



# Memoria Institucional

2010  
2014

MAYO 2014

## INDICE

<b>CAPÍTULO I. MARCO ESTRATÉGICO INSITUCIONAL.....</b>	<b>7</b>
Misión institucional:.....	7
Visión institucional:.....	7
Estrategia maestra:.....	7
Objetivos Estratégicos Institucionales: .....	7
Valores Institucionales: .....	8
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>10</b>
<b>ESTRUCTURA ORGÁNICA .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO II. ESTRUCTURA ORGÁNICA.....</b>	<b>11</b>
1. Nivel Central:.....	11
Dirección General de Salud: .....	11
Dirección Desarrollo Estratégico Institucional: .....	12
Dirección Atención al Cliente: .....	12
Dirección Vigilancia de la Salud: .....	12
Dirección Promoción de la Salud: .....	13
Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud:.....	13
Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud: .....	13
Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud: .....	14
Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario: .....	14

Dirección de Protección del Ambiente Humano. ....	14
División Administrativa:.....	15
Dirección de Desarrollo Humano: .....	15
Dirección Financiera y de Bienes y Servicios: .....	16
2. Nivel regional.....	16
Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud: .....	16
3. Nivel Local: .....	16
Direcciones de Áreas Rectoras de Salud: .....	17
4 .Entes Adscritos: .....	17
Consejo Técnico De Asistencia Médico Social (CTAMS) .....	17
Oficina Cooperación Internacional De La Salud (OCIS) .....	18
Instituto Costarricense De Investigación Y Enseñanza En Salud Y Nutrición (INCIENSA) .....	18
Instituto Sobre Alcoholismo Y Farmaco Dependencia (IAFA) .....	18
Comisión Nacional De Vacunación y Epidemiológica .....	18
SEPAN Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición .....	19
Junta De Vigilancia De Drogas Estupefacientes .....	19
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>20</b>
<b>POLÍTICAS INSTITUCIONALES.....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO III. POLÍTICAS INSTITUCIONALES .....</b>	<b>21</b>
Políticas Generales Del Ministerio De Salud.....	21
1. Modelo conceptual y estratégico: .....	21

2. Separación de funciones: .....	21
3. Responsabilidad por niveles de gestión: .....	21
4. Desconcentración: .....	21
5. Rendición de cuentas:.....	22
6. Voz del cliente: .....	22
7. Coordinación con otros órganos del estado: .....	22
<b>POLÍTICAS DE RECTORÍA DE LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD .....</b>	<b>22</b>
1. Enfoque de derechos humanos y de equidad: .....	22
2. Liderazgo técnico: .....	23
3. Participación social y derecho a la no exclusión: .....	24
4. Orientación al impacto: .....	25
5. Búsqueda de la sinergia: .....	25
<b>CAPÍTULO IV, .....</b>	<b>27</b>
<b>SITUACIÓN DE SALUD Y SUS DETERMINANTES .....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO IV. SITUACIÓN DE SALUD Y SUS DETERMINANTES .....</b>	<b>28</b>
1. Situación Demográfica. ....	28
1.1. Fecundidad. ....	28
1.2. Expectativa de vida. ....	30
1.3. Migración. ....	30
1.3.1. Inmigración Internacional. ....	30
1.3.2 Migración interna. ....	31

1.4. Estructura poblacional. ....	32
2. Enfermedades Crónicas no transmisibles.....	33
2.1.1. Incidencia y mortalidad en hombres. ....	36
Incidencia: .....	36
Mortalidad:.....	41
2.1.2. Incidencia y mortalidad en mujeres. ....	44
Incidencia: .....	44
Mortalidad:.....	50
2.2.1. Enfermedad isquémica del corazón. ....	54
2.2.2. Enfermedades cerebrovasculares. ....	57
2.2.3. Enfermedad hipertensiva.....	58
3. Enfermedades Transmisibles. ....	62
3.1. Infección por VIH y SIDA. ....	62
<b>3.1.2. Infección por VIH.</b> .....	63
<b>3.1.3. Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA).</b> .....	65
3.3. Dengue.....	70
3.7. Enfermedades transmisibles de registro colectivo.....	75
3.9. Enfermedades inmunoprevenibles. ....	78
3.9.7. Tuberculosis. ....	80
5.2. Mortalidad Materna. ....	96
7. Intoxicaciones por plaguicidas. ....	103
9. Violencia Social. ....	106

9.1 Violencia de género.....	106
9.2. Violencia Intrafamiliar.....	106
9.3 Mortalidad por causas externas.....	108
10. Determinantes sociales de la salud.....	113
10.5. Determinantes ambientales.....	117
10.5.1 Disposición de residuos sólidos.....	117
10.5.2. Disposición de aguas negras.....	119
10.5.3 Agua Para uso humano.....	119
10.5.4 Calidad del aire.....	120
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>121</b>
<b>LOGROS DEL MINSITERIO DE SALUD Y SUS ENTES ADSCRITOS.....</b>	<b>121</b>
<b>CAPÍTULO V. LOGROS DEL MINSITERIO DE SALUD Y SUS ENTES ADSCRITOS.....</b>	<b>122</b>
<b>CAPÍTULO VI. INVERSIÓN EN SALUD PERIODO 2013.....</b>	<b>178</b>
<b>2. INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD.....</b>	<b>189</b>

# **CAPÍTULO I.**

## **MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.**

---

## **CAPÍTULO I. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL.**

---

### **Misión institucional:**

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

### **Visión institucional:**

Seremos una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutive, con una cultura caracterizada por la orientación a los resultados y a la rendición de cuentas, con funcionarios debidamente calificados y apropiados de su papel y proactivos. Por nuestro estilo de liderazgo, nuestra capacidad técnica y el mejoramiento logrado en el estado de salud de la población, seremos una institución con alta credibilidad a nivel nacional e internacional. La población nos percibirá como garantes de su salud y los actores sociales, sujetos y clientes directos de la rectoría, nos sentirán como sus aliados.

### **Estrategia maestra:**

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

### **Objetivos Estratégicos Institucionales:**

1. 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.

# **CAPÍTULO II. ESTRUCTURA ORGÁNICA**

---

## CAPÍTULO 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. Tiene una Dirección General de Salud. La Auditoría Interna, la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud, la Dirección de Asuntos Jurídicos y la Contraloría de Servicios Institucional las cuales funcionan como unidades asesoras. También cuenta con entes adscritos al Ministerio: INCIENSA, el IAFA, LA Dirección Nacional de CEN CINAI.

### **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, y gestión integral de la información, de los cuales constituye el mayor referente técnico institucional, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Director 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 por el Director General de Salud. Normaliza la ejecución de este proceso en el nivel regional y local y asesora a quienes lo requieran. Esta Dirección permite que el cliente interno y externo exprese sus necesidades y expectativas. Por medio de este proceso, el Ministerio de Salud garantiza el cumplimiento de las políticas destinadas a la simplificación de trámites, incorporación de la voz del cliente y su satisfacción con los servicios recibidos, de manera que fortalezca la imagen institucional y la implementación de la estrategia maestra.

#### **Dirección Vigilancia de la Salud:**

Su objetivo principal es garantizar que la ejecución del proceso de Vigilancia de la Salud, a nivel nacional, se realice de manera articulada, eficaz y con la requerida calidad. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las unidades organizativas de los niveles central, regional y local. Es responsable de la producción de información oportuna y

veraz sobre la situación de salud del país que permita fundamentar la toma de decisiones para ejercer la rectoría en forma efectiva, eficiente y con enfoque de promoción, para garantizar la protección y mejoramiento del estado de salud de la población.

#### **Dirección Promoción de la Salud:**

Su objetivo consiste en dirigir los esfuerzos de los actores sociales del sistema de producción social de la salud, para la modificación de los determinantes, protegiendo y mejorando el estado de salud de la población.

#### **Dirección Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud:**

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

#### **Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud:**

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

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

#### **Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud:**

Su objetivo es articular y ejecutar los procesos de rectoría en el ámbito del Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud a nivel nacional, para garantizar que la generación de conocimiento científico y tecnológico responda a las prioridades nacionales, a criterios éticos y de calidad y que 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 Productos de Interés Sanitario:**

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

#### **Dirección de Protección del Ambiente Humano.**

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

### **División Administrativa:**

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

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

### **Dirección de Desarrollo Humano:**

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

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

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

## **2. Nivel regional**

### **Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud:**

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

## **3. Nivel Local:**

Constituye el nivel político-operativo de la institución para la ejecución de las funciones rectoras. Está integrado por ochenta y dos Direcciones de 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 Fármaco Dependencia (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.

### **SEPAN Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición**

Órgano Adscrito al Despacho del Ministro según Artículo 5 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No5412 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.

# **CAPÍTULO 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.

# **CAPÍTULO IV. SITUACIÓN DE SALUD Y SUS DETERMINANTES.**

---

## CAPÍTULO IV. SITUACIÓN DE SALUD Y SUS DETERMINANTES.

---

### 1. Situación Demográfica.

La caracterización de la población en Costa Rica parte de los datos sobre la estructura demográfica, la natalidad, la fecundidad y la esperanza de vida, registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el Centro Centroamericano de Población.

Si hay algo que caracteriza a las poblaciones es su dinamismo. La estructura y la dinámica poblacional está determinada por tres componentes: la fecundidad, la mortalidad y la migración.

#### 1.1. Fecundidad.

En Costa Rica en el año 2012 hubo un total de 73.326 nacimientos, de los cuales una leve mayoría (50,74%) fueron hombres, representando una relación de nacimientos hombre/mujer de 1,03. La tasa de natalidad nacional fue de 15,8 por mil habitantes, superada en cinco puntos por la provincia de Limón, y en dos puntos en la provincia de Puntarenas. Por el contrario las provincias Cartago y Heredia presentan las tasas más bajas.

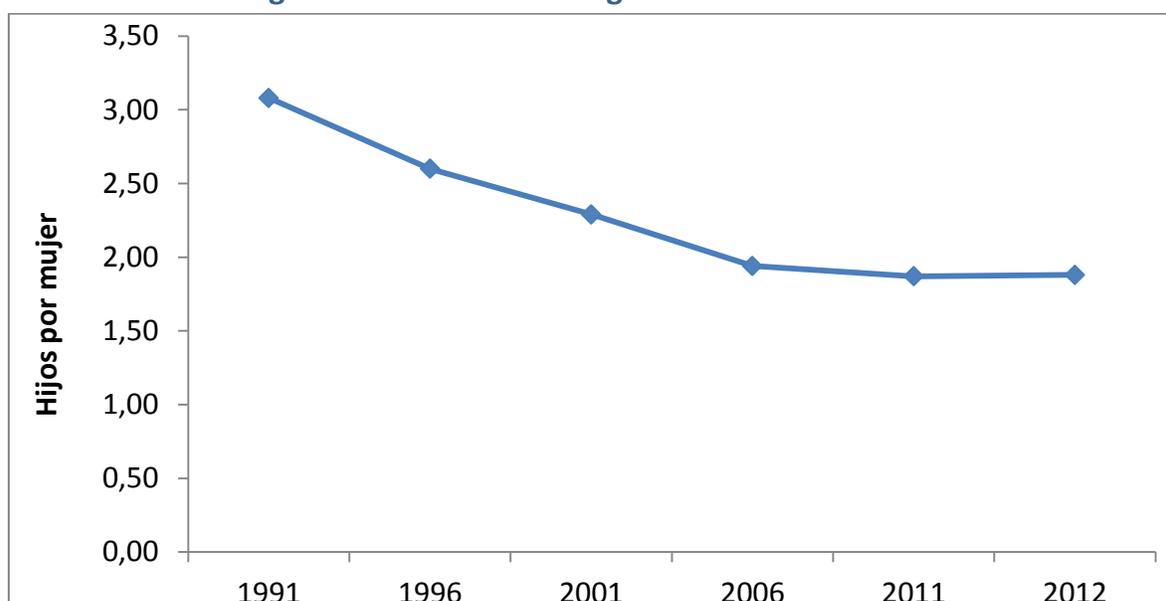
**Cuadro N° 4.1.**  
**Nacimientos según provincia y sexo, Costa Rica 2012**

Provincia	Total	Masculino	Femenino	Tasa natalidad
<b>Costa Rica</b>	<b>73326</b>	<b>37206</b>	<b>36120</b>	<b>15,8</b>
San José	22619	11524	11095	14,9
Alajuela	14658	7453	7205	16,0
Cartago	7364	3731	3633	13,9
Heredia	6624	3347	3277	14,1
Guanacaste	5956	3009	2947	16,8
Puntarenas	7673	3952	3721	17,3
Limón	8432	4190	4242	20,1

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

Según datos del INEC la fecundidad ha descendido en forma sostenida, pasando de una tasa global de fecundidad de 3,08 en 1991 a 1,88 en el año 2012, tal y como se observa en la siguiente gráfica, lo que muestra que el país se encuentra en un nivel de fecundidad menor que la tasa de reemplazo, que es 2,1 hijos e hijas por mujer al final del período fértil. Esta reducción de la fecundidad se da en todos los grupos de edad, sin embargo la velocidad de reducción en el grupo de adolescentes es menor.

**Gráfico N° 4.1.**  
**Tasa global de fecundidad según año. Costa Rica 1991-2012**



Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

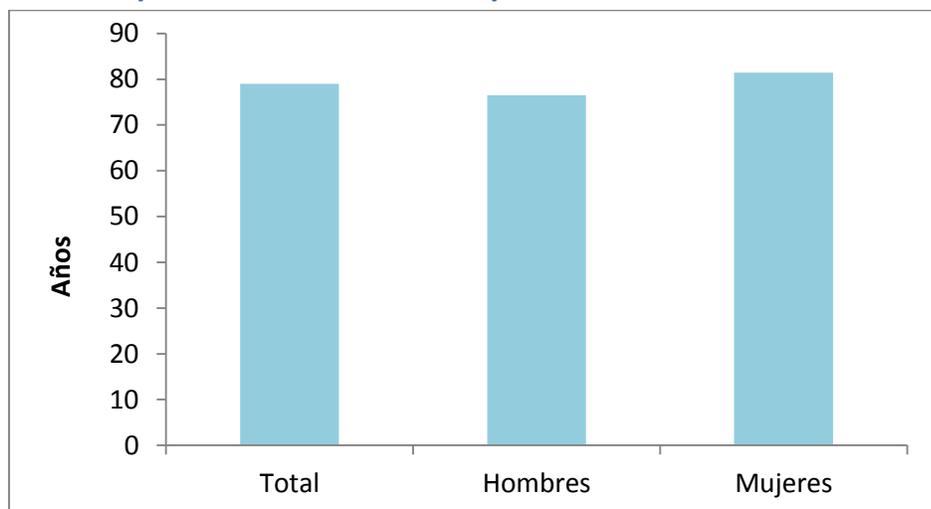
El embarazo en adolescentes representó el 18,65% del total de embarazos en el 2012. Más allá del porcentaje que representen los nacimientos en madres adolescentes, está claro que ellas constituyen un grupo con características y necesidades diferentes al resto de las mujeres. Los jóvenes, en general, son un grupo poblacional cuyas necesidades han sido relegadas, por considerarse un sector que goza de buena salud. Sin embargo, los riesgos asociados al embarazo en madres adolescente son mayores que en otros grupos etarios.

## 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 2012, la cual alcanzó los 79,0 años en general, en las mujeres fue de 81,45 años y en los hombres 76,5 años, se sigue manteniendo una brecha de 5 años entre hombres y mujeres.

**Gráfico N° 4.2.**  
**Esperanza de vida al nacer por sexo, Costa Rica 2012**



Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

## 1.3. Migración.

### 1.3.1. Inmigración Internacional.

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

embargo, la tasa de crecimiento de la población inmigrantes descendió de un 7,5% en el período 1984-2000 a un 2,4% para el presente período intercensal (2001-2011).

Dichos resultados indican que la inmigración internacional ha tendido a una estabilización a partir del año 2000, lo cual incide también en el menor ritmo de crecimiento de la población total del país.

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

### **1.3.2 Migración interna.**

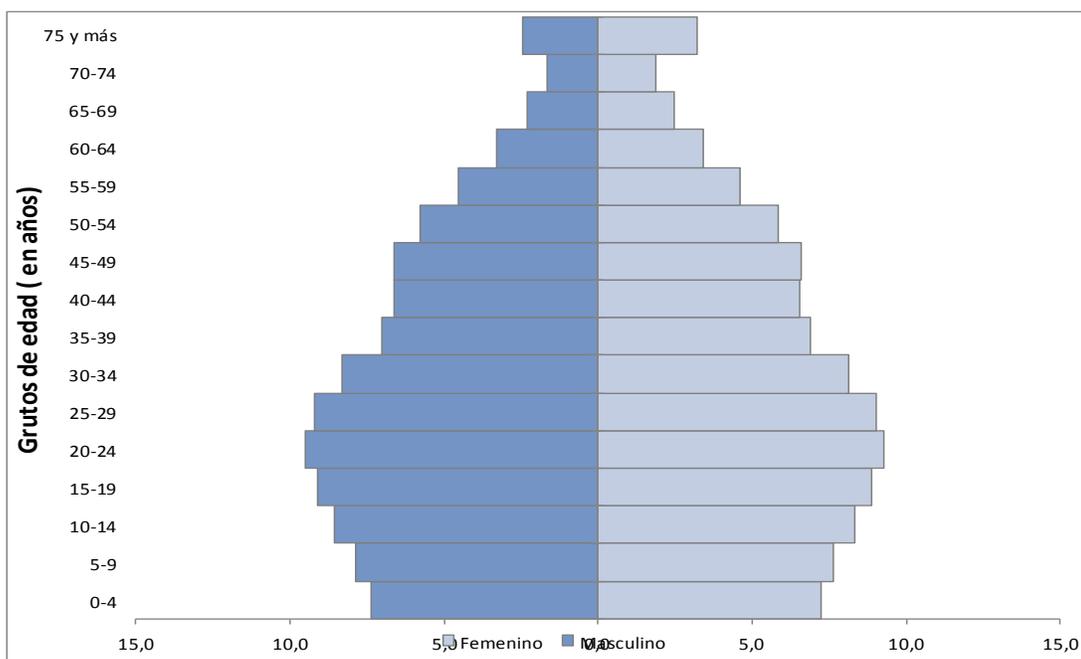
De acuerdo con el Censo Nacional 2011, este fenómeno constituye el componente más importante del cambio poblacional para algunas divisiones geográficas. Heredia es la provincia que atrajo más inmigrantes internos, aunque disminuyó su tasa neta desde el 2000 al presente; en contraste, se observó un aumento de la atracción hacia las provincias de Alajuela y Cartago.

San José acrecentó su característica expulsora de población al doble, pasando el saldo migratorio neto de -2,41 en el periodo 1995-2000 a una tasa de -4,94 por cada mil habitantes en el periodo 2006-2011.

Mientras tanto, Guanacaste muestra un cambio en su signo migratorio, como una provincia de relativa mayor atracción. En el caso de Limón, que en censos anteriores aparecía como zona de atracción pasó a ser una zona de baja expulsión. Entre tanto, Puntarenas atenuó su condición de expulsora de población.

Estos resultados dan cuenta de los cambios presentados en las diferentes zonas del país y como existen factores que motivan o desestimulan a las personas a cambiar de lugar de residencia; sea en búsqueda de mejores condiciones de vida o de algún modo forzadas por las condiciones socioeconómicas y socioculturales de sus lugares de origen y destino, según sea el caso.

**Gráfico N° 4.3.**  
**Distribución porcentual de la población por grupos de edad quinquenales según sexo. Costa Rica 2012**



Fuente: Estimaciones y proyecciones de población, INEC / CCP / Ministerio de Salud

#### 1.4. Estructura poblacional.

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones oficiales de población, Costa Rica en el año 2012 tuvo un total de 4.667.096 habitantes, de los cuales 50,75% 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.

La población general se concentra en los grupos de 15 a 64 años con un 71,9% de la población. En cuanto a los grupos de edad, el mayor porcentaje se

encuentra ubicado en el grupo de 20 a 24 años con un 9,37% del total.

La estructura de población en Costa Rica tiene características de un país que tiende al envejecimiento de su población, producto de la reducción de la fecundidad y de la mortalidad lo cual conlleva a un incremento de la esperanza de vida. Actualmente gozamos de un bono demográfico con menor peso o dependencia de la población económicamente activa.

## **2. Enfermedades Crónicas no trasmisibles.**

Las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), actualmente son la principal causa de mortalidad a nivel mundial, causando casi el 25% de las muertes prematuras (entre 30 y 69 años). Las ECNT que producen más muertes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas. (Organización Mundial de la Salud, 2012). La situación de Costa Rica no escapa a esta realidad mundial.

En la región de Centroamérica y República Dominicana, se incorporó además la Enfermedad Renal Crónica de Causas No Tradicionales, como una de las enfermedades crónicas no trasmisibles prioritarias.

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

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

La Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular del 2010 (Caja Costarricense de Seguro Social, 2010) dirigida a mayores de 20 años, encontró una

prevalencia de 31,5% de Hipertensión diagnosticada y 6,3% no diagnosticada, lo que sumado da una prevalencia nacional de 37,8%, siendo más alta en el sexo femenino. Lo anterior implica que entre 3 o 4 de cada 10 residentes en el territorio nacional mayores de 20 años de edad es hipertenso(a).

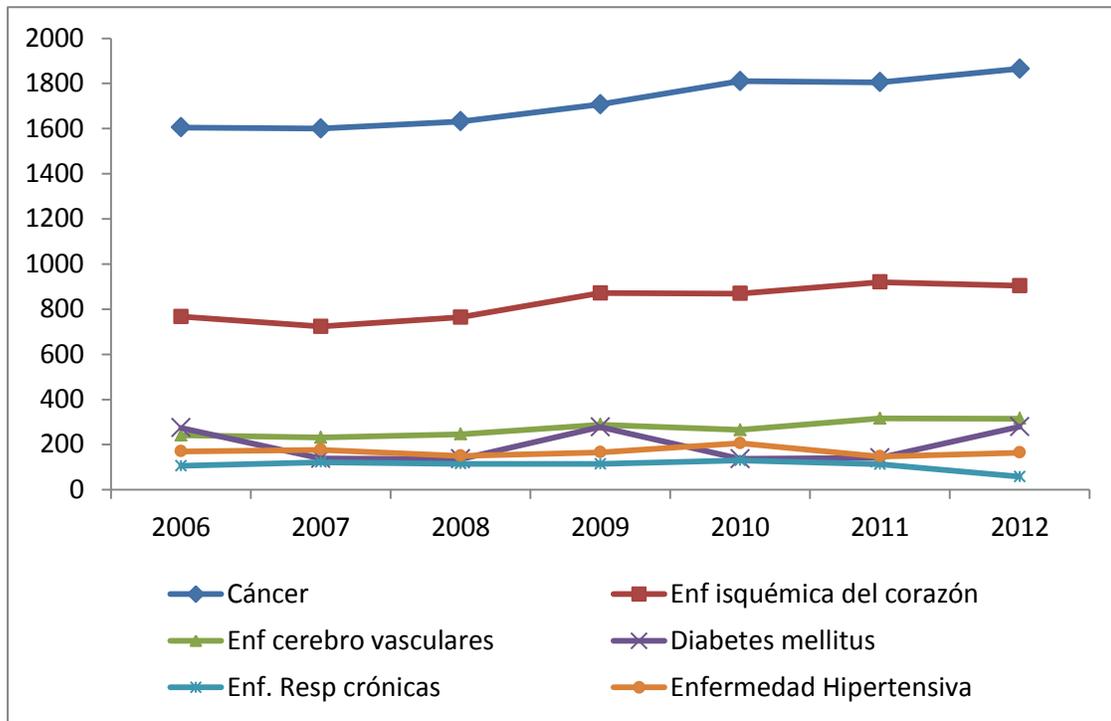
Las personas con cifras elevadas de colesterol total en su sangre (por arriba de 200 mg/dL) en esta misma encuesta, representaron el 42%. Para el caso de los hombres la prevalencia encontrada 42,4%, y en caso de las mujeres 41,6%, dicho de otra manera 4 de cada 10 costarricenses mayores de 20 años de edad tiene valores altos de colesterol. La prevalencia de sobrepeso fue de 36,1% mientras que la de obesidad fue de 26%. El 50,9% de la población encuestada tiene una actividad física baja o nula.

La prevalencia de fumado, medida como prevalencia actual al momento de la encuesta fue de 14,6% en los mayores de 20 años, sin embargo este porcentaje aumenta en los grupos de menor edad, siendo en el grupo de 20 a 39 de 16,2%, y mayor para todos los grupos de edad en el sexo masculino. Un aspecto muy importante de señalar es que la mayoría de los entrevistados presenta más de un factor de riesgo.

La tendencia de la mortalidad prematura de las ECNT ha tenido poca variación, a excepción del cáncer y de la enfermedad isquémica del corazón en los cuales se observa un incremento. Si se quiere poder alcanzar la meta de reducción de un 25% para el año 2025, planteada por la OMS, se debe trabajar fuertemente en la promoción de estilos de vida saludable, acompañada de las medidas regulatorias pertinentes y el favorecimiento de espacios seguros para la práctica de actividad física.

