incremento en las tasa de VIH, mientras que el SIDA muestra una tendencia a la disminución - excepto en los años 2008 y 2009- debido probablemente al efecto de sub-notificación.

Para ese período se registraron 2.620 casos de VIH (incidencia 58,5 /100.000 habitantes) y 1.937 casos de SIDA (incidencia 43,3 /100.000 habitantes).

Gráfico N° 37
Incidencia de VIH y sida por año. Costa Rica 2002-2010.
 (tasas por 100.000 habitantes)



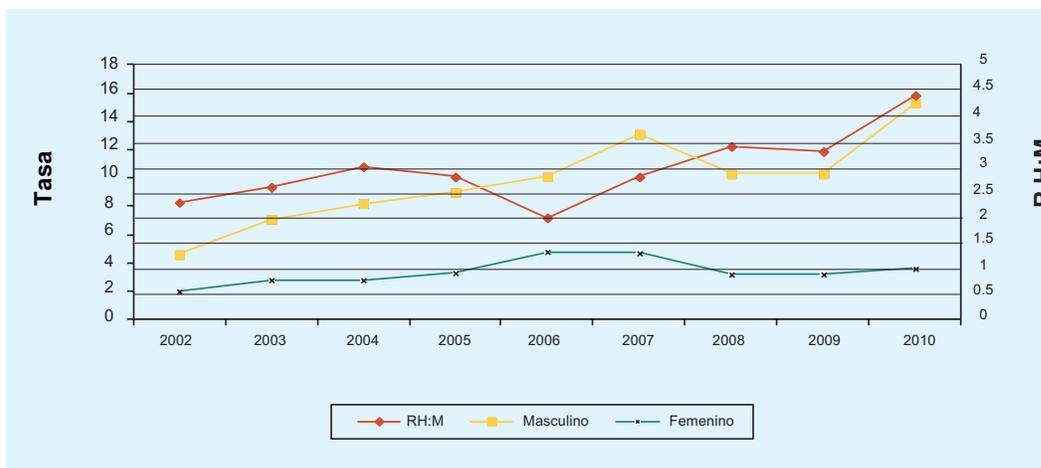
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

2.1.1 VIH

Los casos de VIH se presentan mayoritariamente en el sexo masculino (74.9%) y la razón hombre mujer para ese

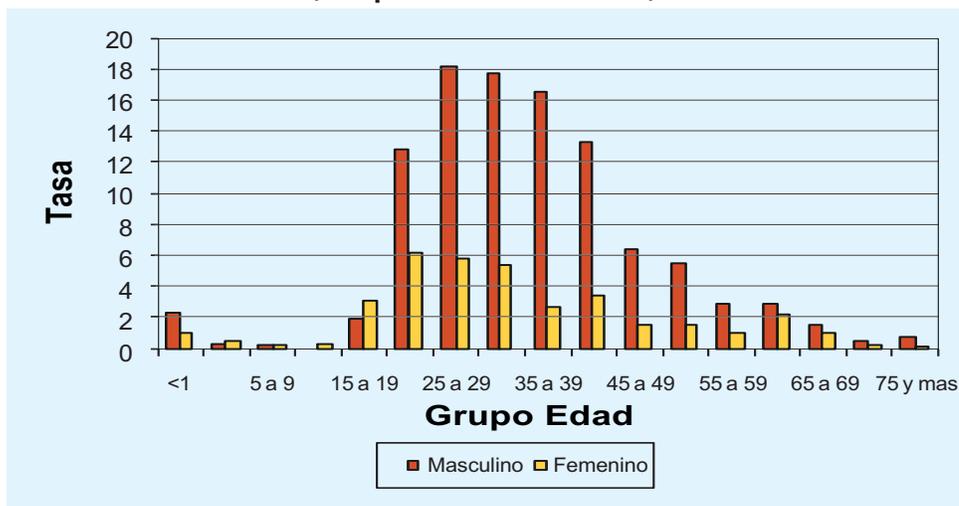
periodo fue de 4:1 (4 hombres por cada mujer). El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 49 años: 77,9% de los casos para el período.

Gráfico N° 38
Incidencia de VIH según sexo y razón de sexos. Costa Rica 2002-2010
 (tasas por 100.000 habitantes)



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

Gráfico N° 39
Tasa de incidencia de VIH por edad y sexo. Costa Rica 2002-2010.
 (tasa por 100.000 habitantes)



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

Las provincias que presentaron la mayor incidencia fueron San José, Heredia, Puntarenas y Cartago: 72,0% de los casos del país. Los cantones que presentaron las incidencias

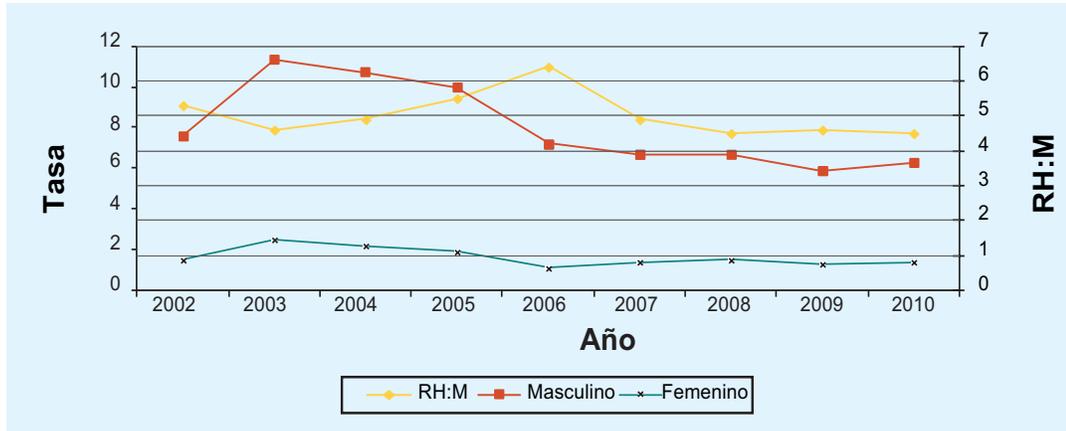
más altas fueron: San José, Montes de Oca, Tibás, Curridabat, Heredia, Goicoechea, Alajuela, Puntarenas, Desamparados, Santo Domingo: 55,5 % de los casos del país.

2.1.2 SIDA

La incidencia de casos de SIDA para el período 2002-2010 depende básicamente del sexo masculino (83,4%) y la razón hombre mujer fue de 5:1 (5 hombres por cada mujer).

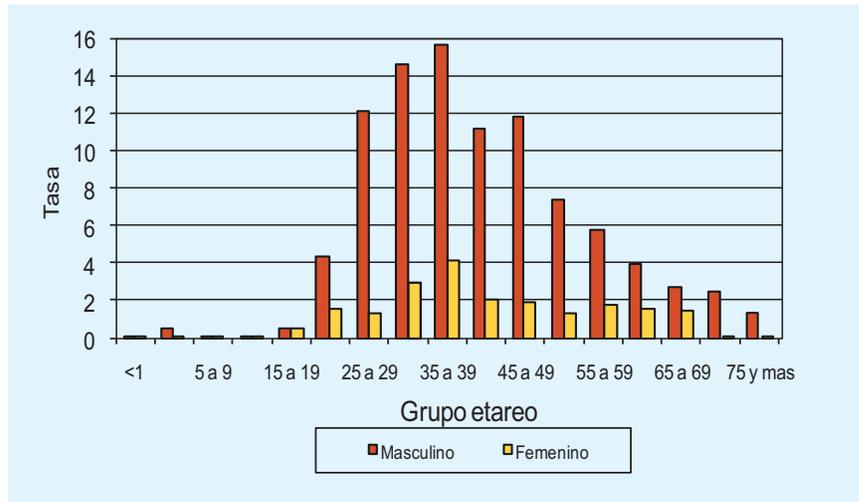
El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 54 años, con un aporte de 81,8 % de los casos para el período.

Gráfico N° 40
Incidencia de sida por sexo y razón de sexos. Costa Rica 2002-2010
 (tasas por 100.000 habitantes)



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

Gráfico N° 41
Incidencia de sida por edad y sexo. Costa Rica 2002 - 2010.
 (tasas por 100.000 habitantes)



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

Las provincias que presentaron la mayor incidencia fueron San José, Heredia, Cartago y Guanacaste, con un aporte del 77,9% de los casos del país.

Los cantones que presentaron las incidencias más altas fueron: Montes de Oca, San José, Flores, Tibás, Curridabat, Goicoechea, Heredia, Barva, Puntarenas, Santo Domingo y Escazú: 51,1 % de los casos del país.

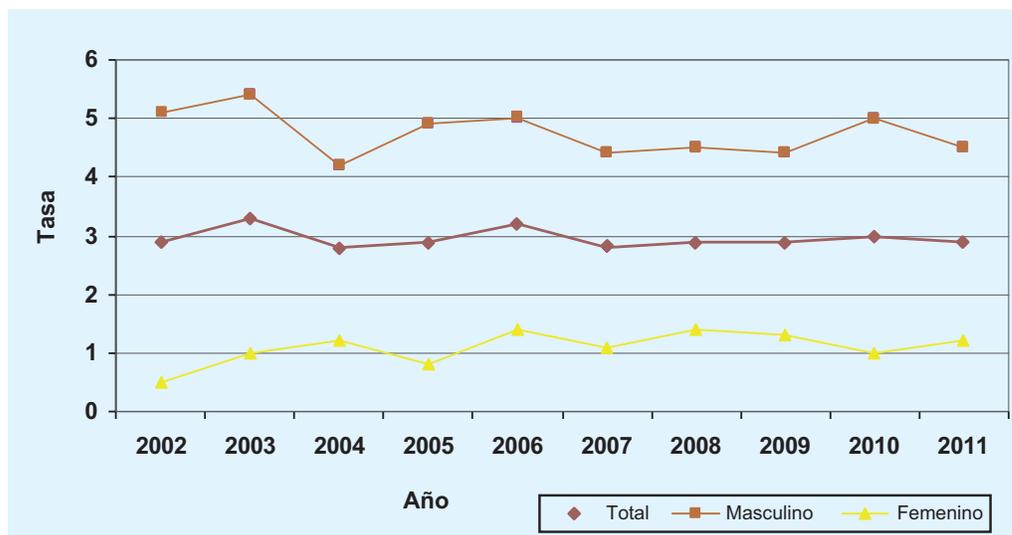
La principal vía de transmisión es la sexual. El 51,0% de los casos registrados se identificó como bisexual, el 39,39% homosexual y el 9,6% bisexual.

Entre los factores de riesgo para adquirir la infección se encontró, en mayor porcentaje, el tener múltiples parejas (3 o más en un año) 45,2%, consumo de alcohol 32,4% y consumo de drogas 22,3%.

Se está trabajando en el sistema de

información automatizado. La información del año 2011 se está actualizando y depurando. Para el año 2011 se registraron 133 muertes por SIDA: el 79,7% de las defunciones fueron del sexo masculino (tasa de mortalidad 4,5/100.000 habitantes). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 54 años, que representa el 82,7 % del total de muertes por esta causa. A partir de la introducción de los antirretrovirales, en general, se observa una tendencia a la estabilización en las curvas de mortalidad.

Gráfico N° 42
Mortalidad por sida. Costa Rica 2002-2011
(tasas por 100.000 habitantes)



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

Comparando el total de defunciones del año 2011 con las del 2010, se registró un decremento del 2,9%, Para el sexo masculino, la mortalidad disminuyó un 8,6% y para el femenino se incrementó un 22,7%.

La provincia que registró la mayor tasa

de mortalidad fue la de San José, con una tasa de 3,86 por 100.000 habitantes, lo cual representa el 48,1% del total de las defunciones del país, probablemente por la mayor facilidad de acudir a los servicios de salud más especializados que se encuentran en la capital.

2.2 Dengue

En el año 2011 se registraron en el país un total de 13.838 casos de dengue, **lo que representa un disminución del 56,0% con respecto al mismo período del año 2010,**

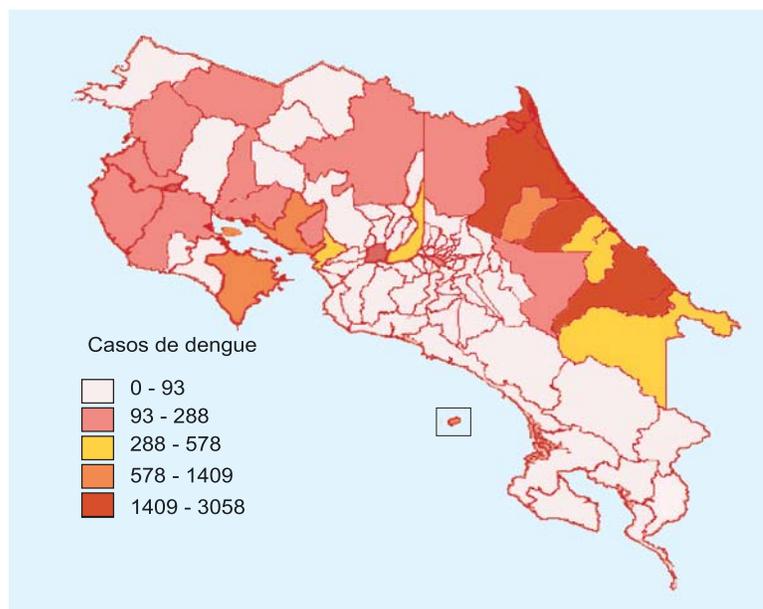
y una de incidencia de 300,0 por 100.000 habitantes. Con excepción de la Región Huetar Atlántica (RHA), donde se concentró la mayor carga del problema (69,4 %) y la Central Este, el resto de las regiones presentaron una baja significativa en la incidencia de casos.

Cuadro N° 25
Casos de dengue por región. Costa Rica 2010-2011

REGIÓN	2010	2011	%	% VARIACIÓN RELATIVA
Pacífico Central	5083	2048	14,8	-59,7
Chorotega	8073	869	6,3	-89,2
Central Norte	5462	583	4,2	-89,3
Huetar Atlántica	4070	9598	69,4	135,8
Central Sur	4114	364	2,6	-91,2
Brunca	3859	100	0,7	-97,4
Central Este	148	188	1,4	27,0
Occidente	379	4	0,0	-98,9
Huetar Norte	296	84	0,6	-71,6
TOTAL	31484	13838	100,0	-56,0

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

Figura N° 1
Casos de dengue por región. Costa Rica 2010-2011



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

La distribución por sexo no mostró diferencias en la incidencia. El grupo de edad más afectado es el de 10 a 44 años (68,0%).

El registro de casos de Dengue hemorrágico (DH) es de 30 casos, los cuales se localizan en las regiones Pacífico Central (n=23),

Chorotega (n=3), en la Huetar Atlántica (n=3) y en la Central Sur (n=1). sistema de vigilancia virológica del INCIENSA ha identificado la cocirculación de dos e incluso de los tres serotipos en algunos cantones del país.

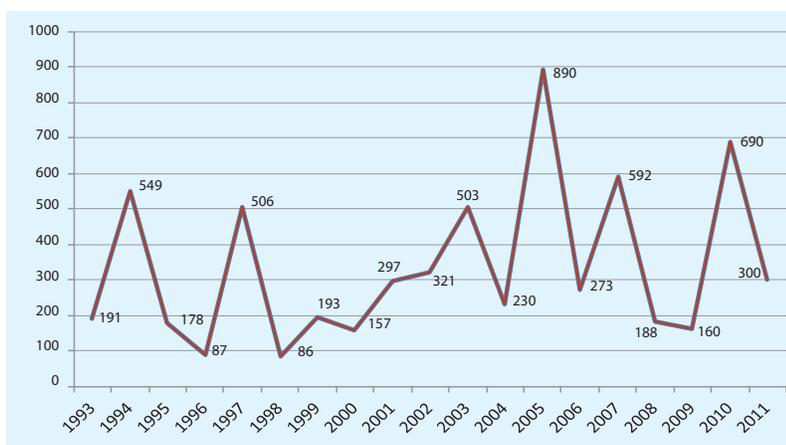
Los serotipos circulantes son D1, D 2, D3. El

Cuadro N° 26
Casos de dengue por año. Costa Rica 1993-2011

Años	Casos de Dengue	Casos DH	Serotipos	Defunciones
1993	4.612	0	1	0
1994	13.929	0	1 y 3	0
1995	5.137	1	1 y 3	1
1996	2.309	2	1 y 3	1
1997	14.421	8	1 y 3	2
1998	2.628	0	1 y 3	0
1999	6.041	117	2	2
2000	4.908	5	1 y 3	0
2001	9.464	37	2	0
2002	12.251	27	1 y 2	0
2003	19.703	69	1 y 2	0
2004	9.408	11	1 y 2	0
2005	37.798	52	1	2
2006	12.052	76	1 y 2	0
2007	26.504	318	1 y 2	8
2008	8.212	65	1,2	2
2009	7.214	8	1-2 y 3	0
2010	31.484	21	1-2 y 3	4
2011	13.838	30	1-2 y 3	0
Total	241.913	847	1-2 y 3	22

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

Gráfico N° 43
Tasa incidencia de dengue por 100.000 habitantes. Costa Rica 1993-2011



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

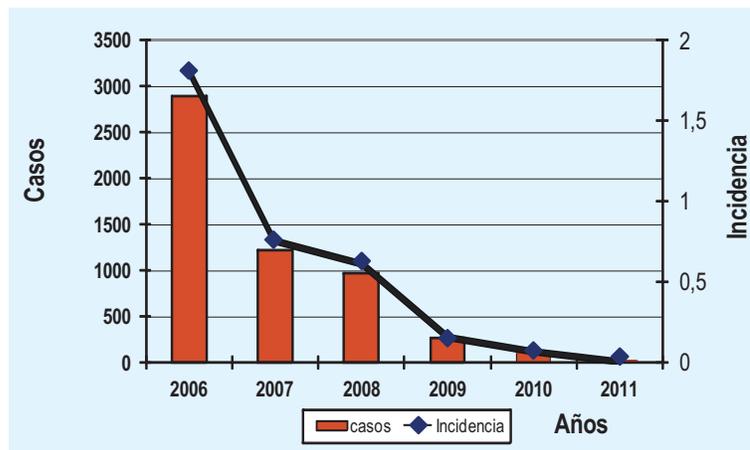
2.3 Malaria

En el año 2011 se diagnosticaron 17 casos de malaria, de los cuales (n=13) son de Plasmodium vivax (Se incluye uno importado). Además de cuatro Plasmodium falciparum. El 64,7 % de los casos corresponden a la Región Huetar Atlántica (n=11). El cantón de Matina aporta el 90,9% de la carga regional; no obstante ha presentado una significativa baja del 88,5 % de la incidencia en relación con el

año anterior. **Puede observarse en el ámbito nacional una disminución del 84,1% de casos con respecto al año anterior, con una tasa de incidencia parasitaria anual (IPA) de 0,01 por 1000 habitantes: la más baja en la evolución de la malaria en Costa Rica.**

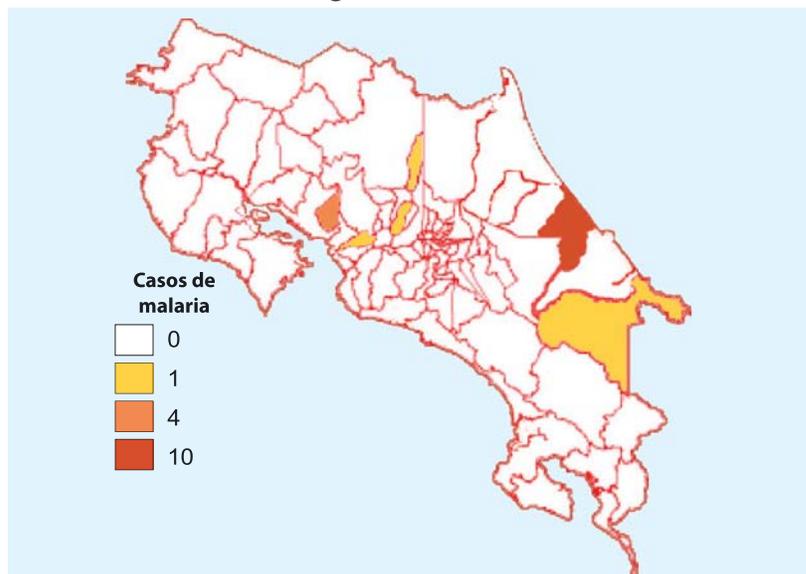
La distribución por sexo mostró que el sexo masculino fue el más afectado 71,0%. La razón de masculinidad es de 2,4:1. El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 49 años (71,0 %).

Gráfico N° 44
Tasa incidencia de malaria e incidencia por 1000 habitantes. Costa Rica 2006-2011



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

Figura N° 2
Casos de malaria según cantón. Costa Rica 2010-2011



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

2.4 Filariasis

En la Reunión del Grupo Regional de Revisión de Programas de Filariasis Linfática” realizada en Georgetown, Guyana en mayo 2011, la Coordinadora del Programa Global para la Eliminación de la Filariasis Linfática (FL) de la OMS, informó del acuerdo del mes de abril 2011 del STAG-NTD (Grupo Consultor Estratégico y Técnico de las Enfermedades Desatendidas de la OMS/Ginebra) **que recomienda sacar de la lista de países endémicos con transmisión de FL de la OMS a Costa Rica.** Para el procedimiento oficial, se está preparando el dossier con apoyo del Programa de Enfermedades Desatendidas de la OPS/OMS, para solicitar a la OMS la certificación de la interrupción de la transmisión en Costa Rica de la Filariasis Linfática.

2.5 Enfermedad de Chagas

En la Reunión de la “Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas”, realizada en Tegucigalpa, Honduras, en agosto 2011, la OPS/OMS certificó la ausencia del vector *Rhodnius prolixus* en Costa Rica.

2.6 Diarreas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad diarreica aguda (EDA) representa entre el 60 y el 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud en América Latina. Contribuye a ello la falta de acceso de la población a una información preventiva, como también a los servicios de salud. Esto provoca altas tasas de incidencia y mortalidad.

Las características epidemiológicas, los agentes etiológicos y presentación clínica de las diarreas son de índole variada y depende del país, región y comunidad. Conocer estas características es indispensable, para diseñar programas de prevención y control.

Un aspecto importante que se debe considerar es la diarrea ocasionada por alimentos contaminados como consecuencia de los cambios en el sistema de vida y en los hábitos alimentarios. Las enfermedades causadas por el consumo de alimentos contaminados han surgido como una causa importante en la morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

Costa Rica -desde 1983- incluye la EDA como un evento de notificación obligatoria colectiva. En el año 2011 se notificaron a la Dirección de Vigilancia de la Salud 291.439 casos de EDA, lo que representó una tasa de incidencia de 6.314 casos por cada 100.000 habitantes. El 22,4% (65.259) de la notificación correspondió al grupo menor de 5 años y la tasa de incidencia fue 18.555,32 por cien mil habitantes. En ese mismo año hubo 61 fallecidos por esta causa, lo que representa una tasa de 1,32 defunciones por 100.000 habitantes. Los mayores de 65 años fueron el grupo de edad más afectado.

2.7 Lepra

La lepra es una enfermedad crónica causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*, que se multiplica muy lentamente y el período de incubación de la enfermedad es de unos cinco años. Los síntomas pueden tardar hasta 20 años en aparecer. No es muy infecciosa y se transmite por gotículas nasales y orales cuando hay un contacto estrecho y frecuente con casos no tratados. Si no se trata, la lepra puede causar lesiones progresivas

y permanentes en la piel, los nervios, las extremidades y los ojos. El diagnóstico precoz y el tratamiento siguen siendo los elementos fundamentales para lograr que la enfermedad deje de ser un problema de salud pública.

En 1983 se establece, por primera vez en el país, el “Sistema de Vigilancia Epidemiológica”, relacionado con el registro de varias enfermedades. Entre ellas, la enfermedad de Hansen o lepra, y se establece por decreto como enfermedad de reporte obligatorio individual al Ministerio de Salud. En el año 1995 se documentó en boletines de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública en nuestro país. Este proceso consistió en alcanzar y mantener una prevalencia menor a un caso por cada diez mil habitantes en el nivel nacional y subnacional.

Del año 2005 al 2011 se registraron 96 casos nuevos que han reingresado a los servicios de salud públicos, lo que significa que, a pesar de mantener el indicador de eliminación de la enfermedad, continúan apareciendo nuevos casos. Se espera que con la introducción de la terapia supervisada a partir del 2012 en los establecimientos de la Caja Costarricense

de Seguro Social, mejoren los indicadores de prevalencia y se ajuste la prevalencia real de la enfermedad en nuestro país.

2.8 Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente a grupos vulnerables por condiciones socioeconómicas bajas, por tener patologías de fondo como alcoholismo o tener inmunodeficiencias ya sea adquirida o por tratamiento.

Es importante recordar que la presentación de la tuberculosis pulmonar es más importante desde el punto de vista la Salud Pública que la extra pulmonar, pues es ésta la que constituye un riesgo de su transmisión por vía aérea.

Uno de los motivos por el cual esta enfermedad no se ha eliminado, radica en la falta de adherencia al tratamiento y que, a su vez, aumenta el riesgo de pacientes drogo resistentes.

La tendencia en los últimos 4 años se ha mantenido en el rango de 7,8 a 10 por 100000 habitantes, lo que constituye un reto para el logro de la eliminación de esta enfermedad. En los últimos años se tienen los siguientes datos de TB pulmonar y extra pulmonar:

Cuadro N° 27
Casos de tuberculosis según tipo y año. Costa Rica 2008-2011
(Tasa por 100000 habitantes)

Tipo/Año	2008		2009		2010		2011	
	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA	N°	TASA
Pulmonares	394	8,9	449	10,0	356	7,8	424	9,19
Extra pulmonar	107	2,4	89	2,0	101	2,2	95	2,06
ND							4	0,09
Total	501	11,3	538	11,9	457	10,0	523	11,33

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud con datos de establecimientos de salud públicos CCSS y privados.