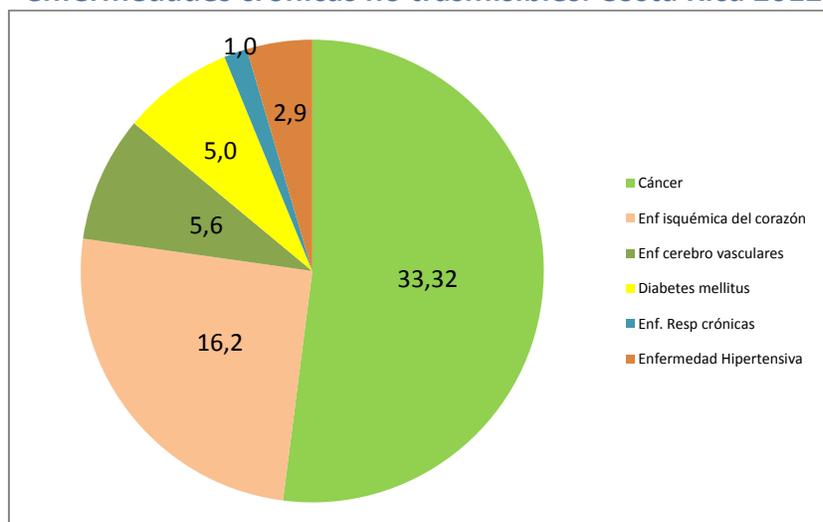
Las muertes prematuras por las ECNT (entre los 30 y 69 años de edad), representan el 20% del total de muertes ocurridas en el año 2012, y el 55% del total de muertes en este grupo de edad. El cáncer aporta la tercera parte de estas defunciones, seguido por la enfermedad isquémica del corazón.

**Gráfico N° 4.4.**  
**Tendencia de la mortalidad de las enfermedades crónicas no trasmisibles en personas de 30 a 69 años, por tipo según año. Costa Rica 2006-2012**



Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

**Gráfico N° 4.5.**  
**Distribución porcentual de muertes prematuras por enfermedades crónicas no trasmisibles. Costa Rica 2012**



Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

## 2.1. Cáncer.

### 2.1.1. Incidencia y mortalidad en hombres.

#### **Incidencia:**

Para el año 2012, la tipos de cáncer más frecuentes según su localización fueron según: piel (56,14 casos nuevos por cada 100.000 hombres), próstata (47,91), estómago (18,29), colon (9,58), sistema hematopoyético (8,43), y pulmón (7,28).

Llama la atención la disminución en la incidencia que presenta el cáncer de próstata en el año 2011, después de venir con una tendencia creciente en los años anteriores y sin que se hayan implementado en el país acciones tendientes a disminuir la misma.

El cáncer de piel continúa con una tendencia creciente, por lo que es importante seguir insistiendo en las medidas de prevención conocidas, como por ejemplo la protección a la exposición a los rayos ultravioleta, sobre todo en las edades tempranas y en las personas más vulnerables (piel blanca y ojos claros). Sin embargo este incremento también puede estar dado por las campañas de detección y comunicación sobre el tema en los últimos años.

Por su parte, el cáncer de estómago presenta una tendencia decreciente sostenida alcanzando en el 2011 una tasa de 18,29 por 100.000 hombres, la más baja desde el año 2000.

Lo que podría estar relacionado con las estrategias de prevención, como es el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Cartago presenta una tasa ajustada de 28,7 casos nuevos por 100.000 hombres y en San José se observa una tasa de 21,4, ambas provincias tiene un 13% más de riesgo que el nivel nacional.

El cáncer del sistema hematopoyético reticuloendotelial presenta una

tendencia oscilante, ocupando las tasas ajustadas más altas en los años 2003, 2004 y 2010.

El cáncer de colon, presenta una tendencia con pocas variaciones en los últimos 10 años, con excepción del año 2006, en que se observa un descenso de la tasa ajustada.

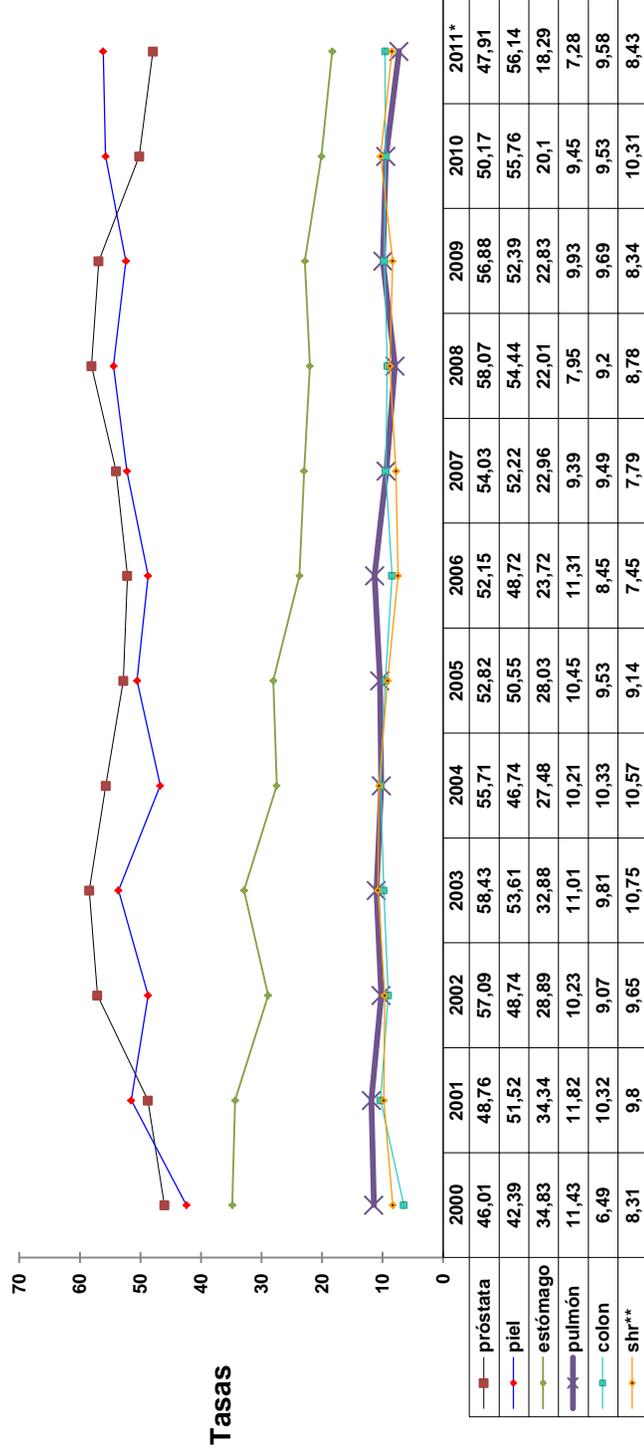
En lo referente al cáncer de pulmón presenta una tendencia al descenso alcanzando tasas ajustadas inferiores a 8 por 100.000 varones en los años 2008 y 2011, pasando del cuarto lugar en el 2000 al sexto este último año. San José es la provincia de mayor incidencia, 8,6 casos nuevos por 100.000 hombres, seguida de Cartago con 8,4 y en tercer lugar Limón con 7,7.

Al analizar la distribución geográfica de la incidencia del cáncer en el año 2011, se observa que las provincias con mayor incidencia para cáncer de próstata son Cartago, con una tasa ajustada de 64,6 casos nuevos por 100.000 hombres, lo que representa un 34% más de riesgo que el promedio nacional, seguida de la provincia de San José, con una tasa de 56,35, representando un 17% más de riesgo que el promedio nacional, y en tercer lugar Heredia con una tasa de 51,8, con un 8% más de riesgo.

Llama la atención que la provincia de San José presenta tasas superiores a las nacionales en los 10 tipos de cáncer más frecuentes y Cartago en 9 de los 10. El elevado riesgo en las provincias de San José y Cartago podría obedecer, entre otras razones, a una mayor accesibilidad a servicios de salud y exámenes diagnósticos, aunque otros factores también pueden asociarse con esa mayor incidencia, tales como factores genéticos, alimentación, nivel de conocimiento de la población y la exposición a determinados factores de riesgo.

Gráfico N° 4.6.

**Incidencia por tumores malignos más frecuentes en hombres según año.  
Costa Rica. 2000-2011\***  
(tasa ajustadas por 100.000 hombres)



\* cifras preliminares

SHR= sistema hematopoyético y reticuloendotelial

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

**Cuadro N° 4.2.**

**Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población masculina, según localización anatómica y provincia de ocurrencia Costa rica, 2011**

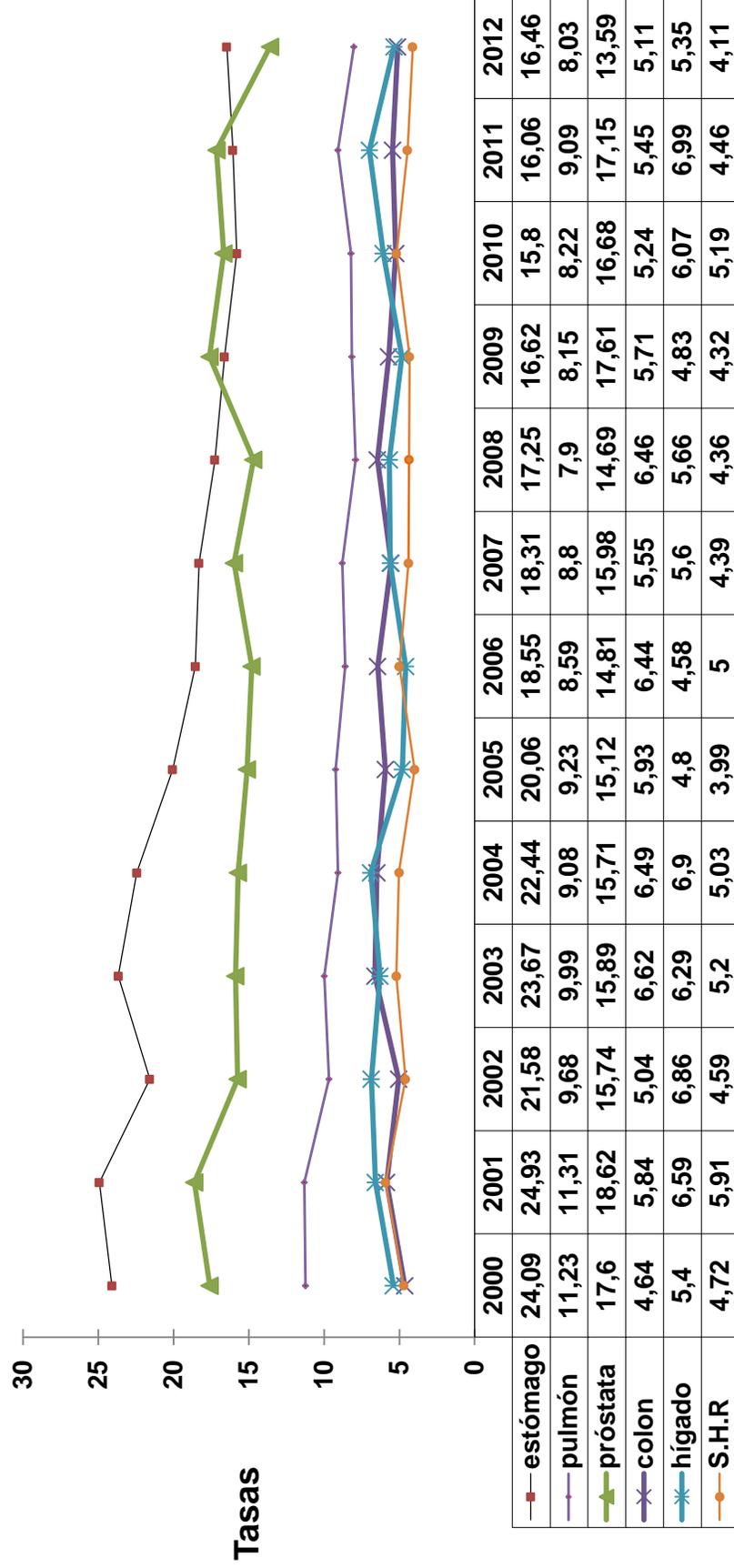
**(Tasas estandarizadas por edad por 100.000, método directo, población estándar mundial)**

Localización	Provincia de residencia									
	Costa Rica	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón		
Piel	<b>56,14</b>	72,23	53,79	68,72	43,39	29,36	41,84	34,16		
Próstata	<b>47,91</b>	56,35	40,59	64,63	51,78	43,96	27,48	29,81		
Estomago	<b>18,29</b>	21,41	14,55	28,66	10,00	16,09	17,91	13,04		
Colon	<b>9,58</b>	14,12	7,36	7,63	8,16	6,57	6,91	6,65		
Sistema hematopoyético	<b>8,43</b>	11,15	6,27	9,26	5,74	9,06	5,51	8,11		
Ganglios linfáticos.	<b>7,64</b>	10,46	4,17	7,70	5,23	8,54	7,49	6,46		
Pulmón	<b>7,28</b>	8,55	6,12	8,36	5,92	3,82	7,49	7,71		
Testículo	<b>4,80</b>	7,13	4,20	6,45	3,47	1,68	1,85	2,38		
Vejiga	<b>4,73</b>	6,46	2,61	5,95	6,41	3,71	3,19	2,16		
Recto	<b>4,26</b>	4,31	3,13	4,76	5,61	2,37	4,98	5,31		

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

Gráfico N° 4.7.

Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en hombres según año.  
Costa Rica 2000-2012\*.  
(tasa ajustada por 100.000 hombres)



\* Cifras preliminares

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

## **Mortalidad:**

Al analizar la tendencia de la mortalidad por tipo de cáncer en hombres, en el período 2000 al 2012, se observa que el cáncer de estómago es el que presenta la mayor disminución, 8 puntos en la tasa ajustada.

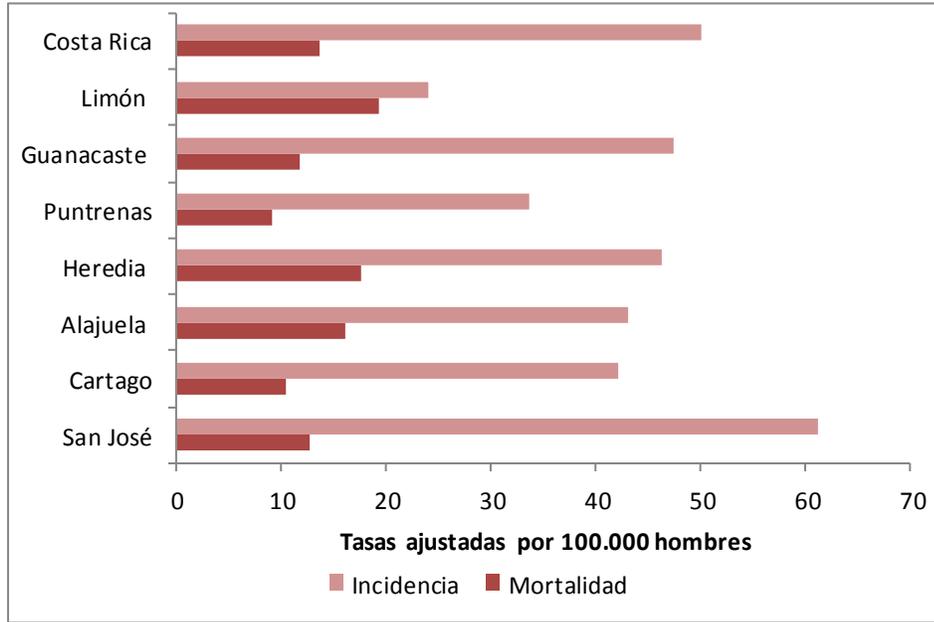
El cáncer de próstata presentó en el 2012 una tasa de mortalidad ajustada de 13,59 muertes por cada 100.00 hombres, siendo su tasa más baja en todo el periodo 2000-2012. El cáncer de pulmón ha tenido un descenso de 3 puntos en la tasa ajustada, pasando de 11,23 muertes por cada 100.000 hombres en el 2000 a 8,03 en el 2012.

Para el mismo periodo, el cáncer de colon, hígado y el del sistema hematopoyético y reticuloendotelial no han sufrido cambios significativos.

En el gráfico 4.8 se compara la incidencia del 2011 con la mortalidad del 2012 del cáncer de próstata, dando un perfil del comportamiento de este tipo de cáncer sobre todo para llamar la atención que provincias como Limón con una baja incidencia, presenta altas tasas de mortalidad.

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 de los servicios de salud, como de factores geográficos y culturales que harían que los hombres no se estén acercando a los servicios de salud.

**Gráfico N°4.8.**  
**Incidencia 2011 y mortalidad 2012 de cáncer de próstata**  
**según provincia. Costa Rica**



\*Cifras preliminares

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

**Cuadro N° 4.3**

**Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en la población masculina, según localización anatómica y provincia de ocurrencia**

**Costa Rica, 2012**

**(Tasas estandarizadas por edad por 100.000, método directo, población estándar mundial)**

Localización	Provincia de residencia									
	Costa Rica	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón		
Estomago	<b>16,46</b>	18,91	13,48	18,47	15,84	12,83	15,91	15,89		
Próstata	<b>13,59</b>	12,61	16,06	10,50	17,51	11,72	9,01	19,22		
Pulmón	<b>8,03</b>	8,21	10,16	8,23	9,59	6,66	5,35	4,28		
Hígado	<b>5,35</b>	6,13	5,93	7,32	4,20	2,57	3,77	3,66		
Colon	<b>5,11</b>	6,03	5,04	5,85	5,57	4,80	1,53	4,52		
Páncreas	<b>4,92</b>	5,44	4,00	7,42	4,23	4,44	4,74	2,96		
Linfomas	<b>4,38</b>	5,10	4,44	2,63	6,89	5,23	2,03	2,84		
Leucemias	<b>4,11</b>	3,25	3,58	5,72	4,84	5,59	4,29	4,04		
Encéfalo	<b>2,48</b>	3,28	2,01	1,87	2,67	1,26	1,28	3,64		
Riñón	<b>2,07</b>	2,10	1,72	2,24	1,52	1,87	3,45	2,06		

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

## 2.1.2. Incidencia y mortalidad en mujeres.

### Incidencia:

En el sexo femenino, la localización más frecuente de tumores malignos para el año 2011 es el de piel, seguido por el de mama, en tercer lugar está el cáncer de cérvix y el cáncer de tiroides ocupó el cuarto. El cáncer de estómago ocupa el quinto puesto y el de colon el sexto.

Como puede observarse en el gráfico 4.9 el cáncer de piel, el de cérvix, el de estómago y colon muestran una tendencia decreciente. Por el contrario el cáncer de mama y el de tiroides una creciente.

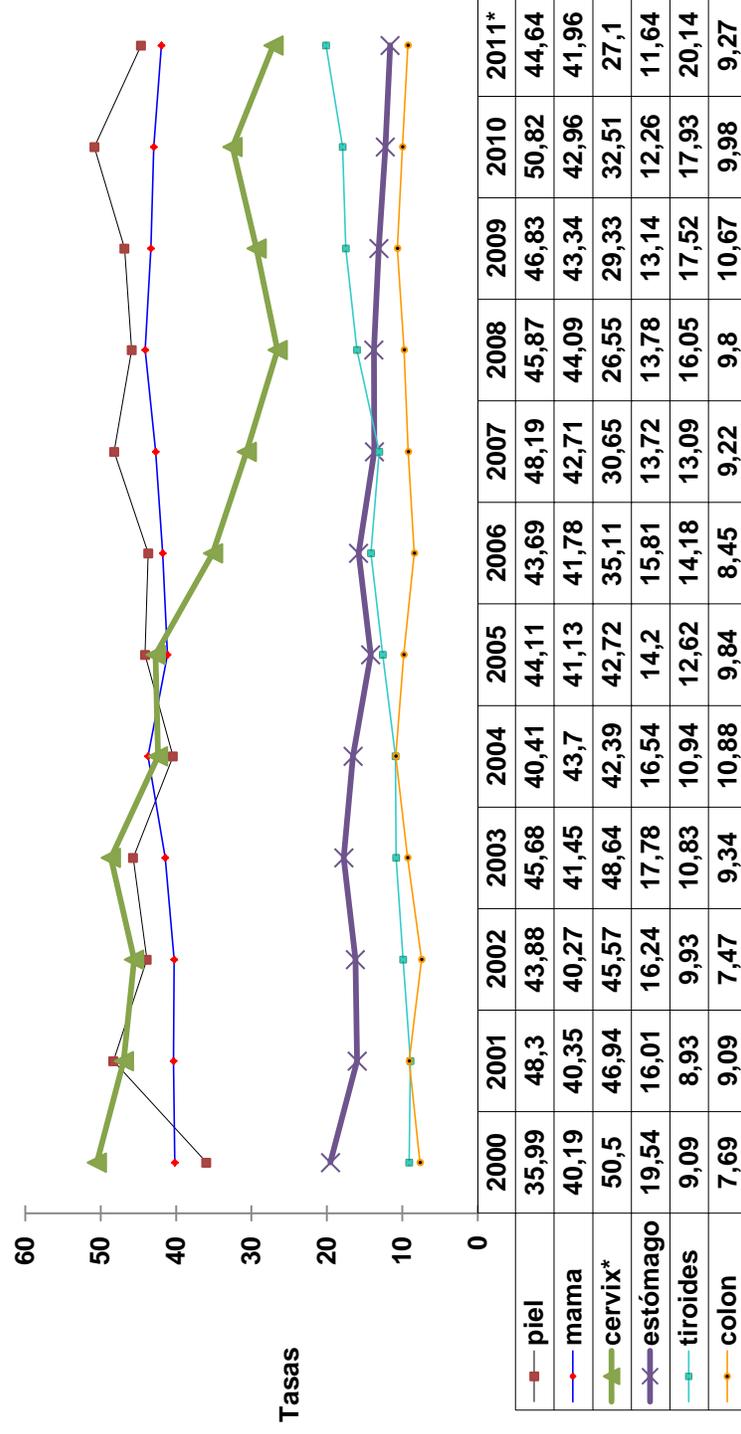
Llama la atención la tendencia creciente del cáncer de cérvix a partir del 2008, lo que analizaremos en detalle más adelante.

Al analizar la distribución geográfica de la incidencia del cáncer de piel (Gráfico N° 4.10) en el año 2011, la provincia de San José obtiene la tasa más alta con un 56,29 por 100.000 mujeres, seguida por Cartago con un 50,78. Las menores tasas se presentan en Guanacaste con 18,42 y Limón con una tasa de 26,19.

Esto llama la atención ya que la exposición a rayos ultravioleta en estas provincias es alta, sin embargo en general es una población con piel más morena lo que podría estar actuando como factor protector, aunque hay que investigar más al respecto.

Con respecto a la distribución geográfica en el año 2011 del cáncer de mama, la provincia de San José tiene la tasa ajustada más alta, 50,64 por 100.000 mujeres, le sigue Heredia con 45,70 y en tercer lugar Alajuela con 41,42. Limón y Guanacaste presentan las incidencias más bajas. Gráfico N° 4.11.

Gráfico N° 4.9.  
 Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres  
 según año. Costa Rica. 2000-2011\*.  
 (Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)

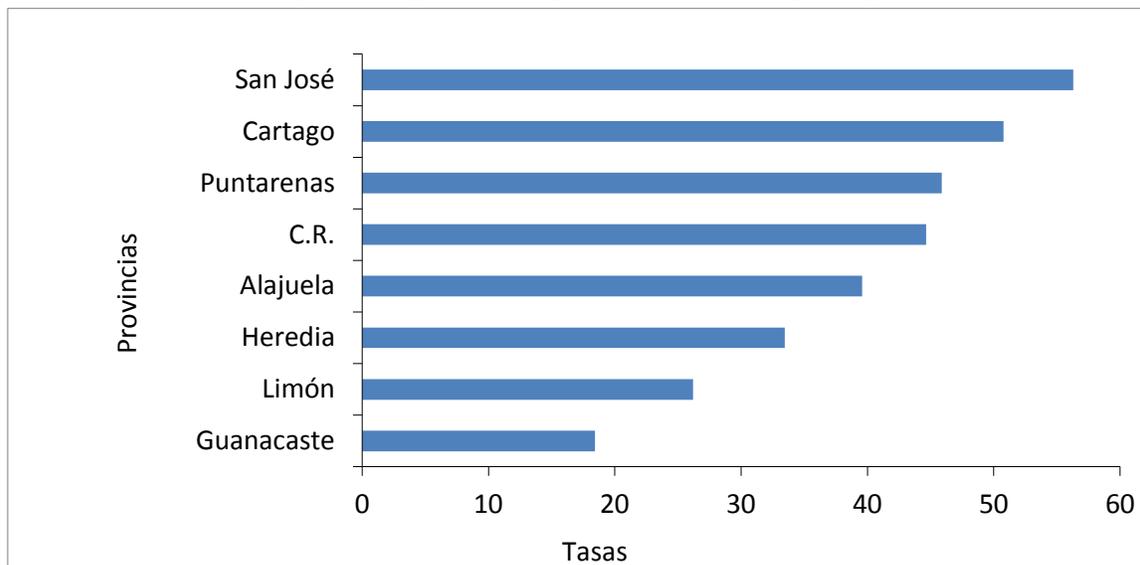


\* Cifras preliminares

\*\* Incluye tanto in situ como invasor

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

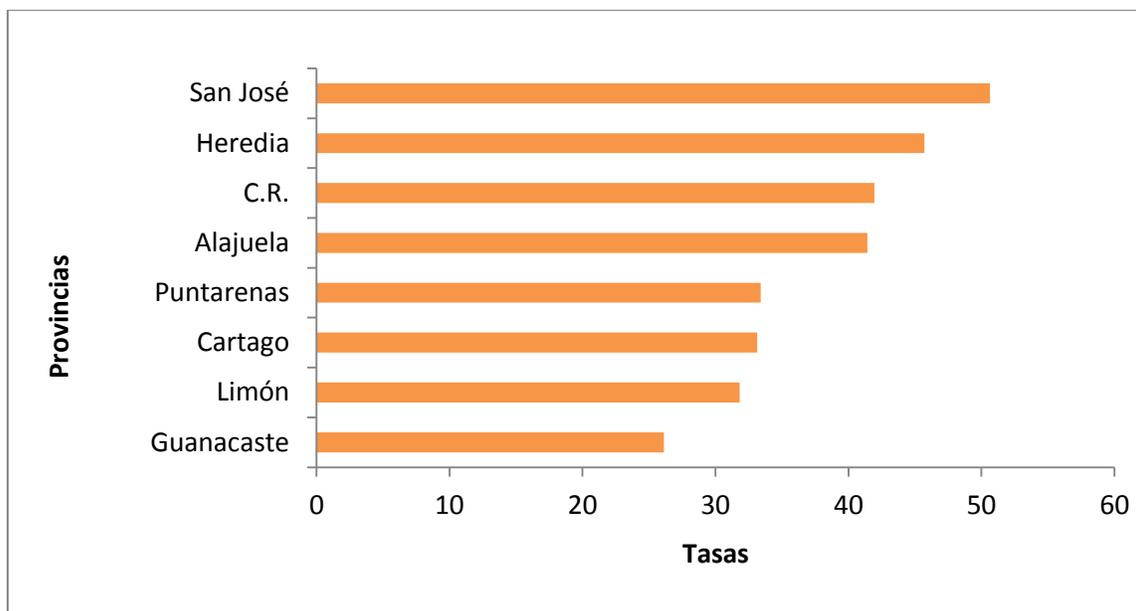
**Gráfico N° 4.10.**  
**Incidencia por cáncer de piel por provincia. Costa Rica 2011\***  
**(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)**



\*cifras preliminares

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

**Gráfico N° 4.11.**  
**Incidencia de cáncer de mama según provincia. Costa Rica 2011 \***  
**(tasa ajustadas por 100.000 mujeres)**



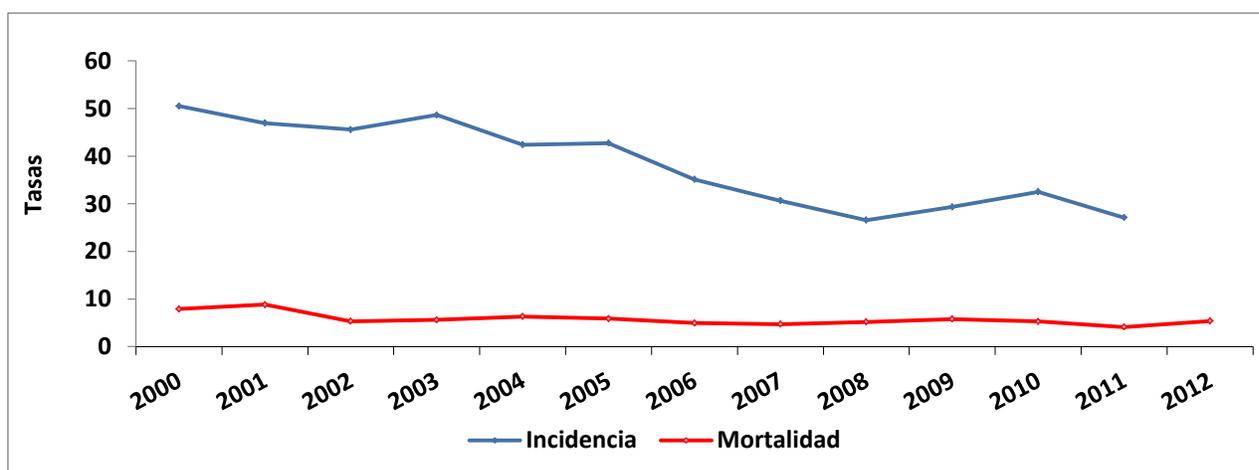
Fuente: Ministerio de. Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

Al analizar la tendencia de la incidencia de cáncer de cérvix, se observa una tendencia descendente entre el 2003 y el 2008, la cual se invierte a partir de este año, pasando de una tasa ajustada de 22 en el 2009 y a 32,51 casos nuevos por 100.000 mujeres en el 2010, volviendo a descender en el 2011 a 27,10 (Gráfico N° 4.12).

Esta reducción se da a expensas de una disminución del cáncer in situ, lo que podría reflejar que los programas de detección temprana no estaban teniendo una cobertura efectiva. Adicionalmente se observa que la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino muestra una disminución muy lenta, lo que implica que todavía estamos haciendo detecciones tardías.

En cuanto a la distribución por provincia, llama la atención que Limón en el 2011, tiene la segunda tasa más baja en cáncer de cérvix in situ y la cuarta provincia con mayor tasa de cáncer invasor, lo que refleja que posiblemente existan problemas de: acceso oportuno a los servicios de tamizaje, de colposcopia y tratamiento.

**Gráfico N° 4.12.**  
**Incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix. Costa Rica 2000-2011\***  
**(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)**



Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

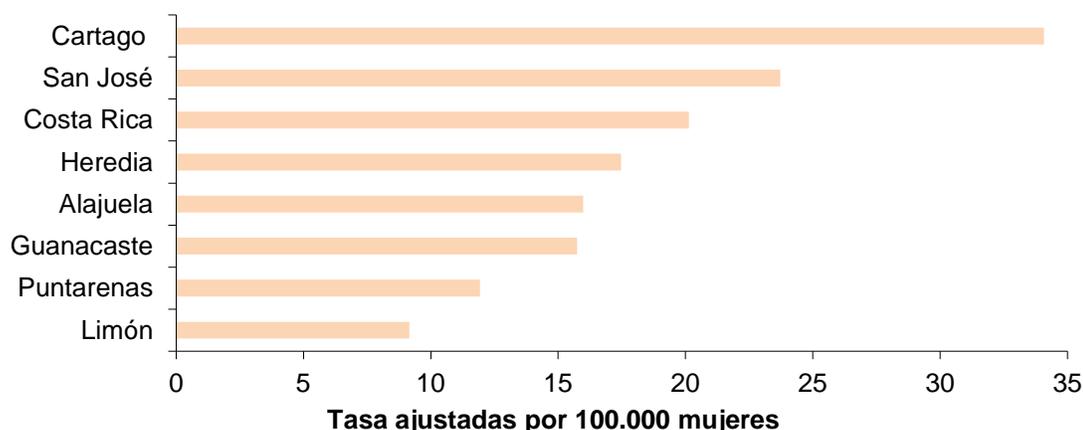
**Cuadro N° 4.4.**  
**Incidencia de tumor maligno de cuello del útero según provincia de**  
**residencia, por comportamiento, Costa rica, 2011.**  
**(Tasas por 100.000 mujeres)**

Provincia	Total		In situ		Invasor	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
<b>Costa Rica</b>	<b>665</b>	29,22	<b>336</b>	14,77	<b>329</b>	14,46
San José	<b>275</b>	33,14	171	20,61	104	12,53
Alajuela	<b>115</b>	26,41	49	11,25	66	15,16
Cartago	<b>98</b>	38,37	57	22,32	41	16,05
Heredia	<b>31</b>	13,80	7	3,12	24	10,69
Guanacaste	<b>59</b>	42,94	16	11,65	43	31,30
Puntarenas	<b>43</b>	24,16	23	12,92	20	11,24
Limón	<b>43</b>	20,00	13	6,05	30	13,95
Ignorada	<b>1</b>	0,00	0	0,00	1	0,00

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

Por otra parte el cáncer de tiroides que muestra una tendencia creciente, presenta tasas superiores al promedio nacional en las provincias de San José y Cartago, y muy por debajo al promedio nacional en las provincias de Heredia, Alajuela y Guanacaste.

**Gráfico N° 4.13.**  
**Incidencia de cáncer de tiroides según provincia. Costa Rica. 2011\***



Fuente: Ministerio de Salud Dirección Vigilancia de la Salud.

**Cuadro. 4.5.**

**Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población femenina, según localización anatómica y provincia de ocurrencia Costa Rica, 2011\***

**(Tasas estandarizadas por edad por 100.000, método directo, población estándar mundial)**

Localización	Provincia de residencia									
	Costa Rica	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón		
Piel	<b>44,64</b>	56,29	39,59	50,78	33,45	18,42	45,88	26,19		
Mama	<b>41,96</b>	50,64	41,42	33,14	45,70	26,11	33,41	31,81		
Cérvix	<b>27,10</b>	32,36	24,58	34,37	12,14	33,45	19,66	23,46		
Tiroides	<b>20,14</b>	23,72	15,98	34,08	17,47	15,74	11,93	9,15		
Estomago	<b>11,64</b>	13,61	12,20	13,71	8,91	5,82	6,27	12,14		
Colon	<b>9,27</b>	11,07	9,43	10,80	8,30	8,81	4,23	4,15		
Cuerpo uterino	<b>7,67</b>	9,55	7,68	6,99	5,10	4,46	7,19	6,03		
Ganglios linfáticos	<b>5,37</b>	7,01	4,35	5,87	4,98	5,11	3,88	0,92		
Ovario	<b>4,59</b>	6,49	2,89	2,88	3,80	4,23	2,26	6,18		
Sistema hematopoyético	<b>5,18</b>	5,85	4,81	6,08	1,57	3,45	5,37	7,65		

\* cifras preliminares

Fuente: Registro Nacional de Tumores, Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud y Centro Centroamericano de Población, U.C.R.

## Mortalidad:

Los tipos de cáncer que provocan más muertes en mujeres, en orden decreciente son: mama, estómago, colon, cérvix, hígado y pulmón. El cáncer de estómago y el de cérvix son los que han presentado una disminución más significativa en sus tasas ajustadas, de tres y dos puntos respectivamente, en el resto la mortalidad no ha mostrado cambios significativos.

Para el cáncer de mama las provincias con mayores tasas de mortalidad son Guanacaste, San José, Heredia y Puntarenas. La tasa más baja se presenta en Cartago.

El cáncer de cérvix presenta un incremento en la mortalidad en el último año pasando de una tasa de 4,1 por cada 100.000 mujeres en el 2011 a 5,3 en el año 2012, puede ser consecuencia de lo expuesto en párrafo anterior de que a pesar que una mejora en el diagnóstico de cáncer in situ, no se ha logrado bajar efectivamente la incidencia de cáncer invasor. Lo anterior puede estar relacionado con problemas de acceso oportuno a los servicios tanto de captación como de tratamiento.

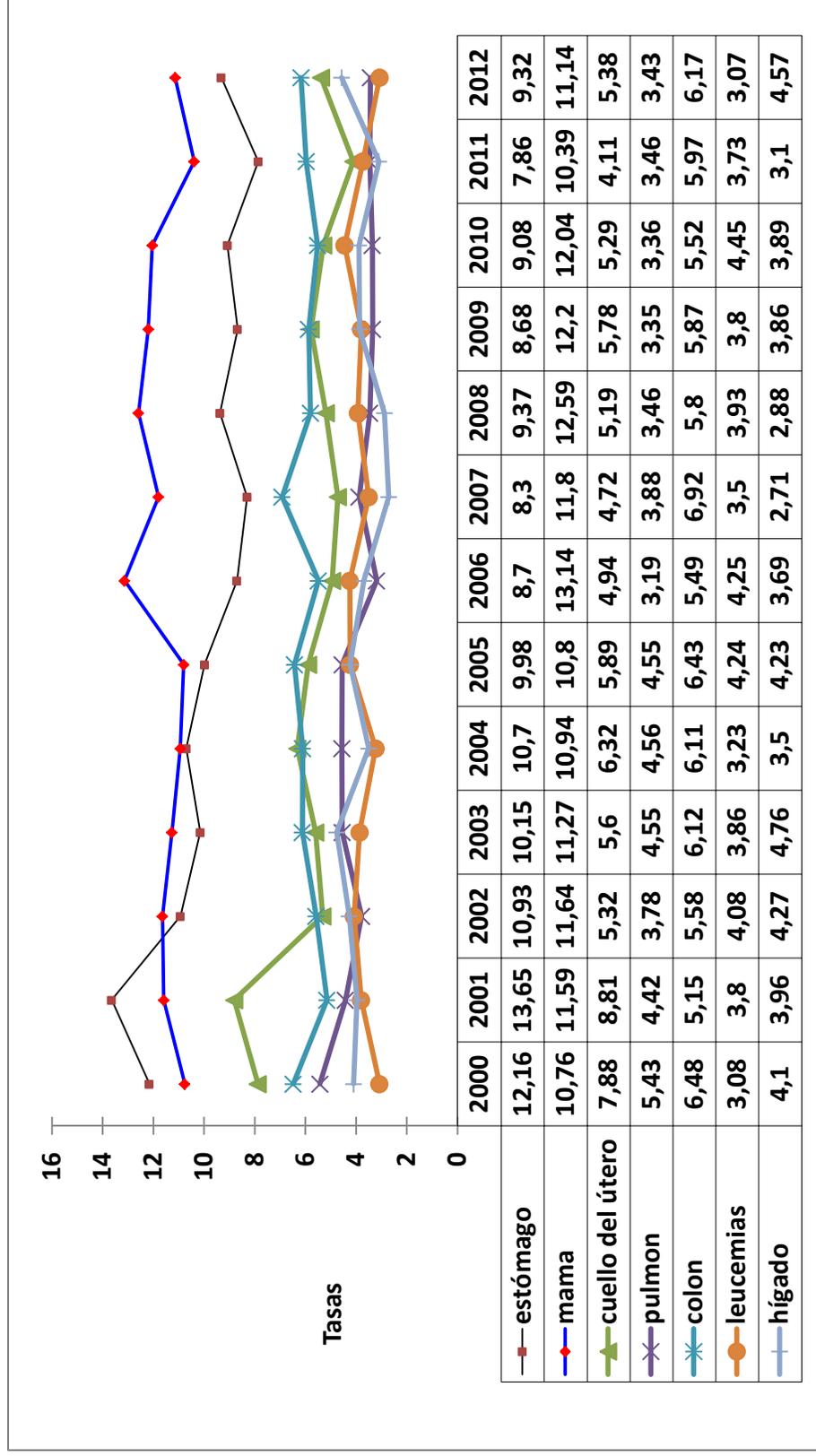
**Gráfico N° 4.14.**  
**Mortalidad por cáncer de mama según provincia. Costa Rica 2012**



Fuente: Ministerio de Salud e INEC

Gráfico N° 4.15.

Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica. 2000-2012.  
(tasa ajustadas por 100.000 mujeres)



Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

**Cuadro 4.6.**

**Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en la población]  
femenina, según localización anatómica y provincia de ocurrencia  
Costa Rica, 2012**

**(Tasas estandarizadas por edad por 100.000, método directo, población estándar mundial)**

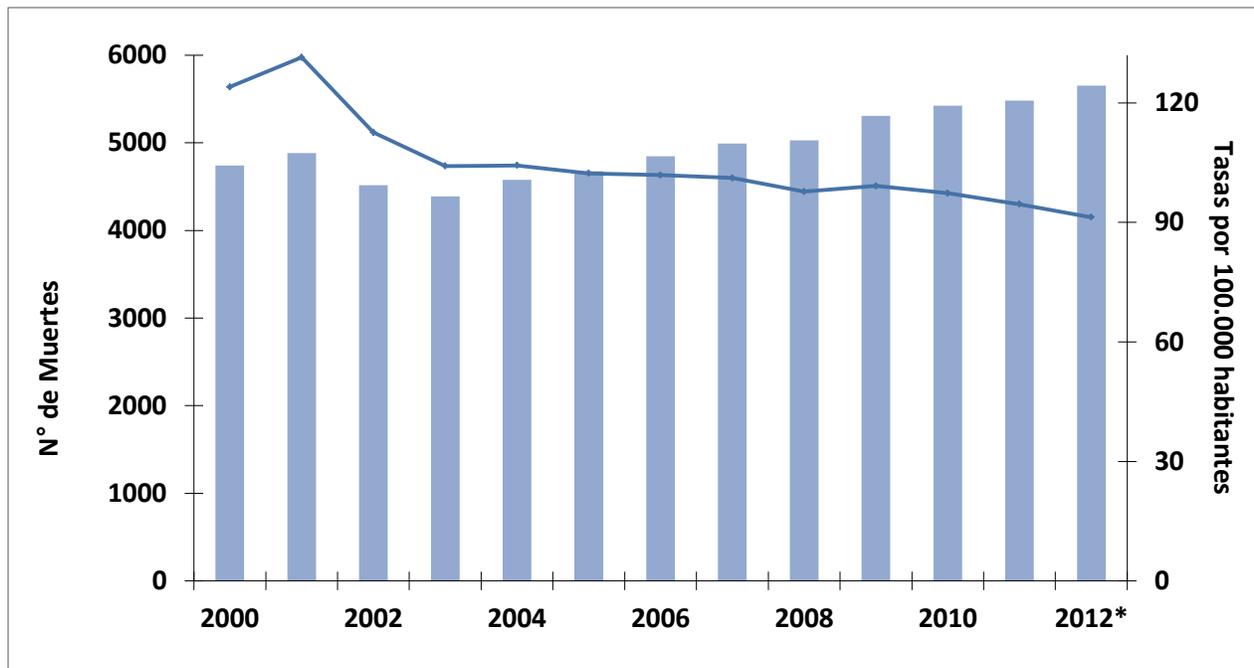
Localización	Provincia de residencia									
	<b>Costa Rica</b>	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón		
Mama	11,14	12,11	9,85	6,65	12,19	14,94	11,78	9,12		
Estómago	9,32	9,50	9,94	9,58	10,54	7,42	7,09	9,19		
Colon	6,17	5,37	9,85	9,21	5,75	5,60	4,27	5,89		
Cuello del útero	5,38	4,33	4,59	5,29	4,09	6,58	6,68	13,16		
Hígado	4,57	3,62	3,71	6,21	5,98	6,54	4,13	6,23		
Páncreas	3,81	5,05	3,31	4,39	0,99	3,54	3,26	2,16		
Pulmón	3,43	3,93	1,97	3,63	4,03	6,54	5,50	1,03		
Leucemias	3,07	2,65	4,53	2,14	1,80	2,12	4,79	3,56		
Linfomas	2,73	3,35	2,36	1,55	2,44	0,90	3,97	3,00		
Ovario	2,85	2,72	2,07	3,87	4,65	1,10	3,71	1,83		

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

## 2.2. 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 2012 un total de 5.651 muertes para una tasa ajustada de 91,3 por 100.000 habitantes, con una tendencia descendente muy leve en los últimos ocho años.

**Gráfico N° 4.16.**  
**Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio**  
**por año. Costa Rica 2000-2012\***



\*Las cifras del 2012 son preliminares.

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

En el año 2012 el 95,89% 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 54,70% de estas muertes corresponde al sexo masculino.

En cuanto a las causas de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el año 2012, el primer lugar lo ocupan las enfermedades isquémicas del corazón con 2.594 muertes y una tasa de 5,6 muertes por cada diez mil habitantes, seguido de las enfermedades cerebrovasculares y, en tercer lugar, la enfermedad hipertensiva, tal como se observa en el cuadro N° 4.7.

Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades cardiovasculares (CIE X I 00-I 52), representan el 72,85%. Para en el año 2012 se registraron 4117 muertes por estas enfermedades, lo cual evidencia un aumento de 4,35% del total de estas muertes con respecto al año anterior. Sin embargo, la tasa ajustada más bien presenta un leve descenso.

**Cuadro N° 4.7.**  
**Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según grupo de causa**  
**Costa Rica 2012. (Tasas por 10.000 habitantes)**

Causas específicas	N°	Tasa
Enfermedad reumática aguda	0	0,0
Enfermedad cardiaca reumática crónica	40	0,1
Enfermedad hipertensiva	814	1,7
Enfermedad isquémica del corazón	2594	5,6
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedad de la circulación pulmonar	78	0,2
Otras formas de enfermedad del corazón	591	1,3
Enfermedades cerebrovasculares	1281	2,8
Enfermedades de arterias, arteriolas y de los vasos capilares	147	0,3
Enfermedades de venas y de los vasos y ganglios linfáticos	87	0,2
Otros trastornos y los no específicas del sistema circulatorio	19	0,04
<b>TOTAL</b>	<b>5651</b>	<b>12,1</b>

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

### **2.2.1. Enfermedad isquémica del corazón.**

La enfermedad isquémica del corazón constituye la segunda causa de muerte prematura, dentro de las ECNT, representando el 26% de las muertes prematuras. Del total de muertes por esta causa el 36% se producen antes de los 70 años. Anualmente en la CCSS se reportan 5500 egresos por enfermedad

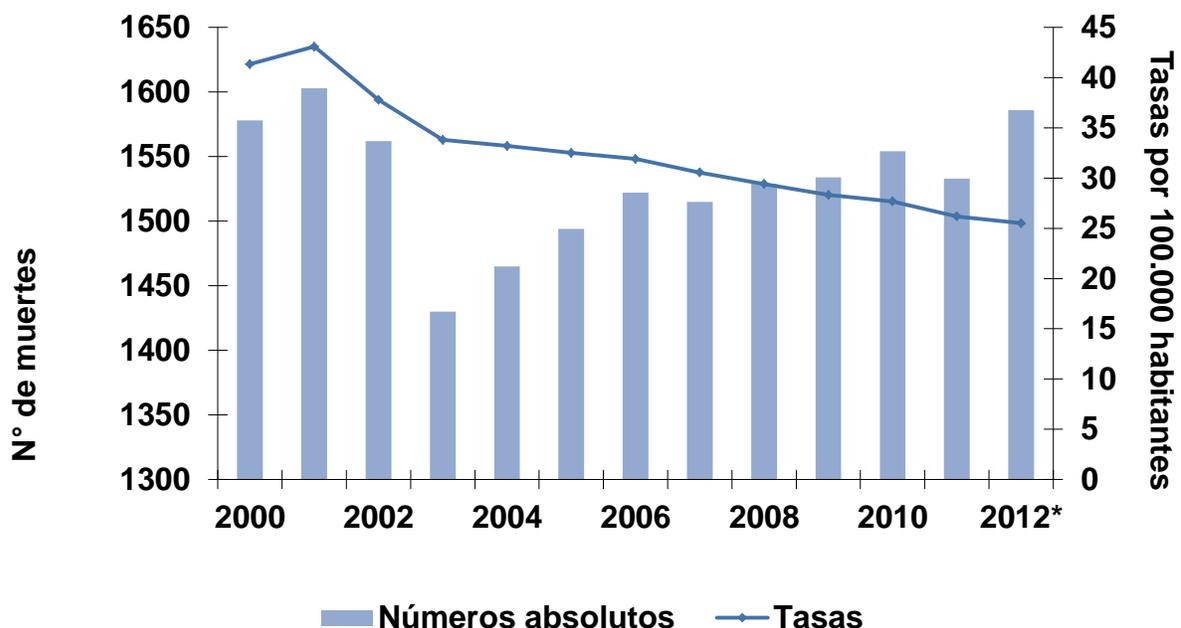
isquémica del corazón, y genera un costo económico y social importante.

El infarto al miocardio es la más frecuente de las enfermedades isquémicas. La mortalidad por infarto agudo (CIE-X código I 21) al miocardio representa el 38,5% de las enfermedades cardiovasculares.

En el año 2012 hubo un total de 1.586 muertes para una tasa ajustada de 26,6 muertes por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 3,34% de los casos con respecto al año anterior, sin embargo la tasa ajustada es menor.

La mortalidad por infarto agudo al miocardio presenta una tendencia descendente a partir del año 2001, y se espera que las políticas para el control del fumado reflejen su impacto a mediano plazo aumentando la velocidad de descenso.