Tal y como se menciona en **Coinfección TB/VIH, la Guía Clínica versión actualizada 2010** de la OMS: “La Coinfección TB/VIH, manifestada ya sea como infección tuberculosa latente o como enfermedad tuberculosa activa es un problema significativo de Salud Pública a nivel mundial. Además de que la tuberculosis es la causa de muerte de una de cada tres personas con SIDA en el mundo y que en las Américas se estima que el 9,5% de las muertes por TB están asociadas al VIH”.

En nuestro país está normado que a todo paciente con tuberculosis se le debe sensibilizar para que se realice la prueba para descartar infección por VIH y viceversa en pacientes con SIDA - sintomáticos, respiratorios, con la finalidad de dar el tratamiento oportunamente. En cuanto al número de pacientes con tuberculosis y positivos por VIH (Coinfección TB/VIH) es variable, de tal forma que en los últimos tres años el país registra lo siguiente:

Cuadro N° 28
Casos de Tuberculosis y positivos por VIH (Coinfección TB/VIH) según año. Costa Rica 2008-2010

TB - VIH positivos	2008	2009	2010
Número de casos	8,9	10,0	7,8
% de Coinfección	2,4	2,0	2,2

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud con datos de establecimientos de salud públicos CCSS y privados.

Según datos del INEC para el 2011, se presentaron 51 defunciones a causa de la tuberculosis: 34 de las cuales pertenecen al sexo masculino con 34 defunciones para una tasa de 1,45 por 100000 habitantes y 17 casos a mujeres (tasa 0,75 por 100000 hab). En relación con grupos de edad las defunciones

se presentaron a partir de los 20 años; pero en un mayor número entre los mayores de 70 años (18 defunciones). De acuerdo con el lugar de residencia, la provincia con mayor tasa de defunciones fue Guanacaste, como se puede evidenciar en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 29
Mortalidad por tuberculosis según provincia, Costa Rica 2011
(Tasa por 100.000 habitantes)

PROVINCIA	N°	TASA
SAN JOSÉ	22	1,33
ALAJUELA	4	0,45
CARTAGO	4	0,78
HEREDIA	2	0,44
GUANACASTE	6	2,14
TOTAL	51	1,10

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

2.9 Enfermedades prevenibles por vacunación:

El impacto de los programas de vacunación se ve reflejado en la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles; no obstante, se sigue manteniendo vigilancia sobre ellas, tal y como se visualiza en el siguiente cuadro de casos notificados.

Dentro del grupo de las hepatitis notificadas tenemos con especificación la A y la B y,

de las meningitis las meningocócica y neumocócica, como se puede observar en el siguiente cuadro. Ambos datos están incluidos dentro del total de hepatitis y meningitis. Se observa un aumento en las tasas de la hepatitis A (1,45 a 2,45) del 2010 al 2011, al igual que la B (0,37 a 3,03) en el mismo período. En lo relacionado con las meningitis, la neumocócica se ha mantenido constante en los 5 años analizados con tasas de 0,1 a 0,2.

Cuadro N° 30
Casos notificados de enfermedades inmunoprevenibles según años. Costa Rica 2008-2011
(tasa por 100000 habitantes)

CAUSAS	2007		2008		2009		2010		2011*	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Hepatitis todas Formas	1044	23,3	1071	24,1	850	18,8	486	10,65	582	12,61
Hepatitis Viral A	202	4,5	216	4,9	144	3,2	66	1,45	113	2,45
Hepatitis Viral B	131	2,9	166	3,7	66	1,5	17	0,37	140	3,03
Influenza	53333	1191,4	44068	990,0	30695	680,7	80389	1761,55	65263	1413,95
Meningitis todas Formas	323	7,2	381	8,6	195	4,3	192	4,21	483	10,46
Meningitis Meningococica	11	0,3	8	0,2	2	0,04	0	0,00	3	0,06
Meningitis Neumococica	2	0,1	4	0,1	1	0,02	0	0,00	1	0,02
Parotiditis Infecciosa	37	0,8	29	0,7	25	0,6	21	0,46	23	0,50
Rubeola	0	0,0	24	0,5	24	0,5	53	1,16	30	0,65
Sarampion	0	0,0	29	0,7	20	0,4	11	0,24	17	0,37
Tetanos	1	0,02	0	0,0	1	0,02	0	0,00	3	0,06
Tosferina	490	11,2	403	9,1	575	12,7	961	21,06	366	7,93
Varicela	12909	294,1	12429	279,2	6635	147,1	3439	75,36	6391	138,46

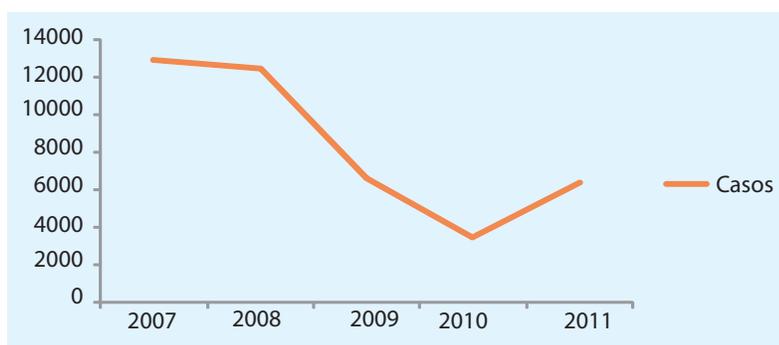
*Cifras preliminares

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

No todos los casos de enfermedades por vacunación tienen confirmación por laboratorio: tal es el caso de la varicela. Sin embargo, los casos confirmados por

clínica muestran una tendencia al descenso importante, tal y como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 45
Casos notificados de varicela, Costa Rica 2007 - 2011*



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

En el caso de Sarampión y Rubéola, aunque existan sospechas de estos diagnósticos, la investigación demuestra que no hay casos en el país.

El impacto no sólo se observa en la morbilidad sino también en la mortalidad de estos

eventos, la cual en el período 2007 - 2011 se ha venido reduciendo para tosferina y meningitis, excepto hepatitis B que aumentó hasta el 2010 a 7 muertes, disminuyó a tres en el 2011. En este mismo año hepatitis A y varicela presentaron 3 y 4 defunciones, respectivamente.

Cuadro N° 31
Mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles según años. Costa Rica 2008-2011
(Tasa por 100000 habitantes)

CAUSAS	2007		2008		2009		2010		2011*	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Hepatitis Viral A	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Hepatitis Viral B	1	0,02	6	0,13	0	0,00	7	0,15	6	0,13
Meningitis Meningococica	3	0,07	2	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tosferina	6	0,13	6	0,13	2	0,04	0	0,00	0	0,00
Varicela	4	0,09	5	0,11	4	0,08	2	0,04	5	0,11

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

2.9.1 Vacunación

En Costa Rica desde los años 50 en que se introdujeron las primeras vacunas de lo que es hoy el esquema oficial nacional, se ha valorado la vacunación como una inversión en la salud de la población en general y de los niños en particular. Al vacunar este grupo, hacemos prevención impactante en la morbimortalidad de los eventos inmunoprevenibles.

En nuestro país el esquema oficial incluye las siguientes vacunas: BCG, Polio oral, Difteria-Tétano-Tosferina, Difteria-tétano, sarampión-rubeola-papera, hepatitis B, Haemophilus influenza tipo B, Neumocócica, influenza estacional, varicela y hepatitis B adulto.

Durante el 2011 las coberturas por vacunación a nivel nacional en niños de un año, año y tres meses y escolares fueron:

Cuadro N° 32
Coberturas por vacunación. Costa Rica 2011

POBLACIÓN Y TIPO DE VACUNA	COBERTURA
En niños de 0 a 1 año	
BCG	77,53%
DPT1	86,64%
DPT3	85,20%
VOP3	82,27%
VHB3	83,82%
HIB3	81,17%
NM3	67,62%
En niños de 1 año y 3 meses	
SRP	82,78%
Varicela	78,09%
Escolares	
SRP	79,73%
DT	74,01%

3 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Dentro de estos determinantes se incluye violencia social, estilos de vida, ingreso económico, nivel educativo, aspectos culturales, drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa entre otros.

3.1 Violencia

3.1.1 Violencia Social

De acuerdo a los datos proporcionados por el Poder Judicial, en el año 2010 se registraron 10 muertes por femicidios.

El número de casos registrados por demandas por violencia doméstica, reportados por el Poder Judicial en el año 2010, registró 49.784 demandas. La mayoría se realizaron en la provincia de San José con 15.103, lo que representa un 30,34% del total.

Cuadro N° 33
Casos entrados por demandas por violencia doméstica, Costa Rica 2010
(tasa por 100000 habitantes)

PROVINCIA	CASOS
<u>COSTA RICA</u>	<u>49 784</u>
SAN JOSÉ	15 103
ALAJUELA	9 056
CARTAGO	3 558
HEREDIA	4 612
GUANACASTE	5 235
PUNTARENAS	6 952
LIMÓN	5 268

Fuente: Poder Judicial, 2010

Con respecto a los casos entrados por audiencias celebradas por demandas por violencia doméstica, hubo 21.066 demandas. San José registró el mayor número con el 32,53% del total.

Cuadro N° 34
Audiencias celebradas por demandas por violencia doméstica, Costa Rica 2010

PROVINCIA	AUDIENCIAS
<u>COSTA RICA</u>	<u>21 066</u>
SAN JOSÉ	6 853
ALAJUELA	2 894
CARTAGO	2 402
HEREDIA	1 683
GUANACASTE	1 991
PUNTARENAS	2 698
LIMÓN	2 545

Fuente: Poder Judicial, 2010

En cuanto a la información de la Delegación de la Mujer del INAMU, 5.961 mujeres fueron atendidas. El 35,71% corresponden a consultas legales, seguido por atención psicológica con el 27,68%

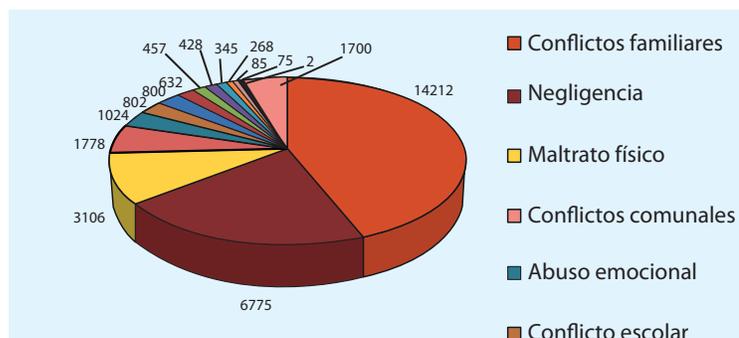
Cuadro N° 35
Mujeres atendidas por tipo de consulta en la Delegación de la Mujer de San José. Costa Rica 2010

Tipo de consulta	N° Casos
Total	5 961
Atención psicológica	1 650
Atención Social	790
Legales	2 129
Contención y orientación sobre leyes de protección	1 392

Fuente: Delegación de la Mujer – INAMU 2010

Respecto a la información del **Patronato Nacional de la Infancia** el mayor número de consultas que son por conflictos familiares, seguidos por negligencia y maltrato físico.

Gráfico N° 46
Motivos de consulta en el Patronato Nacional de la Infancia. Costa Rica 2011



Fuente: Patronato Nacional de la Infancia 2011

Cuadro N° 36
Abusos a menores de edad según tipo, Costa Rica 2011
(tasa por 100.000 habitantes)

Tipos de Abuso	N°	%
Total	437	9.5
Negligencia	6.775	56.62
Maltrato físico	3.106	26
Abuso emocional	1.024	8.56
Abuso sexual intrafamiliar	632	5.28
Abuso sexual extrafamiliar	428	3.58

Fuente: Patronato Nacional de la Infancia

3.1.2 Violencia Intrafamiliar

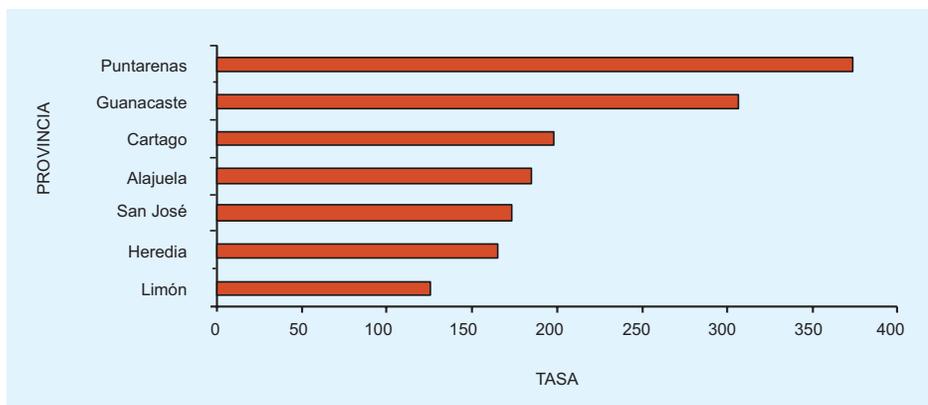
La violencia intrafamiliar no da tregua en el país y tiende a aumentar año con año. Los reportes enviados por las **Áreas Rectoras de Salud** mediante las Direcciones Regionales evidencian que los casos de violencia de todo tipo siguen afectando a la población en general principalmente a los más vulnerables (mujeres, niños y adultos mayores).

Según los reportes enviados por las Áreas Rectoras de Salud el sistema de notificación obligatoria de los casos atendidos en los servicios de salud, el porcentaje de casos de violencia intrafamiliar en las provincias está encabezado por la provincia de Puntarenas

con una tasa de 373,48 casos por cada 100.000 habitantes (n=1.376), seguido por Guanacaste que reportó una tasa de 306,53 (n=859 casos) y en tercer lugar aparece Cartago que indicó un tasa de 197,91 (n=1.020 casos). Cartago se sitúa en tercer lugar a pesar de tener más número de casos que Guanacaste por tener mayor población.

Es necesario prestar atención a estos reportes en donde prevalece la violencia intrafamiliar en zonas rurales y procurar trabajar con los entes institucionales locales (MSP, MEP, gobiernos locales) en proyectos que incorporen acciones tendientes a disminuir los casos de violencia trabajando con la población directamente.

Gráfico N° 47
Porcentaje de casos de violencia intrafamiliar según provincia. Costa Rica 2011
(tasa por 100000 habitantes)

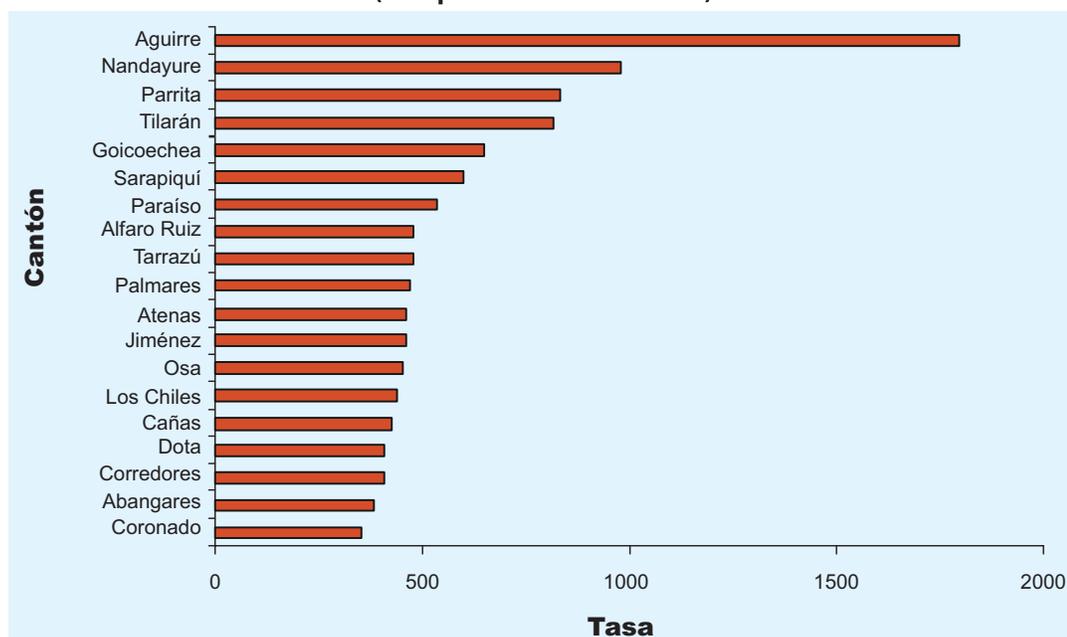


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

El gráfico 48 coincide en cuantos a los cantones con el mayor porcentaje. Aguirre, cantón de Puntarenas, se sitúa como el cantón con más reportes de violencia intrafamiliar, pues contabiliza un total de 438 casos, seguido del cantón de Nandayure, en la provincia de Guanacaste, con un total de 96 casos, los

cuales contrastan con el total de población de 9.796 habitantes. Por último Parrita, también de Puntarenas, ocupa el tercer lugar con un total de 104 casos notificados. Lo anterior implica la necesidad de realizar un fuerte trabajo intersectorial e interinstitucional en estos cantones

Gráfico N° 48
Incidencia de casos de violencia intrafamiliar según cantón de procedencia. Costa Rica 2011
(tasa por 100000 habitantes)



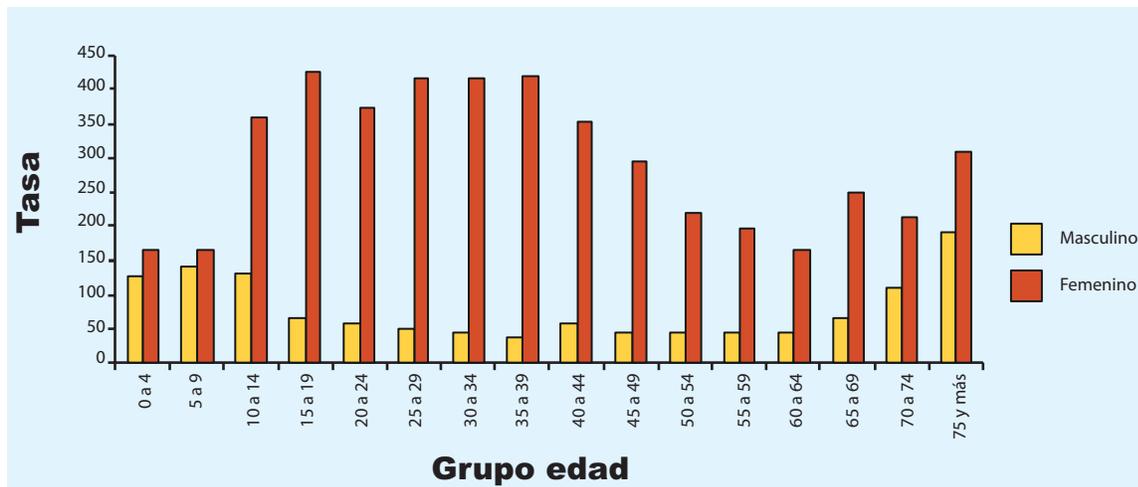
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

En cuanto a la tasa porcentaje de casos de violencia intrafamiliar por grupo de edad según sexo, el gráfico 49 indica que, en el caso de las mujeres, se ubican en edades entre los 25 y 35 años: es decir en edades de reproducción, de estudio y de trabajo, con una tasa entre los 416,6 y 417,0 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Posteriormente, repunta en edades de 75 y más, siempre en el sexo femenino; es decir adultos mayores. Esto puede implicar acciones de negligencia

y abandono a esta población.

En cuanto al sexo masculino, los rangos de edades varían, como se aprecia en el gráfico 49. En el grupo de 5 a 9 años la tasa es de 127,6 casos por cada 100.000 habitantes, siendo superado por el rango de 75 años y más, el cual alcanza una tasa de 194,6 casos por cada 100.000 habitantes: lo que podría explicar, en ambos extremos de edad, posibles problemas de negligencia y/o abandono.

Gráfico N° 49
Incidencia de casos de violencia intrafamiliar por grupo de edad según sexo. Costa Rica 2011
 (tasa por 100000 habitantes)



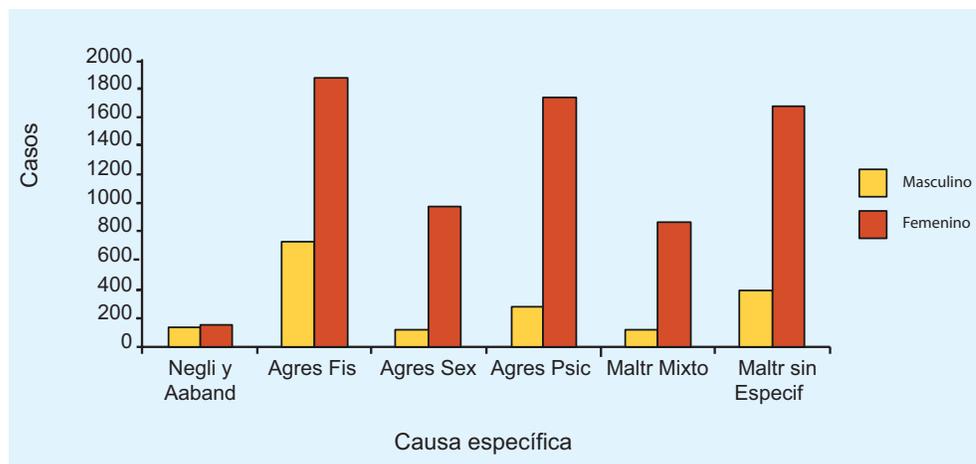
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

El gráfico 50 ilustra los casos registrados de violencia intrafamiliar por sexo según causa específica. El patrón de violencia se mantiene y todos los tipos de agresión se concentran en la población femenina, lo cual implica que no ha habido avances significativos o efectivos en materia de prevención y promoción contra todas las formas de violencia y discriminación. Las mujeres de todas las edades siguen siendo

vulnerables a los golpes, patadas, gritos y ofensas en contra de su dignidad y condición de género.

La violencia intrafamiliar sigue siendo un problema de salud pública, que para su atención implica la participación de todos los actores sociales involucrados en la problemática

Gráfico N° 50
Casos registrados de violencia intrafamiliar según causa específica. Costa Rica 2011
 (tasa por 100000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

3.2 Pobreza

A continuación, se presenta la información sobre ingreso y pobreza. Sin embargo, es importante destacar que a partir del 2010 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos realiza un cambio en la estimación del indicador. Por lo anterior, los datos de este último año no son comparables con los de los años anteriores.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENHO) de julio del 2010, la pobreza afectó un 21,3% de los hogares del país. De ellos, un 6,0% se encuentra en pobreza extrema. La Región Central es la que presenta el porcentaje más bajo de hogares en pobreza, con un 17,1%, por

debajo del valor nacional. El segundo lugar lo ocupa la Región Huetar Norte con 25,3%, con una diferencia de más de ocho puntos porcentuales respecto a la Región Central. Por otra parte, son las regiones Brunca con 34,9% y la Chorotega con 32,6% las que muestran el mayor porcentaje de hogares pobres y presentan, además, la proporción más alta de hogares con pobreza extrema.

Si bien es cierto que no podemos comparar las cifras con años anteriores, si podemos afirmar que la posición de las regiones Central y Huetar Norte se mantiene; sin embargo, en el 2009 era la Región Pacífico Central la que ocupaba la segunda posición con mayor proporción de hogares pobres y en el 2010 es desplazada por la Región Chorotega.

Cuadro N° 37
Distribución relativa de los hogares con ingreso conocido, según regionalización de MIDEPLAN y nivel de pobreza. Costa Rica 2010

	No pobres	Pobreza No Extrema	Extrema Pobreza	Total Pobreza
Total del País	78,7	15,3	6,0	21,3
REGION				
Central	82,9	13,0	4,1	17,1
Chorotega	67,4	21,4	11,2	32,6
Pacífico Central	74,1	17,9	8,0	25,9
Brunca	65,1	22,3	12,6	34,9
Huetar Atlántica	71,9	19,8	8,3	28,1
Huetar Norte	74,7	16,9	8,4	25,3
ZONA				
Urbana	81,7	14,1	4,2	18,3
Rural	73,7	17,3	9,0	26,3

Fuente: EHPM. INEC.2010.

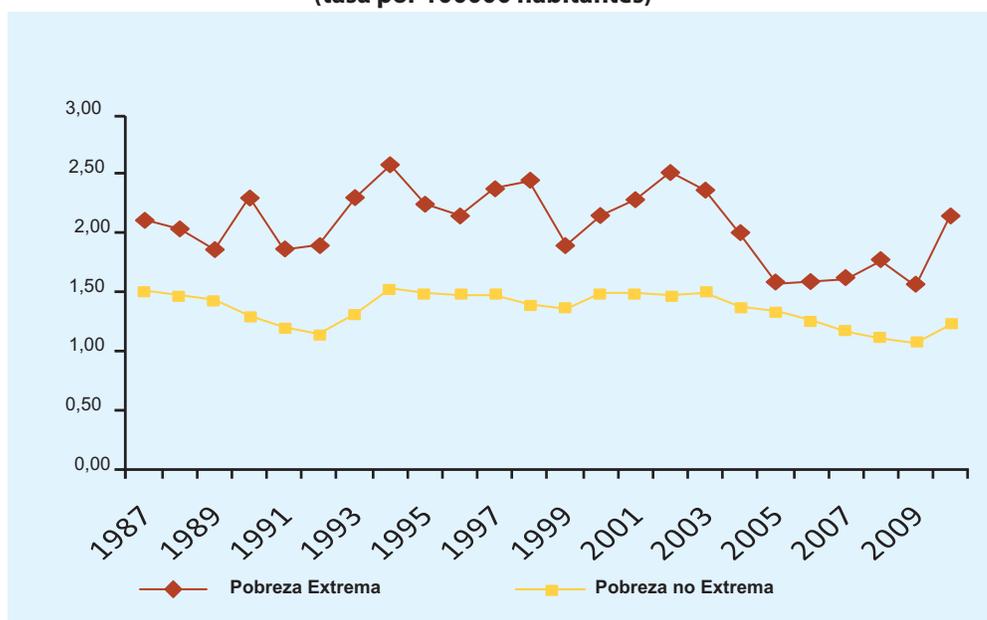
En el año 2010 se encuentra una brecha entre las zonas rural y urbana. Se encontró una diferencia de ocho puntos porcentuales en la

pobreza, que afecta al 26,3% de los hogares en la zona rural, mientras en la zona urbana corresponde al 18,3%.