**Gráfico N° 4.17.**  
**Mortalidad por infartos agudos al miocardio según año.**  
**Costa Rica 2000-2012\***



Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

**Cuadro N° 4.8.**  
**Mortalidad por infarto agudo al miocardio**  
**según grupo de edad y sexo Costa Rica- 2011-2012**  
**(Tasa por 10.000 habitantes)**

Grupos de edad	2011						2012					
	Total		Masculino		Femenino		Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
0-4	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
10-14	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	0	0	0	0,0	0	0,0
20-24	2	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,02	1	0,0	0	0,0
25-29	1	0,0	1	0,0	0	0,0	6	0,1	6	0,3	0	0,0
30-34	6	0,2	5	0,3	1	0,1	3	0,08	2	0,1	1	0,1
35-39	14	0,4	9	0,6	5	0,3	13	0,4	9	0,6	4	0,3
40-44	33	1,1	27	1,7	6	0,4	31	1,01	27	1,8	4	0,3
45-49	51	1,7	39	2,5	12	0,8	58	2,0	45	3,1	13	0,9
50-54	86	3,3	66	5,0	20	1,5	77	3,03	57	4,5	20	1,6
55-59	123	6,1	93	9,2	30	3,0	124	6,3	91	9,3	33	3,3
60-64	130	8,8	94	12,9	36	4,8	163	11,0	124	17,0	39	5,2
65-69	167	15,7	108	21,0	59	10,8	151	13,49	108	19,5	43	7,6
70-74	173	21,8	118	31,2	55	13,2	179	21,22	108	26,1	71	16,5
75 y más	747	58,7	366	65,3	381	53,5	780	55,57	412	63,5	368	48,7
<b>TOTAL</b>	<b>1533</b>	<b>3,3</b>	<b>927</b>	<b>4,0</b>	<b>606</b>	<b>2,7</b>	<b>1586</b>	<b>3,41</b>	<b>990</b>	<b>4,2</b>	<b>596</b>	<b>2,6</b>

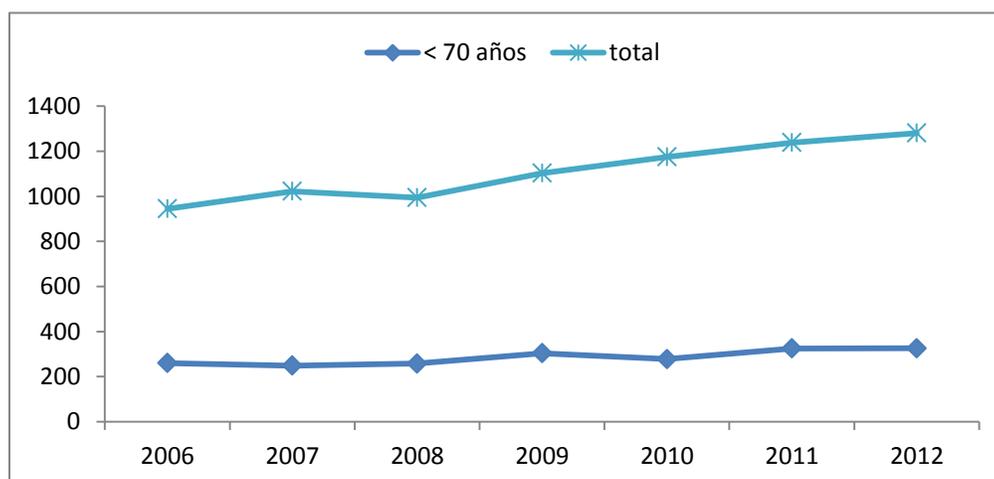
Fuente: INEC. Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

El 62,42% de las muertes corresponden al sexo masculino. Antes de los 40 años son pocas las muertes que se producen por esta causa, sin embargo se reportan en edades tan jóvenes como es el rango de 20 a 24 años. El 92,94% de las muertes por esta causa corresponde a mayores de 50 años.

En el 2011 se produjeron 1.886 egresos hospitalarios por infarto agudo al miocardio, de los cuales el 67,6% correspondió al sexo masculino. La gran mayoría de los egresos corresponden a personas de 45 años o más, un 2,2% de los casos ocurre entre los 20 y 44 años, cifra que no debe ser menospreciada no por su magnitud si no por las repercusiones de atención en los servicios y en aspectos sociales ante la ocurrencia de estos eventos en personas jóvenes.

**Gráfico N° 4.18.**

**Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en la población general y en menores de 70 años. Costa Rica 2006 – 2012 (Cifras absolutas)**



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

### **2.2.2. Enfermedades cerebrovasculares.**

Se producen anualmente alrededor de 1.300 muertes por enfermedades cerebrovasculares, las mismas se incrementan a partir de los 40 años de edad, no se encuentran diferencias por sexo. Constituyen el 5,6% de las muertes prematuras debidas a enfermedades crónicas no trasmisibles.

Si bien la tendencia de la mortalidad ha ido en aumento, en parte por envejecimiento de la población, la tendencia de la mortalidad en menores de 70 años se ha mantenido constante del 2006 al 2012.

### **2.2.3. Enfermedad hipertensiva.**

La enfermedad hipertensiva es un factor de riesgo importante para las enfermedades cerebrovasculares, el infarto al miocardio y las enfermedades renales crónicas. En el año 2012 se registraron 814 muertes por enfermedad hipertensiva, antes de los 40 años las defunciones son muy escasas, pero a partir de los 40 años se elevan en forma exponencial.

La hipertensión arterial es la causa del 2,2% del total de egresos anuales en la CCSS. Se encuentran egresos desde los 15 años de edad y cada vez se diagnostican casos a más temprana edad.

De acuerdo al estudio de factores de riesgo cardiovascular realizado por la CCSS, en el año 2010, la prevalencia de hipertensión es del 37,8%, de los cuales el 31,5% diagnosticada y 6,3% la no diagnosticada, lo anterior significa que en nuestro país 4 de cada 10 personas mayores de 20 años es hipertenso.

Dentro de los 10 cantones con las tasas trienales de mortalidad más altas por enfermedad hipertensiva, seis son de la provincia de Guanacaste.

### **2.3. Diabetes Mellitus.**

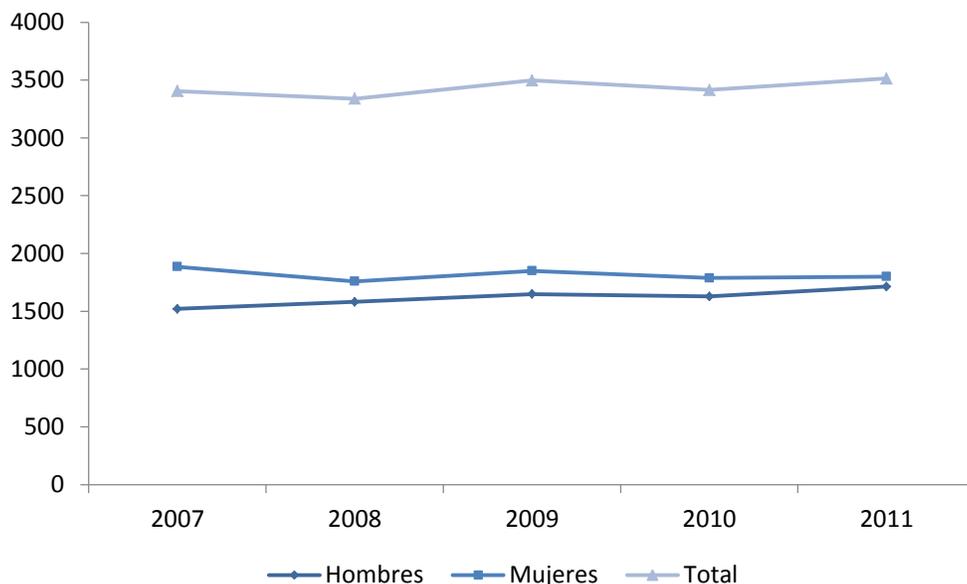
Según la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular realizada en nuestro país en el año 2010 a personas de 20 años y más, la prevalencia de diabetes fue de un 1,3% y en población diagnosticada 9,5% lo que nos da una prevalencia nacional de 10,8% cifra similar a las encontradas en países como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica (Caja Costarricense de Seguro Social, 2010), siendo más elevada en el sexo femenino (11,6%) que en el masculino (9,8%).

La diabetes mellitus es la cuarta causa de muerte prematura entre las ECNT, y del total de muertes por esta enfermedad, alrededor del 40% ocurren antes de los 70 años. Constituye la principal causa de consulta dentro del grupo de las enfermedades endócrinas y metabólicas, y es la causa de alrededor de 3.500 egresos hospitalarios por año, en los últimos 5 años.

En el año 2012 la tasa de mortalidad a causa de la diabetes fue de 11 defunciones por cada 100.000 habitantes. Sin embargo se sabe que el impacto que tiene este padecimiento es aún mayor, ya que la diabetes es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria, aumenta significativamente el riesgo de accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica y cáncer, e incrementa el riesgo de muerte asociada a estos y a otros padecimientos. Por otra parte, la hipertensión es más prevalente en la población diabética que en la no diabética.

**Gráfico N° 4.19.**

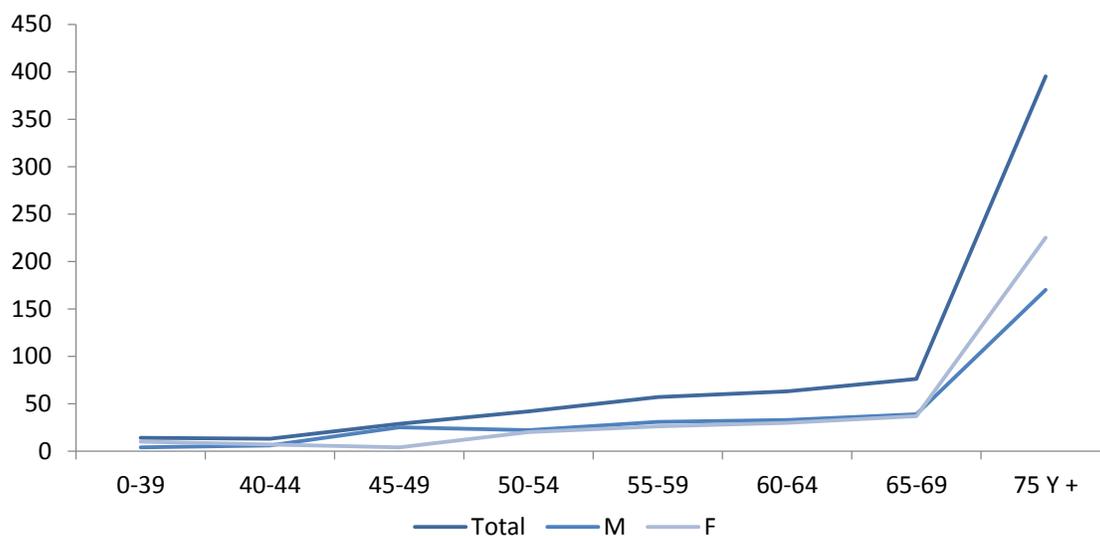
**Egresos hospitalarios por diabetes mellitus en personas de 20 años o más por sexo, según año de ocurrencia. Costa Rica.2007-2011**



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. CCSS

La mortalidad en edades más tempranas es más elevada en el sexo masculino, entre los 50 y 69 años y se equiparan a partir de los 70 años. La mortalidad es mayor en el sexo femenino.

**Gráfico N° 4.20.**  
**Defunciones por diabetes mellitus por sexo según grupos de edad.**  
**Costa Rica 2011**

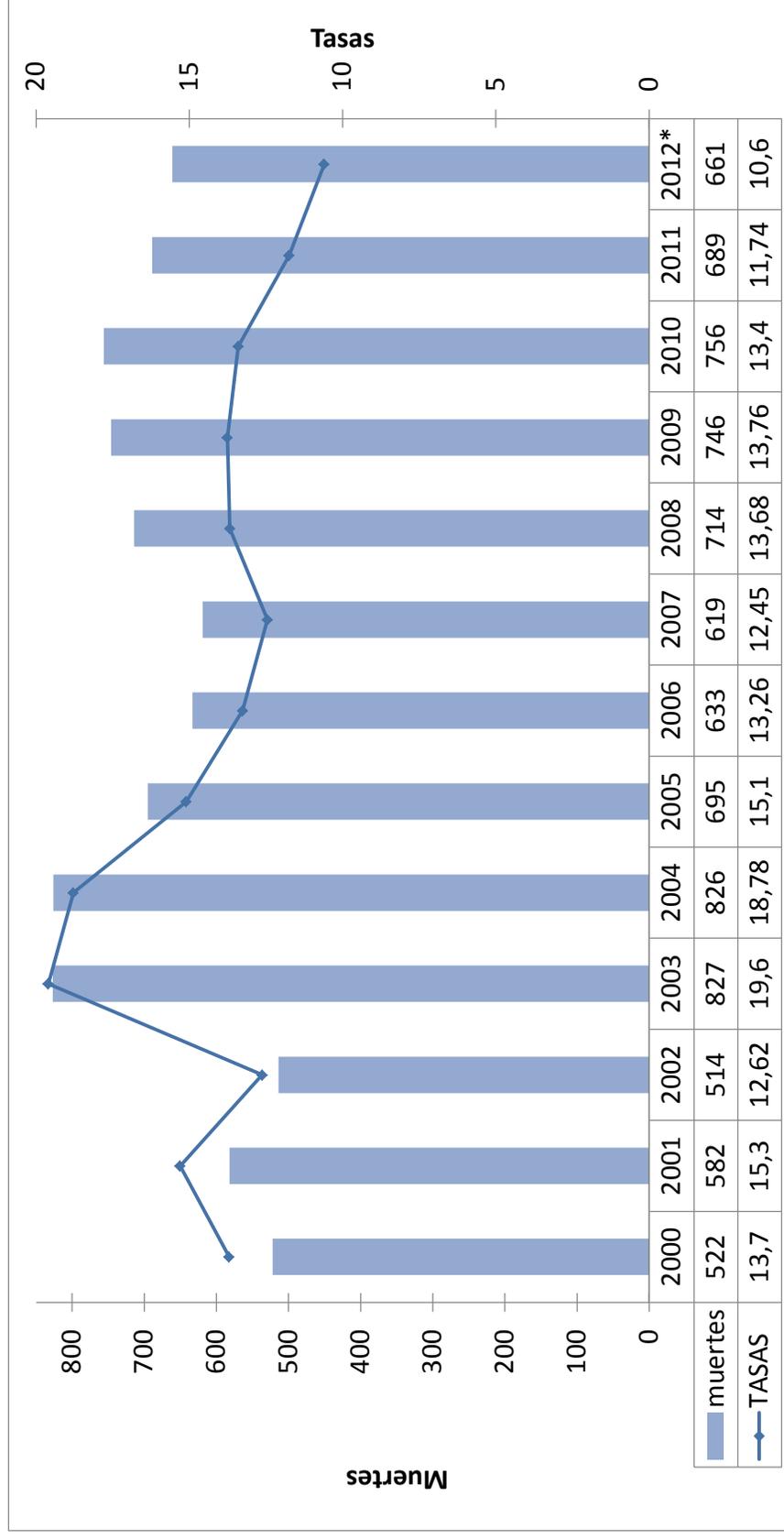


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base en datos de la CCSS y el INEC

La tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus a partir del 2003 es descendente, con un leve incremento en el año 2008, para estabilizarse por tres años y luego volver a tomar una tendencia al descenso. La tasa ajustada en el año 2012, muestra una tendencia descendente, provocando 661 muertes.

Según datos de la CCSS, cada incapacidad por diabetes representa en promedio 7 días fuera de la fuerza laboral para los hombres y 7,5 días para las mujeres. Esto sin duda tiene un impacto económico no solo para la población que se encuentra en la fuerza laboral, sino también para el sector productivo. Es conocido que existe una relación recíproca entre el bienestar socioeconómico y el estado de salud de la población. La diabetes representa un reto en el sistema de salud costarricense.

**Gráfico N° 4.21.**  
**Mortalidad por diabetes mellitus según año.**  
**Costa Rica 2000-2012\***



\* cifras preliminares

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

## **2.4. Enfermedades Respiratorias Crónicas.**

Anualmente ocurren alrededor de 800 muertes por enfermedades respiratorias crónicas, esta patología incrementa el número de muertes a partir de los 50 años. Si bien podríamos afirmar que el número de muertes anuales no es elevado, es una patología que resta calidad de vida y provoca discapacidad.

La tendencia de esta enfermedad se ha mantenido constante en los últimos años y se espera sea modificada favorablemente con las políticas de control de fumado en el mediano y largo plazo.

## **3. Enfermedades Transmisibles.**

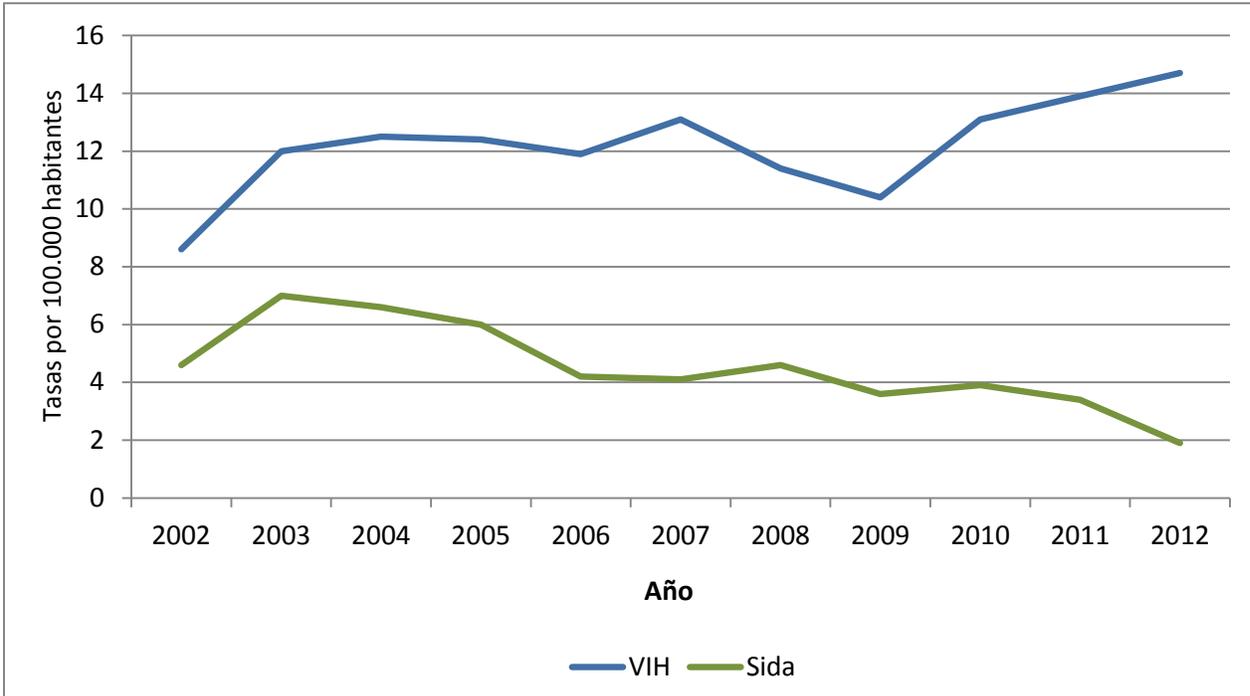
### **3.1. Infección por VIH y SIDA.**

El primer caso de sida en Costa Rica se detectó en 1983 en un paciente hemofílico. En 1986 se detectaron los primeros casos en homosexuales y bisexuales. El primer caso de transmisión perinatal se detectó en 1990 con una tendencia creciente hasta 1995 cuando se inicia el tratamiento con AZT a las mujeres embarazadas con VIH. A partir de 1998 se introduce la terapia antirretroviral a toda la población afectada.

Analizando los casos de VIH y sida para el período 2002-2012, se observa un incremento en las tasas de VIH, mientras que el sida muestra una tendencia a la disminución.

En el período 2002-2012, se registraron 5.911 casos nuevos de infecciones por VIH (incidencia para el período 132,0 casos nuevos por cada 100.000 habitantes). A partir del año 2002 la tendencia de VIH es ascendente, excepto en los años 2008 y 2009.

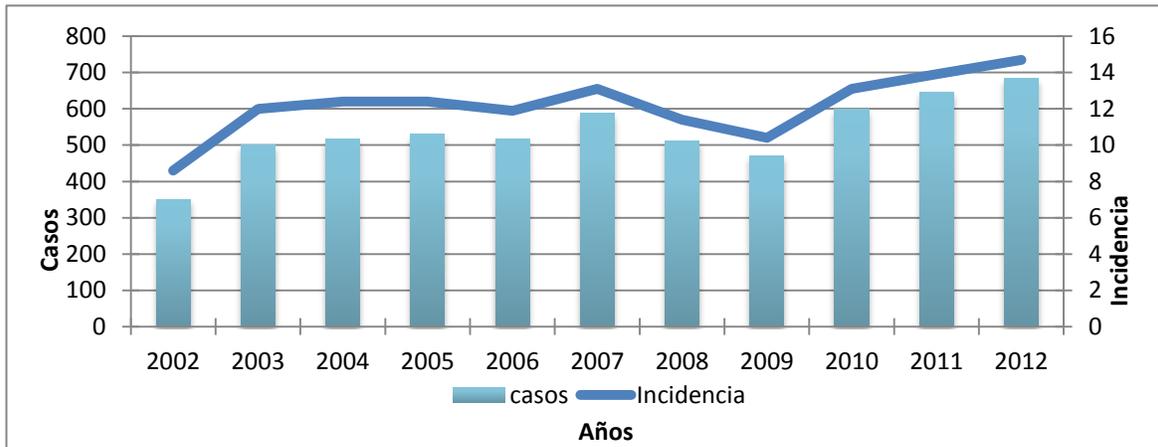
**Gráfico N° 4.22.**  
**Incidencia de VIH y sida por año. Costa Rica 2002-2012.**



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

**3.1.2. Infección por VIH.**

**Gráfico N° 4.23.**  
**Tendencia de las infecciones por VIH según año de ocurrencia.**  
**Costa Rica 2002 – 2012**  
**(Tasa por 100.000 habitantes)**



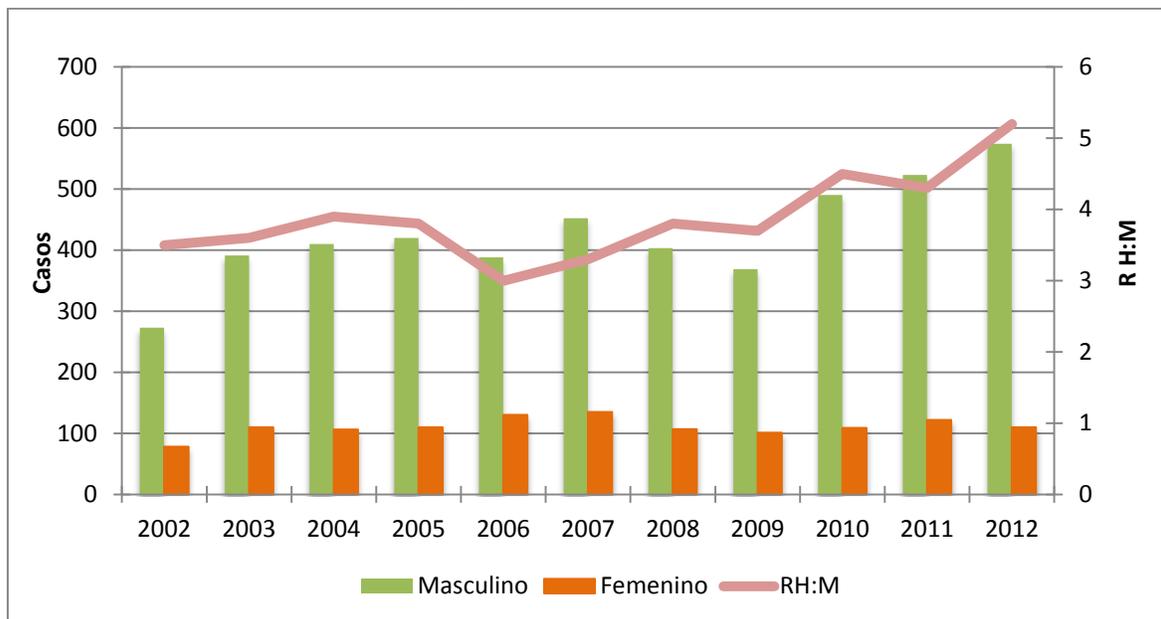
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

Los casos nuevos de infección por VIH se presentan básicamente en el sexo masculino (79,4%) siendo la razón hombre/mujer para ese periodo de 3,8:1. El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 44 años, aportando el 72,9% de los casos del período.

La provincia de San José, registró la incidencia más alta para el período (182,5/100.000 habitantes), aportando el 49.4% de los casos de país. Los cantones que presentaron las incidencias por 100.000 habitantes más altas fueron: San José (328,6), Tibás (283,1), Montes de Oca (258,5), Goicoechea (201,5), Puntarenas (186,1), Curridabat (184,6) y Alajuela (111,8), aportando el 37.5% de los casos del país.

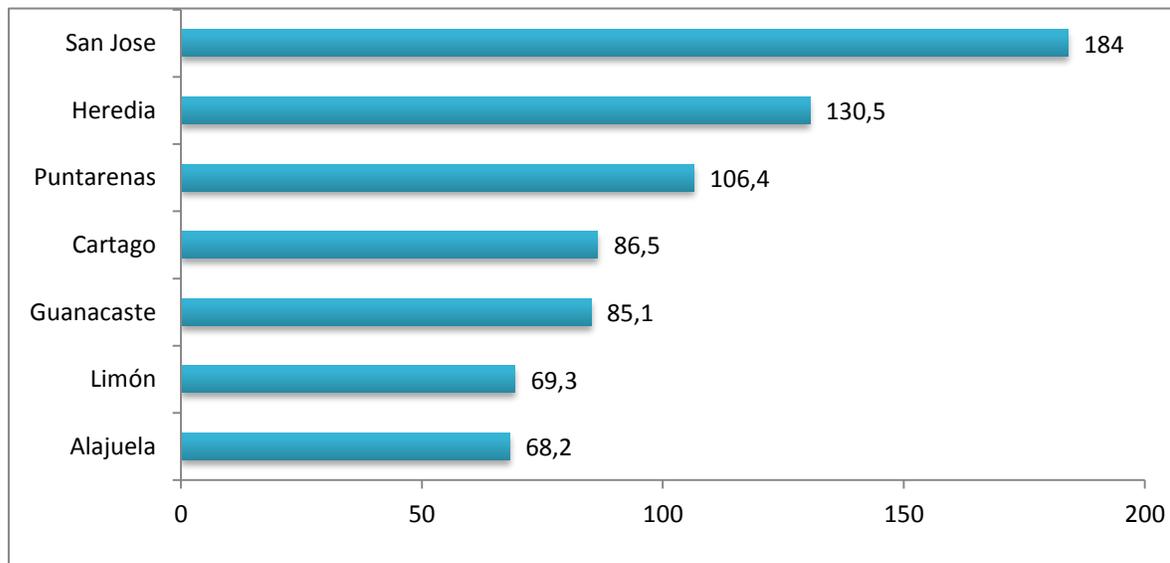
**Gráfico N° 4.24.**

**Incidencia de VIH según sexo y razón de sexos. Costa Rica 2002-2012**  
(Tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

**Gráfico N° 4.25.**  
**Incidencia de VIH por provincia. Costa Rica 2002-2012**  
**(Tasa por 100.000 habitantes)**



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

### 3.1.3. Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA).

En el período 2002-2012, se registraron 2.182 casos de sida (incidencia 48,7 por 100.000 habitantes). La tendencia es ascendente hasta el 2003 a partir del año 2004 se observa un descenso en el número de casos.

La incidencia de casos de sida depende básicamente del sexo masculino (83,4%) y la razón hombre mujer para ese periodo fue de 5:1 (5 hombres por cada mujer). El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 54 años, aportando el 88,4% de casos para el período.

La provincia de San José registró la incidencia más alta por 100.000 habitantes (70,6), aportando el 49,3% de los casos de sida del país. Los cantones que presentaron las incidencias por 100.000 habitantes más altas fueron: San José (125,8), Tibás (133,2), Puntarenas (71,9), Goicoechea (67,7), Heredia (59,4) La Unión (54,5) Desamparados (50,2) y Alajuela (48,8). Estos cantones aportan en conjunto el 49,8% de los casos del país.

En el año 2013 (cifras preliminares), se han registrado 435 casos de VIH y sida (9.26/100.000 habitantes). El 82.7% de los casos fue del sexo masculino (15.12/100000 habitantes) y la razón hombre-mujer fue de 5:1. El grupo de edad en donde se registró la mayor cantidad de casos fue el de 25 a 49 años, aportando el 72.9% de los casos del país.

La provincia de San José registró la mayor incidencia 12,29/100.000 habitantes, y aportó el 43.2% del total de casos. Los cantones de San José (24,46), Tibás (19,86), Heredia (12,62), Goicoechea (13,60), Desamparados (9,68) y Alajuela (8,27) registraron las tasas más altas por 100.000 habitantes, aportando el 39.1% de los casos del país.

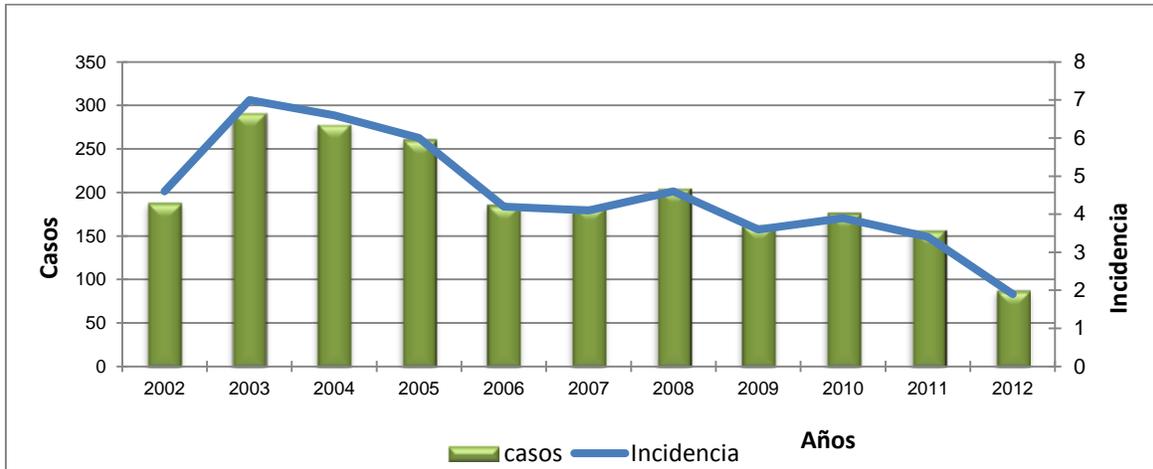
Desde el año 1985 la tendencia de la mortalidad por sida presentó un incremento sostenido. En el año 1997, debido a la introducción de la terapia antirretroviral y al aumento gradual de su cobertura, se observa un decremento de casos y la tendencia a la estabilización de la mortalidad.

Para el período 2002-2012, las tasas de mortalidad masculina, se mantienen por encima de las tasas nacionales durante todo el período de análisis. La mortalidad por sida depende básicamente del sexo masculino (81,8%) y la razón hombre mujer para ese periodo fue de 4,5:1.

El 81,8% de las defunciones fueron del sexo masculino (51,7 por 100.000 habitantes). El grupo de edad donde se registró el mayor número de defunciones fue el de 35 a 54 años, representando el 56,2% del total de muertes por esta causa.

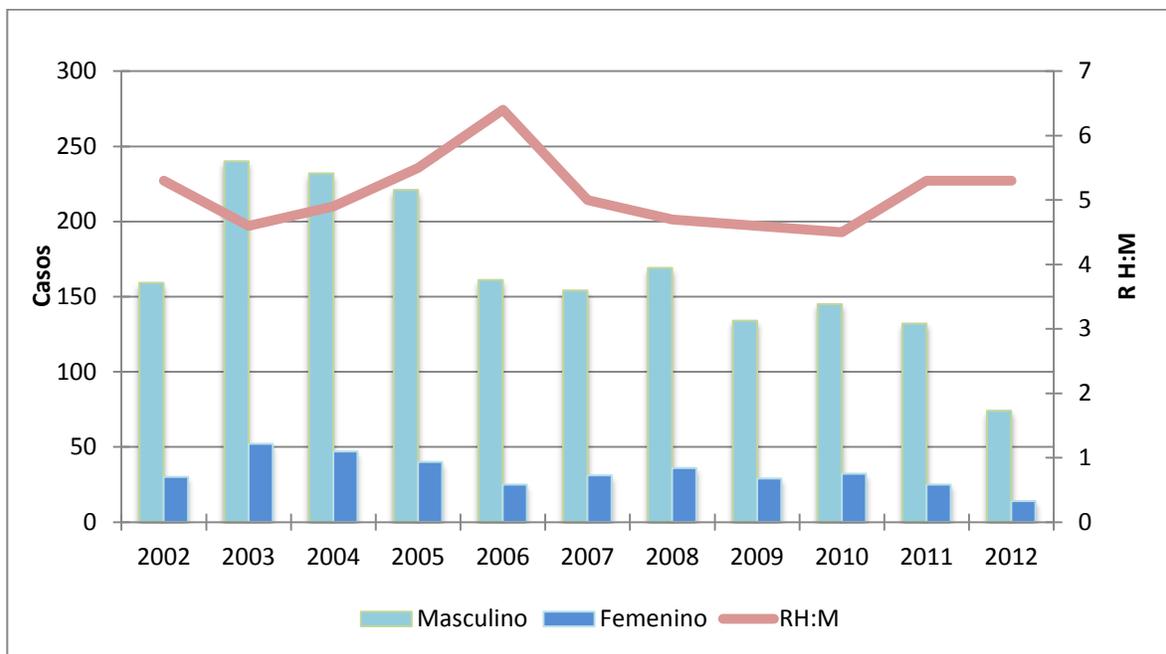
La provincia de San José registró la mortalidad más alta por 100.000 habitantes (44,7), aportando el 49,0% de las defunciones por esa causa. Los cantones que presentaron la mortalidad por 100.000 habitantes más alta fueron: San José (81,6), Puntarenas (64,5), Alajuelita (50,0), Limón (44,0), Cartago (39,8) Goicoechea (38,0), Alajuela (32,0) y Pococí (31,1) aportando en conjunto el 48,5% de los casos del país.

**Gráfico N° 4.26.**  
**Casos y tasas de sida según año de ocurrencia**  
**Costa Rica 2002 – 2012.**  
**(Tasas por 100.000 habitantes)**



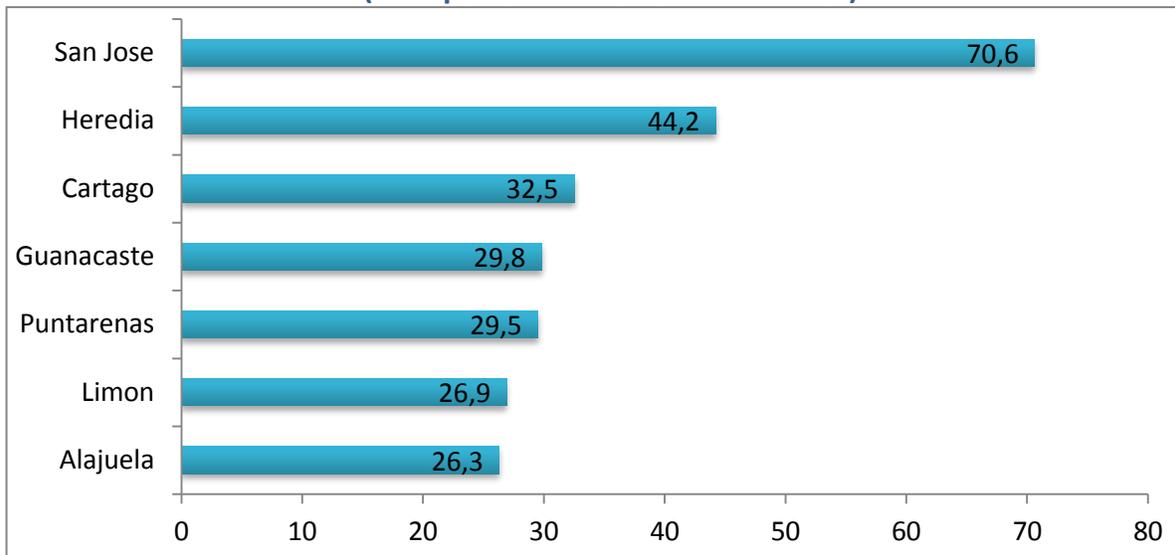
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

**Gráfico N° 4.27.**  
**Incidencia de sida según sexo y razón de sexos. Costa Rica 2002-2012**



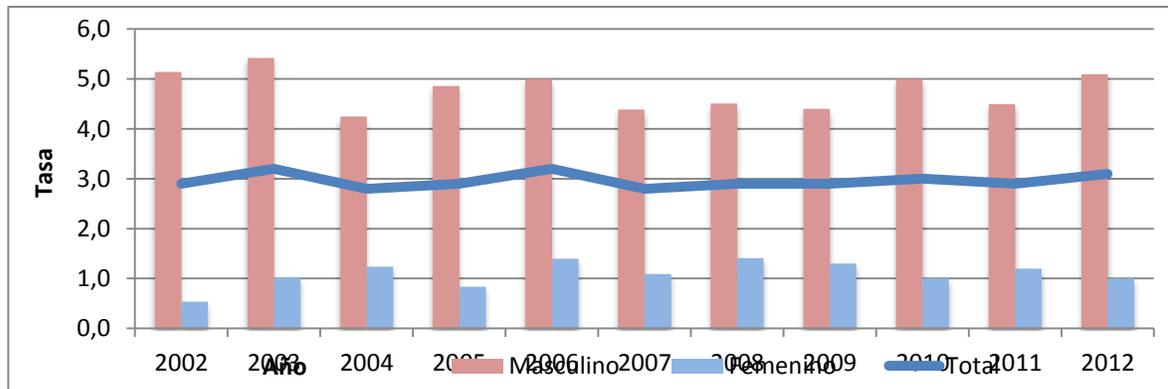
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

**Gráfico N° 4.28.**  
**Incidencia de sida por provincia. Costa Rica 2002-2012**  
**(Tasa por cada 100.000 habitantes)**



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

**Gráfico N° 4.29.**  
**Mortalidad por sida según año y sexo. Costa Rica 2002-2012**  
**Tasa por 100.000 habitantes.**



Fuente: INEC-Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

### 3.2. Sífilis.

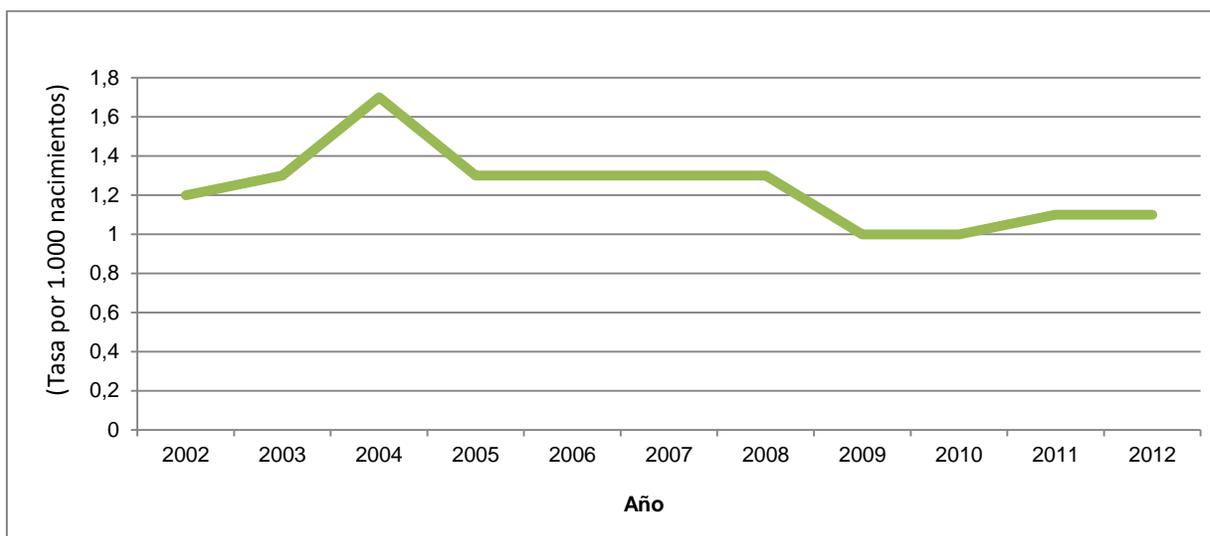
En el período de 2002 al 2013 se registraron en Costa Rica 1.091 casos de sífilis congénita, a partir del año 2005 se observa una disminución leve en la incidencia de casos, manteniendo períodos sin cambios significativos en la misma.

No hay diferencia en la distribución por sexo, la relación hombre mujer es de 1 a 1, el 97,0 % de los casos se presentaron en niños (as) menores de un año. La provincia de Limón registró la incidencia más alta y aportó el 34.6% de los casos del país, para el período.

Las zonas de mayor riesgo se localizan en los cantones costeros de Limón y Puntarenas y en el área metropolitana de San José, las cuales son zonas de alta movilización de personas, generando situaciones de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual por la alta interacción entre personas de diferentes contextos sociales y ambientales.

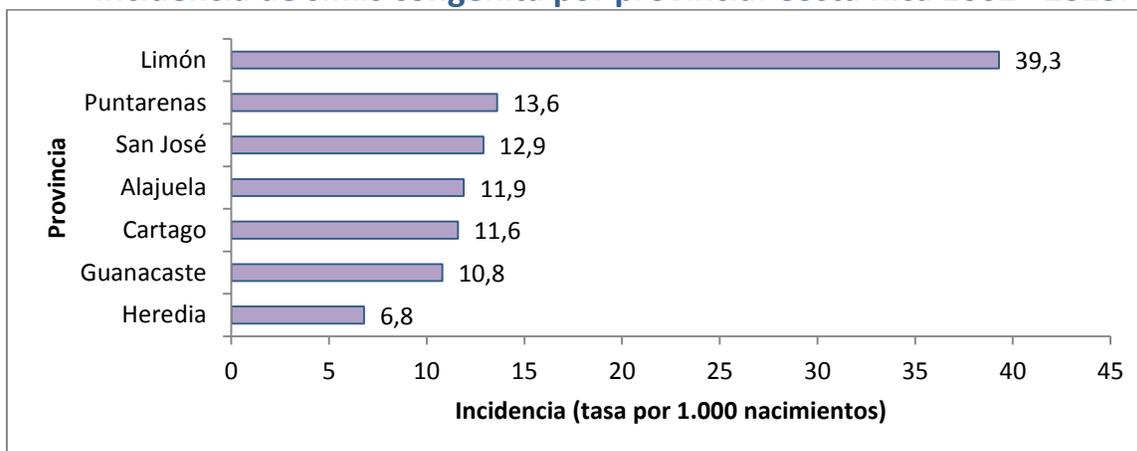
Esta distribución espacial en el periodo analizado evidencia posiblemente la importancia de los determinantes socioeconómicos y socioculturales relacionados a la movilidad poblacional.

**Gráfico N° 4.30.**  
**Incidencia de sífilis congénita por año de ocurrencia.**  
**Costa Rica 2002 – 2012**



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

**Gráfico N° 4.31.**  
**Incidencia de sífilis congénita por provincia. Costa Rica 2002– 2013.**



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

### 3.3. Dengue.

En el año 2013, se registró una la mayor incidencia dengue desde que se presentaron los primeros casos en el país en octubre de 1993 con un total de 49.993 casos, lo que representa un incremento de 124,8 % respecto al año 2012. Esta situación se presentó en la mayoría de las regiones del país concentrándose el 90.0% de la incidencia nacional en las regiones Chorotega, Pacífico Central, Central Norte, Huetar Caribe y Brunca.

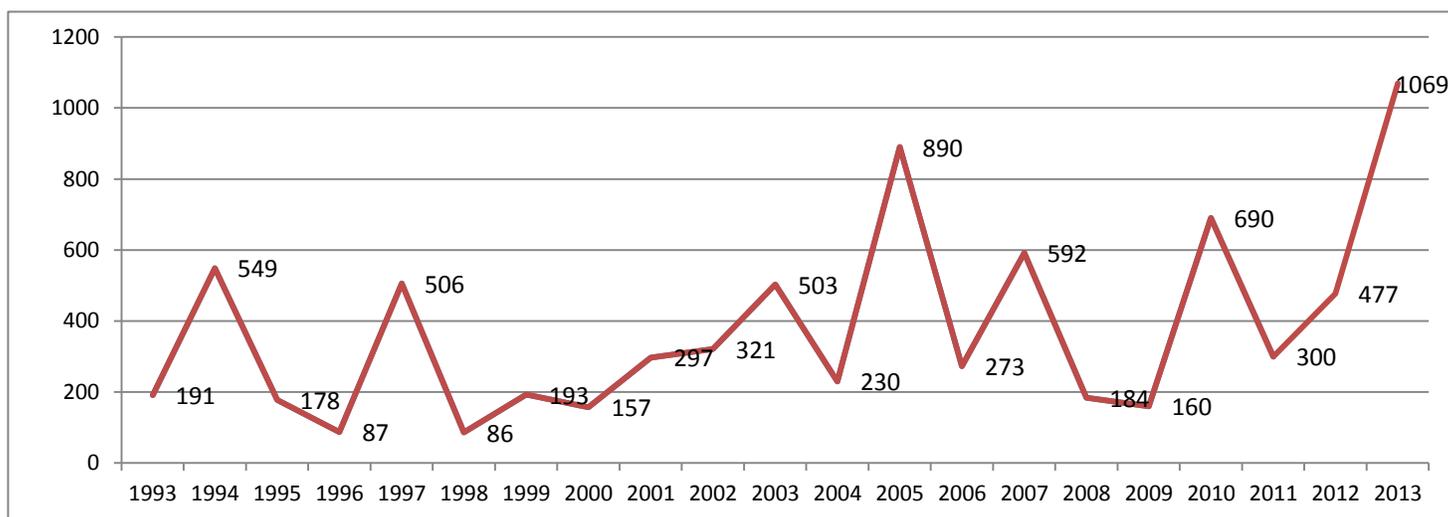
Se destaca un comportamiento epidemiológico nacional atípico, con transmisión activa desde los primeros meses del año afectando áreas con alta densidad poblacional incluyendo la Gran Área Metropolitana, altos índices de infestación además de la cocirculación de dos y tres serotipos de dengue en algunas localidades.

Se registraron 220 casos de dengue grave; distribuidos de la siguiente manera: Región Chorotega 116 casos, Región Huetar Caribe 47 casos, Región Pacífico Central 42 casos, Región Central Norte 7 casos, Región Brunca 5 casos y Región Central Sur 3 casos. No obstante lo anterior **este año se ha confirmado solamente una defunción por dengue.**

Producto de las actividades de control integral en el marco del “Plan de Contingencia del Dengue”, la “Campaña Mi Comunidad sin Dengue” y la Estrategia de Atención Integrada (EGI), se observó una desaceleración en el número de casos reportados en todas las regiones a partir de la semana 35, saliendo el país de la situación de epidemia en la semana en diciembre.

Gráfico N° 4.32.

Incidencia de dengue, Costa Rica 1993-2013. (Tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud

Cuadro 4.9.