Si analizamos esta brecha entre zona rural y urbana, desglosando la pobreza en pobreza extrema y no extrema, podemos apreciar un incremento y es más acentuada la brecha entre los hogares en extrema pobreza, ya que para el año 2010, por cada hogar en extrema

pobreza en la zona urbana, se encontraron 2,14 hogares en la zona rural; mientras que en el año 2009 por cada hogar en pobreza extrema en la zona urbana, se encontraba 1,56 en la zona rural, tal y como se observa en el siguiente gráfico

Gráfico N° 51
Razón entre zona rural y urbana de pobreza extrema y no extrema. Costa Rica 1987-2010
 (tasa por 10000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

En nuestro país, los hogares en estado de pobreza, especialmente los que se encuentran en pobreza extrema, tienen mayor cantidad de niños menores de cinco años. La población mayor de 15 años que vive en estos hogares tiene menor escolaridad, menor cantidad de ocupados, mayor desempleo y el porcentaje de jefatura femenina es más alto en comparación con los hogares no pobres. Si comparamos el ingreso de los hogares más

pobres (I quintil) con el ingreso de los hogares más ricos (V quintil) nos encontramos un incremento en la brecha, ya que para el año 2009 el ingreso del I quintil era 14,8 veces menor que el ingreso del V quintil, y para el año 2010 pasa a ser 16,7 veces menor. Esto nos confirma que las crisis económicas golpean más a los pobres, tal y como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 38
Ingreso per cápita por quintil, 2004-2010

Ingresos	Quintiles del ingreso per cápita					
	Total	I	II	III	IV	V
Ingreso per cápita						
2004	121.152	25.736	54.559	87.224	143.379	361.927
2005	125.720	28.265	59.850	92.676	150.628	373.182
2006	130.615	28.303	58.645	91.803	151.133	405.107
2007	149.076	33.903	66.491	102.182	166.598	465.101
2008	151.541	35.638	68.591	105.344	171.733	459.707
2009	163.997	35.225	70.404	111.834	186.049	521.007
2010	268.592	46.519	98.512	157.082	263.187	777.277

Fuente: INHO. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2004-2010.

3.3 Educación

El país ha focalizado el esfuerzo en la disminución de la deserción, sobre todo a nivel de secundaria. La deserción en secundaria ha mostrado una disminución importante, pues pasó de 28% en el 2008 a 22,9% en el 2009.

La implementación del programa de becas Avancemos, aunado a los programas de becas estudiantiles de FONABE, han tenido un impacto positivo en la disminución de la deserción escolar. Para combatir las razones económicas de la desescolarización, el programa Avancemos, sigue siendo la iniciativa más importante. Para el 2010 el IMAS reportó un total de 185.229 estudiantes beneficiados, que equivalen a 138.415 familias y un monto entregado de 49.516 millones de colones. El 59% de los beneficiarios se ubica

entre los grupos 1 y 2 definidos por el IMAS como prioritarios.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares del 2008, los colegiales y estudiantes de enseñanza especial son los principales beneficiarios de becas para estudios. Mientras que el porcentaje de escolares becados es de 9%, un 23% de colegiales y un 23% de estudiantes de enseñanza especial disfrutaban de este beneficio. El 90% de las becas para estudiantes desde la preparatoria hasta el colegio son otorgadas por los programas de Avancemos y FONABE.

El porcentaje de alfabetismo de 10 y más años es de un 95,2% en el año 2009, donde los hombres obtuvieron un 94,9% y las mujeres un 96,9%, lo cual se refleja en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 39
Población escolar, % repitencia, % alfabetismo según provincia. Costa Rica 2009

PROVINCIA	Población escolar I,II,III y IV ciclos	Repitencia		% Alfabetismo 10 y más años		
		% Primaria	% Secundaria	Total	Hombres	Mujeres
COSTA RICA	855.645	5,3	11,2	95,2	94,9	96,9
SAN JOSÉ	262.508	5,3	11,1	97,0	97,0	97,1
ALAJUELA	164.646	5,1	9,9	94,3	93,8	94,7
CARTAGO	94.351	4	11,8	95,4	95,4	95,4
HEREDIA	82.424	4,8	11,6	96,8	96,8	97,0
GUANACASTE	67.448	5,6	12,2	93,3	92,8	93,7
PUNTARENAS	92.469	6,3	11,5	92,2	91,9	92,5
LIMÓN	91.799	6,4	11,6	92,3	92,1	92,5

Fuente: Ministerio de Educación Pública

Fuente: Encuesta Hogares

De acuerdo con la información de último informe del Estado de la Nación, volumen 17, el acceso al sistema educativo en el 2010 fue positivo, pues se mantuvieron las tendencias creciente en escolaridad y decreciente en desescolarización. Las tasas de escolaridad indican que en la enseñanza primaria la cobertura es casi universal.

En el 2010 la tasa neta en el primer ciclo de la educación tradicional superó el 100%; en tanto que en el segundo ciclo bajó a 94,9%. En relación a la educación preescolar los mayores progresos se concentran en el ciclo de transición (5 y 6 años) mientras que en el Interactivo II (4 y 5 años) aún queda camino por recorrer.

En la educación secundaria total, la tasa neta de escolaridad aumentó de 53,9% en 1999 a 75,2% en el año 2010.

En el 2010 la tasa de deserción preescolar alcanzó un 4,5%.

3.4 Actividad física

En el ámbito de los determinantes socio-culturales, la actividad física juega un papel primordial. Somos una sociedad sedentaria y con malos hábitos alimentarios, lo que está impactando de forma significativa la salud de la población.

Se elaboró el Plan Nacional de Actividad Física y Salud para el periodo 2011-2021, con enfoque de determinantes de la salud, tales como: cultura de cuidado individual y responsabilidad colectiva, mejoramiento del hábitat humano, desarrollo de capacidades humanas, entre otros.

Los dos principales grupos de causas de la mortalidad en el país tienen al sedentarismo y los malos hábitos alimentarios como unos de sus determinantes más importantes, lo cual es igualmente válido también para la salud mental.

La promoción de la actividad física, el deporte,

la educación física y la recreación es tarea de todos y en cada escenario de la vida social: en la comunidad, centros de trabajo, centros educativos, desde los servicios de salud y en el entorno.

Existe una amplia evidencia científica que sustenta el reconocimiento mundial de la actividad física, deporte, educación física y recreación como factores protectores de la salud física, mental y social: razón por la cual se han posicionado como parte de los temas fundamentales en promoción de la salud y estilos de vida saludable.

Asimismo los estudios han demostrado que el sedentarismo representa un factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

De igual manera, el Informe de la Encuesta Nacional sobre factores de Riesgo Cardiovascular, reportó que un 50,1% de los costarricenses presenta altos niveles de vida sedentaria (Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo Cardiovascular, CCSS, 2010).

Dentro de los aportes a la salud la actividad física: provee de bienestar, incrementa la autoestima y salud mental y mejora la calidad de vida. Desarrolla una buena condición cardiovascular y contribuye a prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles. Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal.

3.5 Situación y tendencias del consumo de drogas

Los siguientes datos epidemiológicos recientes facilitados por el IAFA, destacan

claramente la situación de consumo de alcohol y tabaco, aun cuando se ha producido una disminución en su nivel de consumo. En Costa Rica, el consumo de bebidas alcohólicas ocupa el primer lugar. El Informe de la OMS "Global Status Report on Alcohol and Health 2011", indica que el consumo per cápita de Costa Rica es de 5,6 litros de alcohol puro, mientras que la media en las región de las Américas es de 8,7 litros

La encuesta del año 2006 establece que la proporción de personas que ingieren alcohol de manera riesgosa y perjudicial agrupó a un 22% de los bebedores del último año; en tanto que la dependencia alcohólica se situó en 4,4% de los individuos que refirieron consumo en los últimos doce meses.

Las tasas de consumo reciente y consumo activo de alcohol muestran una leve tendencia a la baja. La tasa de consumo activo entre mujeres regresó a los niveles de 1990.

Para todas las tasas de prevalencia, el valor correspondiente a los hombres es mayor al de las mujeres.

El consumo de tabaco ha bajado considerablemente, a pesar de las limitadas campañas de promoción de la salud que se realizan con el propósito de crear conciencia en la población acerca de los riesgos del fumado.

La prevalencia de vida en el consumo de tabaco en el 2010 es muy inferior a los niveles reportados en la década de los noventa.

El consumo de tranquilizantes continúa estable, al igual que el de estimulantes,

que tras varios años de crecimiento, ahora muestran una estabilidad. Por el contrario, el consumo de los medicamentos opiáceos sin prescripción médica sigue descendiendo.

En su conjunto el consumo de drogas ilícitas en la población general presenta un crecimiento a lo largo de los años, el cual se puede estimar como más intenso.

En relación con la edad media de inicio en el consumo de las distintas sustancias en el país, entre los estudiantes de secundaria, la iniciación se encuentra entre los 12 y los 14 años, en el consumo de todas las drogas. Primero prueban el tabaco y posteriormente la cocaína y marihuana.

Cuadro N° 40
Edad promedio de inicio en el consumo de drogas en Costa Rica, en población general y colegial. Costa Rica

Sustancia	Edad Promedio de Inicio			
	Colegiales		Hogares (2010)	
	(2009)	General	Hombres	Mujeres
Alcohol	12,80	17.4	16.6	18.5
Tabaco	12,69	16,5	15.9	17.4
Marihuana	14,05	16.7	16.5	17.1
Cocaína	13,88	19.2	19.3	18.8
Crack	13,26	19.5	19.2	20.9
Tranquilizantes	13,49			
Estimulantes	13,62			
Alucinógenos		19.4	19.8	17.8
Disolventes Volátiles		19.6	20.6	14.0

Fuente: IAFA. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas 2010.

IAFA. Juventud escolarizada y drogas. Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria, Costa Rica 2009.

En cuanto a la población entre 12 y 70 años, en hogares, la iniciación se halla entre los 16 y 28 años. Es el tabaco la primera sustancia de consumo y los estimulantes y tranquilizantes las sustancias que se prueban en forma más tardía.

3.5.1 Mortalidad asociada

En el año 2007, en un 28,12% de los hombres examinados, las pruebas toxicológicas arrojaron presencia de metabolitos de alguna

de las drogas. En el caso de las mujeres, ese porcentaje es de un 9,76%. El total de fallecidos es de un 24,61%. Las principales drogas que son detectadas en las pruebas toxicológicas practicadas a los fallecidos en el 2007 fueron alcohol y cocaína.

Las muertes atribuibles al consumo de alcohol, según los datos de la Medicatura Forense para el quinquenio 2005 – 2010, indican que un 2,01% del total de muertes en hombres y 0,42% del total de muertes entre mujeres tuvieron un resultado positivo.

Cuadro N° 41
Muertes atribuibles al consumo de alcohol (FAA=100)
Costa Rica 2005 - 2010

Sexo	Total de muertes 2005 - 2010	Muertes por alcohol 2005 - 2010	Muertes atribuibles al alcohol	Tasa de muertes por 100 mil hab.
Hombres	60282	1210	2,01%	8,99
Mujeres	44443	185	0,42%	1,42
Total	104725	1395	1,33%	5,26

Fuente: IAFA, con base en información de la Medicatura Forense.

CAPITULO V

Logros

1 LOGROS INSTITUCIONALES

1.1 Actividad Física y Salud

Se elaboró y validó el Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021, con la participación de una amplia representación de instituciones y organizaciones de diferentes sectores. Fue oficializado de manera conjunta por las autoridades del Ministerio de Salud y de Deporte y Recreación en agosto del 2011. Además, se contó con la presencia de jerarcas de los Ministerios de Educación, Cultura, del Instituto Costarricense de Deporte y Recreación, así como de las Universidades. El documento está disponible en la página web del Ministerio de Salud.

Tiene como línea de base y fundamento los resultados de la Evaluación del Plan Estratégico Nacional de Actividad Física y Salud 2006-2010; así como en los más recientes lineamientos y compromisos internacionales relacionados con este tema. Como marco nacional para el desarrollo del Plan de Actividad Física y Salud se consideró la Política y Plan Nacional de Salud 2011-2021 y la Política Nacional de Deporte y Recreación, definida por MIDEPOR.

El propósito del Plan Nacional de Actividad Física y Salud es contribuir al logro de una población saludable y a la paz social; así como a la prevención y reducción de las enfermedades crónicas, a la disminución del consumo de drogas, de alcohol y de la violencia social, mediante la promoción de actividad física en todas sus modalidades.

Con el fin de articular y dar seguimiento a la ejecución de las actividades del Plan, que

son competencia del Ministerio de Salud, se conformó un Equipo de Rectoría en Actividad Física, integrado por profesionales de las seis Direcciones Rectoras del Nivel Central de este Ministerio.

Por otro lado, para coordinar, dar seguimiento y evaluar las actividades del plan que corresponden a diferentes sectores e Instituciones, existe la Comisión Nacional de Red Costarricense de Actividad Física y Salud (RECAFIS), instancia creada por decreto ejecutivo en el año 2005, con dos ámbitos de acción: el nivel nacional y el local. Este último se ejecuta mediante la creación de redes cantonales de actividad física y salud. Estas redes también elaboran su plan local de actividad física y salud, basados en las líneas de acción del Plan Nacional.

La RECAFIS es conducida por el Ministerio de Salud, con la Secretaría Ejecutiva del ICODER. Esta Red es miembro activo de la Red de Actividad Física de las Américas (RAFA), que permite el intercambio de conocimientos, experiencias, divulgar evidencia científica y hace abogacía internacional para incorporar la actividad física como un factor protector de la salud integral y el desarrollo humano y social.

Una de las limitaciones que se tienen para realizar algunas de las acciones del plan es la falta de presupuesto y recursos para desarrollar procesos de capacitación, investigación, mercadotecnia; entre otras actividades requeridas para el logro de los objetivos propuestos.

Para el año 2012 se tiene programada la divulgación técnica de este plan a todas las

Direcciones Regionales y Áreas Rectoras de Salud. A la fecha se han realizado divulgaciones en las Regiones Huetar Norte y Central Este. Asimismo, se identificaron las acciones del plan programadas para el 2012 y se visualizaron los proyectos y tareas requeridas para su cumplimiento.

En el Plan de Mercadeo Social para Posicionar la Alimentación Saludable y la Actividad Física, en los adolescentes escolarizados de 13 a 15 años de edad se plantea como propósito: **contribuir al desarrollo de una cultura de salud en los adolescentes que habitan nuestro país**, posicionando alimentación saludable y la actividad física como valores fundamentales en su vida. Tiene una duración de 2 años (2012 al 2014).

Previo al diseño del plan, la Dirección de Mercadotecnia de la Salud desarrolló un proceso de investigación de mercado durante los años 2010 y 2011, que brindó la base de conocimiento para el desarrollo de la estrategia de mercadeo. Se realizaron principalmente estudios de tipo cualitativo, que permitieron comprender las concepciones que sustentan las acciones de los adolescentes en relación con la alimentación saludable y la actividad física; de ahí que se eligió como mercado meta los estudiantes de 13 a 15 años escolarizados de zonas urbanas y semiurbanas. El total de la población asciende a 88.582 personas, según datos del 2011, ubicadas en 92 colegios de más de mil estudiantes.

Aunado a los adolescentes, existen otros grupos que serán sujetos de esfuerzos de mercadeo como: padres de familia, docentes, administradores de sodas, juntas de educación, comunidades y población en

general a través de medios masivos.

Con fundamento en la investigación se desarrollaron propuestas de valor, basadas en aspectos importantes en esta etapa de su vida: pertenencia de grupo, imagen, reconocimiento y rendimiento. Esta estrategia logrará incidir en el comportamiento de los adolescentes a través de las denominadas comunicaciones integradas de marketing.

Este plan constituye la primera fase de una estrategia de mercadeo dirigida a otros segmentos de la población, que se proyecta como una iniciativa de país para promover conductas saludables en alimentación y actividad física de toda la población.

1.2 Sistema Nacional Nominal de Vacunas (SINOVAC)

En Costa Rica por años se ha utilizado un sistema de registro de vacunas, que no ha sido nominal. Con base a lo anterior, el análisis de coberturas resultante es administrativo.

En el año 2007 le fue ofrecido al país un proyecto sobre Vigilancia Integrada de Eventos Inmunoprevenibles (VIEPV), que fue trabajado interinstitucionalmente por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social y el INCIENSA, inicialmente con la incorporación de funcionarios del Hospital San Vicente de Paul en el 2009, y por interés de ellos de realizar el plan piloto en su hospital. Parte del proyecto era crear un sistema de información único nacional para los eventos incluidos (SIVEI) en él y se visualizó complementarlo con la creación de un Sistema Nacional Nominal de Vacunas (SINOVAC). En una primera etapa se capacitó

al Nivel Central de la Dirección de Vigilancia de la Salud, Regiones y Áreas Rectoras de Salud del Ministerio de Salud. Como segunda etapa, se hizo un plan piloto con hospitales privados. De las observaciones hechas en dicho plan, se están haciendo los ajustes correspondientes para iniciar el sistema con las clínicas privadas primero y el sector público, posteriormente.

El SINOVAC y el SIVEI son sistemas en web muy amigables y que podrán ser usados por los usuarios autorizados de los establecimientos de salud públicos y privados. El beneficio principal radica en la captura y registro de vacunas nominalmente a nivel nacional en SINOVAC y de los eventos de notificación obligatoria en el SIVEI.

1.3 Mejoramiento de la Calidad de Agua Potable.

El Ministerio ha iniciado la implementación del Sistema de Estandarizado de Regulación Sanitaria (SERSA), el cual ha implicado la capacitación a los niveles locales en la aplicación de las guías para identificación de factores de riesgo en los acueductos que, a su vez, van a apoyar en la implementación de acciones tendientes a reducir el riesgo. Actualmente se han incorporado 160 acueductos al SERSA, lo cual corresponde aproximadamente al 10% de los acueductos a nivel nacional.

Se promovió el fortalecimiento de las capacidades de los funcionarios para la toma de decisiones en la mejora del hábitat humano y se actualizó el marco normativo mediante la elaboración y ajuste de los siguientes reglamentos:

1. Reglamento de calidad de agua potable,

actualizado.

2. Reglamento de calidad de agua potable para establecimiento de salud.

3. Reglamento de calidad de agua envasada.

1.4 Agua Residuales

Ahora la Gran Área Metropolitana cuenta con una planta de tratamiento de lodos sépticos debidamente aprobada por el Ministerio de Salud, que presta servicios a las empresas recolectoras de lodos del área de atracción. El Ministerio participó en la dirección y conducción del proceso de construcción y apertura de la planta de tratamiento de lodos en el Coyal de Alajuela; lo que va a permitir aumentar la cantidad de lodos sépticos tratados, de acuerdo con la normativa vigente. En cuanto al marco normativo, se hizo la actualización del Reglamento de Manejo de Lodos y biosólidos, el cual se encuentra en etapa de consulta en el MEIC y se elaboró el Reglamento de Aprobación y Visado de Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales (Decreto Nº 31545-S-MINAE).

En el manejo eficiente de las aguas residuales se han enfrentado problemas en relación con el cumplimiento de la normativa vigente por parte de las empresas transportadoras de lodos; las cuales al no utilizar en forma constante, la nueva planta de tratamiento de lodos, ponen en peligro la sostenibilidad económica de ésta.

Queda en consecuencia el compromiso de gestar una campaña de sensibilización dirigida a la población general; así como a las empresas transportadoras de lodos, con el fin de que los primeros exijan servicios de calidad

con los respectivos permisos del Ministerio de Salud y los segundos ofrezcan este servicio de acuerdo a la normativa vigente a precios razonables.

1.5 Tabaco

Una vez publicada la Ley N°9028, General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, se procedió a la activación inmediata de la Red Nacional de Anti Tabaco. Las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud se han avocado a la difusión de los alcances de la Ley N°9028. Se ha reportado un alto cumplimiento de la Ley en Hoteles, Restaurantes y otros lugares de acceso público.

El Ministerio de Salud, antes de la aprobación ya venía trabajando la reglamentación a la Ley, para que cuando ésta fuese firmada y publicada, no se tuviesen atrasos en su implementación. Para el 2012 se están programando algunos talleres para dar a conocer la Ley y su Reglamento en los niveles regionales y locales del Ministerio de Salud, así como a otros sectores que tienen responsabilidades en dicha Ley.

También, en el 2011, se trabajó en un Plan de Comunicación para posicionar en la población general el derecho a respirar un aire libre de humo de tabaco. El mismo se trabajó en coordinación desde el Nivel Central con las nueve Direcciones Regionales y Áreas Rectoras de Salud del país, con diferentes actores en el nivel local IAFA, MEP, CCSS y medios de comunicación.

Para ello se realizó mediante una encuesta a nivel nacional que permitió ahondar en aspectos específicos del tema. El muestreo a

nivel nacional incluyó a cada una de las Áreas Rectoras de Salud del Ministerio de Salud, una muestra aleatoria de 1.180 personas, con edades entre los 18 y los 65 años, en tres grupos poblacionales de 18 a 24 años, de 25 a 49 años y de 50 a 65 años de edad para un total de 677 mujeres y 503 hombres no fumadores.

La aplicación de la Ley N°9028 va a permitir:

- Reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo del tabaco.
- Reducir en la población el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo.
- Prevenir a los niños y adolescentes en la iniciación en el tabaquismo.
- Declarar espacios 100% libres de la exposición al humo de tabaco establecimientos públicos, comerciales y culturales tal y como se indica en el artículo 5 de la Ley.

1.6 Lucha contra el cáncer

Se logró incorporar el tema de cáncer en la Política Nacional de Salud, lo cual dio pie al ajuste del "Plan Nacional para el Control y Prevención del Cáncer", el cual constituye una herramienta que establece una línea de trabajo clara para el Ministerio de Salud, CCSS, ICODER, INAMU, PANI, MEP, IAFA, AyA, MAG y las universidades, de manera que puedan coordinar y fortalecer los grandes esfuerzos que ya se han hecho en esta materia y sobre todo potenciar los logros ya obtenidos. Con base en este plan cada institución relacionada

con el tema de cáncer elaborará sus planes y programas específicos en esta materia.

Con la actualización del plan se hicieron los ajustes necesarios para lograr su ejecución con un enfoque de determinantes, conforme a la Política Nacional de Salud 2011-2012 y con el fin de actuar desde las causas y establecer acciones en forma articulada para la atención integral de esta patología. Este plan responde a compromisos y declaratorias internacionales, relacionadas con el abordaje integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, destacándose el cáncer como una de las principales. Asimismo, la elaboración y ejecución de este plan es una de las acciones consensuadas en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, aprobados por el Consejo de Ministros de Salud de la Región (COMISCA). Paralelo al Plan Nacional de Cáncer se desarrolló el Sistema de Monitoreo y Evaluación del plan, que permite un mayor control del seguimiento y logro de las metas y objetivos definidos en él y, asimismo, una mayor transparencia pública del rol estatal en este campo.

También se incorporaron los compromisos del Ministerio de Salud, asignados en este plan, al Plan Estratégico Institucional y al Instrumento de Programación Anual Institucional, con el fin de garantizar su ejecución como prioridad institucional.

Para el año 2012 se tiene programado el acto de oficialización del plan y su divulgación general a los actores sociales y técnicamente a las direcciones regionales y áreas rectoras de salud.

Otra actividad fundamental ha sido el reforzamiento y ampliación de la red oncológica nacional con el apoyo del Consejo Nacional de Cáncer, se ha brindado un seguimiento al cumplimiento de los compromisos y actividades de los actores públicos y privados en el tema de la atención integral del cáncer en nuestro país.

Un aporte en lo que es la garantía del acceso a los servicios de salud es la actualización de normativa para la atención integral de los pacientes para varios de los tipos de cáncer más frecuentes en el país. Para el 2012 está programado concluir las siguientes normas de atención: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, cáncer colon-rectal.

Queda el compromiso de concertar los actores sociales comprometidos y priorizar las actividades a realizar entre los años 2012 - 2017 en el tema de cáncer a nivel nacional y, de este modo, mejorar las condiciones y calidad de vida de las personas que padecen de algún tipo de cáncer.

1.7 Gestión Integral de Residuos

En abril del 2012 el 40% de los cantones tienen sus planes municipales de gestión integral de residuos y un 17% de los otros cantones están en el proceso de elaboración.

En materia de gestión integral de residuos, actualmente, 32 cantones cuentan con el Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos y 14 cantones iniciaron el proceso de elaboración y el diagnóstico; lo cual contribuye con el cumplimiento de la meta del Plan Nacional de Desarrollo 20011-2014 que pretende que

al finalizar la vigencia del PND el 100% de los cantones cuenten con estos planes, de esta forma se logró que al 2011, el 40% de los cantones cuenten con Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos y que adicionalmente un 17% los hayan iniciado.

Por otro lado, la Institución ha liderado, promovido y articulado a diferentes actores sociales como son: MINAET, INEC, IFAM, Comisión Centroamericana para el Ambiente y Desarrollo, GIZ, universidades públicas y privadas, sociedad civil, quienes han participado, de acuerdo con su competencia, en la ejecución de diferentes acciones como son:

- Sistema de Información de Gestión Integral de Residuos.
- Capacitación a actores sociales en temáticas sobre la Gestión Integral de Residuos.
- Capacitación a funcionarios públicos.

Red Costarricense de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables

También se ha avanzado en el diseño de instrumentos como la *“Guía para Mancomunidades de Gestión Integral de Residuos”* y el *“Manual para la Definición de un Modelo Tarifario para la Gestión Municipal de Residuos Sólidos”*; así como el *“Manual de Estimación de Costos para la Gestión Municipal de Residuos Sólidos”*. En el anexo 2 se puede apreciar con mayor detalle algunas acciones en esta materia.

En lo referente al cumplimiento de las acciones estratégicas del Plan de Residuos Sólidos (PRESOL) definidas como prioritarias, éstas se cumplieron en un 100%. El Plan de Residuos Sólidos Costa Rica, denominado PRESOL, es un esfuerzo nacional que surge de

la Comisión para la Búsqueda de la Solución Integral del Manejo de los Desechos Sólidos, con el apoyo del Programa Competitividad y Medio Ambiente (CYMA).

El Plan pretende orientar las acciones gubernamentales y privadas en el tema, mediante una estrategia consensuada para implementar una adecuada gestión integral de los residuos en el país. Está diseñado para un horizonte temporal de 15 años (**2007-2022**). Este plan fue desarrollado participativamente y cuenta con los aportes y la aprobación de numerosos actores y sectores en una serie de talleres de trabajo y consulta.

El plan define 31 acciones estratégicas distribuidas en cinco ámbitos:

- Técnico
- Legal-administrativo
- Institucional y organizacional
- Educación y sensibilización
- Económico

A lo largo del año 2011 ha sido continuo el cumplimiento de algunas de las acciones estratégicas distribuidas en cada ámbito.

En el **Ámbito Técnico** se han desarrollado actividades para el cumplimiento de las acciones estratégicas:

Se constituyó un equipo técnico intersectorial con la participación de funcionarios del INEC, MINAET, IFAM y del Ministerio de Salud. Se elaboraron y validaron los 16 indicadores para el Sistema Nacional de Información para la Gestión Integral de Residuos en una prueba piloto en 2 cantones: uno rural (Los Chiles) y otro urbano (Palmares).



Durante 2011 se realizaron 45 talleres a nivel comunal en todas las provincias del país. Se capacitó a los responsables de los centros de recuperación de residuos valorizables (Centros de Acopio) sobre las condiciones de entrega de los residuos (cartón, plástico, papel, aluminio); asimismo, se dotó a dichos centros de recuperación de rótulos (banners) que identifican la ubicación del establecimiento y de material didáctico ilustrativo sobre residuos y su valorización.

La participación ciudadana en la búsqueda de soluciones a la problemática que generan los residuos, se concreta en iniciativas como la **Red Costarricense de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables**, quienes al organizarse tienen como fines principales mejorar su calidad de vida mediante el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de los precios para los residuos recuperados. La **Junta Directiva de dicha Red** se constituyó el 12 de Marzo del 2012 en un evento realizado en la Asamblea Legislativa.

Gracias a ello, el país contará con una estrategia nacional para fomentar la recuperación y

aprovechamiento de residuos valorizables en el país y así los ciudadanos y los pequeños recuperadores de residuos tendrán mejores oportunidades para valorizar sus residuos que, al ser separados de la corriente normal de residuos, ofrecen oportunidades de mercado y de negocios en el tema.

Además se han establecido **Alianzas con las Universidades Públicas: UNA, UCR, Instituto Tecnológico, UNED y universidades privadas como la UCI**, para brindar, en forma conjunta, divulgación y capacitación a diferentes actores sociales en temas relacionados con la gestión integral de residuos.

En la acción estratégica número 3: **Planes Municipales de Gestión Integral de Residuos Sólidos** los siguientes cantones elaboraron el plan: el cantón central de Alajuela, el cantón central de San José, el cantón central de Heredia, el cantón central de Cartago y el cantón de Montes de Oca.

En el **Ámbito Institucional-Organizacional**, en la acción estratégica **Nº19** (en la que se destaca la **Implementación del PRESOL** y la

acción estratégica **N°20 Fortalecimiento de Instituciones Públicas**) el Ministerio de Salud y el MINAET realizaron talleres y capacitaron a 319 funcionarios de las nueve regiones de salud del Ministerio de Salud, tanto en actividades operativas como gerenciales sobre la Normativa para la Gestión Integral de Residuos, política, ley y reglamentos. (Incluye el decreto de Programas de Gestión Ambiental Institucional). Se espera un efecto multiplicador del conocimiento y efectos sanitarios y ambientales relacionados con la gestión integral de residuos al producirse las réplicas de los talleres en las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, con los actores sociales relevantes de la zona de atracción.

Ante la necesidad de conocer los alcances de la ley y la Política para la Gestión Integral

de Residuos, se realizó un foro con el sector de educación. Se convocaron representantes del Ministerio de Educación Pública, CONARE, CONESUP, REIDES, UNA, UCR, UNED, ITCR, INA, UCI, Universidad LATINA. El objetivo fue el de empoderar a dicho sector en la problemática que generan los residuos y sus efectos al ambiente y la salud. Se da así seguimiento al **artículo 19 de Ley 8839 “Programa Nacional de Educación”**.

Estos talleres tuvieron el apoyo financiero y logístico de la Comisión Centroamericana para el Ambiente y el Desarrollo (CCAD) y de la GIZ y fueron impartidos por funcionarios de las Direcciones de Planificación Estratégica y Regulación de la Salud del Ministerio de Salud y funcionarios de la Dirección de Gestión Ambiental del Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones.



También en la acción estratégica **número 20: Fortalecimiento de Instituciones Públicas, el Ámbito Institucional y Organizacional**, se cuenta con la Guía para Mancomunidades de Gestión Integral de Residuos, elaborada en el marco del Programa Competitividad y Medio Ambiente (CYMA). Esta guía es dirigida a los gobiernos locales de Costa Rica y explica el proceso de creación de una mancomunidad en gestión integral de residuos sólidos, desde la generación de su idea hasta el inicio de sus operaciones; asimismo, presenta los

insumos necesarios que permiten ejecutar los pasos propuestos.

Para la acción estratégica **número 24: Formar profesionales para la Gestión Integral de Residuos Sólidos** y la acción estratégica **número 25: Formar Técnicos para la Gestión Integral de Residuos Sólidos**, en forma conjunta con la UNED, la Plataforma CYMA, diseñó una propuesta de curso virtual dirigida a funcionarios municipales y del nivel regional y local de las instituciones vinculadas al sector residuos, tales como el Ministerio de

Salud, MINAET, IFAM. Dicho curso consta de 8 módulos y fue validado durante el mes de febrero del 2012 para ser implementado a partir de abril del año 2012. Permitirá brindar la capacitación y sensibilización del personal municipal y de salud en GIRS para fortalecer su desempeño en el mejoramiento de la gestión de los residuos.

Por su parte, en el Ámbito Económico se han logrado avances importantes en la acción estratégica número 29, Autofinanciamiento de Servicios Municipales; así como en la acción estratégica número 31, Instrumentos Económicos específicamente con la elaboración del “Manual para la Definición de un Modelo Tarifario para la Gestión Municipal de Residuos Sólidos”, que constituye una herramienta para el cálculo de los costos de la Gestión Integral de Residuos y para el mejoramiento de las tarifas y la gestión de cobro en cada una de la Municipalidades del país.

Esta es una herramienta que permite a las municipalidades definir el modelo tarifario que mejor se ajuste a su condición económica financiera del manejo de sus residuos. Fue divulgado en todas las municipalidades y cerca de 30 de ellas fueron capacitadas en la aplicación de dicha herramienta. El siguiente paso es la capacitación que se brindará para evaluar aspectos de la implementación de dicha herramienta por las municipalidades participantes.

Algunas de las acciones estratégicas del PRESOL fueron reformuladas y actualizadas en talleres intersectoriales realizados durante el año 2011 y darán como producto el Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos renovado y ajustado, el cual se publicará

durante el segundo trimestre del 2012.

Dentro de las actividades pendientes por desarrollar durante el 2012, están:

- Seguimiento a las estrategias entre la Alianza para la recuperación de residuos valorizables integrada y las empresas compradoras de los residuos como la Red Costarricense de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables.
- Seguimiento, implementación, monitoreo y evaluación de los Planes municipales para la gestión integral de residuos, aún pendientes al 2012 (48% del total). Al año 2014 el total de cantones del país deben tener su plan municipal; por ello se tiene una estrategia con la Unión de Gobiernos Locales, IFAM y la Comisión de Asuntos Municipales de la Asamblea Legislativa para realizar sesiones de trabajo con aquellas municipalidades que no han elaborado el plan. Dichas sesiones iniciarán en el mes de abril en el cantón central de Puntarenas.
- Seguimiento, implementación, monitoreo y evaluación del Programa Nacional de Educación para la Gestión Integral de Residuos dirigido a preescolares, escolares y estudiantes de secundaria. Dicho plan ya fue elaborado por el MEP y se espera que los programas pre-escolares, primarios y secundarios lo implementen a partir del presente año.
- Monitoreo y evaluación de la implementación del tema “Gestión Integral de Residuos en los planes de estudios de las universidades públicas y privadas”. Desde inicios del

- 2011 el CONESUP emitió directriz a las universidades públicas y privadas solicitando la incorporación del tema GIR en las carreras atinentes al ambiente.
- Seguimiento, implementación, monitoreo y evaluación del curso virtual de 8 módulos elaborado en forma conjunta con UNED y la Plataforma CYMA. Se implementará a partir de abril del año 2012 y está dirigido a funcionarios municipales y de los niveles locales y regionales interinstitucionales (MINAET, SALUD, IFAM, MIDEPLAN, EDUCACION, entre otros). Está pendiente la revisión y firma de un Convenio Ministerio de Salud –UNED que garantice la sostenibilidad de esta capacitación para funcionarios y su establecimiento como parte de la oferta académica de la UNED. Será coordinado por la Comisión ad-hoc de residuos.
 - Seguimiento, implementación, monitoreo y evaluación de todas las herramientas e instrumentos para el mejoramiento de la gestión integral de residuos construidos por la Plataforma CYMA.
 - Convocatoria de representantes para Plataforma Consultiva del MEP, MAG, MINAET, IFAM, UNGL, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Economía, Cámara de Industrias, Representantes de ONG-s vinculadas con el tema de Gestión Integral de Residuos. Esta convocatoria se realizará por medio del Despacho de la Ministra de Salud en los próximos días mediante una reunión con los jefes de dichas instancias. Ellos deben designar a los funcionarios competentes en Gestión Integral de Residuos, una vez que se publique el Reglamento a la Ley 8839.
- En otro orden de resultados, según decreto ejecutivo N°27.773 del 13 de abril de 1999, se prohíbe el registro, formulación, importación, exportación, tránsito, depósito, almacenamiento, venta y uso agrícola, veterinario y como medicamento de productos que contengan DDT.
- Por ello, el Ministerio de Salud ha realizado importantes gestiones para lograr la disposición del Dicloro Difenil Tricloroetano (DDT), almacenado en Bodegas en la Dirección Regional Rectora de Salud Central Sur. Actualmente se ha logrado que alrededor de 10 toneladas de este producto estén empacadas y embaladas en condiciones sanitaria y ambientalmente seguras, según las normas internacionales y se cuenta con una oferta de Alemania para realizar su correcta disposición. Se está a la espera únicamente del contenido presupuestario para tal fin.
- Otro logro importante es la participación y liderazgo del Ministerio de Salud en el Comité Ejecutivo para la Gestión Integral de Residuos Electrónicos (CEGIRE) de acuerdo con decreto ejecutivo DE-35933-S del 5 de mayo 2010, la cual ha iniciado una fuerte campaña de sensibilización a la ciudadanía sobre manejo integral de los residuos electrónicos.
- El componente de normalización se elaboró conjuntamente con las municipalidades y empresas privadas administradoras de rellenos sanitarios. También se tramitó la aprobación del DE N° 36590-S, publicado en La Gaceta N° 106 del 2/6/2011, denominado: Modificación del artículo 14 del Reglamento de Rellenos Sanitarios DE N° 27378-S.

Este reglamento tiene como objetivo disminuir las molestias manifestadas por la población por la emanación de olores provenientes de los rellenos. Permite nuevas alternativas de cobertura de los residuos depositados en los rellenos y, además, disminuye la contaminación visual.

Por su parte, en el ámbito de la mercadotecnia de la salud, como parte del trabajo desarrollado por la Plataforma de Coordinación Interinstitucional del Programa (CYMA), y del cual el Ministerio de Salud es la contraparte principal, se ha generado, en sus 7 años de trabajo, una serie de documentación e información técnica y científica muy importante sobre la gestión integral de residuos en general y sobre la situación de los residuos en Costa Rica, la cual puede ser usada para la toma de decisiones y consultada por todo tipo de usuarios, tanto nacionales como internacionales.

Por esta razón, a partir del I trimestre de este año el Ministerio de Salud cuenta con un sitio Web exclusivo sobre gestión integral de residuos bajo la dirección www.ley8839.go.cr y con un sitio en la red social de Facebook: "Ley8839", que impulsa la campaña: "Yo soy 8839". Se pretende posicionar en la población general la importancia de contar con la Ley para la Gestión Integral de Residuos, que busca, entre otros objetivos, garantizar el derecho de toda persona a gozar de un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, así como proteger la salud pública y definir la responsabilidad para la gestión integral de residuos de los diversos actores involucrados. Otro producto vinculado a esta temática es la investigación de mercadeo cuantitativa y cualitativa para la elaboración del "Plan

de Mercadeo para posicionar conductas saludables de separación y reciclaje de residuos sólidos en la población", que se ha estado trabajando completamente alineado con la Política Nacional sobre Gestión Integral de Residuos, con la Ley 8839 y con el Plan Nacional sobre Gestión Integral de Residuos. Este plan se estará implementando a partir del segundo semestre del 2012 y se extenderá todo el 2013. Su objetivo es promover conductas saludables de separación y reciclaje de residuos, que logre un adecuado posicionamiento de valores y atributos en la población.

La población objetivo es la contenida en los cantones centrales de las siete provincias del país (Liberia, San José, Cartago, Limón, Puntarenas, Heredia y Alajuela) y dos de los cantones que reportan una alta densidad poblacional como lo son Montes de Oca y Tibás.

La investigación de mercados que ya se llevó a cabo, tuvo como objetivo general comprender el contexto cultural generador de residuos domésticos; así como de las prácticas de separación y reciclaje de residuos sólidos en los cantones ya mencionados.

Para implementar la fase de ejecución, se ha estará iniciando durante el primer semestre del 2012, un trabajo articulado con las Regiones y Áreas Rectoras involucradas, en la que será necesaria la participación de los gobiernos locales y de otros actores sociales vinculados al tema.

Documentos elaborados:

1. Manual para la definición de un modelo tarifario para la gestión municipal de residuos sólidos
2. Guía para mancomunidades en gestión de integral de residuos sólidos.
3. Plan de Acción (PRESOL)
4. Diagnóstico y áreas prioritarias (PRESOL)



1.8 Proyecto Saneamiento Básico Rural (SANEBAR)

Se instalaron 1.050 Sistemas de Tratamientos de Excretas Humanas a nivel domiciliario en población rural dispersa, atendiendo familias en pobreza básica, pobreza extrema, con miembros con discapacidad, con mujeres jefas de hogar y de población indígena; en los siguientes cantones: Upala, Los Chiles, Sarapiquí, La Cruz, Parrita, Corredores, Buenos Aires, Coto Brus, Osa, Golfito, Limón, Talamanca, Siquirres, Pococí y Matina.

Con ello se cumplió al 100% la meta establecida en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014, que esperaba la instalación de 525 sistemas, además se cumple con el compromiso establecido para el 2010 que también pretendía la instalación de la misma cantidad de sistemas.

1.9 Gestión del Riesgo

Atención de Emergencias y Desastres.

Se realizó la coordinación de la atención de diversas situaciones de emergencias y desastres que requerían la presencia del Ministerio de Salud al nivel local. Se colaboró con el diseño y el mejoramiento de los instrumentos utilizados para la recolección de información y se asistió a las convocatorias del Centro de Operaciones de Emergencias con el fin de coordinar interinstitucionalmente la respuesta de los eventos.

Emergencias Sanitarias

Se desarrolló una propuesta de competencias institucionales para emergencias sanitarias, con participación de representantes del nivel regional del Ministerio y otras instituciones relacionadas con el tema de Gestión del Riesgo, trabajo que había iniciado con el

proyecto de cooperación del Gobierno de España.

Comités Asesores Técnicos

Se consolidó la participación del Ministerio de Salud en el Comité Asesor Técnico de Emergencias Tecnológicas (CATET), Comité Asesor Técnico de Asistencia Internacional (CATAI) y se inició la identificación de las instituciones participantes en el Comité Asesor Técnico de Salud (CATSalud) que se espera se consolide durante el 2013.

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

Debido a que los hallazgos por supervisión del Ministerio de Salud a instituciones que motivan suspensión de los servicios públicos, se procedió a consolidar las órdenes sanitarias emitidas por las 82 Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, clasificándolas por el nivel de riesgo, lo cual permitió concertar con los jefes de las instituciones involucradas (CCSS, MEP, Cruz Roja, Ministerio de Seguridad) la implementación de mejoras en los planes de mantenimiento institucional

Asimismo este análisis favoreció la colaboración de otras instituciones que de acuerdo con su experiencia y recursos pudieran aportar en el mejoramiento de condiciones de infraestructura, así nació el proyecto **“Segurito”** el cual se ha ideado como una estrategia para la recuperación de la infraestructura de las escuelas públicas bajo un esfuerzo conjunto y articulado en que participan instituciones como el Instituto Costarricense de Electricidad, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

y el Instituto Mixto de Ayuda Social.

En total con esta intervención se logró el trabajo conjunto de las instituciones, en la atención de **507 establecimientos públicos** (Anexo 3), cuyas órdenes sanitarias, en su mayoría, fueron emitidas en el 2011, pero algunas de ellas datan del 2005 a la fecha.

1.10 Programa Bandera Azul Ecológica (PBAE)

El PBAE es un instrumento práctico para incentivar y democratizar la toma de decisiones en la organización civil en beneficio del ambiente, la salud y la calidad de vida de la población y visitantes de Costa Rica.

El objetivo general del PBAE es establecer un incentivo para promover la organización de comités locales y su integralidad, con el propósito de buscar la conservación y desarrollo, en concordancia con la protección de los recursos naturales, la implementación de acciones para enfrentar el cambio climático, la búsqueda de mejores condiciones higiénico-sanitarias y la mejoría de la salud pública de los habitantes de Costa Rica.

El Ministerio de Salud ha participado en la Comisión Nacional del Programa Bandera Azul Ecológica (CNPBAE) la cual es una comisión interinstitucional con participación de nueve instituciones públicas y privadas que se reúne una vez al mes para valorar el avance de los comités locales del programa Bandera Azul Ecológica, que participan en cualquiera de las 8 categorías establecidas mediante decretos ejecutivos.

Las principales limitaciones para el desarrollo

y expansión del programa que más que programa es una filosofía, está en el orden presupuestario y del recurso humano. Se hace necesaria una participación más comprometida de algunas de las instituciones del sector público.

Para el año 2012 se espera una participación efectiva de la institución que comprometa todos los niveles de gestión. Por ello, se ha programado un proceso de inducción dentro de la institución.

También durante el año 2012 se podrán desarrollar las actividades pendientes con una presencia robustecida dentro de la CNPBAE. Se debe nombrar otro funcionario de nuestra institución, preferiblemente del campo de la mercadotecnia de la salud; esto permitirá una participación institucional más activa tanto en la evaluación de las actividades del programa como en la revisión y actualización de los parámetros de participación y en la revisión anual del plan estratégico del programa.

1.11 Manejo integral de Vectores

Se logró una disminución del 56% de los casos de dengue con respecto al año anterior y el 100% del cumplimiento de la meta pactada de los objetivos de la Lucha Global contra la Malaria, mediante una reducción del 99% de los casos con respecto al año 2000, representando este año el menor número de casos de malaria en la historia del país.

En materia de malaria se lograron los siguientes resultados:

- **17 casos de malaria** posicionando a Costa Rica entre los países con mayor

disminución y colocándolo en la lista de los países en vías de erradicación de esta enfermedad, lo cual implica una reducción en 56 casos con respecto al 2010,

- cumplimiento del 75% pactado en los objetivos de Lucha Global Contra la Malaria para el 2015. (1879 casos en el año 2000 y 17 en el 2011),
- reducción de la carga de Malaria en Matina, la única zona endémica del país, a sólo 10 casos en el 2011,
- se pasó de 4 cantones de mediano riesgo y uno de alto riesgo por Malaria en el 2004, a solo un cantón de mediano riesgo en el 2010 y ninguno en el 2011.

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

- disminución del 56% de los casos de Dengue con relación a los casos presentados en el 2010. (31484 en el 2010 por 13 854 en el 2011),
- 8 de las Regiones Rectoras de Salud tuvieron una disminución en la incidencia de dengue con relación al 2010,
- se aumentaron en más del 50% los trabajos realizados en: casas visitadas 750.822, depósitos eliminados o tratados 4.000.476, llantas recolectadas 62.100, viviendas nebulizadas 852.299 y viviendas

rociadas 9.785,

- se capacitaron en Entomología Básica 57 funcionarios de Control de Vectores en colaboración con las Universidades de Costa Rica y Nacional,
- se realizaron encuestas entomológicas para *Aedes Aegypti* en todas las Regiones del país y en todos los cantones prioritarios.

1.12 Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)

La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021 fue elaborada y consensuada con los diferentes actores sociales involucrados en el tema y aprobada y oficializada por las autoridades de salud en mayo del 2011.

Esta política responde a compromisos internacionales y nacionales adquiridos por el país y responde a la relevancia que tiene la seguridad alimentaria y nutricional para el combate a la pobreza y para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles como respuesta a los objetivos del milenio.

El derecho a una adecuada alimentación es planteada en diversas cumbres mundiales, tales como la Cumbre Mundial de la Alimentación (1996), que señala que existe seguridad alimentaria cuando toda la población, en todo momento, tiene acceso físico, social y económico a alimentos seguros y nutritivos que satisfacen sus necesidades dietéticas y preferencias alimentarias para una vida activa y saludable.

Esta política de SAN es el instrumento para lograr un sistema nacional de seguridad alimentaria y nutricional que permita guiar y orientar el quehacer institucional, la integración y la cohesión de los diferentes actores sociales.

El documento de la Política de SAN fue entregado a los jefes de las diferentes instituciones y organismos internacionales involucrados en su divulgación e implementación. A su vez, esta política está disponible en la página web del Ministerio de Salud para su consulta y utilización.

Con el fin de ejecutar la política de SAN, se elaboró el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2015 con amplia participación social. Fue aprobado y oficializado en agosto del año 2011. En este plan se detallan las actividades, metas, indicadores y responsables de llevar a cabo las respectivas actividades.

Para la articulación de actividades de seguridad alimentaria y nutricional que debe realizar el Ministerio de Salud con otras instituciones como es el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el Ministerio de Economía, Industria y Comercio, las ministras respectivas nombraron a funcionarios de sus instituciones como puntos focales para esta articulación.

Desde la función rectora de la regulación de la salud, se elaboraron los siguientes Decretos Ejecutivos:

- DE N° 36538-S, publicado en La Gaceta N°98 del 23/5/2011. Reforma al Reglamento Suplementos a la

dieta, requisitos de registro sanitario, importación, desalmacenaje, etiquetado y verificación.

Este reglamento establece y clarifica los requisitos para el registro, la importación, etiquetado y verificación de los productos, de manera que la población usuaria de éstos, tengan la seguridad que los suplementos que consumen son aprobados y contiene niveles seguros de vitaminas y minerales

- DE N° 36666-S, publicado en La Gaceta N° 142 del 22/7/2011. Reglamento para el Otorgamiento del Carné de Manipuladores de Alimentos y Reconocimiento de la Oficialización de Capacitadores del Curso de Manipuladores de Alimento por parte del INA.

Este Reglamento tiene como objetivo contar a nivel nacional con manipuladores de alimentos con mejor capacidad y conocimiento al manipular un alimento, lo que repercute en una disminución de las enfermedades transmisibles por los alimentos (ETAS).

En el tema de Seguridad Alimentaria y Nutricional se identificó como eje de trabajo importante el incremento de la obesidad y la deficiencia de micronutrientes, particularmente cinc y selenio que fueron identificados por primera vez como deficientes en la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Así mismo se planteó la necesidad de desarrollar tecnologías innovadoras para la prevención de la contaminación de alimentos, análisis de alimentos transgénicos y de micronutrientes en alimentos fortificados.

1.13 Productos de interés sanitario

Se fortaleció el marco regulatorio de los productos de interés sanitario que inciden en el estado de salud de la población, con los siguientes decretos ejecutivos:

- DE N° 36358-S, publicado en La Gaceta N° 25 del 4/2/2011. Reglamenta el artículo 117 de la Ley General de Salud, establece los lineamientos a seguir para la importación de medicamentos que no tienen registro en el país.

Fue elaborado a solicitud y en consulta con personas que señalaban problemas para adquirir algunos medicamentos, así como los representantes de la industria farmacéutica, lo que viene a resolver el problema de accesibilidad a medicamentos que son necesarios para algunos problemas de salud y que por su baja comercialización no representan una necesidad comercial aunque si una necesidad sanitaria.