Casos de dengue por región Costa Rica, 2012-2013

Región	2012	2013	Variación Relativa (%)
Pacífico Central	4995	9102	82,2
Chorotega	3177	14887	368,6
Central Norte	4659	8151	75,0
Huetar Caribe	7981	6758	-15,3
Central Sur	909	3863	325,0
Brunca	188	5910	3043,6
Central Este	68	743	992,6
Occidente	20	226	1030,0
Huetar Norte	246	353	43,5
<b>TOTAL</b>	<b>22243</b>	<b>49993</b>	<b>124,8</b>

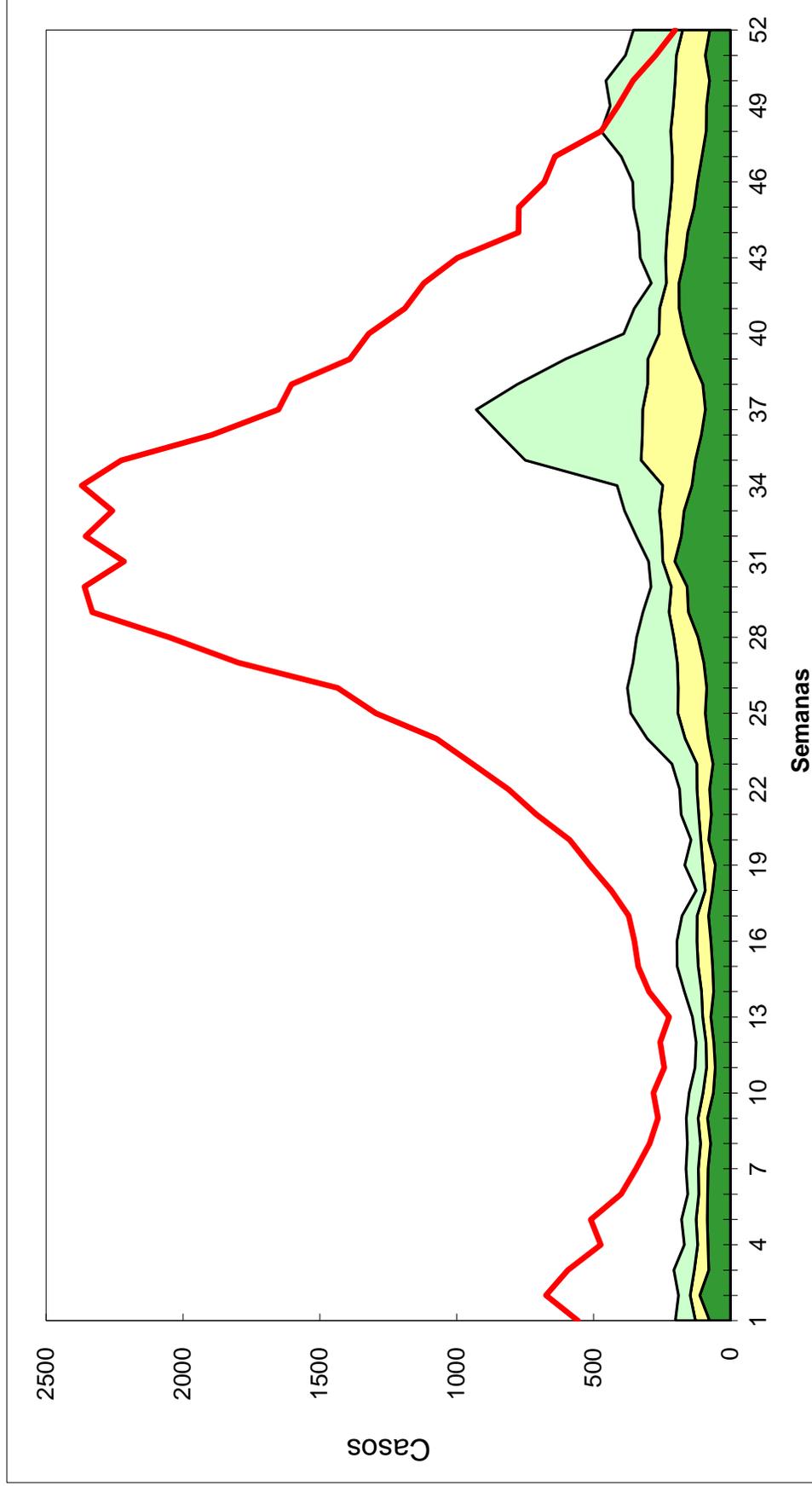
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

**Cuadro 4.10.**  
**Casos, serotipos y defunciones por dengue,**  
**Costa Rica 1993 – 2013.**

<b>Años</b>	<b>Casos</b>	<b>Casos dengue grave</b>	<b>Serotipos</b>	<b>Defunciones</b>
1993	4.612	0	1, 4	0
1994	13.929	0	1, 3	0
1995	5.137	1	1, 3	1
1996	2.309	2	1, 3	1
1997	14.421	8	1, 3	2
1998	2.628	0	1, 3	0
1999	6.041	117	2	2
2000	4.908	5	1, 3, 4	0
2001	9.464	37	2	0
2002	12.251	27	1, 2	0
2003	19.703	69	1, 2	0
2004	9.408	11	1, 2	0
2005	37.798	52	1	2
2006	12.052	76	1, 2	0
2007	26.504	318	1, 2	8
2008	8.212	65	1, 2	2
2009	7.214	8	1, 2, 3	0
2010	31.484	21	1, 2, 3	4
2011	13.838	74	1, 2, 3	0
2012	22.243	54	1, 2, 3	0
2013	49.993	220	1, 2, 3	1
<b>Total</b>	<b>314.149</b>	<b>1.165</b>	<b>1, 2, 3</b>	<b>23</b>

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud e INCIENSA

**Gráfico N° 4.33.**  
**Corredor endémico de dengue. Costa Rica.**  
**Años 2002, 2004, 2006, 2008, 2009, 2013**



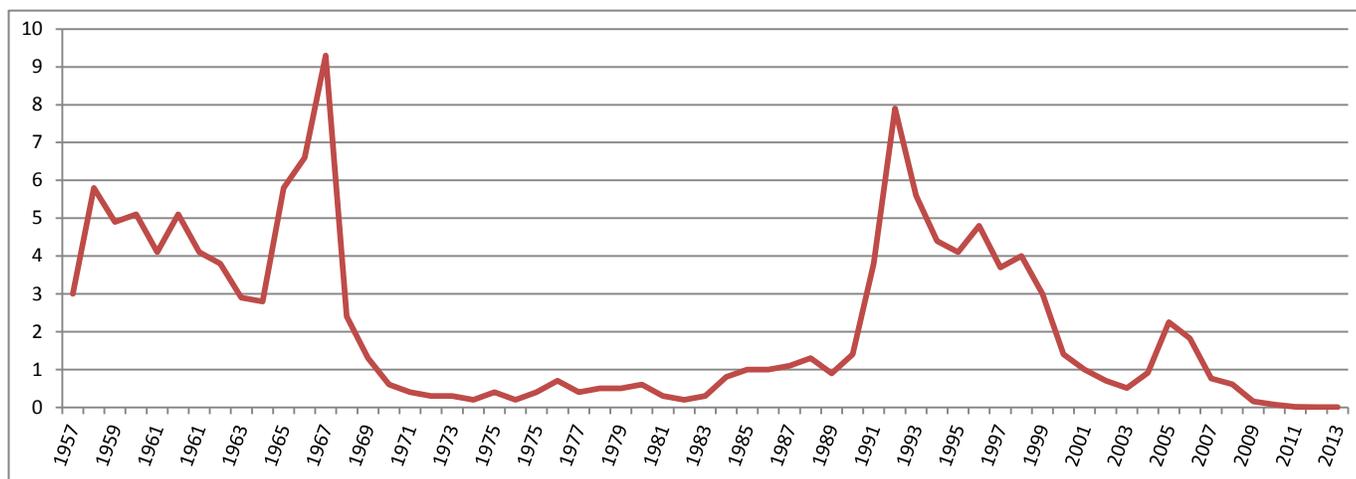
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

### 3.4. Malaria.

El 2013 fue el año que presentó la menor incidencia de la historia con 0.003 de Índice Parasitario Anual, (IPA) se registraron únicamente 6 casos, de los cuales solamente dos fueron autóctonos eliminándose la trasmisión de malaria en la provincia de Limón considerada desde la década de los noventa la única zona endémica del país.

Con esta situación epidemiológica Costa Rica se ubica en la lista de la OPS/OMS de países en fase de eliminación de esta enfermedad, alcanzando también la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducir la cantidad de casos en un 75 por ciento para 2015, en comparación con los reportados durante el 2000.

**Gráfico N° 4.34.**  
**Tasa de incidencia de malaria por 1000 habitantes**  
**Costa Rica 1957-2013.**



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud

### 3.5. Enfermedad de Chagas.

En el año 2013 el Centro Nacional de Referencia en Parasitología (CNRP-INCIENSA) diagnosticó 2 casos de agudos de ésta enfermedad, uno en La Carpio, San José y otro en Quebrada Grande, Tilarán. También se logró el tamizaje de ésta enfermedad en el 100% de los bancos de sangre.

Costa Rica se mantiene libre del vector *Rhodnius prolixus*, ausencia que fue certificada por la OPS/OMS en agosto 2011.

### 3.6. Filariasis.

El STAG –NTD (Grupo Consultor Estratégico y Técnico de las Enfermedades Desatendidas de la OMS/Ginebra) **mantiene la clasificación** como país **no endémico de filariasis linfática a Costa Rica**, dado que tiene documentado la interrupción de la transmisión y está a la espera de la validación de la eliminación de la FL por parte de la OPS/OMS.

### 3.7. Enfermedades transmisibles de registro colectivo.

De 18 eventos que se notifican en el registro colectivo, las infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS), la enfermedad diarreica aguda (EDA), y la enfermedad tipo Influenza (ETI) ocupan el 98,10 % de la notificación.

En el cuadro N° 4.10, se puede observar el número de casos y la incidencia de 6 eventos con promedios superiores al 1% del total de la notificación, del 2010 al 2013. Se observa que la tasa de incidencia de la enfermedad diarreica aguda, se ha incrementado levemente del 2010 al 2013, pasando de 5.425,59 a 7.080,80 casos por cien mil habitantes y un porcentaje de incremento de variación en la tasa de incidencia de un 23%.

Llama la atención la leishmaniasis, donde el porcentaje de variación de la tasa de incidencia se incrementó en un 36%. Situación diferente presentaron los otros eventos, donde se observan una leve disminución en las IRA, los accidentes ofídicos y las conjuntivitis hemorrágicas.

Dos de estos eventos, las infecciones respiratorias y enfermedad diarreica aguda mantienen estable su mortalidad en los tres años que se presentan.

**Cuadro 4.10.**

**Número de casos y tasa de incidencia los 6 primeros eventos  
de notificación obligatoria según año. Costa Rica, de 2010 al 2013\***

Eventos	2010		2011		2012		2013*	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Accidentes ofídicos	957	20,97	576	12,48	746	15,98	968	20,51
Conjuntivitis hemorrágica	4.292	94,05	3.601	78,02	3.741	80,16	3.510	74,39
Enfermedad diarreica aguda	247.599	5.425,59	29.1439	6.314,15	299.593	6.419,11	334.117	7.080,80
Enfermedad tipo Influenza	80.389	1.761,55	65.263	1.413,95	74.691	1600,34	73.292	1.553,25
Infección respiratoria aguda superior	1.415.532	31.018,3	124.4221	26.956,6	1.482.433	31.762,78	1.383.882	29.328,03
Leishmaniosis	1148	25,16	1376	29,81	1.432	30,78	1.850	39,21

(\*) Datos preliminares

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

Cuadro 4.11.

**CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES SEGÚN AÑOS, COSTA RICA 2009 -2013\***  
(Tasa por 100.000 habitantes)

CAUSAS	2009		2010		2011		2012		2013*	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
Difteria	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	0.04	0	0.00
Hepatitis todas las formas	850	18.85	486	10.65	582	12.61	1330	28.59	1219	25.94
Hepatitis Viral A	144	3.19	66	1.45	113	2.45	368	7.91	561	11.94
Hepatitis Viral B	66	1.46	17	0.37	140	3.03	211	4.54	157	3.34
Influenza	30695	680.69	80389	1761.55	65263	1413.95	74691	1605.42	73292	1559.40
Meningitis todas las formas	195	4.32	192	4.21	483	10.46	348	7.44	282	6.00
Meningitis meningocócica	2	0.04	0	0.00	3	0.06	3	0.06	5	0.11
Meningitis neumocócica	1	0.02	0	0.00	1	0.02	7	0.15	5	0.11
Parálisis flácida aguda	18	0.40	23	0.50	38	0.82	23	0.49	18	0.38
Parotiditis infecciosa	25	0.55	21	0.46	23	0.50	30	0.64	46	0.98
Rubeola	25	0.55	53	1.16	21	0.45	25	0.54	22	0.47
Sarampión	20	0.44	11	0.24	16	0.35	7	0.15	7	0.15
Tétanos	1	0.02	0	0.00	2	0.04	1	0.02	1	0.02
Tosferina	575	12.75	961	21.06	369	7.99	715	15.29	436	9.28
Varicela	6635	147.14	3439	75.36	6391	138.46	5887	126.54	4276	90.98

\* Cifras preliminares

**Fuente:** Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud. INEC. Establecimientos de Salud Públicos y Privados.

### **3.9. Enfermedades inmunoprevenibles.**

#### **3.9.1. Hepatitis.**

Se observa un incremento en las tasas de la hepatitis A del 2010 al 2013 (de 1,45 a 11,94), al igual que la B (0,37 a 4,54) del 2010 al 2012, con una disminución en el 2013 (3,34). Es importante destacar que en el último año, sólo alrededor del 58,9% de las hepatitis se tipificaron (tipo A o B).

La tasa de mortalidad por todas formas de las hepatitis se ha mantenido estable en los dos últimos años analizados: 0,22 en 2011 y 0,21 en 2012. Dentro de las hepatitis especificadas, la B es la que ha causado más muertes. Las edades de las personas que fallecieron por hepatitis B en el periodo analizado, estaba en los grupos mayores de 30 años, con excepción del 2010 que hubo 2 defunciones en el grupo de 20 a 29 años.

#### **3.9.2. Meningitis.**

Se observó una disminución de casos notificados pasando de una tasa de 10,46 en el 2011 a 6,0 en el 2013. Tanto la meningitis neumocócica como la meningocócica se mantuvieron constantes en el período, teniendo tasas iguales (0,11) en el último año.

De las meningitis se lograron tipificar solamente alrededor del 2%, lo que podría atribuirse, entre otras cosas, a que algunos pacientes han sido parcialmente tratados con antibióticos antes de su diagnóstico o, porque las bacterias y virus causantes de estas enfermedades son de difícil aislamiento.

#### **3.9.3. Sarampión y rubeola.**

No hay casos confirmados de ninguna de las dos enfermedades desde el año 2006. Ambas entidades están en proceso de declaratoria de eliminación.

#### **3.9.4. Tosferina.**

Este evento ha tenido fluctuaciones en el período 2009-2013 con aumentos y disminuciones en el número de casos, con una periodicidad de más o menos dos años tanto en una como en otra condición: 2011 y 2012 aumentos y, 2009 y 2011, disminuciones; si observamos los casos notificados en los dos últimos años, disminuyeron de 715 (15,29) en el 2012 a 436 (9,28) en el 2013. Igual tendencia se ve en los positivos por laboratorio en estos dos años.

Del 2011 al 2013, la mayoría de los casos se presentaron en los menores de un año; 78% (2011), 68% (2012) y 69% (2013) respectivamente. De estos, correspondieron a niños de 0 a 5 meses un 66% de los casos en el 2011, 52% en el 2012 y 59% en el 2013.

Al analizar los casos por provincia, se nota una disminución en todas ellas comparando el 2012 con el 2013, salvo Limón que tuvo un leve aumento.

#### **3.9.5. Varicela.**

No todos los casos de enfermedades prevenibles por vacunación tienen confirmación por laboratorio, tal es el caso de la varicela; en este caso se utilizan los casos notificados para el análisis. Se puede observar que los confirmados por clínica, a nivel nacional, muestran una tendencia al descenso con una tasa de 138,46 en el 2011, 126,54 para el 2012 y 90,72 en el 2013.

El análisis por grupos de edad muestra como las tasas son mayores en los grupos de edad de 1 a 14 años, disminuyendo según aumenta la edad.

#### **3.9.6. Polio.**

El virus del polio aunque puede afectar a individuos de cualquier edad, es fundamentalmente una enfermedad de la infancia, de ahí que la vigilancia se concentra en menores de 15 años.

Se han notificado los siguientes casos de parálisis flácidas agudas: 23 en el 2010, 38 en el 2011, 23 en el 2012 y 18 en el 2013. Todos fueron descartados como casos de poliomielitis por un equipo de trabajo interinstitucional.

### **3.9.7. Tuberculosis.**

En nuestro país, el número de casos ha disminuido, pasando de una tasa de 17,2 en el 2004 a 8,1 en el 2009, con un incremento posterior a 11,7 en 2010, y una nueva disminución en el 2012, quedando la tasa en 10. Igual tendencia a la disminución tiene la mortalidad con tasas que van de 1,1 en el 2008 a 0,8 en el 2013.

El análisis por grupos de edad y sexo de los datos del 2012, muestra que en todos los grupos de edad predominan los hombres, salvo entre 10 a 14 y 20 a 24 años. Los casos se incrementan a partir del grupo de 10 a 14 años, con fluctuaciones en el número de casos en los diferentes grupos de edad en las mujeres.

Al analizar los casos por provincia, las mayores tasas las tiene la provincia de Limón (17,7), seguido de San José (11,88), Puntarenas (11,84) y Guanacaste (11,52).

### **3.9.8 Virus respiratorios.**

El país se preparó para la potencial pandemia de influenza aviar desde el 2005. En el 2009 se presentó una pandemia por otro virus el influ AH1N1. Con base en lo anterior se acentuó la vigilancia de los virus respiratorios, tanto epidemiológica, clínica como de laboratorio.

El Centro Nacional de Referencia Viroológica del INCIENSA, dentro de su trabajo, da la información de los virus respiratorios que anualmente han circulado en el país, en los años 2010 a 2012. Se observa como en el 2010 predominaban los

virus influ AH1N1 e influAH3, en el 2011 el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) con un énfasis en el segundo semestre, al igual que en el 2012.

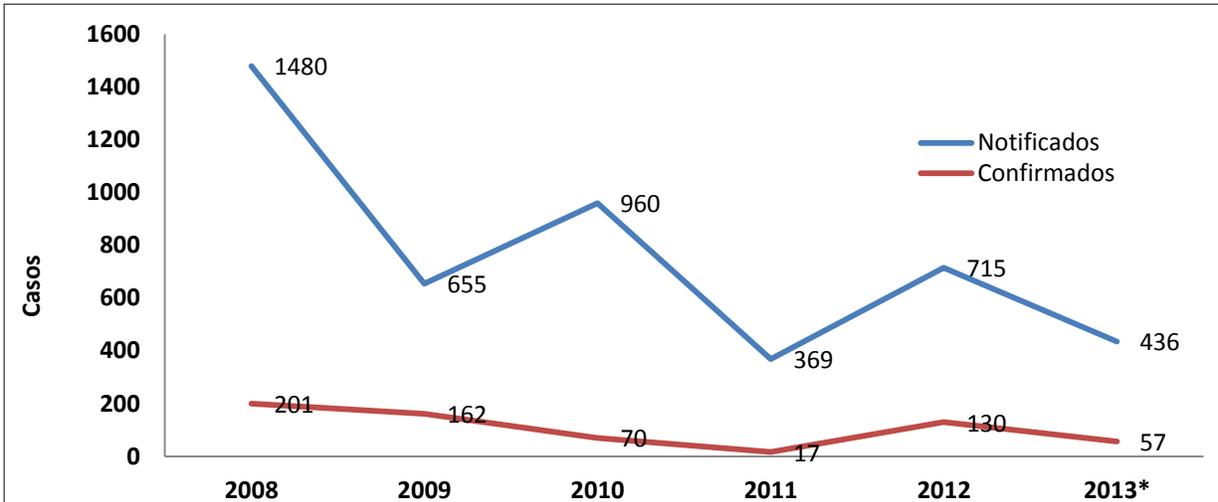
El adenovirus y el VRS han sido la constante en los 4 años del periodo analizado. En el 2013 vemos un mayor número de muestras positivas por influAH1pdm09 e influAH3.

Referente a la mortalidad por virus respiratorios confirmados por laboratorio, la tasa de defunción en el país ha pasado de 0,06 en el 2011 a 1,42 en el 2013. En el 2012 predominaron las defunciones por adenovirus (0,37), influenza A H3N2 e influenza B (0,15 para cada uno); la influenza A H1N1 presentó una tasa de mortalidad de 0,11. En el 2013 fallecieron más personas por Influenza H1N1 (0,70), seguidas por adenovirus (0,25) y virus respiratorio Sincitial (0,21).

La distribución por provincia de las defunciones en el 2013 es el siguiente: Alajuela 17 (25%), San José 14 (21%), Puntarenas 13 (19%), Cartago 11 (16%), Limón 5 (7%), Heredia 3 (4%), Guanacaste 3 (4%) y 1 extranjero (1%).

En el año 2013, en todos los grupos de edad se presentaron defunciones por virus respiratorios, destacando 7 muertes (10,4%) en menores de un año y 35 en personas mayores de 50 años, lo que corresponde al 51% de las defunciones por esta causa. Es importante destacar que no hubo fallecimientos por virus de Influenza A o B en menores de 10 años, los cuales por el contrario se ven afectados por adenovirus y VRS principalmente.

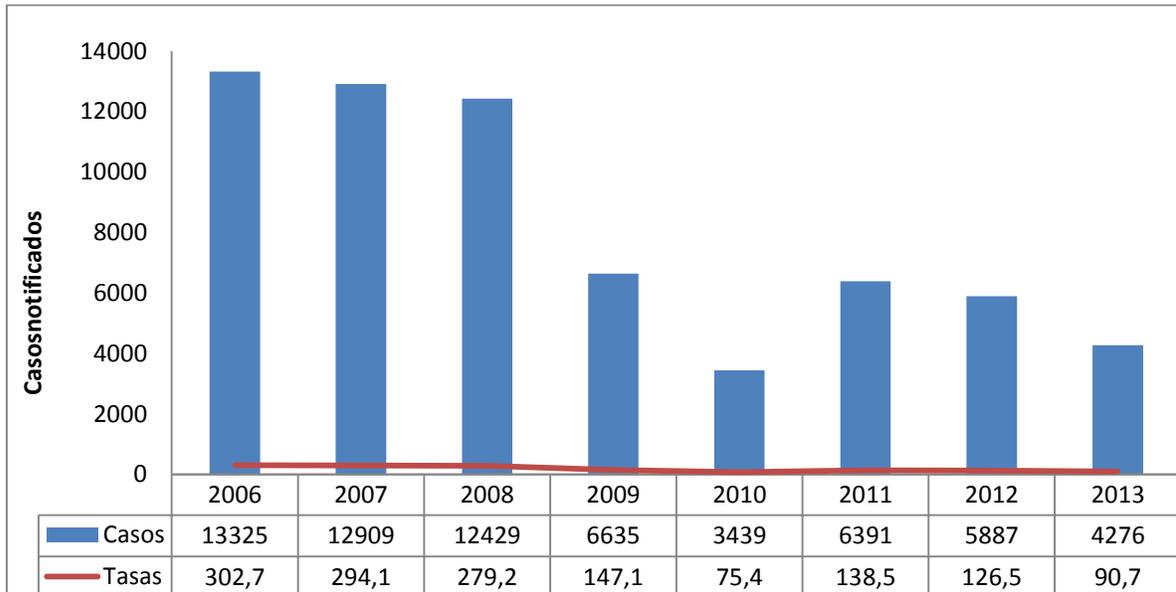
**Gráfico N° 4.35.**  
**Casos de tosferina notificados y confirmados por laboratorio,**  
**Costa Rica 2008 - 2013\***



(\*): Las cifras del 2013 son preliminares.

Fuente: Ministerio de Salud, INCIENSA y establecimientos de salud públicos y privados.

**Gráfico N° 4.36.**  
**Casos notificados de varicela. Costa Rica 2006-2013\***  
**(Tasas por cada 100.000 habitantes)**



(\*): Las cifras del 2013 son preliminares.

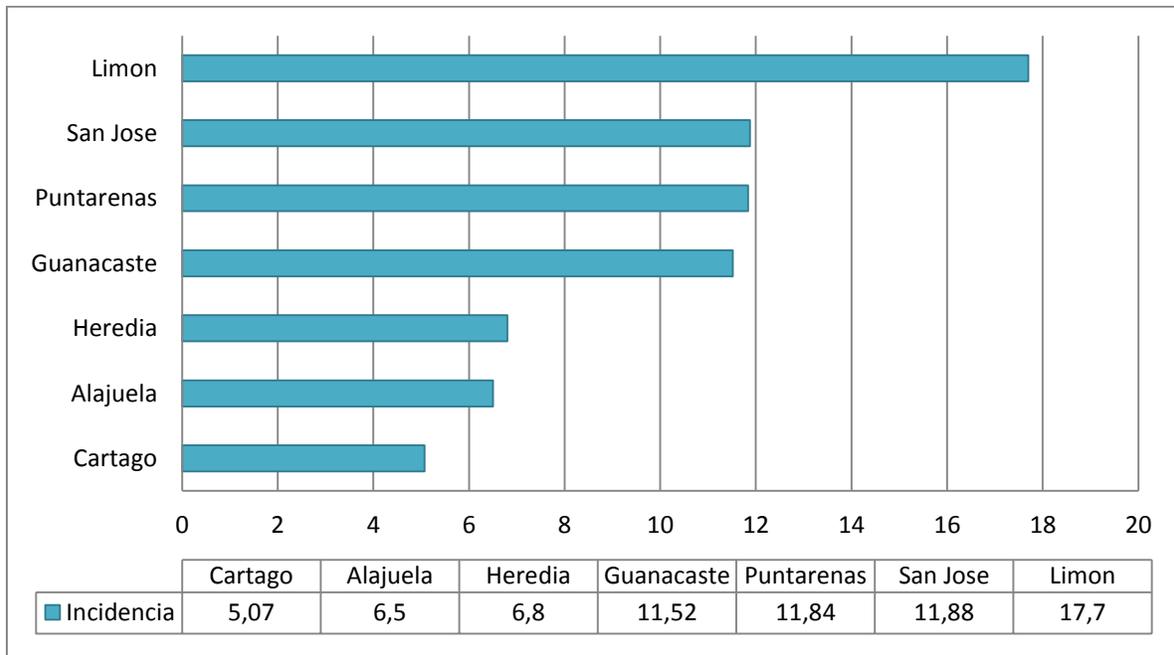
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud y establecimientos de salud públicos y privados

**Cuadro N° 4.12.**  
**Casos Registrados de Tuberculosis, Costa Rica 2004 – 2012.**  
**(Tasa /100.000 habitantes)**

<b>Año</b>	<b>Casos</b>	<b>Tasa</b>
2004	733	17,2
2005	569	13,1
2006	505	11,5
2007	528	11,8
2008	473	10,6
2009	367	8,1
2010	533	11,7
2011	509	11,0
2012	469	10,0

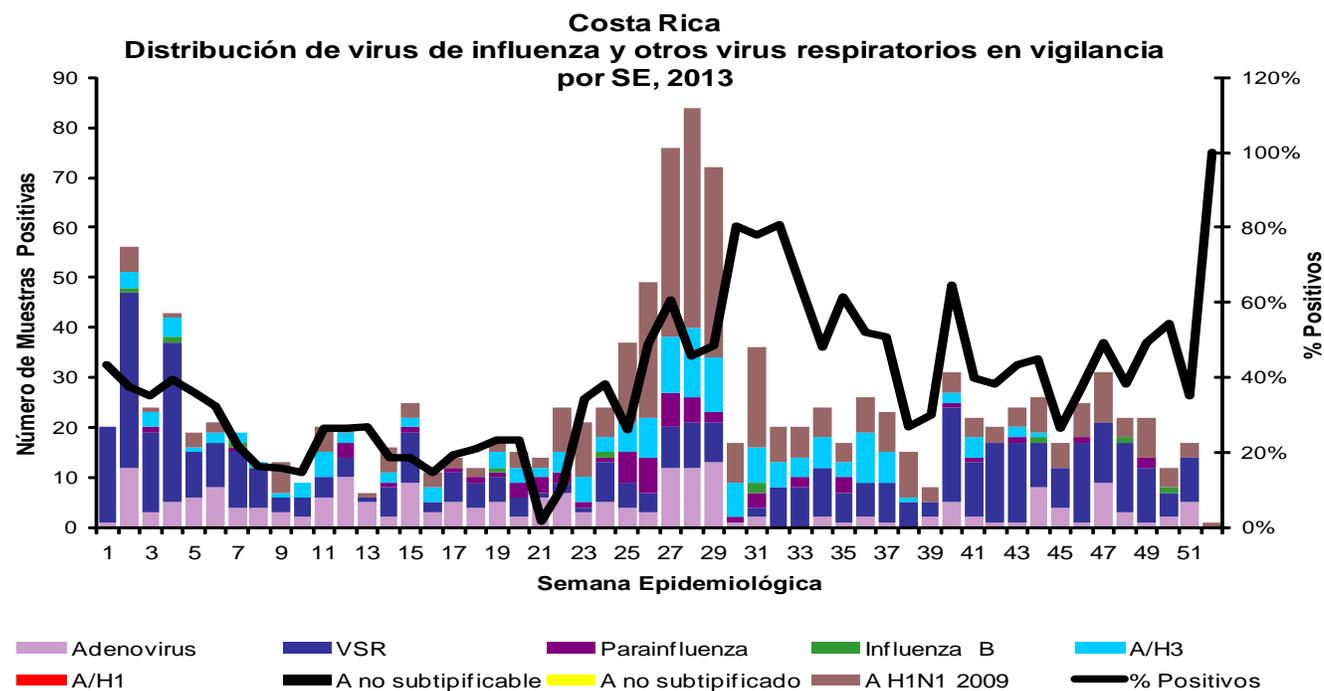
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud y establecimientos de salud públicos y privados.

**Gráfico N° 4.37.**  
**Incidencia de tuberculosis según provincia, Costa Rica 2012.**  
**(Tasas por 100000 habitantes)**



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

Gráfico N° 4.38.



Fuente: Centro Nacional de Referencia de Virología, INCIENSA

Cuadro N° 4.13.

**Mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, Costa Rica 2008 - 2012**  
**(Tasa por 10000 habitantes)**

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

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

### 3.9.9. Cobertura de Inmunizaciones.

El país ha tenido una mejoría importante en las coberturas de vacunación desde el año 2010 hasta el año 2013; la OPS recomienda que las coberturas de vacunación deben ser iguales o superiores al 95%.

En el caso del país, estas coberturas se acercan a dicha meta, encontrando que una vacuna está en 95% y hay cuatro más que están en un 94%. No obstante cuando se hace el análisis a nivel cantonal, se encuentran brechas importantes entre las diferentes regiones del país.

Por ejemplo en el año 2010, el número de cantones del país que tuvieron coberturas por del 85% en tres vacunas trazadoras (BCG, DPT3 y OPV3) fue de 27 mientras que en 54 cantones hubo coberturas por debajo de 85%.

Para el año 2011, 42 cantones tuvieron coberturas por debajo del 85% para la vacuna de BCG, y en total 39 estuvieron por encima del 85%. En el caso particular de la vacuna BCG se sospecha de un problema de subregistro, dado en esta vacuna se coloca a los recién nacidos justo después de nacer y en el país el 95% de los partos son intrahospitalarios.

El país introdujo la vacuna antineumocócica desde el 2009 y su cobertura en menores de un año ha sido de 66% en el 2009, 97% en el 2010, 68% en el 2011, 105% en el 2012 y 93% en el 2013.

Para el año 2013, las coberturas de vacunación aumentaron significativamente en comparación con el año 2012, sin embargo, solo tenemos el dato de nacimientos del país, y no desglosado por cantón.

**Cuadro N° 4.14.**  
**Coberturas de vacunación según tipo y año. Costa Rica 2010-2013**  
**(cifras porcentuales).**

Tipo de vacuna	Años			
	2010	2011	2012	2013
BCG	77	78	78	77
DPaT3	88	85	91	95
OPV3/IPV3 **	93	82	90	94
VHB3	86	84	91	94
Hib3	90	81	90	94
NM3/NM2 *	94	68	105	93
SRP1	83	83	90	91
VARICELA	81	78	88	89
SRP2	79	80	95	91
Td	76	74	84	88

\* NM2 a partir del 2012

\*\* OPV3 se usó hasta setiembre del 2010

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

#### 4. Desnutrición y retardo en talla.

##### 4.1. Desnutrición.

Durante el año 2013 se obtiene el primer registro de declaración obligatoria, de casos relacionados con estos tipos de desnutrición, notificando para este año un total de 1122 casos de desnutrición, de los cuales el 51.87 % son mujeres, con una tasa de 22,68 por 100.000 habitantes.

Existe una íntima relación entre una mujer que sufre desnutrición y sus hijos, ya que el embarazo en una mujer con esta enfermedad, da como resultado un hijo desnutrido con una tendencia a permanecer así durante toda la infancia. La desnutrición en las niñas se agrava al llegar la adolescencia con su menarca y puede derivar entre otras enfermedades anemia y convertirse en un ciclo de desnutrición por generaciones.

En cuanto al grupo de edad más afectado es el de menores de 9 años con el 73,8% del total de casos, este evento de desnutrición infantil es un reflejo del estado mórbido de un niño o niña, debido a la ingesta y absorción inapropiada o insuficiente de nutrientes. Esta ingesta puede ser condicionada por factores biológicos, económicos, culturales, psicosociales y de accesibilidad a los servicios de salud lo que puede provocar un desgaste o retardo en el crecimiento y desarrollo, acompañado de deficiencias de micronutrientes comunes en niños.

El segundo grupo de edad más afectado corresponde a los adultos mayores con un 15,51% de casos registrados, La pérdida de peso no intencional o involuntaria y la desnutrición en esta etapa de la vida, contribuyen a un decline progresivo en la salud, lo que afecta el estado funcional y cognitivo, que incrementan la utilización de los servicios de salud, la institucionalización prematura y la mortalidad.

El riesgo nutricional aumenta en ancianos quienes están enfermos, por ello que este grupo de edad se manifieste en segundo lugar. El pobre estado de nutrición en esta población es un área de preocupación importante en una sociedad donde el crecimiento de este grupo edad es la realidad en un futuro próximo del país.

En cuanto a la provincia de residencia donde se ubica la tasa de desnutrición más alta es en Guanacaste de 60.65 por 100 mil habitantes, presentando 2.5 veces más riesgo de desnutrición que el promedio nacional, en segundo lugar se encuentra San José con un 34.96%.

La desnutrición es un problema que envuelve factores económicos y sociales, por lo tanto se relaciona con la incidencia de pobreza y el desempleo. Como se observa en la siguiente imagen, Guanacaste es una provincia que está ubicada en la Región Chorotega en Costa Rica, esta región se ubica dentro de las tasas de incidencia en pobreza más altas del país, siendo un 34.1 % la tasa de pobreza total y un 12.6% la tasa de pobreza extrema.

Es importante destacar que la tasa de desempleo en la Región Chorotega, es la más alta del país, lo que influye consecuentemente en los niveles de pobreza que a su vez se relaciona desde una perspectiva socioeconómica con la desnutrición de la zona.

**Cuadro N° 4.15.**  
**Casos registrados de Desnutrición según**  
**grupos de edad y sexo, Costa Rica 2013\***  
**(Tasa por 100000 habitantes)**

Grupos de edad	Sexo					
	Total	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
de 0 a 4 años	633	172,66	319	178,47	314	167,14
de 5 a 9 años	195	53,31	121	67,86	74	39,47
de 10 a 14 años	40	10,30	18	9,53	22	11,03
de 15 a 19 años	15	3,59	6	2,97	9	4,17
de 20 a 24 años	10	2,27	8	3,77	2	0,87
de 25 a 29 años	6	1,36	4	1,86	2	0,88
de 30 a 34 años	6	1,54	2	1,04	4	2,02
de 35 a 39 años	3	0,90	2	1,21	1	0,60
de 40 a 44 años	7	2,33	5	3,31	2	1,34
de 45 a 49 años	1	0,34	0	0,00	1	0,68
de 50 a 54 años	5	1,86	2	1,48	3	2,26
de 55 a 59 años	5	2,29	0	0,00	5	4,65
de 60 a 64 años	7	4,39	3	3,70	4	5,10
de 65 a 69 años	11	9,75	6	10,42	5	9,04
de 70 a 74 años	24	29,35	12	28,36	12	30,42
75 y más	139	104,26	66	90,01	73	121,68
Ignorados	15		8		7	
<b>Total</b>	<b>1122</b>	<b>23,81</b>	<b>582</b>	<b>24,95</b>	<b>540</b>	<b>22,68</b>

\*Las cifras del 2013 son preliminares.

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

En cuanto a las Regiones Rectoras del Ministerio de Salud, la Región Central Sur es donde se registran más casos de desnutrición, con un 46,26%, seguida por la Chorotega con 19,34% del total de casos.

**Cuadro N° 4.16.**  
**Casos registrados de Desnutrición según provincia de residencia,**  
**Costa Rica, 2013\*. (Tasa por 100000 habitantes)**

Provincia	Total	Tasa
San José	535	34,96
Alajuela	78	8,41
Cartago	160	29,92
Heredia	17	3,60
Guanacaste	217	60,65
Puntarenas	107	23,75
Limón	8	1,88
<b>COSTA RICA</b>	<b>1122</b>	<b>23,87</b>

\*Las cifras del 2013 son preliminares.

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

De los 1122 casos reportados con desnutrición en Costa Rica, el 75% corresponde a desnutrición proteico calórica moderada o leve y el 24% a desnutrición severa no especificada, obteniéndose una tasa poblacional del 5.74% a nivel nacional (tasa por 100000 habitantes), el restante 1% del total de casos reportados con desnutrición corresponden a Marasmo y Kwashiorkor.

La Desnutrición proteico calórica severa tiene un comportamiento semejante a los casos registrados con Desnutrición general, por lo que este tipo de clasificación, se focaliza en la población entre los 0-9 años, correspondiendo a un 53% del total de los casos. El otro grupo de edad afectado es el adulto mayor, el cual aporta el 37% de los casos con desnutrición severa, el restante 10% es distribuido entre los grupos de edad de 10 a 64 años.

La desnutrición proteico calórica severa es semejante si se considera el sexo, siendo afectadas 133 mujeres y 137 hombres, existiendo una diferencia de solo 5 casos por cuestión de género. Del total de los casos reportados el 96% son costarricenses.

Los casos de Marasmo notificados corresponden a 4 niñas y 2 niños entre los 0-9 años, mientras que los casos de Kwashiorkor registrados fueron 3 niños y una niña entre los 0-4 años. Todos los niños que presentaron Marasmo o Kwashiorkor son de nacionalidad costarricense.

#### **4.2. Retardo de talla.**

De acuerdo con lo notificado por los establecimientos públicos y privados se obtiene que la tasa de retardo en talla por cada 100.000 habitantes es del 9.44%, lo que corresponde a 445 casos de los cuales 195 son mujeres y 250 hombres.

Según la información registrada por grupo de edad, el mayor porcentaje de casos para ambos sexos, se presenta en los niños de 0-4 años de edad constituyendo el 82% de los casos, de seguido el grupo de 5-9 años con 16% y finalmente el de 10-14 con un 2%.

El crecimiento es un proceso continuo pero no lineal, el grupo de edad de 0-4 años se caracteriza por un crecimiento rápido que se va desacelerando, por ello se considera que el crecimiento tiene factores condicionantes múltiples como la genética y la nutrición, siendo criterio profesional la notificación adecuada de este evento.

Entre las causas del retardo en talla de este grupo de infantes se pueden citar deficiencias de recursos económicos o de enfermedades que comprometen el buen estado nutricional.

**Cuadro N° 4.17.**  
**Casos registrados de Retardo en talla según grupos de edad y sexo,**  
**Costa Rica 2013\*. (Tasa por 100000 habitantes)**

Grupos de edad	Sexo					
	Total	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
de 0 a 4 años	365	99,56	159	88,95	206	109,65
de 5 a 9 años	72	19,68	30	16,83	42	22,40
de 10 a 14 años	8	2,06	6	3,18	2	1,00
<b>Total</b>	<b>445</b>	<b>9,44</b>	<b>195</b>	<b>8,36</b>	<b>250</b>	<b>10,50</b>

\*Las cifras del 2013 son preliminares.

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

La tasa de Retardo en talla a nivel nacional corresponde a 9,47% por 100000 habitantes. La Región Brunca concentra un 68% (304 casos) de los casos de retardo de talla, seguido de la región Central Sur con un 20% (91 casos). Estas cifras colocan a la provincia de Puntarenas con la tasa de Retardo en talla más alta del país, donde el cantón más afectado es Coto Brus con el 97% de los casos notificados para esta provincia. Del total de los casos reportados con retardo en talla en esta zona el 99% son costarricenses.

Se ha demostrado que el factor económico es el determinante principal de la buena o mala nutrición, en Costa Rica la Región Brunca es uno de los sectores del país con más área rural.

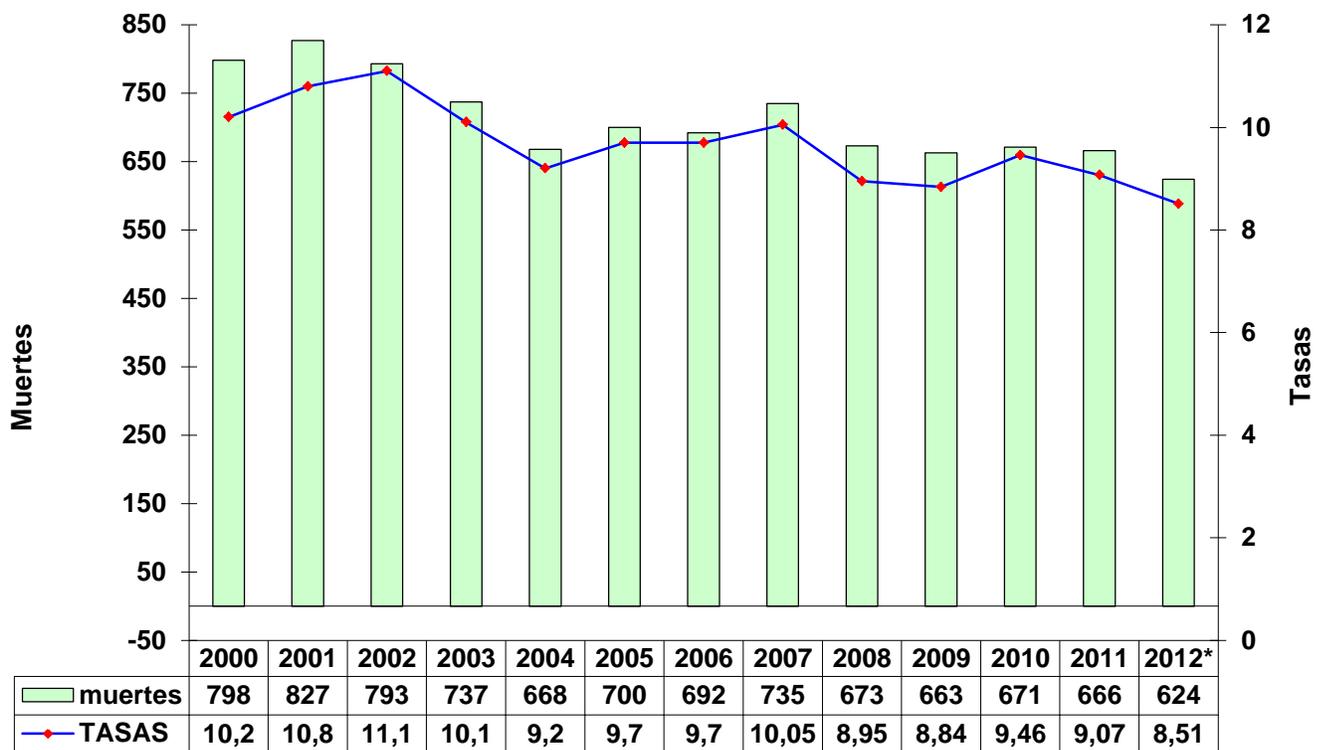
Según los resultados de la Encuesta de Hogares, INEC 2013 esta región posee un índice de pobreza total de 35,3% y de pobreza extrema de 14,1%, siendo así la zona más pobre del país, con importantes desigualdades sociales, que se reflejan en el acceso a la educación, en las oportunidades de desarrollo y en las fuentes de trabajo.

## 5. Mortalidad materno-infantil.

### 5.1. Mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad infantil en 1990 fue de 15,3 y en el 2012 de 8,58 por mil nacimientos. De enero a diciembre del 2012 ocurrieron 73.326 nacimientos y 624 muertes infantiles, o sea 133 nacimientos menos y 42 defunciones menos que el año anterior, lo que representa una disminución 0.56 por mil nacimientos. Guanacaste, Puntarenas y Cartago son las provincias con las tasas de mortalidad infantil más altas.

**Gráfico N° 4.39.**  
**Mortalidad infantil según año. Costa Rica 2000-2012\***  
**(Tasas por 1.000 nacimientos)**



\* Las cifras del 2012 son preliminares.

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

La provincia de Guanacaste registró la tasa de mortalidad infantil más alta con 9,91 por mil nacimientos, la segunda Puntarenas con 9,38. Las provincias de

Cartago y San José presentan tasas mayores a la nacional. La provincia con la tasa menor fue Heredia, con 7,10.

En cuanto al sexo, la tasa de mortalidad infantil es más alta en los niños (9,03) que en las niñas (7,97) por mil nacimientos, este comportamiento se repite en todas las provincias, excepto en Heredia que la tasa en mujeres es superior a la de los hombres.

**Cuadro N° 4.18.**  
**Mortalidad Infantil según provincia y sexo, Costa Rica 2012**  
**(Tasa por 1000 nacimientos)**

Provincia	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
<u>Costa Rica</u>	624	8,51	336	9,03	288	7,97
San José	195	8,62	110	9,55	85	7,66
Alajuela	113	7,71	59	7,92	54	7,49
Cartago	67	9,10	35	9,38	32	8,81
Heredia	47	7,10	21	6,27	26	7,93
Guanacaste	59	9,91	35	11,63	24	8,14
Puntarenas	72	9,38	35	8,86	37	9,94
Limón	71	8,42	41	9,79	30	7,07

Fuente: Ministerio de Salud e INEC

Para el trienio 2010-2012, Costa Rica presenta una tasa trienal de 9,01 por mil nacidos vivos. La provincia con la mayor tasa trienal es Limón con 9,82 seguida por Puntarenas con 9,73. La menor tasa la presenta Heredia con 7,38 por mil nacimientos.

Con respecto a las muertes infantiles según grupos de causas de muertes, las muertes por ciertas afecciones originadas en el período perinatal presentan la mayor tasa, lo que representa una disminución oscilando en el período 2008-2012 en el rango de 4,25 a 4,65, en segundo lugar están las malformaciones congénitas oscilando en un rango de 2,85 a 3,40 para el mismo período.

Cabe destacar que la tasa por enfermedades del sistema respiratorio presenta una tendencia al descenso en los últimos 2 años. Al analizar la distribución porcentual de la mortalidad infantil para el período 2008-2012 por principales grupos de causas de muerte, en general el comportamiento de los grupos de causas se mantiene casi invariable, manteniéndose las afecciones originadas en el período perinatal en el primer lugar y las malformaciones congénitas en el segundo, estos 2 grupos de causas representan el 85% de las defunciones infantiles.

En cuanto a la mortalidad en el año 2012 por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, hubo 8 fallecidos: 3 en diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, 1 de enteritis debida a salmonella, 1 a shigelosis debida a *Shigella dysenteriae*, 1 tosferina, 1 septicemia debida a *Staphylococcus aureus* y 1 de sífilis congénita. Aunque son pocas se resaltan estas muertes porque son prevenibles, y no deberían ocurrir.

Con respecto a los componentes de la mortalidad infantil en el año 2012, del total de menores de un año, las defunciones neonatales, (las ocurridas en los primeros 28 días de vida), representan el 73,96%, registrando una tasa de defunción neonatal de 6,34 por mil nacimientos, la postneonatal fue 2,17 por mil nacimientos.

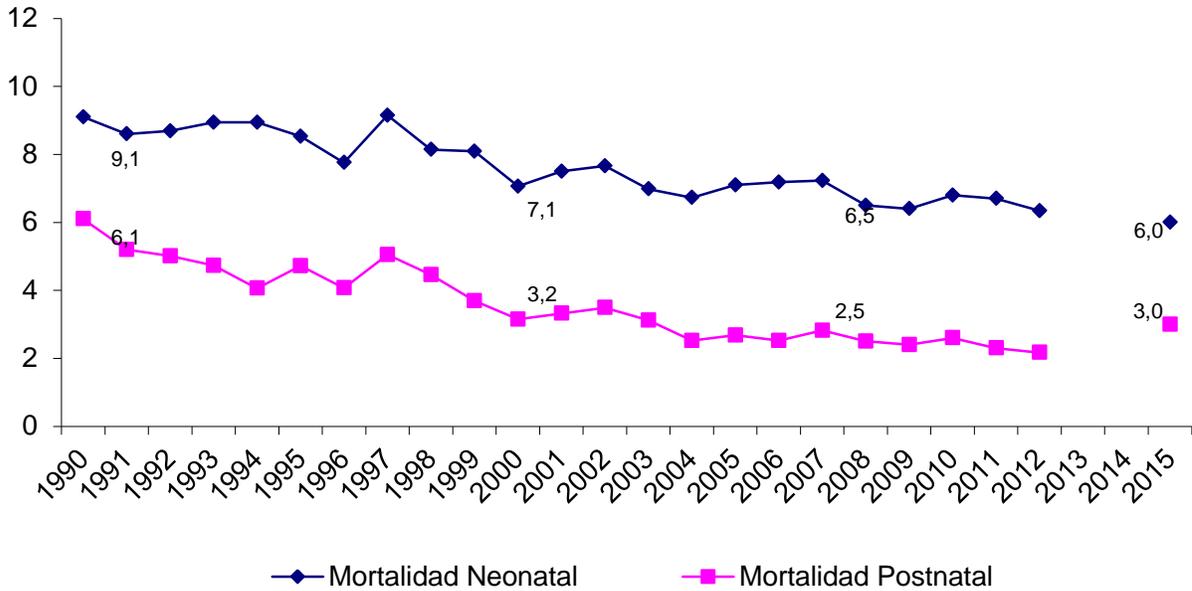
Con referencia a los Objetivos de Desarrollo del Milenio la meta planteada para el 2015 para la mortalidad posneonatal ya fue superada y la de mortalidad neonatal está muy próxima a alcanzarse.

**Cuadro N° 4.19.**  
**Mortalidad Infantil según causa de muerte, Costa Rica-2008-2012.**  
**(Tasa por cada 1.000 nacimientos)**

Causa de muerte	2008		2009		2010		2011		2012	
	Nº	Tasa								
Total	673	8,95	663	8,84	671	9,46	666	9,34	624	8,51
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	356	4,73	319	4,25	330	4,65	326	4,60	305	4,30
Malformaciones congénitas	214	2,85	226	3,01	234	3,30	241	3,40	229	3,23
Enfermedades del sistema respiratorio.	33	0,44	34	0,45	38	0,54	24	0,34	21	0,30
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.	13	0,17	16	0,21	12	0,17	8	0,11	8	0,11
Enfermedades del sistema circulatorio.	14	0,19	17	0,23	14	0,20	11	0,16	9	0,13
Enfermedades del sistema nervioso.	16	0,21	12	0,16	10	0,14	14	0,20	12	0,17
Otras causas	27	0,36	39	0,52	33	0,47	42	0,59	40	0,56

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

**Gráfico N° 4.40.**  
**Mortalidad Neonatal y Postneonatal 1990-2011 y proyección al 2015**  
**Tasa por mil nacidos vivos**



Fuente: MIDEPLAN, Ministerio de Salud e INEC.