Este reglamento facilita a la población la adquisición de medicamentos que no son factibles de adquirir por no contar con registro en el país y que le son necesarios para su estado de salud.

- DE N° 36395-S, publicado en La Gaceta N° 32 del 15 /2/2011. Reforma al Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos.

Fue elaborado en consulta con la industria farmacéutica nacional y extranjera y posterior consulta pública nacional e internacional. Establece los requisitos que

permiten el registro de medicamentos necesarios para la población cuyo innovador no fue registrado en el país y existe evidencia suficiente de su seguridad y eficacia del medicamento. Con esta normativa se da más accesibilidad a los medicamentos que la población nacional requiere.

- DEN°36288-S, publicado en La Gaceta N°39 del 24/2/2011. Reforma al Reglamento de declaratoria de medicamentos de venta libre al consumidor.

Fue elaborado en consulta con la industria farmacéutica nacional y extranjera y posterior consulta pública nacional e internacional. La normativa facilita el proceso de incorporación y revisión de los productos al listado de medicamentos de venta libre, permitiendo a los usuarios un mayor acceso a los medicamentos.

- DE N° 36638-S, publicado en La Gaceta N°129 del 5/7/2011. Productos Farmacéuticos. Estudios de Estabilidad de Medicamentos para uso humano.

Fue Elaborado en el seno de la COMIECO, con la participación de la Dirección de Regulación de la Salud. Da seguridad a la población usuaria de medicamentos, al establecer la vida útil de los medicamentos.

- DE N° 36539-S, publicado en La Gaceta N° 28 del 9/2/2011. Reglamento para el Registro Sanitario y Verificación de Tintas, Pigmentos o Colorantes para Tatuajes.

Fue elaborado y consultado con

propietarios y representantes de establecimiento dedicados a tatuajes; posteriormente se realizó la consulta pública siguiendo los procedimientos establecidos por la Organización Mundial de Comercio. Se establecen los requisitos necesarios para autorizar el registro de pigmentos utilizados para hacer tatuajes, previendo seguridad a los usuarios sobre el origen e inocuidad de los pigmentos.

- DE N° 36551-S, publicado en La Gaceta N° 125 del 29/6/2011. Reglamento de Contaminantes Atmosféricos Provenientes de Calderas y Hornos de Tipo Indirecto.

Fue Elaborado por una comisión interinstitucional, la Cámara de Industrias de Costa Rica y Organizaciones no Gubernamentales y posteriormente sometido a consulta pública nacional. Tiene como objetivo proteger a la población nacional, contra la contaminación generada por las calderas y hornos y disminuir las enfermedades respiratorias originadas por la emisión de contaminante (PTS, dióxido de azufre y óxidos de nitrógeno).

En cuanto al control de productos en el mercado, se elaboró el "Plan de Control de Productos de Interés Sanitario", con el fin de verificar el cumplimiento de la normativa de calidad, seguridad e inocuidad de los productos a través de la toma de muestras y análisis de laboratorio en fábricas, puntos de venta y aduanas. Así también verificar el cumplimiento de la normativa de etiquetado a través de inspecciones o toma de muestras en los puntos de venta y en las industrias.

Entre las actividades de control se realizaron análisis de alimentos, cosméticos, medicamentos y productos naturales. Del total de los productos controlados el 67% fueron alimentos, el 19% medicamentos, el 8% cosméticos y el 6% productos naturales.

Las pruebas aplicadas a los alimentos fueron para determinar la normativa en cuanto a la fortificación, a los límites microbiológicos, aflatoxinas y metanol.

Entre los alimentos analizados para verificar la fortificación tenemos: arroz, azúcar, harina de trigo, harina de maíz, leche y sal. Según la pruebas de los alimentos cuyo resultado no cumplieron con la normativa, se giraron ordenes sanitarias y de parte de los fabricantes se presentaron planes para solventar el problema.

1.14 Atención al Cliente

Se ha logrado la simplificación de trámites mediante la automatización, la unificación de bases de datos y acceso a la información actualizada y universalizada en la web, además se han fortalecido las actividades de control post-registro (Evaluación del documento y control en puntos de venta/ uso) en lo que respecta a los registros de productos de interés sanitario.

Los tiempos de respuesta en la atención de las solicitudes de registro se han mejorado en alimentos, cosméticos, químicos, naturales y equipo y material biomédico, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 42
Tiempos de respuesta por tipo de producto de interés sanitario

Tipo de producto	Tiempo de respuesta	
	2011	2012
Alimentos	1 mes	15 días
Cosméticos	1 mes	20 días
Productos químicos	18 días	10 días
Equipo y Material Biomédico	4 meses	15 días
Productos Naturales	3 meses	2 mes

Fuente: Dirección de Atención al Cliente

Para atender la situación con el retraso en el registro de medicamentos el Ministerio de Salud ha implementado acciones para mejorar el servicio a los clientes entre las que se encuentran:

- Foro Mejoramiento del Sistema de Registro Sanitario en el Ministerio de

Salud para la Agilización de Trámites para un Servicio con Calidad y Oportunidad: Este foro contó con la participación de la Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud, Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria, Cámara de Comercio, Asociación de Registradores, Asociación

de la Industria Farmacéutica Nacional, Cámara de Comercio Exterior, Cámara de Industrias, Federación Centroamericana de Laboratorios Farmacéuticos, Colegio de Farmacéuticos, Colegio de Químicos, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Instituto Clodomiro Picado, Ministerio de Economía, Industria y Comercio, Ministerio de Comercio Exterior, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.

Del foro se desprendieron acciones tales como la elaboración de un Diagnóstico Participativo sobre la Situación de los Registros Sanitarios y la construcción de estrategias que se pueden aplicar para atención oportuna y de calidad en la inscripción y renovación de productos nacionales y extranjeros.

- Se aumentó la capacidad operativa: se han asignado, de forma temporal, cuatro y medio tiempos adicionales al equipo de evaluadores.
- Se contrató evaluadores: se encuentra en proceso la contratación de dos profesionales que suministren servicios profesionales para reducir la cantidad de solicitudes en espera.

Se mejoraron los procesos, procedimientos y guías, que facilitan la recepción de documentos, evaluación de solicitudes y control interno de la productividad. Con la utilización de los procedimientos y protocolos de atención al cliente se han logrado agilizar los trámites en ventanilla, pues se respetan los requisitos y tiempos establecidos en la normativa relacionada

con permisos de funcionamiento, carnet de fiebre amarilla y manipulación de alimentos, la atención de las denuncias contra actuación de los funcionarios y quejas por trámites no resueltos.

Para evaluar las medidas antes citadas, se aplicaron dos encuestas para medir la satisfacción de los clientes que efectuaron trámites en la ventanilla a nivel institucional en el año 2011. Las encuestas demuestran que el cliente está satisfecho en un 88,5% con los servicios que brinda el Ministerio de Salud.

1.15 Recursos Humanos en Salud

El desarrollo de los recursos humanos en salud constituye una necesidad y un reto, que requiere ser abordado como factor crítico e imprescindible para la mejora del funcionamiento del sistema nacional de salud y de la salud de la población. Bajo esta perspectiva, el Ministerio de Salud efectuó durante el año 2011, las siguientes actividades:

La Medición Nacional de las 20 Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud, las cuales responden a compromisos adquiridos en el marco del "Llamado a la Acción para una Década de Recursos Humanos de la Salud (2007-2015)", proclamado en Toronto, y en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015, a través de la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, en la que están representados los Ministerios de Salud y la Seguridad Social de cada país.

En el Llamado a la Acción de Toronto se identificaron los cinco retos fundamentales a

los que se enfrentan los países de la Región. Estos cinco retos se desagregaron en 20 metas regionales, que constituyen una respuesta a la disposición de los Estados de actuar y avanzar conjuntamente, en función de los desafíos trascendentales que afrontan los recursos humanos, para producir un impacto substancial en el desempeño general de los sistemas de salud, con énfasis en atención primaria en salud y funciones esenciales de salud pública.

Con base en los resultados de la medición nacional se determinaron propuestas de líneas de acción para profundizar, mantener y fortalecer las metas con resultado positivo, así como para superar la brecha en las metas que muestran rezago.

En la medición participaron actores sociales relacionados con la rectoría en salud, la prestación de servicios, la formación, la educación permanente, la regulación del ejercicio profesional y la rectoría de la gestión del recurso humano en la Administración Pública.

Se desarrollaron ocho (8) talleres de trabajo con los Colegios Profesionales de Ciencias de la Salud, sobre la visión país del modelo de atención en salud y la visión país de los recursos humanos en salud, desde la perspectiva de los colegios. Este esfuerzo culminó con un Foro Nacional en febrero de 2012, donde se determinaron las principales acciones a seguir, mediante el trabajo conjunto con la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.

Participaron los Colegios de: Médicos y Cirujanos de Costa Rica, Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, Colegio de

Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, Colegio Cirujanos Dentistas de Costa Rica, Colegio de Profesionales en Nutrición de Costa Rica y Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos, junto con representantes de la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos en Salud, la Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud del Ministerio de Salud y la Dirección de Proyección de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Entre los principales temas discutidos estuvo la formación del recurso humano en salud y la necesidad de realizar acciones orientadas a regular su calidad, lo que incluye desde su caracterización hasta el desarrollo de perfiles profesionales básicos, la acreditación obligatoria de programas de estudio y la recertificación profesional.

Se participó en la primera fase de un estudio sobre el panorama de la migración calificada en medicina y enfermería en Centroamérica y República Dominicana, que persigue como objetivos:

- analizar y sistematizar la información disponible generando una aproximación diagnóstica a la dimensión y caracterización de esta;
- analizar los marcos regulatorios de la certificación de la formación profesional así como la habilitación de la práctica profesional y
- desarrollar un documento integrador analítico que establezca el panorama centroamericano de migración calificada e identifique áreas críticas con potencial de acuerdo entre países para su abordaje

conjunto en el plano de la integración regional.

La complejidad de los procesos involucrados en la gestión de los recursos humanos en salud y sus conexiones con las dimensiones: política, regulación, formación y provisión de servicios, hacen que dicha gestión trascienda el ámbito de las instituciones y se proyecte en las dimensiones de la organización misma del sistema y de los servicios de salud.

En este contexto, el país requiere del desarrollo y fortalecimiento de una instancia rectora en recursos humanos en salud, con capacidad instalada para asumir los desafíos en cuanto a:

- gestión y regulación del trabajo en salud;
- gestión de la formación y capacitación.

Para el año 2012 se programaron las siguientes actividades:

- Implementación del sistema de información nacional en Recursos Humanos en Salud.
- Desarrollo del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud.
- Seguimiento a la medición nacional de las metas regionales en Recursos Humanos en Salud.
- Participación activa en la incorporación de la Salud Mental en los planes de estudios de la educación superior universitaria.
- Desarrollo del plan de trabajo de la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.

Se espera desarrollar las actividades programadas, mediante un trabajo coordinado con las Comisiones Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, tanto nacional como la de Centroamérica-República Dominicana, los Colegios Profesionales, el aporte técnico-financiero del Ministerio de Salud y con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud.

1.16 Prevención de la violencia y promoción de la paz social

Se fomentó el desarrollo de capacidades humanas en la población con especial atención en los grupos en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.

En el nivel central se capacitaron 40 funcionarios en la Política de la Violencia contra las Mujeres (PLANOVI-Mujer) y a nivel regional 9 talleres inster institucionales.

Por medio de 16 talleres se logró capacitar a 2165 mujeres víctimas de violencia en coordinación con la CCSS y la Oficina de la Mujer.

También se trabajó en la Promoción de una cultura de paz para disminuir los casos de violencia intra y extrafamiliar.

Con participación social de educadores, psicólogos, orientadores y trabajadores sociales, se proporcionó información para lidiar en resolución de conflictos y potenciación de líderes juveniles como herramienta para atacar la violencia en la juventud, así como talleres artísticos para mejorar la autoestima en ellos.

Conjuntamente con la participación de

actores sociales, se desarrolló el programa de comunidades amigables para la persona adulta mayor.

Este tema está incluido en la Política Nacional De Salud 2011-2021, el Plan Nacional de Salud 2010-2021. También está vinculado en los planes nacionales en salud del Plan Nacional de Actividad física y Salud 2011-2021, Plan Estratégico Nacional de Salud para Adolescentes 2010-2018.

Adicionalmente, se trabaja en el Componente de ambiente físico y psicológico saludable del Programa Nacional de Salud y Nutrición Escolar.

En el año 2011 se realizó la presentación de “Armas De Fuego Como Problema De Salud Pública” en la Comisión de Armas de Fuego, como parte de los esfuerzos para lograr la Reforma a la Ley de Armas en la Asamblea Legislativa.

1.17 Salud Mental

Se inició la elaboración de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, con apoyo de la OPS que va a permitir articular con la CCSS y otros actores sociales la promoción de la salud mental, la prevención de enfermedades tanto física y mental, así como reducir el daño en el sufrimiento social, impactando en áreas como la violencia, la inseguridad social y las adicciones. El Plan Nacional de Salud Mental se trabajó en los últimos cuatro meses del año 2011, a fin de lograr la ejecución de la Política Nacional de Salud Mental.

Además, se celebró el día de la Salud Mental -10 de octubre- en conjunto con el Instituto de Derechos Humanos, haciéndose una jornada

académica de salud mental recopilando insumos para la Política de Salud Mental.

El beneficio esperado para la población será contar con instrumentos y apoyo político para fortalecer e integrar una respuesta viable y factible del Sistema Nacional de Salud, para el mejoramiento de la salud mental de las personas que habitan en el territorio costarricense y reducir la carga de los trastornos mentales.

En el campo regulatorio se trabaja en la norma nacional para la atención de víctimas de violencia. Esto ha merecido un trabajo multisectorial e interinstitucional importante. Actualmente se cuenta con una propuesta la cual está en revisión final para lograr oficializarla en el año 2012.

En el tema de farmacodependencia, tanto dentro como fuera de los servicios de salud, se busca mejorar coberturas de este tipo de patologías, bajo la integración en los servicios de prevención, atención y tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, que causan dependencia, en los tres niveles de gestión, con énfasis en la atención primaria de salud.

1.18 Salud Oral

Se inició durante el 2010 y 2011 la elaboración del Modelo de Atención en los Servicios de Odontología del país.

Se realizó el geo-refrenciamiento de los Consultorios Odontológicos a nivel nacional, lo cual es un importante insumo para poder definir la ubicación de las mayores necesidades de la atención odontológica en el país.

Se participó en la validación de la propuesta de

la “Política Nacional de atención, promoción y protección de salud bucodental”, realizada por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica, con el fin de incluirlo en la Política Nacional.

Como parte del proceso de evaluación del “Sistema de atención de salud en el primer nivel de atención de la CCSS”, se realizó la definición de nuevos estándares para la evaluación de los servicios de odontología en dicho nivel.

Además se elaboró y modificó el “Reglamento para Permisos de Funcionamiento de Establecimientos Odontológicos públicos, privados y mixtos”, queda pendiente su publicación por decreto y la validación y aplicación de nuevos estándares para la evaluación de los servicios de odontología en el tercer nivel de atención de la CCSS.

1.19 Control de radiaciones

Se elaboró y publicó el DE N° 36324-S, en La Gaceta N° 25 del 4/2/2011: “Reglamento para regular la exposición a campos electromagnéticos de radiaciones no ionizantes, emitidos por sistemas inalámbricos con frecuencias hasta 300 GHZ”. Este reglamento fue elaborado con la participación de personeros de la SUTEL y del Viceministro de Telecomunicaciones.

Establece los requisitos y criterios tendientes a proteger la salud de la población nacional y del personal técnico, de los potenciales riesgos y efectos nocivos a la exposición de los campos electromagnéticos de las radiaciones no ionizantes.

Comisión de Energía Atómica de Costa Rica

Se consolidó la participación proactiva del Ministerio de Salud ante la Comisión de Energía Atómica, promoviendo el desarrollo de un marco programático acorde a la realidad nacional, que no duplique las acciones reguladoras del Ministerio de Salud y enfocándose en sus actividades de promoción pacífica de la energía nuclear.

Organismo Internacional de Energía Atómica

Se trabajó en forma coordinada con la Oficina Nacional de Enlace del Ministerio de Relaciones Exteriores con el fin de posicionar al Ministerio de Salud como autoridad competente en materia de protección radiológica y se elaboró el perfil del Proyecto Nacional “Fortalecimiento del Ministerio de Salud de Costa Rica en sus tres niveles de gestión para cumplir con su rol rector en materia de protección y seguridad radiológica” patrocinado por el Organismo Internacional de Energía Atómica y que inicia a partir del 2012. Así como la coordinación de la visita de dos expertas del Organismo Internacional de Energía Atómica, para completar la misión evaluadora para el sistema de control implementado por el Ministerio de Salud.

Educación y divulgación

Se realizó el foro “Accidentes en plantas nucleares: ¿Un riesgo para Costa Rica?” realizado en el Auditorio de INCIENSA y que contó con la participación de varias instituciones relacionadas con el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo debido a la situación ocurrida en la planta nuclear Fukushima de Japón.

Proyectos regionales

Se elaboró el plan de trabajo del período 2012-2013 bajo el marco del proyecto RLA/9/061 "Fortalecimiento de los sistemas nacionales de preparación y respuesta para casos de emergencia nuclear y radiológica" y coordinación del Curso Básico de Protección Radiológica, durante noviembre del 2011, con asistencia técnica del Organismo Internacional de Energía Atómica, bajo el marco del proyecto RLA/9/064.

1.20 Maternidad e infancia saludable y segura

El Ministerio de Salud evaluó el 90% de los

establecimientos proveedores de servicios de salud a esta población superando la meta de un 80%. Dicha meta se alcanzó satisfactoriamente, lo que permitió fomentar las mejoras en los servicios de salud en pro de la calidad de atención que se brinda a la población materno-infantil.

Además, con el cumplimiento del plan, la población se vio beneficiada, ya que se reducen las brechas de las inequidades existentes en zonas y sectores de la población más deprimidos o alejados y en las regiones del país que presentan los indicadores de salud más bajos, con debilidades en la calidad de atención y dificultades para el acceso a los servicios de salud. Asimismo, contribuye en la reducción de las muertes infantiles y

Cuadro N° 43
Mortalidad Infantil, Costa Rica 2008-2011

AÑOS	TOTAL NACIMIENTOS INFANTILES	TOTAL MUERTES INFANTILES	TASA MORTALIDAD INFANTIL
2008	75.187	673	8,95
2009	75.000	663	8,8
2010	70.922	671	8,8
2011	34525	331	9.58

Fuente: www.INEC.go.cr

maternas, lo cual se ve reflejado en las tasas de mortalidad que muestra el país, logrando mantenerlas en cifras muy bajas.

1.21 Salud sexual y reproductiva

La Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 y Plan Estratégico de Sexualidad 2012-2015 reúnen los principales compromisos del Estado Costarricense para la garantía y respeto al acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad segura, informada, corresponsable

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

Se asume que con esta Política 2010-2021 y el Plan Estratégico de Sexualidad 2012-2015 un gran desafío es promover y garantizar el derecho a una sexualidad integral que abarque sus diferentes determinantes y que trascienda el paradigma de un abordaje biológico, basado en la atención del daño a la salud y centrado en la genitalidad, hacia un abordaje integral,

basado en la promoción de la persona, que se enfoque en la búsqueda de relaciones de igualdad, respeto y cuidado mutuo.

Se elabora una estrategia de acceso universal a condones femeninos y masculinos identificando y analizando las mejores prácticas internacionales así como con la visión de actores claves entrevistados.

Como parte de la estrategia, se elaboró una propuesta de Plan de mercadeo Social que define una estrategia de mercado que incrementa el acceso y uso de condones

masculinos y femeninos, un plan de medios.

Como parte de una sexualidad saludable se trabajó un modelo interinstitucional de prevención de embarazo adolescente con enfoque de derechos humanos, género, diversidad y de determinantes de la salud.

1.22 Infraestructura

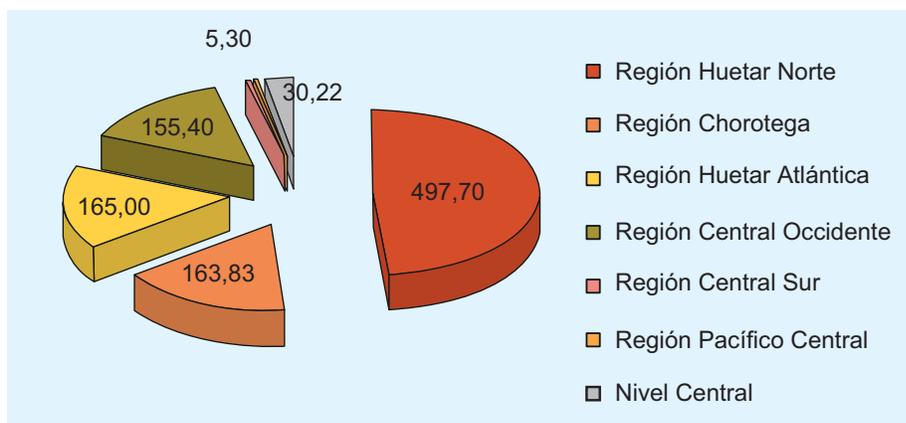
La inversión en infraestructura se totalizó en 1.022.215.262,65 colones. Se realizaron cinco remodelaciones menores y siete intervenciones mayores según el siguiente detalle:

Cuadro N° 44
Inversión en infraestructura, Ministerio de Salud. Año 2011

Unidad Organizativa	Monto	Detalle
ARS Aguas Zarcas	179.825.711,26	Remodelación mayor- construcción nueva
ARS Los Chiles	173.700.938,67	Remodelación mayor- construcción nueva
ARS Guatuso	144.170.572,75	Remodelación mayor- construcción nueva
ARS Bagaces	18.259.998,00	Reparación menor
ARS Carrillo	140.000.000,00	Remodelación mayor- construcción nueva
ARS Limón	165.000.000,00	Remodelación mayor- construcción nueva
ARS Palmares	139.265.640,14	Remodelación mayor- construcción nueva
Nivel Central	30.224.161,00	Intervención menor-pintura
Sede Regional Chorotega	5.572.917,14	Remodelación de baños
ARS Goicoechea	2.281.004,25	Reparación menor Portón
Sede Pacifico Central	4.761.285,11	Remodelación menor- intervención
ARS. Cristo Rey	3.021.045,6	Remodelación menor- baños
TOTAL	¢1.022.215.262,65	

Fuente: División Administrativa. Ministerio de Salud

Gráfico N° 52
Recursos asignados en inversión por región Ministerio de Salud. Año 2011
 (en millones de colones)



Fuente: División Administrativa. Ministerio de Salud

1.23 Cooperación internacional

Área bilateral

Se firmó el Canje de Notas Costa Rica – Panamá, el cual tiene por objetivo desarrollar acciones articuladas entre los Gobiernos de Panamá y Costa Rica, para mejorar el estado de salud de la población en las comunidades fronterizas, mediante el fortalecimiento e implementación de estrategias de cooperación entre ambos países hermanos.

Se elaboró el Convenio de Cooperación en Salud entre la República Popular China y la República de Costa Rica. Su objetivo es estrechar los lazos de cooperación entre ambas repúblicas, mediante el intercambio de experiencias, conocimientos, técnicas y tecnologías con miras a mejorar el estado de salud de la población de ambas naciones. Actualmente se está en la etapa de negociación.

Se elaboró el Convenio de Cooperación en

Salud entre la República de Costa Rica y el Estado de Israel. Tiene por objetivo fortalecer los lazos de cooperación entre las Partes mediante el intercambio de experiencias y especialistas, conocimientos, técnicas y tecnología con miras a mejorar el estado de la salud de la población de ambas naciones. Actualmente se está en la etapa de negociación.

Se elaboró el Convenio de Cooperación en Salud entre la Federación Rusa y la República de Costa Rica. Tiene por objetivo estrechar los lazos de cooperación entre la República de Costa Rica y la Federación Rusa mediante el intercambio de experiencias y especialistas, conocimientos, técnicas y tecnologías con miras a mejorar el estado de salud de la población de ambas naciones. Se encuentra en la fase de negociación.

Se apoyó el desarrollo y ejecución de la Misión China Arca de la Paz, la cual brindó servicios médicos a la población del cantón central de Puntarenas.

Se apoyó el desarrollo y ejecución de la visita de la Delegación de Azerbaiyán que estuvo en el país del 3 al 7 de octubre de 2011. Se dio a conocer la experiencia del país en prevención y control de la anemia, así como los resultados alcanzados a partir del liderazgo ejercido por el Ministerio de Salud.

Se elaboró y firmó el Convenio de Cooperación en Salud entre el Gobierno de la República de Costa Rica y el Hospital Casa Sollievo della Sofferenza de Italia. Tiene por objetivo establecer las bases de la cooperación futura para mejorar el estado de la salud de la población de ambos países, de conformidad con sus legislaciones nacionales.

Se gestionó la firma del Convenio de Cooperación entre la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) y el Ministerio de Salud de Costa Rica. Tiene por objetivo establecer las bases de una cooperación recíproca, que permita la promoción y realización de actividades de interés común: como intercambio de información generada a través de investigaciones realizadas en cada una de las instituciones, desarrollo conjunto de proyectos de investigación, pasantías para la práctica profesional y otras actividades que sean pertinentes y de interés a ambas instituciones.

Área de integración regional

A raíz de las gestiones realizadas por el país en el seno de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), se modificó y aprobó el nuevo reglamento de este foro sectorial.

Área multilateral

La UAIS elaboró, con el apoyo de la División Técnica de Rectoría de la Salud, los insumos técnicos y posición país con el fin de asegurar la oportuna participación del país en:

- 64° Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, Suiza).
- 51° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (Washington, EE.UU.).
- XIII Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud (Asunción, Paraguay).

Se apoyó la realización en Costa Rica del Foro Regional de Determinantes Sociales de la Salud, en el cual se reunió a representantes ministeriales y de la sociedad civil de todo el continente. Como producto de este encuentro, se presentó a la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud una propuesta regional para su abordaje.

Se ha apoyado al Despacho Ministerial en las negociaciones con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con miras al desarrollo del proyecto Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015 (ISM2015), el cual abordará, de manera intersectorial, la problemática de embarazo adolescente en cantones prioritarios.

Se ha apoyado a la Red Iberoamericana Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud (RIMAIS) -cuya Secretaría Técnica es ostentada por este Ministerio- en la negociación, aprobación y ejecución de proyectos de

cooperación internacional con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Unión Europea.

Área de cooperación internacional

De manera conjunta con las instituciones del Sector Salud, y con el acompañamiento del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, se elaboró la Estrategia de Cooperación Internacional en Salud.

Se firmaron y desarrollaron proyectos de cooperación internacional con Brasil:

- Proyecto Vigilancia de la Salud y Sistema de Información para la Vigilancia: el proyecto fue oficializado entre ambos Gobiernos. Posteriormente su Acuerdo Complementario fue publicado en el Diario Oficial La Gaceta.
- Proyecto Incorporación de terapias no convencionales y complementarias en los servicios de salud de atención directa a las personas y desarrollo de estrategia de salud mental de base comunitaria: el proyecto fue oficializado entre ambos Gobiernos. Posteriormente su Acuerdo Complementario fue publicado en el Diario Oficial La Gaceta.
- Proyecto Apoyo técnico para la implementación de Bancos de Leche Humana (BLH) en Costa Rica: se coordinó con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) para la asignación del presupuesto correspondiente al Hospital de San Ramón, en el cual se remodeló y equipó el espacio necesario para la implementación del BLH. Se logró capacitar a una gran cantidad de colaboradores en el tema

de BLH. Actualmente el proyecto está en operación.

- Proyecto Pasantía en el Centro Internacional de Cooperación Técnica en VIH/SIDA de Brasil (CICT): se coordinó con el CICT y se formuló y remitió la propuesta de pasantía.

Se firmaron y desarrollaron los proyectos de cooperación internacional con Estados Unidos de Norteamérica:

- Misión Humanitaria Limón 2010: se realizaron las gestiones de coordinación para el desarrollo de la Misión Humanitaria en agosto de 2010.
- Proyecto Reparación de infraestructura básica de la Dirección de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil de Talamanca: se obtuvo de la Embajada de EE.UU. la donación de USD \$10.000 para reparar la infraestructura de la Dirección, así como la donación de la mano de obra necesaria para las reparaciones.
- Misión Humanitaria Puntarenas 2011: Se realizaron las gestiones de coordinación para el desarrollo de la Misión Humanitaria en agosto de 2011.
- Gira Médica Región Pacífico Central y Huetar Norte 2011: se realizaron las gestiones de coordinación para la realización de dos giras médicas para 2011.
- Proyecto de Equipamiento del CEN de La Aurora de Heredia: se coordinó con la Embajada de EE.UU. la donación de

equipamiento del CEN, así como una donación de USD \$10.000 para reparar su infraestructura.

Se firmaron y desarrollaron proyectos de cooperación internacional con Cooperación con la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID)

- Proyecto Fortalecimiento del Desarrollo Social Territorial Zona Norte-Norte, I Fase: se asesoraron y coordinaron las actividades correspondientes a la fase de ejecución del proyecto.
- Proyecto Fortalecimiento del Desarrollo Social Territorial Zona Norte-Norte, II Fase: se asesoraron y coordinaron las actividades correspondientes a la fase de preinversión del proyecto.

Se firmaron y desarrollaron proyectos de cooperación internacional con México:

- Proyecto Modelos de atención y evaluación del desarrollo de niñas y niños en guarderías entre CEN/CINAI y el Instituto Mexicano de Seguro Social: se gestionó el intercambio de información entre ambas instituciones para la ejecución de dicho proyecto.
- Proyecto Peso y talla en niñas y niños costarricenses y mexicanos de 0 a 4 años: se gestionó el intercambio de información entre ambas instituciones para la ejecución de dicho proyecto.

Proyectos de Cooperación Triangular: Costa Rica como oferente

- Proyecto Gestión Integral de Residuos

Sólidos Jalapa, Guatemala: se han realizado las gestiones necesarias para poder ejecutarlo en de abril 2012, entre la Municipalidad de Jalapa, Guatemala y el Ministerio de Salud de Costa Rica.

- Proyecto “DAR-La Trinidad”, Guatemala: Se han realizado las gestiones necesarias para poder ejecutarlo en abril 2012, entre la Municipalidad de Jalapa, Guatemala y el Ministerio de Salud de Costa Rica.

Comisión Mixta Costa Rica - Chile

- Durante la realización de la Comisión Mixta Costa Rica - Chile, se presentó la iniciativa Creación y fortalecimiento del Sistema Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud. El objetivo es fortalecer la capacidad de las instituciones que coordinan y evalúan las tecnologías sanitarias a nivel nacional mediante el acompañamiento de la cooperación internacional para optimizar su adquisición, uso y mantenimiento.

2 ENTES ADSCRITOS

2.1 Consejo de Atención Integral

Se desarrollaron acciones para ajustar los mecanismos internos para que los trámites de solicitudes de Centros de Atención Integral para atender a personas menores de 12 años sean más expeditos y eficientes, de manera que se cumplan los tiempos establecidos en la normativa vigente, 20 días.

Por otro lado, se ha procedido a la atención y aprobación de 150 solicitudes de habilitación, en un esfuerzo por garantizar que los

establecimientos cumplen con los estándares de calidad en los servicios que prestan, esta medida ha beneficiado a más de 2000 niños. Actualmente, se están impulsando iniciativas para abrir opciones de capacitación para formar cuidadores de niños, de acuerdo con estándares establecidos por la normativa vigente, con lo cual se generan condiciones para la apertura de nuevos centros e incrementar el acceso a este servicio. No obstante lo anterior, se está iniciando un proceso de actualización de las normas que regulan estos servicios.

2.2 INCIENSA

El INCIENSA (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud) es responsable de la coordinación de la vigilancia epidemiológica especializada y la basada en laboratorios, investigación en salud pública y enseñanza. Sus principales logros en el año 2011 son:

Vigilancia epidemiológica

Durante el año 2011 INCIENSA -según lo planeado con el indicador de tiempo de respuesta de los principales análisis de laboratorio- realizó un total de 1991 diagnósticos de Leptospirosis por la técnica MAT, de los cuales el 98% se realizan en 2 días o menos. El CNR (Centro Nacional de Referencia) de Virología realizó un total de 10532 análisis de infecciones por virus Dengue IgM, de los cuales el 91% de los resultados fue emitido en el tiempo estándar de 3 días. Se realizaron 845 diagnósticos moleculares de tosferina, de los cuales el 96% de los diagnósticos fueron emitidos en 3 días. Por su parte, el CNR de Tuberculosis analizó 228 pruebas de bacilo resistencia (PBR), de las cuales 196 fueron

reportadas en el tiempo estándar de 65 días, lo cual representa un 86% de análisis dentro de la meta establecida. El porcentaje de análisis de infecciones respiratorias agudas, por la técnica de inmunofluorescencia, emitidos en el tiempo estándar de 3 días, fue del 94%.

Como parte de las mejoras en su función de vigilancia epidemiológica, el INCIENSA logró la renovación del sitio web, lo cual permite que nuestros usuarios de la Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud puedan acceder en tiempo real a los resultados de laboratorio de los principales eventos de salud pública monitoreados. Esto es posible dado que el INCIENSA cuenta con un Sistema de Información Científico desde el año 2002. Este sistema no solo apoya la gestión institucional sino que provee información oportuna para el control y monitoreo de enfermedades prioritarias en beneficio de la salud de los costarricenses.

En cuanto a mejoras en infraestructura, se logró la remodelación de 100 metros cuadrados de laboratorio de bioseguridad tres. Este tipo de laboratorio permitirá trabajar las muestras de tuberculosis en forma segura, pero además le permitirá al país trabajar cualquier tipo de muestra sospechosa que requiera un alto grado de contención por su peligrosidad.

Aseguramiento de la calidad

El INCIENSA realiza programas de aseguramiento de la calidad, tales como evaluaciones externas del desempeño, confirmaciones diagnósticas e inspecciones en el sitio de trabajo. Además, como parte de estos programas, se ejecutan procesos de capacitación a profesionales y técnicos de

la seguridad social y laboratorios privados. Lo anterior, permite conocer y respaldar la calidad y confiabilidad de la información utilizada en la vigilancia y constituye un insumo fundamental para la detección de fuentes de error, oportunidades de mejora y necesidades de capacitación, entre otros.

El programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química Clínica (PEEDQC) evalúa el desempeño de los laboratorios participantes en las determinaciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles (colesterol, triglicéridos, HDL- colesterol, glucosa, nitrógeno ureico y creatinina), mediante valoraciones periódicas de los ensayos de aptitud, por comparaciones interlaboratorios con muestras codificadas para garantizar resultados confiables en los laboratorios de la red. Durante el año 2011, se invitaron a un total de 168 laboratorios, de los cuales 162 respondieron la Evaluación Externa del Desempeño (EED), lo cual implica un 96% de respuesta de los laboratorios invitados. El propósito es fomentar una mayor participación de los laboratorios de zonas alejadas del valle central. Se logró un incremento de participación de los laboratorios privados de un 20% y se obtuvo 81% de los participantes con evaluaciones satisfactorias.

Por su parte, las inspecciones de calidad permiten establecer un diagnóstico preciso de situación y hacer las recomendaciones correctivas en muy corto plazo, todo en beneficio oportuno de la tuberculosis en Costa Rica. Esta enfermedad infectocontagiosa representa un riesgo para la población general, ante la inminente aparición de cepas multiresistentes a nivel mundial; de ahí la importancia de una detección y control

oportuno. Con el propósito de revitalizar la red de laboratorios que realizan diagnóstico de tuberculosis, el CNR- Tuberculosis realizó un total de 62 inspecciones durante este 2011, lo que corresponde a un total de 62% de los laboratorios de la red inspeccionados, de los cuales 38.6% obtuvieron nota satisfactoria (nota mayor a 79).

Investigación

La investigación, como productora del conocimiento en salud pública, constituye una herramienta para los tomadores de decisión en la resolución de los problemas más relevantes de la salud. En el año 2011 se realizaron 11 publicaciones en diversos temas de salud pública. Entre ellas, cabe resaltar la publicación de las Dras. Barboza y Umaña, de la Unidad de Enfermedades Congénitas (UEC) del INCIENSA, que documenta, para el período 1997-2009, los efectos positivos de la adopción de una política de salud, la fortificación de alimentos con ácido fólico. Dicha fortificación provocó una reducción sustancial de los defectos del tubo neural (anencefalia y espina bífida) al nacimiento (Revista Panamericana de Salud Pública. 30 (1):1-6, 2011). Cabe señalar también la publicación de las Dras. Benavides y Umaña, de la UEC del INCIENSA, con colegas del Hospital Nacional de Niños, la cual documenta la epidemiología de las cardiopatías congénitas en Costa Rica, primera causa de muerte por malformaciones congénitas en el país (Revista Panamericana de Salud Pública 30(1):31-8, 2011). Dicho estudio constituye la base a partir de la cual se han continuado haciendo investigaciones en el tema, particularmente en lo que atañe a la calidad de la atención de las cardiopatías congénitas en los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Es importante mencionar también dos publicaciones que vienen a apoyar los esfuerzos realizados en el país en materia de regulación alimentaria: Blanco-Metzler y Nuñez- Rivas (Archivos Latinoamericanos de Nutrición 61(1):87-95, 2011), ambas funcionarias de la Unidad de Salud y Nutrición (USN) del INCIENSA, que documenta la situación de la información nutricional declarada en las etiquetas de los alimentos comercializados en Costa Rica, y Monge Rojas (que también labora en la USN) y otros (Revista Panamericana de Salud Pública 29(2):126-129). Esta publicación documenta el progreso en la eliminación de ácidos grasos trans (AGT) de los alimentos producidos industrialmente.

Enseñanza

El INCIENSA coordina el Campus Virtual en Salud Pública -Nodo Costa Rica- desde diciembre del 2007. Es un espacio virtual de interacción y aprendizaje, donde, una red de personas, instituciones y organizaciones comparten cursos, recursos y actividades de educación y formación para mejorar las competencias de los trabajadores y las prácticas en servicio. Este año se capacitaron 17 profesionales en el diseño de cursos de salud pública en entornos virtuales y se adaptó la metodología para impartir un curso para la formación de tutores en entornos virtuales.

2.3 Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), de acuerdo con las acciones estratégicas vinculadas al Plan Nacional de Desarrollo para el año 2011, tiene

los siguientes logros:

Fomento y protección de la salud mental y fortalecimiento de los programas de atención integral de las adicciones.

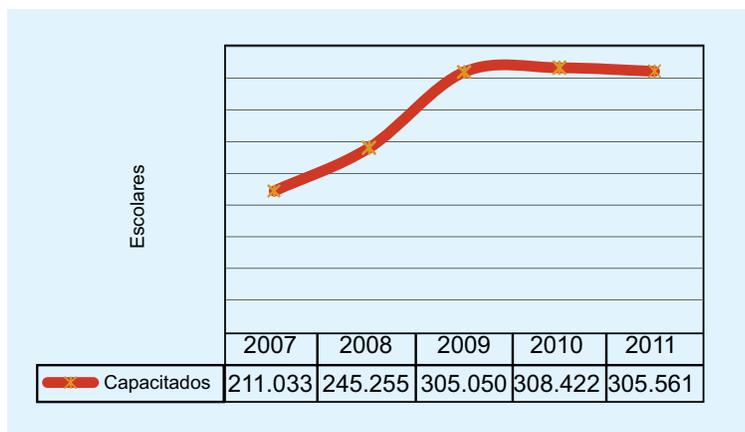
Para este primer componente se está desarrollando el **Programa Aprendo a Valerme por Mi Mismo (AVPMM)**, con el fin de contribuir a la adopción de estilos de vida saludables y dirigidos a escolares de la Educación General Básica. En los últimos años se ha incorporado a población de preescolar y de los CEN-CINAI.

Este programa se basa en las “habilidades para la vida”, las cuales pretenden brindar herramientas esenciales para que los niños y niñas puedan afrontar las dificultades que se presentan en su vida cotidiana, por medio de aprendizajes significativos que fortalezcan los factores de protección. En particular, contra el consumo de drogas.

Para el año 2011 un total de **305.561 niños y niñas** han participado del programa del IAFA. Es decir, al **Programa Aprendo a Valerme por Mi Mismo están incorporadas 3.605 escuelas de todo el país**, pertenecientes a **171 Circuitos Educativos** del MEP. En ese sentido, se tiene presencia en el **100% de los cantones del país** con este tipo de intervención. Además, se ve beneficiada la comunidad educativa; es decir, todos los docentes que participan de la aplicación de la metodología, las familias de los menores de edad y comunidad en general.

También se ha avanzado en la ampliación de la cobertura, pues los niveles 4to, 5to y 6to del Segundo Ciclo de Educación Básica se cubren por completo.

Gráfico N°53
IAFA. Pre escolares y Escolares de cuarto, quinto y sexto grado participantes en el Programa AVPMM. Costa Rica 2007-2011



Fuente: IAFA

Cuadro N° 45
Distribución de escolares por región que participan en el programa AVPMM, Costa Rica. 2011

	REGIONES DEL MIDEPLAN						TOTAL
	CENTRAL	HUETAR NORTE	PACIFICO CENTRAL	CHOROTEGA	HUETAR ATLANTICA	BRUNCA	
ESCOLARES							
NIÑOS CEN CINAÍ	3.650	2.696	1.167	2.081	347	41	9.982
NIÑOS PRESCOLAR	36.125	9.128	5.042	7.259	7.587	5.266	70.407
NIÑOS IV GRADO	37.358	10.014	3.921	7.506	8.675	6.736	74.210
NIÑOS V GRADO	38.965	10.246	3.988	7.519	8.517	6.567	75.802
NIÑOS VI GRADO	38.654	9.713	3.995	7.550	8.222	7.026	75.160
TOTAL	154.752	41.797	18.113	31.915	33.348	25.636	305.561

Fuente: IAFA

En este año se realizó una evaluación por el Centro de Investigaciones Psicológicas Avanzadas (CIPA) de la Universidad Católica de Costa Rica, sobre el **Programa Aprendo a Valerme por Mí Mismo** del IAFA. Se encontraron, entre los aspectos más relevantes, que los Directores de las escuelas concordaban en que el programa es una fortaleza de su institución educativa y que permite abrir espacios de diálogo con las y los estudiantes a partir del papel activo que ellos asumen en la ejecución del programa.

Además, señala que los participantes mostraron una disposición positiva hacia el programa, lo que se refleja en la motivación durante la su ejecución, según lo expresan los docentes. A partir de la información brindada por los estudiantes, se infiere que ellos se han apropiado, tanto de conocimientos tradicionales (como el concepto “no a las drogas”) como de conceptos más vinculados con una perspectiva del enfoque de habilidades para la vida.

Las actividades de prevención proveen a la población más joven de destrezas y habilidades personales que retrasan o evitan la iniciación en el consumo de cualesquiera drogas; en especial, al encontrarse en la etapa de formación neurológica. El retraso en la iniciación del consumo se considera un factor protector contra el desarrollo de pautas abusivas del consumo de drogas.

Fomento y protección de la salud mental y el fortalecimiento de los programas de atención integral de las adicciones.

El objetivo propuesto fue aumentar la cobertura y calidad de los servicios de atención integral a personas con trastornos de consumo de

sustancias psicoactivas y se estableció como meta para el cuatrienio 2011 – 2014 atender a 53.170 pacientes.

Al finalizar el año 2011,-considerando la totalidad de pacientes en los diversos servicios de tratamiento que brinda el IAFA- se atendieron a **15.493 personas**, las cuales recibieron un total de **45.707 atenciones**. Esto refleja un **avance para el primer año de 29.14%** sobre el escenario esperado de 53.170 personas o pacientes que propone el **Plan Nacional de Desarrollo**. Los pacientes que utilizaron los servicios del IAFA proceden de la totalidad de cantones. El **IAFA** es la Institución que brindar la mayor atención en el país para personas afectadas por trastornos por consumo de drogas.

Las acciones desplegadas por el IAFA, en los últimos cuatro años, han permitido que se incremente la cobertura de los programas y el acceso a los servicios por parte de la población, en las diversas regiones del país, a partir de la creación de los llamados Centros de Atención Integral en Drogas (**CAID**).

Los **8** consultorios (CAID) actualmente se encuentran ubicados en la provincia de Puntarenas, en el Cantón Central, Aguirre y Coto Brus; en la provincia de Guanacaste, en Santa Cruz; en la provincia Alajuela, en San Ramón y San Carlos; en la provincia de Limón y de Cartago en el Cantón Central. Además, se otorga el servicio en las Oficinas Centrales, en San Pedro de Montes de Oca.

Los CAID durante el año 2011 brindaron a nivel nacional 18.142 atenciones a 4.491 personas, lo que representa un cuarto de la cobertura total de los servicios ambulatorios de tratamiento.

Figura N°3
Ubicación de los Centros de Atención Integral de Drogas (CAID) por provincia. Costa Rica 2011



Fuente: IAFA

El IAFA cuenta en la Sede Central con un servicio ambulatorio de desintoxicación y estabilización, que se administra a las personas que sufren síntomas de privación tras un consumo de drogas prolongado. En dicho servicio se brindaron 15.655 atenciones a 7.728 pacientes. La mayor parte de la población que consultó fue de un 86% del sexo masculino y un 14% de la población del sexo femenino.

Además, en la consulta de seguimiento para los pacientes que ya no padecen los efectos fisiológicos o emocionales agudos de un reciente consumo de drogas y que necesitan estrategias para modificar su comportamiento, se brindaron 8.421 atenciones a 1.754 pacientes. Respecto a las personas que acudieron al servicio, la distribución muestra

que el 67% de las personas fueron hombres y un 33% corresponde a mujeres.

En el Centro Nacional de Atención para Personas Menores de Edad, se brindó atención a 277 adolescentes, entre 12 años a menos de 18 años. En este centro el IAFA desarrolla un programa residencial o bajo internamiento de tres meses de duración, para lograr la deshabitación y facilitar la recuperación de menores con trastornos provocados por el consumo de drogas (Cuenta con 24 camas). Durante el año 2011, ingresaron 158 adolescentes; de ellos 104 son hombres y 54 son mujeres.

El país cuenta con 73 programas aprobados de tratamiento y rehabilitación, los cuales están a cargo de diversas Organizaciones No

Gubernamentales (ONG). Prácticamente la totalidad de los centros se enmarcan dentro de la modalidad de instancias residenciales. En su conjunto las ONG para el año 2011 produjeron un total de 5.954 egresos.

Otras acciones que desarrolla el IAFA son los sistemas de acreditación, en donde las Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales están sujetas a la fiscalización que por Ley le corresponde ejercer al IAFA. La normativa oficial de observancia obligatoria, especifica las condiciones que deben cumplir los centros que brindan tratamiento, para asegurar que la oferta cumpla con los requisitos de calidad, igualdad, accesibilidad y seguridad, necesarios para su habilitación por parte del Ministerio de Salud y la aprobación por parte del IAFA.

Para el año 2011, la regulación de servicios de tratamiento alcanzó la cifra de 97 programas de ONG de las 75 programadas. Esto es producto de la alianza con la Federación de Organizaciones Cristianas de Ayuda Social Integral (FOCASI), que agrupa a veinticuatro organizaciones que realizan actividades para la atención de personas con problemas vinculados al consumo de sustancias psicoactivas.

Esta función de regulación del funcionamiento contribuye a mejorar la calidad de los servicios brindados por los programas públicos y privados de tratamiento y rehabilitación de drogas que funcionan en el país.

Por medio de la asesoría técnica y el apoyo

financiero para el 2011 se beneficiaron con una transferencia de recursos financieros 21 Organizaciones No Gubernamentales, las cuales recibieron en total €245.480.000 por parte del IAFA y de los recursos de la Ley N° 7972.

Al IAFA le compete el estudio de las solicitudes de aprobación (autorización) de la publicidad de bebidas alcohólicas y dicta las resoluciones respectivas en esta materia, lo cual se realiza a partir del análisis del citado material publicitario. En el 2011 se brindó respuesta a 796 solicitudes de revisión de materiales publicitarios de bebidas alcohólicas y se suspendió 45 materiales infractores de la normativa vigente. Además, se da seguimiento al material que se difunde sin cumplir con el procedimiento de aprobación previa, o bien, que se pauta en forma diferente al que se aprobó, con lo cual contraviene la regulación al respecto establecida.

Finalmente, es importante reseñar que la producción de conocimiento es una de las prioridades del IAFA, para lo cual, en el 2011 se realizaron 21 estudios e investigaciones epidemiológicas que se vinculan con la necesidad de estimar el consumo a escala nacional: la prevalencia, incidencia y pautas de consumo; perfil de los consumidores, actitudes y percepciones, número y características de las personas en tratamiento o atendidas, morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de droga; así como aquellas otras relacionadas con la intervención judicial y policial en el ámbito del control de la oferta, a fin de planificar mejor las intervenciones y las políticas.

2.4 Dirección nacional de Centros de Nutrición y Desarrollo Integral de la Niñez (CEN-CINAI)

En cumplimiento con el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 se incrementó en 2716 niños y niñas de nuevo ingreso a servicios de atención y protección infantil en los CEN CINAI, los cuales son infantes en condiciones de vulnerabilidad de diferentes zonas del país. Dicho incremento sobrepasó la meta propuesta para el periodo (2081) en 635

niños y niñas, lo cual refleja un cumplimiento del 130.5% de la meta del Plan Nacional de Desarrollo.

Utilizar al máximo la capacidad instalada:

Consistió básicamente en reorganizar áreas y espacios de trabajo en los establecimientos CEN-CINAI con el fin de abrir nuevos espacios (aulas) y poder atender nuevos grupos de beneficiarios. De este modo se utiliza al máximo la planta física de los establecimientos.



Contratación de servicios privados:

Con el fin de incrementar la capacidad operativa de los establecimientos CEN-CINAI - y ante la directriz presidencial de no incrementar plazas en el sector público- se creó esta estrategia de contratar a personas

de la comunidad para brindar servicios en la atención integral de infantes. Ellas deben cocinar, limpiar y apoyar en el cuidado de los niños clientes de los CEN-CINAI a través de las ADEC. A su vez, la estrategia consiste en contratar busetas para el transporte seguro



y diario de los niños y niñas, con el objetivo de mejorar el acceso de los niños clientes de CEN-CINAI que, por lejanía o riesgo, no pueden trasladarse por sus propios medios a los establecimientos.

Ampliación de horarios de atención:

Para satisfacer las necesidades de cuidado diario de los padres o encargados de los menores, se implementó la estrategia de ampliar el horario de atención en los CEN (Centros de Educación y Nutrición). Esta consiste en que los niños que asisten tiempo parcial al establecimiento puedan permanecer tiempo completo (ocho horas). Esta estrategia brinda a las madres la posibilidad de trabajar fuera del hogar o estudiar.

Con respecto a las acciones de "Promoción del Crecimiento y Desarrollo Infantil", la Dirección Nacional, a través de sus Direcciones Regionales y Oficinas Locales, ha desarrollado espacios para impartir proyectos

de educación a familias, promover estilos de vida saludables y fomentar estrategias en extensión de cobertura, que permitan mejorar la atención brindada en los CEN-CINAI.

Mediante presupuestos ordinarios y extraordinarios de gobierno, así como alianzas estratégicas público-privadas, por un monto de 518.4 millones de colones, la Dirección Nacional de CEN- CINAI ha logrado realizar 12 obras de infraestructura.

El exceso de trámites administrativos requeridos para la licitación de las obras limitó el cumplimiento de la meta; sin embargo cabe aclarar que de las 14 construcciones programadas, 11 están pendientes y se estarán finalizando durante el 2012. De las 6 ampliaciones pendientes, 2 están con un 80% de avance y 4 se trasladaron para el 2012.

Las seis reparaciones mayores pendientes se estarán realizando durante el 2012.



Cuadro N° 46
Obras de Infraestructura según Distribución Regional. Costa Rica diciembre 2011

Región	Tipo de Obra		
	Construcción	Ampliación	Reparación Mayor
Central (Sur, Norte, Este y Occidente)	1	1	0
Huetar Norte	1	0	1
Chorotega	0	0	1
Huetar Atlántica	0	1	0
Brunca	1	4	1
Total	3	6	3

Fuente: Dirección de Gestión, Dirección Nacional de CEN-CINAI, Dic.2011

La Estrategia de Participación Social es una de las fortalezas de la Dirección Nacional de CEN-CINAI. Ha logrado involucrar a las personas responsables de la tutela de los niños y niñas clientes del programa y de la comunidad en los procesos de análisis y toma de decisiones relacionados con la ejecución del programa.

Debido a lo anterior, la Dirección cuenta con 540 Asociaciones de Desarrollo Específico Pro CEN-CINAI, a quienes se les transfieren mensualmente fondos para la compra de alimentos y contratación de servicios privados, las cuales mediante su labor apoyan el trabajo en los establecimientos CEN-CINAI para la prestación de los servicios de Atención y Protección Infantil.

Además, la Institución realiza coordinaciones interinstitucionales con el fin de mejorar la atención y protección brindada a los niños y niñas clientes de la Dirección Nacional. Tal es el caso de proyectos como "Crecer con la Música", el cual se desarrolla en coordinación con el Ministerio de Cultura en varios establecimientos del país y el Proyecto Niñez Ciudadana, el cual busca desarrollar en los niños y niñas clientes del programa capacidad de agencia, autonomía, responsabilidad y juicio crítico, se desarrolla en coordinación con la Organización PANIAMOR.

En el año 2011 se validó el modelo y se pretende capacitar a todos los funcionarios de la Dirección Nacional de CEN-CINAI de la Oficinas Locales y establecimientos en el 2012.

CAPITULO VI

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

METAS DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL PND 2011-2014

El Ministerio de Salud, como se aprecia en el cuadro anterior, obtuvo los siguientes logros:

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

- Durante el 2011, y para dar cumplimiento a la meta de aumento de cobertura (4%) en las poblaciones servidas por ASADAS,

Planeación de Metas de Acciones Estratégicas PND 2011-2014			Programación Anual	Evaluación Resultado de las metas anuales al 31 de Diciembre	
Acción estratégica PND	Meta PND	Indicador	Meta anual programada	Resultado	% de cumplimiento de la Meta
Acceso a servicios de salud de protección y mejoramiento del hábitat humano con equidad, calidad y seguridad	4% de incremento en la cobertura de agua segura para consumo humano en las poblaciones cubiertas por ASADAS/CARS y acueductos municipales	Número de sistemas de abastecimiento de agua (ASADAS/CARS/ Municipales) con control de la calidad del agua	94	165	175,50
Protección, restauración, mejoramiento y uso sostenible del hábitat humano	5025 sistemas húmedos instalados (inodoro y tanque séptico) 2011: 525 2012: 1500 2013: 1500 2014: 1500	Número de sistemas húmedos instalados	525	525	100
Protección, restauración, mejoramiento y uso sostenible del hábitat humano	100% de cantones ejecutando el programa municipal de GIR (gestión integral de residuos)	Porcentaje de aumento	11.1% (9 cantones)	6,4 (5)	57,70

Cuadro N° 47
Distribución de 525 sistemas húmedos instalados. Programa SANEBAR. Costa Rica 2011

Región	Número de sistemas húmedos
Central	25
Pacífico Central	20
Chorotega	100
Huetar Norte	40
Huetar Atlántica	160
Brunca	180

Fuente: Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud, como se aprecia en el cuadro anterior, obtuvo los siguientes logros:

- Durante el 2011, y para dar cumplimiento a la meta de aumento de cobertura (4%) en las poblaciones servidas por ASADAS, CAR'S y acueductos municipales, el Ministerio de Salud implementó el sistema de información de regulación de la salud (SERSA) en 165 acueductos distribuidos en todo el territorio nacional, con el fin de evaluar y controlar su nivel de riesgo; así como la aplicación de la normativa vigente en el suministro de agua potable. Esta estrategia viene a complementar los esfuerzos realizados por el A y A y de las comunidades, mediante la instalación de cloradores en acueductos vulnerables.
- En el tema de saneamiento durante el 2011 se instalaron 525 sistemas húmedos para disposición de excretas, cuya distribución se muestra en el cuadro 44. Cabe destacar el hecho de que los sistemas húmedos para disposición de excretas representan soluciones completas (tanque séptico y drenaje) para hogares de escasos recursos económicos ubicados en comunidades prioritarias.
- En relación con la meta "9 cantones ejecutando el programa municipal de Gestión Integral de Residuos", se logró que 5 cantones implementaran el programa. En los restantes cantones, por factores económicos y de tipo socio-culturales entre otros, se vio afectado el cumplimiento, razón por la cual se elaboró un plan con acciones correctivas para el 2012 tendiente a disminuir el atraso. Una de ellas es, por ejemplo, la inclusión de más capacitación a los enlaces locales y regionales de planificación estratégica y de gestión integral de residuos de los cantones que no cumplieron la meta. Además de la elaboración de una estrategia intersectorial conjunta con la Unión Nacional de Gobiernos Local (UNGL) y la Comisión Permanente de Asuntos Municipales de la Asamblea Legislativa, para concientizar y fortalecer a las Municipalidades.

CAPITULO VII

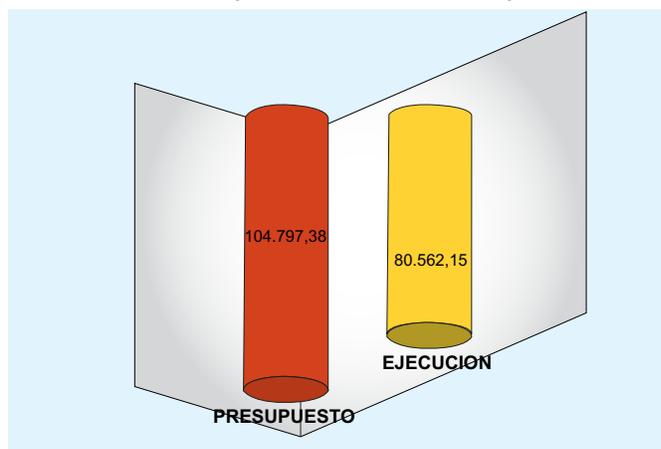
Inversión del Sector Salud

1 EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

de Salud, ascendió a ₡104.797,38 millones. Se logró ejecutar ₡80.562,15 millones, equivalente al 76.87%.

Para el período 2011, el monto asignado a los organismos presupuestarios del Ministerio

Gráfico N°54
Ministerio de Salud presupuesto vs ejecución. Al 31 de diciembre 2011
 (en millones de colones)

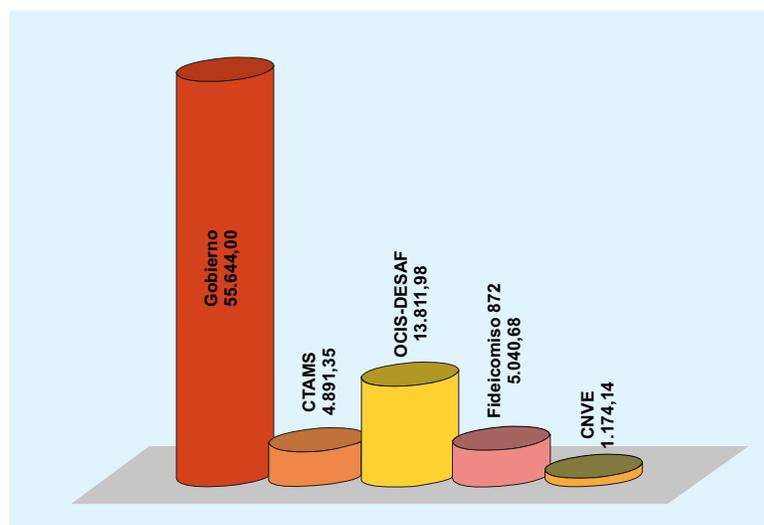


Fuente: D.F.B.S Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

El monto de participación por organismo presupuestario se desglosa de la siguiente manera: Gobierno Central (₡63.050,52 millones) Este rubro lo aprueba la Asamblea

Legislativa; los demás presupuestos son autorizados por la Contraloría General de la República, a saber:

Gráfico N° 55
Presupuesto Ministerio de Salud por Organismos. Al 31 de diciembre 2011
 (en millones de colones)



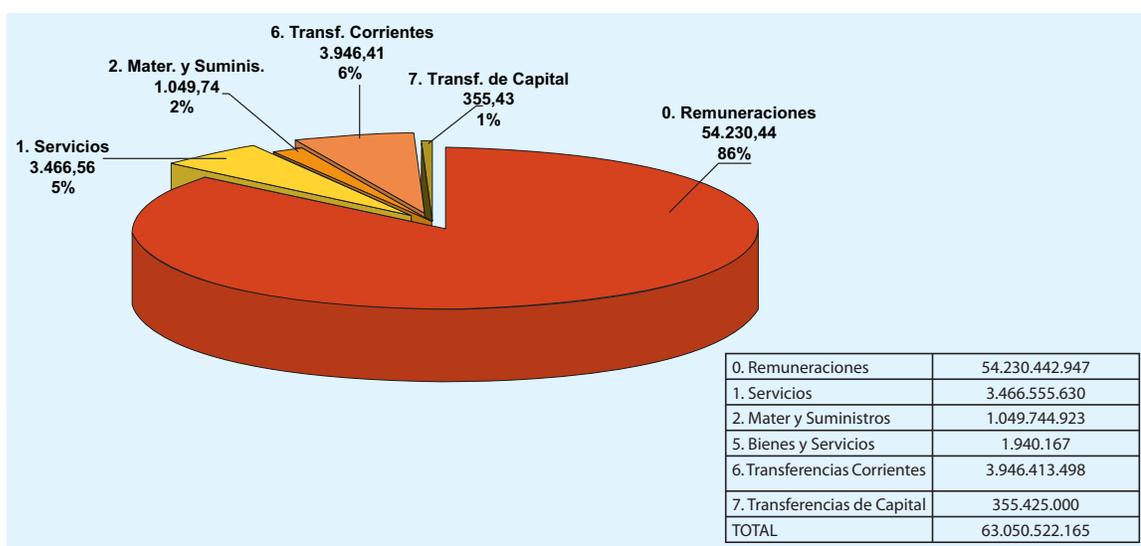
Fuente: D.F.B.S - Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

El Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS) (¢7.786,71 millones), la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud-Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (OCIS-DESAF) (¢19.656,84 millones), el Fideicomiso 872- Ministerio de Salud-Banco Nacional de Costa Rica con (¢12.211,87 millones) y la Comisión Nacional

de Vacunación y Epidemiología (¢2.091,44 millones).

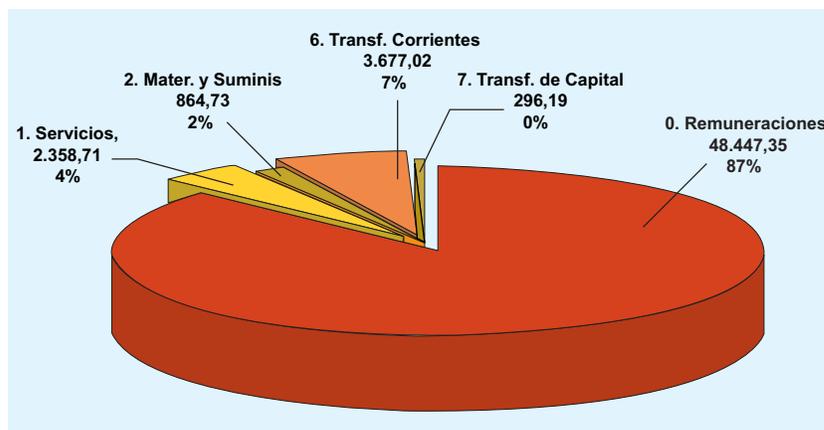
Seguidamente procedemos a expresar el total devengado por organismo y las diferentes partidas presupuestarias:

Gráfico N° 56
Presupuesto Gobierno Central. Diciembre 2011
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

Gráfico N° 57
Ejecución Gobierno Central. Diciembre 2011
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

1.1 Gobierno Central

El total presupuestado en el período de Ejecución 2011 para este organismo es de €63.050.52 millones, equivalente al 60.16% del total del presupuesto del Ministerio de salud. De ese rubro se logro ejecutar el 88,3%, de la siguiente manera:

- de la Partida Remuneraciones se ejecutan €48.447,35 millones. En este Organismo Presupuestario se resumen todos los conceptos salariales de los tres programas de gestión: 630 Gestión Intrainstitucional, 631 Rectoría Producción Social de la Salud y 632 Provisión de Servicios de Salud. Dentro de las subpartidas más significativas encontramos: sueldos para cargos fijos €19.215,33, incentivos salariales

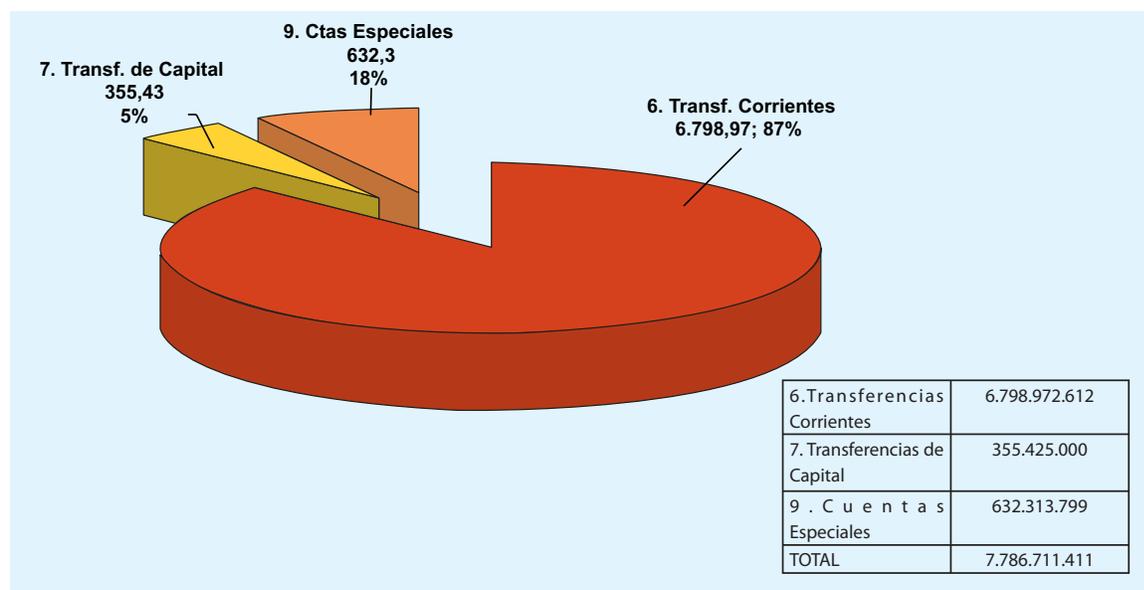
€21.863,63, contribuciones patronales €7.230,83.

- de la partida de Servicios de este organismo presupuestal se devengo €2.358,71 en Materiales y Suministros, €864,73 en Transferencias Corrientes €3.946,41 y, de la partida Transferencias de Capital, se giran €355,43. El total general devengado para este Organismo Presupuestal de inversión en salud es de (€55.644,0 millones).

1.2 Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)

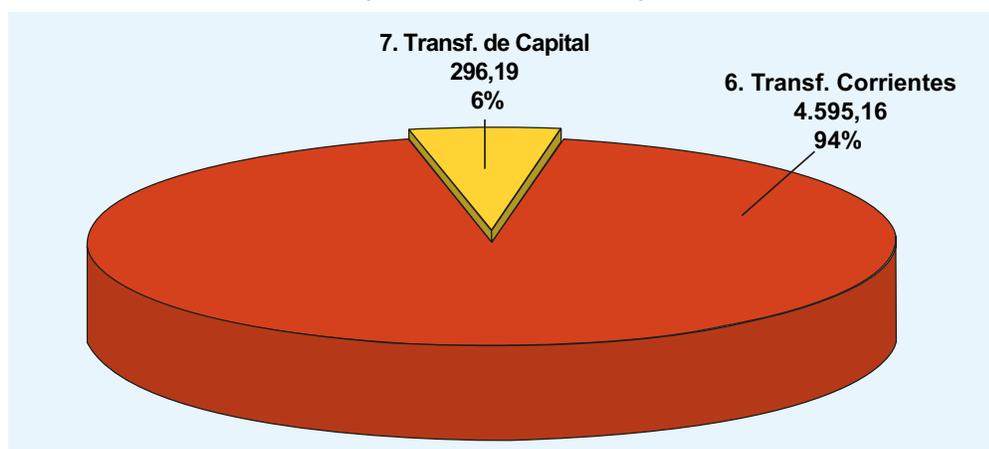
El fin primordial de este organismo es financiar programas públicos de salud preventiva. El monto asignado a este organismo equivale al 7,43% del total presupuestario.

Gráfico N° 58
Presupuesto CTAMS. Diciembre 2011
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

Gráfico N° 59
Ejecución CTAMS. Diciembre 2011
 (en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

En el período 2011, el monto devengado fue de ¢4.891,35 millones, equivalente al 62,81%, del total presupuestal asignado. Las partidas giradas son: Partida 6 Transferencias Corrientes ¢4.595,16 millones y Transferencias de Capital ¢296,19 millones.

Para este organismo presupuestario tenemos que tomar en cuenta algunos factores que inciden negativamente en lograr un nivel más alto de ejecución. Para mencionar solo uno de éstos, podemos citar que del total presupuestado, el 22,08% no se percibió, lo que impidió el ingreso de ¢1.719,7 millones.

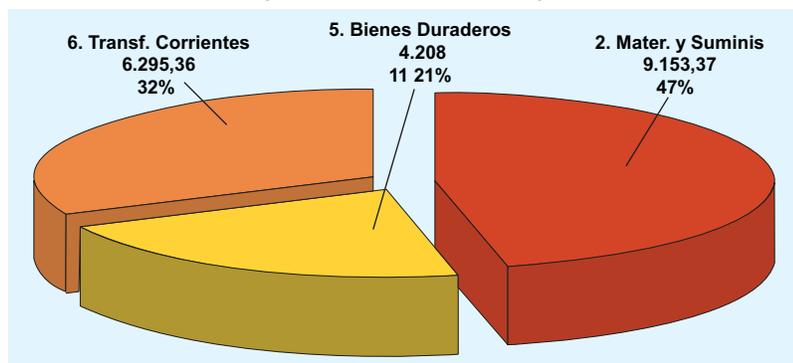
Por otro lado, el C.T.A.M.S., sufrió una transformación de acuerdo a un pronunciamiento de la Contraloría General de la República. Por el cual pasó de ser un ente ejecutor a un ente recaudador y distribuidor de los fondos, lo que originó que muchos procesos de contratación, que se venían arrastrando en el período 2010, bajo la figura de C.T.A.M.S., no se les pudiera dar continuidad. Esto produjo una disminución en la ejecución para el período 2011.

1.3 Oficina de Cooperación Internacional de la Salud, Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (OCIS-DESAF)

Este organismo presupuestario es el que se encarga de administrar los recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (ley N° 5662 de 1974) entre otros, cuya finalidad es favorecer a los sectores de la población más vulnerables y de escasos recursos económicos. En el año 2011 contó con un presupuesto total de ¢19.656,84 millones, de los cuales se devenga un 70,26%, equivalente a (¢13.811,98 millones).

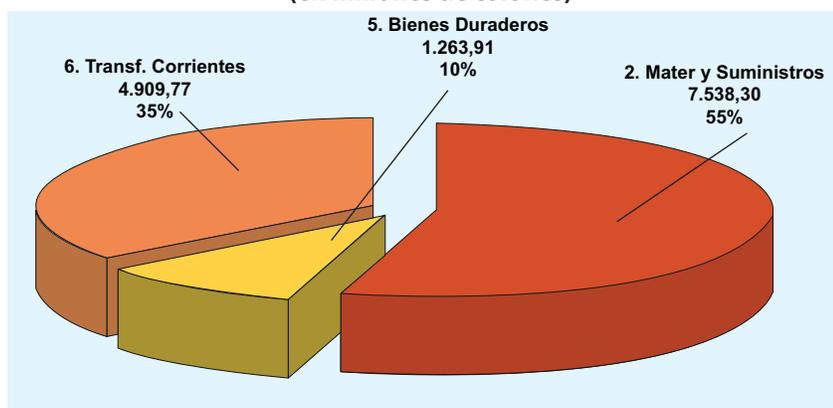
La ejecución relacionada con la partida de materiales y suministros se ejecutó de la siguiente manera: ¢5.988,47 millones destinados a la compra de leche en polvo para la atención de 98.471 usuarios mensuales; además la adquisición raciones de alimentos para la atención de 7.051 familias -con un promedio de 3,5 miembros por familia-, para un total de 24.678 personas beneficiadas, dentro de las cuales se encuentran niños que sufren desnutrición moderada o severa. El monto total invertido en este concepto alcanza los ¢1.326,94 millones.

Gráfico N° 60
Presupuesto OCIS. Diciembre 2011
 (en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

Gráfico N° 61
Ejecución OCIS. Diciembre 2011
 (en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

Por otro lado, se hacen transferencias por ₡4.909,97 millones a las Asociaciones de Desarrollo Específico Pro CENCINAL y Bienestar Comunal (Creadas al amparo de la ley N° 3859 de DINADECO) para compra de alimentos frescos requeridos según los menús establecidos. Su objetivo es ofrecer el servicio de comidas servidas durante 12 meses, bajo la modalidad del servicio de comidas servidas intramuros.

Los montos de transferencias contemplan fondos para la atención de 265 niños (as) de tres meses a 2 años durante 10 meses, atención de 25.199 niños (as) de dos a siete años y la atención de 2.879 madres gestantes.

Este organismo presupuestario es afecto a la sub ejecución por falta del ingreso total de los recursos. Se dejó de percibir por este concepto ₡t1.400,91 millones.

1.4 Fideicomiso 872 Ministerio de Salud – Banco Nacional de Costa Rica

Este organismo tiene su origen en un convenio realizado con el Banco Nacional de Costa Rica en el año 2002, cuyo objetivo es el financiamiento de los programas y actividades a su cargo, como es construcción, reparación de infraestructura sanitaria, investigación, desarrollo tecnológico, formación, etc. El fin

es el fortalecimiento, desarrollo, actualización y mejoras de algunos programas que tiene el Ministerio de Salud.

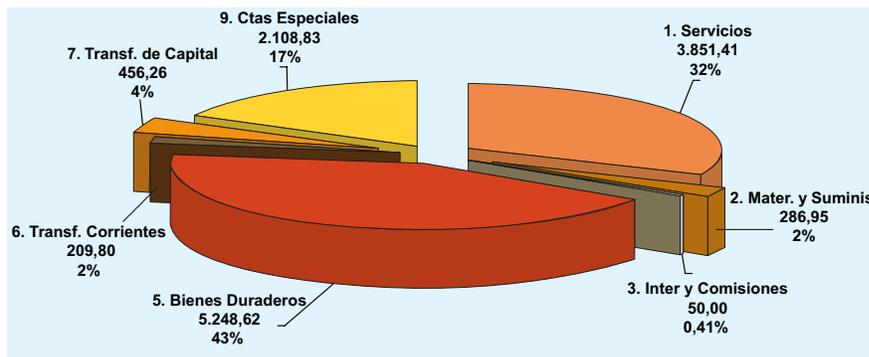
En el año 2011 se presupuestó ₡12.211,87 millones, de los cuales se ha devengado un 41.28%, equivalente a (₡5.040,68 millones). 1.4 Fideicomiso 872 Ministerio de Salud – Banco Nacional de Costa Rica

Este organismo tiene su origen en un convenio realizado con el Banco Nacional de Costa Rica en el año 2002, cuyo objetivo es el

financiamiento de los programas y actividades a su cargo, como es construcción, reparación de infraestructura sanitaria, investigación, desarrollo tecnológico, formación, etc. El fin es el fortalecimiento, desarrollo, actualización y mejoras de algunos programas que tiene el Ministerio de Salud.

En el año 2011 se presupuestó ₡12.211,87 millones, de los cuales se ha devengado un 41.28%, equivalente a (₡5.040,68 millones).

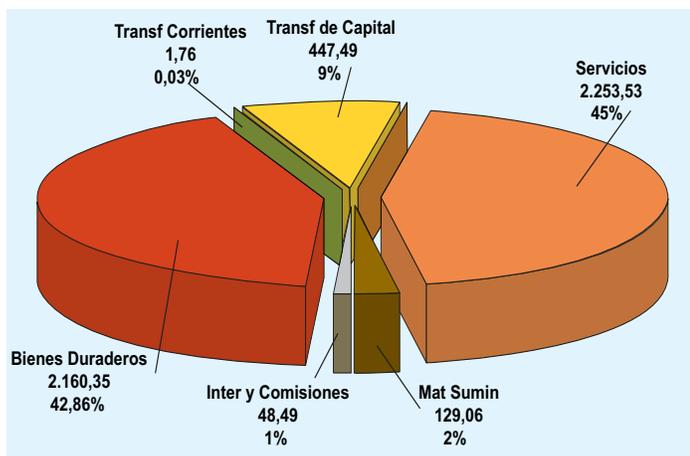
Gráfico N° 62
Presupuesto Fideicomiso Diciembre 2011
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

La ejecución de este organismo presupuestario está compuesta de la siguiente forma:

Gráfico N° 63
Ejecución Fideicomiso Diciembre 2011
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

Es importante hacer notar que en la partida de Bienes Duraderos, por ser su mayoría procesos de infraestructura (Construcción, remodelación y mejoras de edificios),

tienen períodos de contratación bastantes prolongados de duración, que pasan de un período a otro; razón por la cual desacelera el proceso de ejecución.

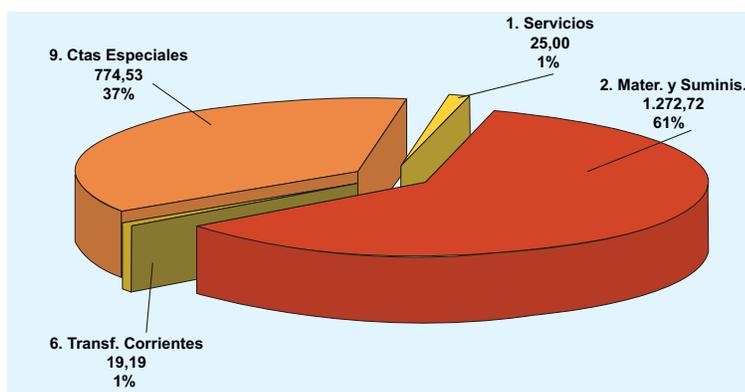
PARTIDA	MONTO	PORCENTAJE
Servicios	¢2.253,53 millones	44,71%
Materiales y Suministros	¢129,06 millones	2,56%
Interés y Comisiones	¢48,49 millones	0,96%
Bienes Duraderos	¢2.160,35 millones	42,86%
Transferencias Corrientes	¢1,76 millones	0,03%
Transferencias de Capital	¢ 447,49 millones	8,88%

1.5 Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE)

El organismo presupuestario “Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE)”, se crea en el año 2007. Tiene la tarea de enfocar la vigilancia de la salud, el desarrollo de las capacidades humanas y fortalecimiento de

organizaciones no gubernamentales dedicadas al mejoramiento de la calidad de vida, Según la Ley 8111, regula la selección, adquisición y disponibilidad de vacunas en todo el territorio nacional. Está financiado con aportes de transferencias de la Junta de Protección Social de San José y superávit del 2007.

Gráfico N° 64
Presupuesto de CNVE. Diciembre 2011
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

En el año 2011 se presupuestaron ¢2.091,44 millones, que se asignaron al Programa 631 Rectoría de la Producción Social de la Salud para cubrir las necesidades de: Servicios ¢25,00 millones, Materiales y Suministros ¢1.272,72 millones, Transferencias Corrientes ¢19,19 millones y Cuentas Especiales por

¢774,53 millones.

La ejecución de estas partidas se realizó de la siguiente forma: Servicios ¢5,87 millones. Este rubro se giró para cubrir costos por desalmacenaje y comisiones. En la partida Materiales y Suministros se invirtieron ¢1.149,54

millones, principalmente en Productos Farmacéuticos Medicinales: compra de vacunas dirigidas a la atención de la población en general y, por último, se afectó la partida Transferencias Corrientes por €18,73 millones.

En el próximo cuadro se detalla los rubros presupuestados del período 2011 para el financiamiento de las actividades del Ministerio de Salud.

Cuadro N° 48
Presupuesto del Ministerio de Salud según organismo y partida presupuestaria Costa Rica 2011
(en millones de colones)

Partida Presupuestaria	GOBIERNO		C.T.A.M.S.		OCIS-DESAF		FIDEICOMISO		CNVE		TOTALES	
	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%
0. Remuneraciones	54.230,44	86,01%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	54.230,44	51,75%
1. Servicios	3.466,56	5,50%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	3.851,41	31,54%	25,00	1,20%	7.342,97	7,01%
2. Mater. Y Suminis	1.049,74	1,66%	0,00	0,00%	9.153,37	46,57%	286,95	2,35%	1.272,72	60,85%	11.762,78	11,22%
3. Inter y Comisiones	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	50,00	0,41%	0,00	0,00%	51,94	0,05%
5. Bienes Duraderos	1,94	0,00%	0,00	0,00%	4.208,11	21,41%	5.248,62	42,98%	0,00	0,00%	9.458,67	9,03%
6. Transf. Corrientes	3.946,41	6,26%	6.798,97	87,32%	6.295,36	32,03%	209,80	1,72%	19,19	0,92%	17.269,73	16,48%
7. Transf. De Capital	355,43	0,56%	355,43	4,56%	0,00	0,00%	456,26	3,74%	0,00	0,00%	1.167,12	1,11%
9. Ctas Especiales	0,00	0,00%	632,31	8,12%	0,00	0,00%	2.108,83	17,27%	774,53	37,03%	3.515,67	3,35%
TOTALES	63.050,52	60,16	7.786,71	7,43	19.656,84	18,76%	12.211,87	11,65%	2.091,44	2,00	104.797,38	100,00%

Fuente: Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2010.

Cálculo realizado: Columna % = gasto por partida / total del organismo (excepto la fila de totales que va en función del total general).

El resumen de la inversión realizada por el Ministerio de Salud como ente rector de esta materia, lo detallamos por organismo y partida presupuestaria en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 49
Inversión del Ministerio de Salud según organismo y partida presupuestaria Costa Rica 2011
(en millones de colones)

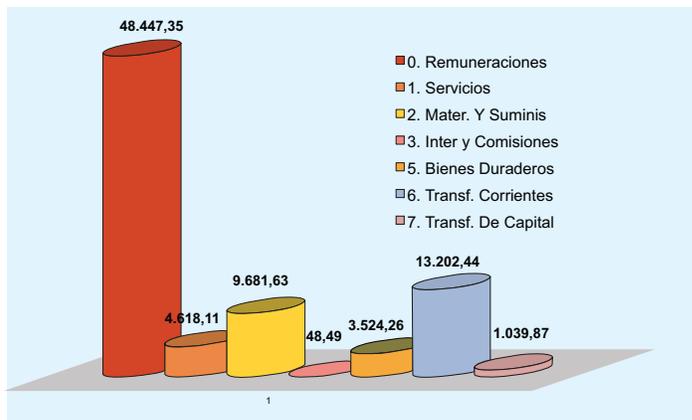
Partida Presupuestaria	GOBIERNO		C.T.A.M.S.		OCIS-DESAF		FIDEICOMISO		CNVE		TOTALES	
	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%
0. Remuneraciones	48.447,35	87,07%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	48.447,35	60,14%
1. Servicios	2.358,71	4,24%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	2.253,53	44,71%	5,87	0,50%	4.618,11	5,73%
2. Mater. Y Suminis	864,73	1,55%	0,00	0,00%	7.538,30	54,58%	129,06	2,56%	1.149,54	97,90%	9.681,63	12,02%
3. Inter y Comisiones	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	48,49	0,96%	0,00	0,00%	48,49	0,06%
5. Bienes Duraderos	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1.363,91	9,87%	2.160,35	42,86%	0,00	0,00%	3.524,26	4,37%
6. Transf. Corrientes	3.677,02	6,61%	4.595,16	93,94%	4.909,77	35,55%	1,76	0,03%	18,73	1,60%	13.202,44	16,39%
7. Transf. De Capital	296,19	0,53%	296,19	6,06%	0,00	0,00%	447,49	8,88%	0,00	0,00%	1.039,87	1,29%
9. Ctas Especiales	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
TOTALES	55.644,00	69,07%	4.891,35	6,07%	13.811,98	17,14%	5.040,68	6,26%	1.174,14	1,46%	80.562,15	100,00%

Fuente: Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2010.

Cálculo realizado: Columna % = gasto por partida / total del organismo (excepto la fila de totales que va en función del total general).

La ejecución por partida de todos los organismos presupuestales del ministerio de salud se comportó de la siguiente manera:

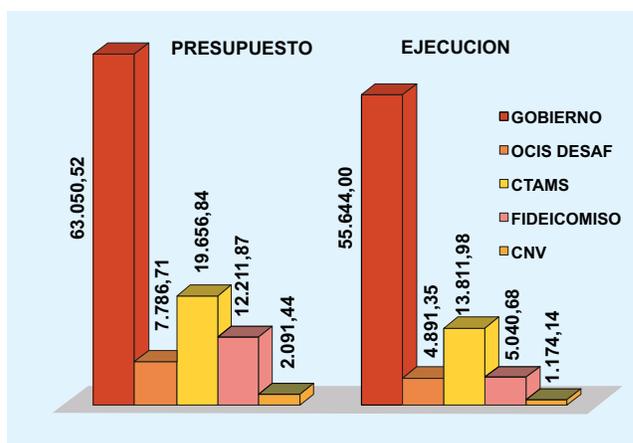
Gráfico N° 65
Ejecución por partidas del Ministerio de Salud. Diciembre 2011
 (en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

La ejecución por partida de todos los organismos presupuestales del ministerio de salud se comportó de la siguiente manera:

Gráfico N° 66
Comparativo por Organismo Presupuestario Ejecución al 31 de diciembre 2011
 (en millones de colones)



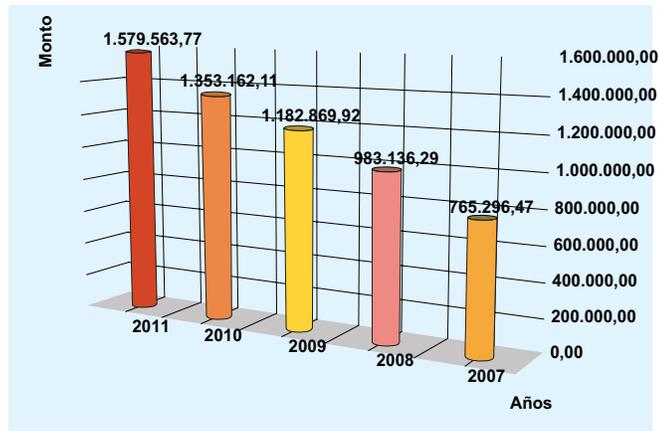
Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

2 INVERSION ANUAL DEL SECTOR SALUD

De acuerdo al gráfico "Inversión en Salud Último Quinquenio", se observa que las

Instituciones del sector Salud han incrementado su presupuesto en forma constante. Lo mismo ocurre con su ejecución, la cual se incrementó en 14,33% con relación al período 2010. Esta suma equivale a ₡226.401,66 millones.

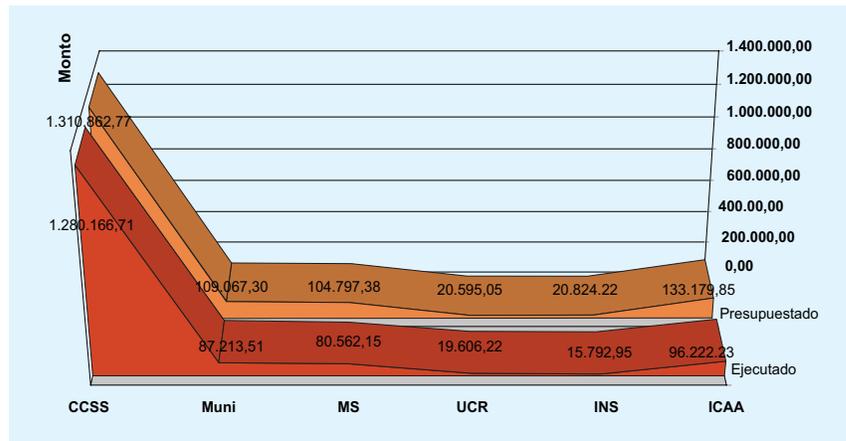
Gráfico N° 67
Sector Salud Inversión en Salud último quinquenio del 2007 al 2011
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

Seguidamente, en el próximo gráfico, se compara la ejecución realizada con el presupuesto asignado a cada institucion, en los ultimos cinco años:

Gráfico N° 68
Comparativo Presupuesto Vs Ejecucion Sector Salud ultimo quinquenio 2011
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

Cuadro N° 50
Inversión del Sector Salud y sus Instituciones. Costa Rica 2007-2011
(en millones de colones)

AÑO	MINIST DE SALUD		C.C.S.S.		I.C.A.A.		I.N.S.		U.C.R.		MUNICIPALIDADES		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
2007	34.796,74	4,3%	659.557,00	82,3%	51,78	6,3%	7.652,77	1,0%	11.759,32	1,5%	51.478,85	4,6%	765.296,47	13,05%
2008	45.445,48	4,6%	847.176,59	86,2%	61,83	0,0%	10.260,92	1,0%	14.353,82	1,5%	65.837,65	6,7%	983.136,29	16,77%
2009	59.591,58	5,0%	1.012.397,40	85,6%	75,74	0,0%	13.358,23	1,1%	17.783,42	1,5%	79.663,55	6,7%	1.182.869,92	20,17%
2010	70.809,14	5,2%	1.167.280,17	86,3%	89,74	0,01%	13.249,98	1,0%	18.672,59	1,4%	83.060,49	6,1%	1.353.162,11	23,08%
2011	80.562,15	5,1%	1.280.166,71	81,0%	96.222,23	6,09%	15.792,95	1,0%	19.606,22	1,2%	87.213,51	5,5%	1.579.563,77	26,94%
TOTALES	291.205,09	4,97%	4.966.577,87	84,70%	96.501,32	1,65%	60.314,85	1,03%	82.175,38	1,40%	367.254,05	6,26%	5.864.028,57	100,00%

Fuente: Informe de liquidación Presupuestaria al 31 de diciembre del 2011 de cada institución del último quinquenio

Nota: Los porcentajes de las instituciones reflejan el comportamiento en función del total del sector y el porcentaje del total está en función del quinquenio

*Datos Proyectados con relación al año anterior (+5%)

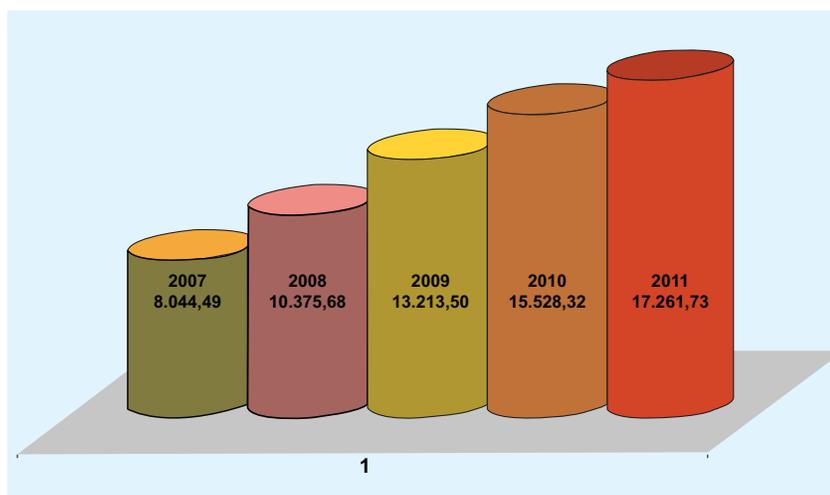
La ejecución realizada y el desglose por institución del Sector Salud se visualizan en el cuadro anterior, donde podemos observar que el mayor aporte lo realiza la Caja Costarricense de Seguro Social, contribución -que para el período 2011 significa el 81% del monto ejecutado, seguido por el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado con un 6,09%. El Sector Municipal aporta un 5,5%, el Ministerio de Salud 5,1%, la Universidad de Costa Rica con un 1 % y el

Instituto Nacional de Seguros un 1,2% del total ejecutado.

2.1 Inversión per Cápita del Sector Salud

Para el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2011 y basados en el desglose de inversión realizado por las instituciones del Sector Salud, logramos determinar la inversión per cápita. Además podemos comparar el incremento que ha obtenido en los últimos cinco años.

Gráfico N° 69
Gasto per cápita Ministerio de Salud. Costa Rica 2007- 2011
(en colones corrientes)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

De la grafica adjunta podemos destacar que el gasto per cápita obtenido en el período 2010 se incrementó en 13 %. Haciendo la misma relación, obtenemos que para el período 2011 fue de un 14 %. Lo que indica que se logró incrementar la inversión del sector salud en uno por ciento. Esta situación es satisfactoria, pues en los años 2008 y 2009 el comportamiento tendía a la disminución.

3 PIB DEFLACTADO Y GASTO

Aparte de deflactar el producto interno bruto, también es fundamental deflactar el gasto en el Sector Salud, con el fin de obtener un panorama más real. Para ello se toma en

cuenta el Índice Subyacente de Inflación que brinda una noción de los esfuerzos institucionales destinados a la comunidad nacional, en cuanto a la atención de la salud relacionada con la disponibilidad total de los recursos reales.

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

Cuadro N° 51
Gasto del sector salud con relación al PIB (deflatado). Costa Rica 2007-2011
(en millones de colones)

AÑO	SECTOR SALUD			PIB DEFLATADO	PIB*	ÍNDICE SUBYACENTE DE INFLACIÓN*
	Gasto en millones de colones	Gasto en millones de colones (deflatado)	% PIB			
2007	765.296,47	7.075,21	6,31%	112.059,77	12.121.038,50	108,17
2008	983.136,29	7.628,31	7,03%	108.512,67	13.985.112,50	128,88
2009	1.182.869,92	8.824,09	7,02%	125.660,33	16.844.767,50	134,05
2010	1.353.162,11	9.753,22	7,12%	137.027,77	19.011.233,40	138,74
2011	1.579.563,77	10.895,80	7,62%	143.034,79	20.735.753,00	144,97
TOTALES	4.284.464,79	8.403,62	1,74%	483.260,54	21.185.594,00	509,84

Fuente: Informe de liquidación Presupuestaria al 31 de diciembre del 2011 de cada institución del último quinquenio

Cálculos realizados: Total Gasto en Salud %= Sector Salud Deflactado ÷ PIB deflactado

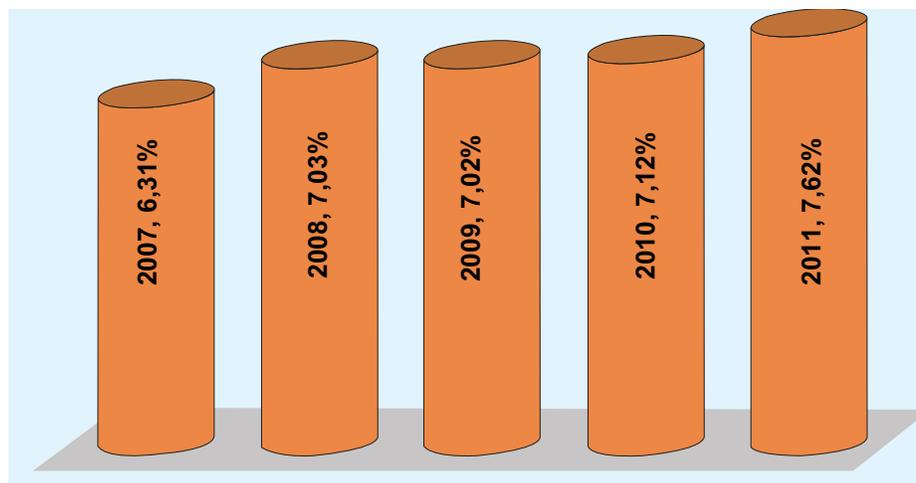
Total Sector Salud columna %= Gasto anual / PIB deflactado

* Según datos del Banco Central de Costa Rica.

Tomando en cuenta que los servicios del sector salud forman parte del IPC (Índice de Precios al Consumidor), que es elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), se puede observar en el gráfico

“Participación del PIB en el gasto del Sector Salud 2007-2011” que hasta ese último año se percibe un incremento de 0.40 %, que hace que del ingreso que tenemos, 7,62% real se invierte en salud.

Gráfico N° 70
Participación del P.I.B. en el gasto del sector salud. Costa Rica 2007- 2011
 (en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S-Informe ejecución presupuestaria Sistema (SIAF) - 2011

Por otro lado, para tener un panorama más amplio de esa relación, se puede afirmar, con base en la información suministrada en el cuadro "Gasto Per cápita del Sector Salud y del Ministerio de Salud" que el gasto per cápita del Ministerio de Salud en el año 2011 es de

₡17.261,73 o sea, el aporte del Ministerio de Salud a cada habitante del país. Por tanto, si se incluye a todo el Sector Salud, ese aporte de inversión es de ₡338.446,81 por individuo, participación que a lo largo de los años se mantiene en crecimiento.

Cuadro N° 52
Gasto Per Cápita del Sector Salud y del Ministerio de Salud. Costa Rica 2007-2011
 (en millones de colones)

AÑO	GASTO SECTOR SALUD	GASTO MINISTERIO DE SALUD	GASTO PERCAPITA SECTOR SALUD	GASTO PERCAPITA MINIST SALUD	POBLACIÓN TOTAL
	en millones de colones				
2007	765.296,47	34.796,74	176.925,07	8.044,49	4,33
2008	983.136,29	45.445,48	224.460,34	10.375,68	4,38
2009	1.182.869,92	59.591,58	262.282,96	13.213,50	4,51
2010	1.353.162,11	70.809,14	296.746,08	15.528,32	4,56
2011	1.579.563,77	80.562,15	338.446,81	17.261,73	4,67
TOTALES	5.864.028,57				

Fuente: Informe de liquidación Presupuestaria al 31 de diciembre del 2011 de cada institución del último quinquenio

Cálculos realizados: Gasto per cápita= Gasto del año / Población total

* Población total cerrada por sexo del 2007 al 2011, según provincia, cantón y distrito. al 31 de diciembre, 2011

CAPITULO VIII

Prioridades y desafíos

La situación de salud y los logros que se presentan en este documento evidencian que las estrategias implementadas han sido altamente efectivas, pero también indican que enfrentamos desafíos como los que a continuación se plantean:

- Fortalecimiento de todas las instituciones del Sector Salud, a fin de tener una mejor respuesta a las necesidades de la población.
- Contribuir con el ejercicio de la rectoría a reducir las brechas que generan rezago e inequidad en las poblaciones con mayor condición de pobreza y vulnerabilidad.
- Garantizar el acceso a servicios de salud de atención integral a las personas y la protección y mejoramiento del hábitat humano, mediante un ejercicio efectivo de la rectoría del Ministerio de Salud y la participación activa e inteligente de la población.
- Asegurar el acceso a la infraestructura física y servicios de calidad en las comunidades para crear un entorno sostenible y seguro.
- Promover el uso de tecnologías que faciliten el acceso a la información requerida para tomar decisiones oportunas, basadas en los determinantes que inciden en la salud y en la evidencia de la efectividad e impacto de las intervenciones.
- Fortalecer una cultura de vida que conduzca a la puesta en práctica de hábitos que promuevan la salud y el desarrollo humano, en un entorno sostenible que facilite la conservación y protección del ambiente y la seguridad de las comunidades.

- Fortalecer la coordinación y la articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil para lograr una gestión integrada e integral de las diferentes acciones institucionales que contribuyan a proteger y mejorar el estado de salud de la población y reducir las brechas de inequidad.
- Desarrollar las capacidades y competencias de los recursos humanos para adecuarse a las necesidades reales de la población, estableciendo los requerimientos y perfiles de formación mediante una planificación estratégica que considere los escenarios futuros.
- Velar porque la inversión social se direcciona en base a políticas de Estado, priorizando los esfuerzos hacia los grupos más vulnerables, con una visión de largo plazo, mediante la implementación de estrategias costo-efectivas.
- Contribuir a la promoción de los estilos de vida saludables para que la población asuma el cuidado de su salud.
- Promover en la población una adecuada disposición de residuos para que toda persona goce de un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y de esa manera proteja la salud pública.

En términos globales, somos un país privilegiado. Hemos alcanzado una alta esperanza de vida gracias a la utilización de recursos en educación, a las medidas de saneamiento ambiental, al enfoque de atención primaria del sistema de salud y al rol de la seguridad social. Ahora que hemos alcanzado estos niveles, las acciones que debemos tomar para mantener y mejorar el estado de salud de la población son más costosas y de mayor envergadura.

Créditos

MEMORIA INSTITUCIONAL 2011

Daisy Corrales Díaz
Ministra de Salud

Sisy Castillo Ramírez
Viceministra de Salud

Adolfo Ortiz Barboza
Viceministro de Salud

Ileana Herrera Gallegos
Directora General de Salud

Francisco Oviedo Gómez
Asesor Despacho Ministerial

Consejo Editorial

Jorge Eduardo Brenes Vargas
Coordinador

Elena Rojas Cruz
Ana León Vargas
Unidad de Planificación Institucional

Willy Carrillo Ángulo
División Técnica de Rectoría

Hannia Fonseca Zamora
División Administrativa

Rosa María Vargas
Dirección Vigilancia de la Salud

Roxana Navarro Vargas
Dirección Atención al Cliente

Adriana Salazar González
Unidad de Asuntos Internacionales

Jorge Campos Cerdas
Unidad Gestión Integral de la Información

Ricardo Ulate Carranza
Unidad Mercadotecnia Institucional

Rocío Flores Chinchilla
Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil



Diseño y Diagramación
Ana María González Reyes
Andrés Álvarez Bejarano

Fotografías
Alex Ulate Carranza

Impresión
Producción Documental

Unidad Mercadotecnia Institucional

Mayo 2012

Este documento puede ser consultado en:

www.ministeriodesalud.go.cr

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



Presidencia de la República
de Costa Rica