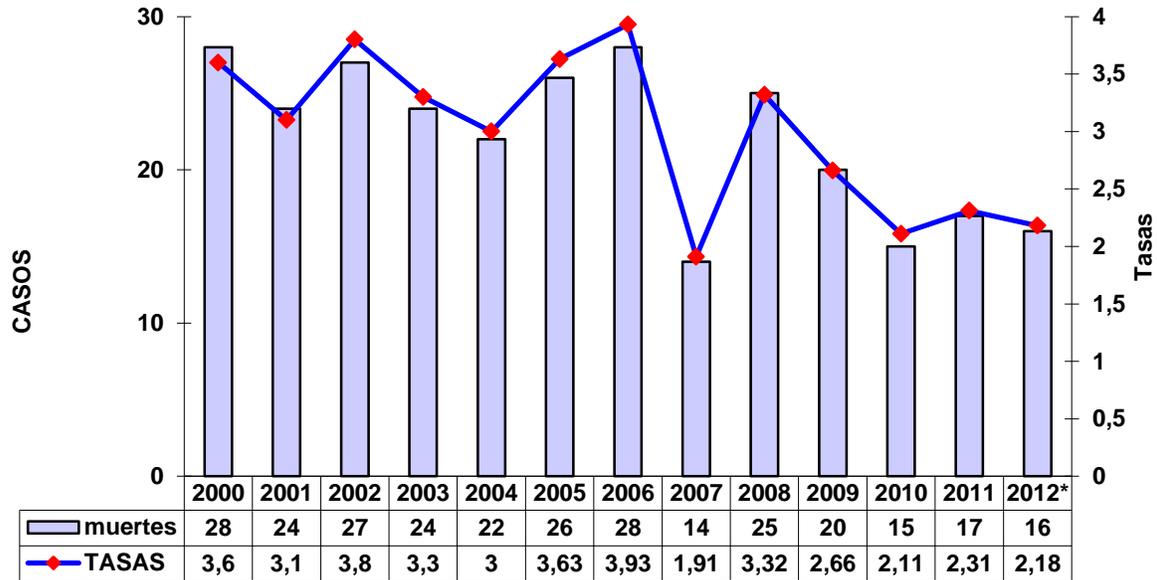
## 5.2. Mortalidad Materna.

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

En el año 2012 se registró un total de 16 muertes maternas para una tasa de 2,18 por diez mil nacimientos vivos. El siguiente gráfico muestra la tendencia de la mortalidad materna para el período 2000-2012.

El comportamiento de este indicador muestra variabilidad con altibajos constantes. La tasa del 2012 muestra una ligera disminución con respecto al año anterior.

**Gráfico N° 4.41.**  
**Mortalidad materna según año. Costa Rica 2000-2012\***  
**(Tasas por cada 10.000 nacimientos)**



\* Las cifras del 2012 son preliminares

Fuente: INEC-M Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

Las causas más frecuentes de este tipo de muertes en cuanto a grandes grupos de causas son otros los trastornos maternos relacionados con el embarazo (4 muertes), otras afecciones obstétricas no clasificables en otra parte (4 muertes), embarazo terminado en aborto (3 muertes) y complicaciones del trabajo de parto y del parto (2 muertes).

En cuanto al quinquenio 2008-2012 el principal grupo de causas fue “Otras afecciones obstétricas no clasificables en otra parte” con 35 muertes para una tasa de 0,95 por 10.000 nacimientos, seguido por “Edema proteinuria y trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio” con 13 muertes para una tasa de 0,35 por 10.000 nacimientos.

## **6. Salud Mental.**

### **6.1. Esquizofrenia.**

El mayor porcentaje (51,16%) de casos registrados de esquizofrenia, se encuentran ubicados en la región Central Sur, seguida por la Central Este (42,33). La provincia de San José registra la mayor tasa y el mayor porcentaje (52,55%) de casos registrados de esquizofrenia, seguida por Cartago con un 41,86%.

Según lo notificado, los hombres presentan la mayor tasa, el 55,81 % de los casos totales. El grupo de edad que presenta el mayor riesgo es el de 60 a 64 años con una tasa de 13.80 por 100 mil habitantes, seguido por el de 75 y más lo que obedece posiblemente al tipo de población de que se trata, población dependiente, desatendidos y con un marcado deterioro de su salud mental producto del proceso de envejecimiento, y de su desarrollo socio-ambiental, el cual pueda no ser el más adecuado.

### **6.2. Intento de suicidio.**

Las regiones Central Sur y la Central Este presentan el mayor porcentaje de casos. En cuanto a la provincia de residencia del paciente, Cartago presenta la mayor tasa, seguida por San José y Alajuela.

La mayor tasa de intento de suicidio se encuentra en las mujeres con 24,31 por 100.000 mujeres, y el grupo de edad donde se registran mayores tasas es en el grupo de 15 a 19 años, edad de adolescencia donde existen muchos factores como lo son el manejo de la frustración, patrones de crianza, desempleo, aceptación por parte del grupo de pares, de las relaciones familiares disfuncionales, situaciones de violencia intrafamiliar, falta de acceso de medios económicos o endeudamiento entre otros. El 67 % de los casos se encuentran en edades de 15 a 49 años.

### 5.3. Trastorno bipolar.

El mayor porcentaje de los casos registrados de trastornos afectivos-bipolares se registran en las Regiones Central Sur, Central Este. En cuanto a los casos registrados, las provincias de San José y Cartago presentan la mayor tasa.

La tasa más alta de trastorno afectivo bipolar se da en mujeres. El 67,7 % de los casos corresponde a mujeres. El grupo de edad más afectado es el de 70 a 74 años. El 18,4% de los casos se dan en adultos mayores (mayores de 65 años).

### 5.4. Depresión.

De acuerdo con la notificación obligatoria de las depresiones, se registraron 41.576 casos nuevos de depresión en el año 2013, donde la mayor tasa corresponde a mujeres. El 74% de los casos se da en mujeres, lo que podría estar asociado a la violencia intrafamiliar, el desempleo, la falta de acceso de medios económicos o endeudamiento entre otros.

Entre el total de casos el grupo de edad más afectado es el de 60 a 64 años, lo que podría verse afectado por negligencia o abandono o descuido por parte de familiares o allegados.

El 47,67% de los casos se registra en la Región Central Sur, posiblemente porque es la Región donde se encuentran las Clínicas Mayores, así como los Hospitales Nacionales y por la densidad poblacional que existe en esta región.

Con respecto a la provincia de residencia, en San José es donde se encuentra la mayor tasa, seguida por Alajuela, por las anteriores causas.

Con respecto a los cantones con tasas de depresión más alta, el cantón de Vásquez de Coronado presente la mayor, seguida por Palmares, San José y Cañas.

**Cuadro N° 4.20.**  
**Casos y prevalencia de Esquizofrenia según provincia**  
**Costa Rica 2013\* . (Tasa por 100 mil habitantes)**

Provincia	Total	Tasa
San José	113	7,38
Alajuela	9	0,97
Cartago	90	16,83
Heredia	0	0,00
Guanacaste	2	0,56
Puntarenas	1	0,22
Limón	0	0,00
<b>Total del País</b>	<b>215</b>	<b>4,57</b>

\* Cifras preliminares.  
Fuente: Ministerio de .Salud.

**Cuadro N° 4.21.**  
**Casos registrados de Esquizofrenia según grupos de edad y sexo,**  
**Costa Rica 2013\*Tasa por 100 mil habitantes)**

Grupos de edad	Sexo					
	Total	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
de 0 a 4 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
de 5 a 9 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
de 10 a 14 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
de 15 a 19 años	6	1,44	2	0,48	4	0,96
de 20 a 24 años	11	2,50	4	0,91	7	1,59
de 25 a 29 años	17	3,85	4	0,91	13	2,94
de 30 a 34 años	15	3,85	4	1,03	11	2,83
de 35 a 39 años	12	3,61	4	1,20	8	2,41
de 40 a 44 años	16	5,33	10	3,33	6	2,00
de 45 a 49 años	23	7,76	9	3,04	14	4,72
de 50 a 54 años	31	11,55	15	5,59	16	5,96
de 55 a 59 años	26	11,93	11	5,05	15	6,88
de 60 a 64 años	22	13,80	12	7,52	10	6,27
de 65 a 69 años	12	10,63	5	4,43	7	6,20
de 70 a 74 años	7	8,56	4	4,89	3	3,67
75 y más	17	12,75	11	8,25	6	4,50
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>4,56</b>	<b>95</b>	<b>2,02</b>	<b>120</b>	<b>2,55</b>

\* Las cifras del 2013 son preliminares.  
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

**Cuadro N° 4.22.**  
**Casos registrados de intento de suicidio, según provincia,**  
**Costa Rica 2013\* (Tasa por 100 mil habitantes)**

Provincia	Total	Tasa
San José	361	23,59
Alajuela	190	20,48
Cartago	193	36,09
Heredia	17	3,60
Guanacaste	57	15,93
Puntarenas	47	10,43
Limón	23	5,39
<b>Total del País</b>	<b>888</b>	<b>18,89</b>

\* Cifras preliminares.  
Fuente: Ministerio de .Salud.

**Cuadro N° 4.23.**  
**Casos registrados intento de suicidio, según grupos de edad y sexo,**  
**Costa Rica, 2013\* (Tasa por 100 mil habitantes)**

Grupos de edad	Sexo					
	Total	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
de 0 a 4 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
de 5 a 9 años	9	2,46	3	1,68	6	3,20
de 10 a 14 años	77	19,83	59	31,25	18	9,02
de 15 a 19 años	182	43,54	126	62,33	56	25,95
de 20 a 24 años	135	30,63	73	34,44	62	27,09
de 25 a 29 años	117	26,47	76	35,39	41	18,05
de 30 a 34 años	99	25,44	67	34,96	32	16,20
de 35 a 39 años	77	23,18	50	30,25	27	16,17
de 40 a 44 años	59	19,66	40	26,52	19	12,73
de 45 a 49 años	67	22,61	41	27,42	26	17,71
de 50 a 54 años	37	13,78	21	15,51	16	12,03
de 55 a 59 años	11	5,05	5	4,52	6	5,58
de 60 a 64 años	6	3,76	3	3,70	3	3,83
de 65 a 69 años	6	5,32	2	3,47	4	7,24
de 70 a 74 años	3	3,67	1	2,36	2	5,07
75 y más	3	2,25	0	0	3	5,00
<b>Total</b>	<b>888</b>	<b>18,84</b>	<b>567</b>	<b>24,31</b>	<b>321</b>	<b>13,48</b>

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

**Cuadro N° 4.24.**  
**Casos registrados de Trastorno Afectivo Bipolar, según provincia,**  
**Costa Rica 2013\* (Tasa por 100 mil habitantes)**

Provincia	Total	Tasa
San José	98	6,40
Alajuela	2	0,22
Cartago	42	7,85
Heredia	2	0,42
Guanacaste	6	1,68
Puntarenas	1	0,22
Limón	1	0,23
<b>Total del País</b>	<b>152</b>	<b>3,23</b>

\* Cifras preliminares

Fuente: Ministerio de .Salud.

**Cuadro N° 4.25.**  
**Casos registrados de Trastorno Afectivo Bipolar, según grupos de edad y sexo,**  
**Costa Rica, 2013\* (Tasa por 100 mil habitantes)**

Grupos de edad	Sexo					
	Total	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
de 0 a 4 años	0	0	0	0	0	0
de 5 a 9 años	0	0	0	0	0	0
de 10 a 14 años	1	0,26	1	0,53	0	0
de 15 a 19 años	1	0,24	1	0,49	0	0
de 20 a 24 años	8	1,81	6	2,83	2	0,87
de 25 a 29 años	15	3,39	7	3,26	8	3,52
de 30 a 34 años	15	3,85	13	6,78	2	1,01
de 35 a 39 años	17	5,12	12	7,26	5	2,99
de 40 a 44 años	14	4,67	13	8,62	1	0,67
de 45 a 49 años	17	5,74	10	6,69	7	4,77
de 50 a 54 años	15	5,59	10	7,38	5	3,76
de 55 a 59 años	12	5,50	7	6,33	5	4,65
de 60 a 64 años	9	5,64	7	8,63	2	2,55
de 65 a 69 años	12	10,63	8	13,89	4	7,24
de 70 a 74 años	9	11,01	6	14,18	3	7,60
75 y más	6	4,50	2	2,73	4	6,67
Ignorado	1		0		1	
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>3,23</b>	<b>103</b>	<b>4,42</b>	<b>49</b>	<b>2,06</b>

\*Cifras preliminares

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

**Cuadro N° 4.26.**  
**Casos registrados de Depresión, según provincia,**  
**Costa Rica 2013\*(Tasa por 100 mil habitantes)**

Provincia	Total	Tasa
San José	21853	1428,12
Alajuela	8496	915,81
Cartago	1750	327,26
Heredia	3615	765,10
Guanacaste	1898	530,50
Puntarenas	3564	791,12
Limón	400	93,76
<b>Total del País</b>	<b>41576</b>	<b>884,59</b>

\* Cifras preliminares

Fuente: Ministerio de .Salud.

## 7. Intoxicaciones por plaguicidas.

En el año 2012 se diagnosticaron 405 intoxicaciones por plaguicidas, de los cuales el 37,78% corresponde a la Región Brunca, seguido por la Región Huetar Caribe con un 19,01%. La región con el menor porcentaje de casos notificados es la Central Este con un 4,69% del total.

Al hacer la comparación con el año 2013, se observa una reducción de 2.2 % para un total de 396 casos notificados a nivel nacional. No obstante esta reducción es notoria en cinco de las regiones de salud, Pacífico Central, Huetar Norte, Central Sur, Central Este y en la Región Huetar Caribe. En esta última región la reducción es de más de un 50 %.

Las regiones Chorotega, Central de Occidente, Central Norte y la Brunca aumentaron los casos de la IAP. Una reducción de 36 casos en la Huetar Caribe, es compensada por el aumento de 30 casos en la Brunca.

El 79,3 % de los casos totales corresponden al sexo masculino, evidenciándose este predominio en todos los grupos de edad. El 85,5% de los casos, se ubican dentro de los grupos de 15 a 64 años, sin embargo se observan casos en las edades extremas de la vida, donde existe un importante grupo en menores y adultos mayores que tienen contacto de diversas formas con los plaguicidas, lo cual si se tratase de intoxicaciones laborales se está contraviniendo la legislación y si se trata de intoxicaciones accidentales, hay que enfatizar en las medidas de capacitación y prevención.

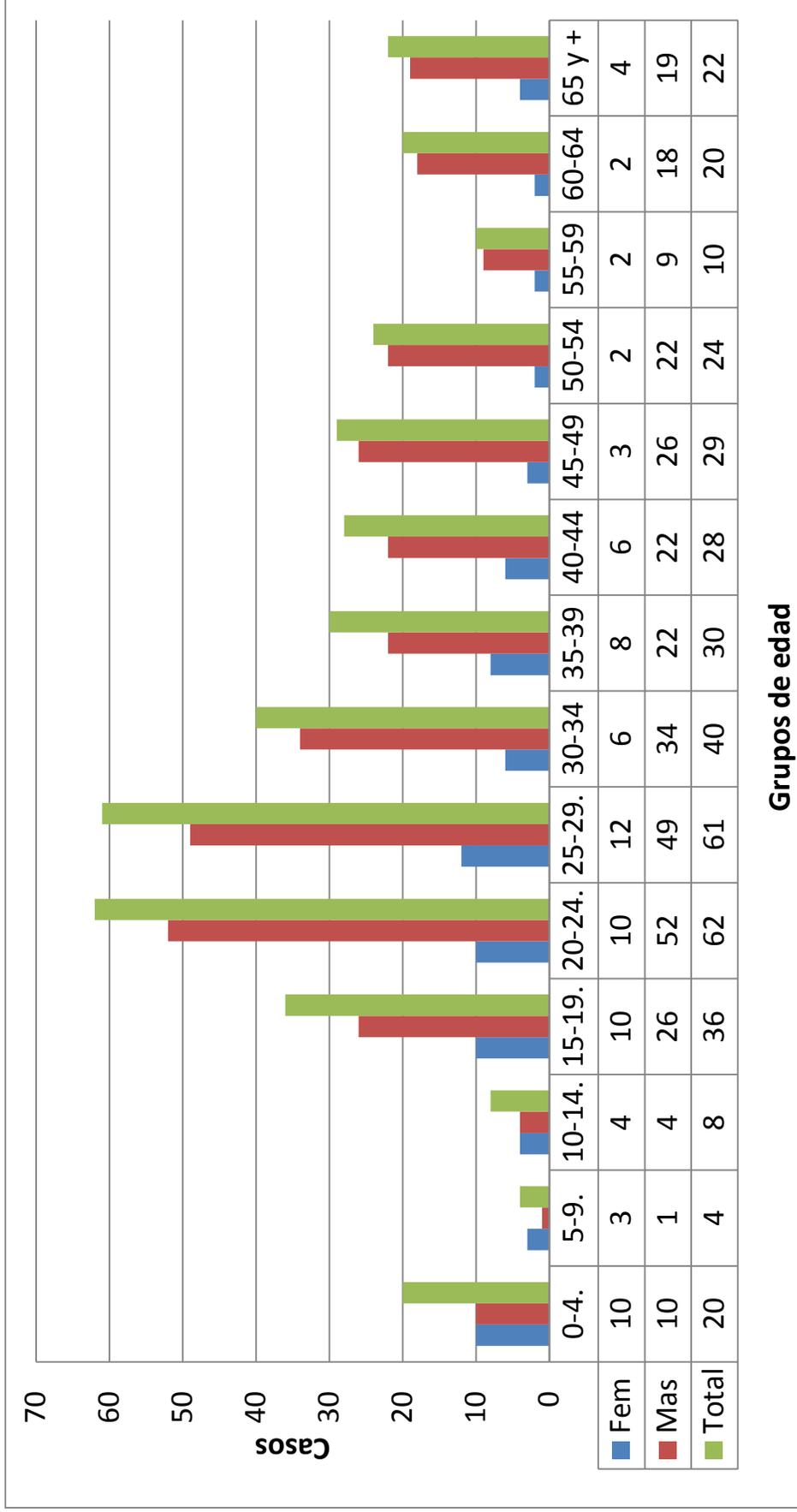
El comportamiento temporal de las IAP fue atípico en el año 2013, observándose un incremento inusual de las intoxicaciones en el mes de febrero en el que se registra 12.8 % de casos, es el mes con mayor cantidad de intoxicaciones, superando en dos unidades a los meses de junio y agosto. Se desconoce el origen de la cantidad de casos producidos en el segundo mes del año, lo cual nunca es frecuente por ser la época más seca del año.

La mayor cantidad de casos se registran entre mayo y setiembre con un descenso en octubre, muy propio de la época de lluvias. Esto significa el 67% de todas las IAP-2013 (266 casos). Luego excluyendo a febrero, los meses de mayor incidencia de IAP se produjeron entre junio y setiembre, con un promedio de 47 casos por mes, similar al año 2012.

De acuerdo al modo de intoxicación, para el año 2013 se determinó que las intoxicaciones por accidentes laborales y no laborales, tienen distribuido en partes iguales el 70% del total de intoxicaciones reportadas.

El intento de suicidio se mantiene similar al año 2012, no deja de ser considerable este problema de salud mental donde la cifra alcanzada representa el 22% de los casos reportados.

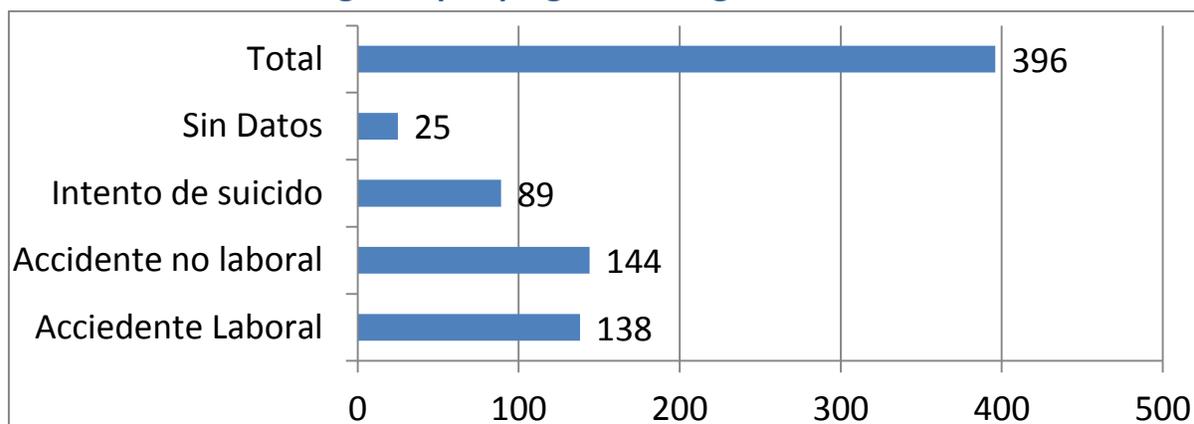
**Gráfico N° 4.42.**  
**Intoxicaciones con plaguicidas, según grupo atareo. Costa Rica 2013**



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

**Gráfico N° 4.43.**

**Intoxicaciones agudas por plaguicidas según modo. Costa Rica, 2013**



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

## **9. Violencia Social.**

### **9.1 Violencia de género.**

Durante el 2012, un total de 50 mujeres fueron asesinadas, 26 debido a femicidios (producidos por parejas o exparejas sentimentales) y 24 casos por otras razones; entre estas las principales son: por error u omisión (5 casos), por problema por droga (5 casos), por problema personal (3 casos) y por robo o asalto (3 casos).

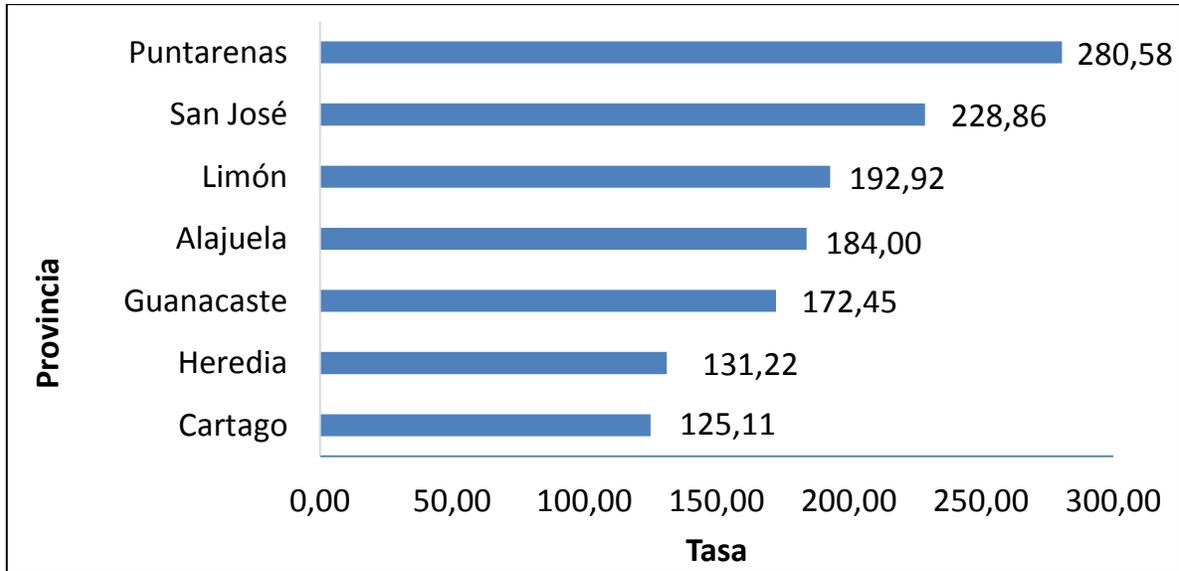
Con base en los datos brindados por el Poder Judicial, el total de demandas por violencia domésticas recibidas en el 2012 fue de 48.152, es decir 367 casos más con relación al año 2011. Las provincias de San José, Alajuela y Puntarenas ocupan el primero, segundo y tercer lugar respectivamente

### **9.2. Violencia Intrafamiliar.**

La provincia de Puntarenas encabeza esta incidencia, seguida por San José, que es la provincia más densamente poblada y en un tercer lugar la provincia de Limón, que en ese año se colocó en esa posición por primera vez, la provincia con la incidencia más baja fue Cartago.

Gráfico N° 4.44.

**Incidencia de Violencia Intrafamiliar según Provincia. Costa Rica 2013.**  
(Tasas por 100.000 hab.)

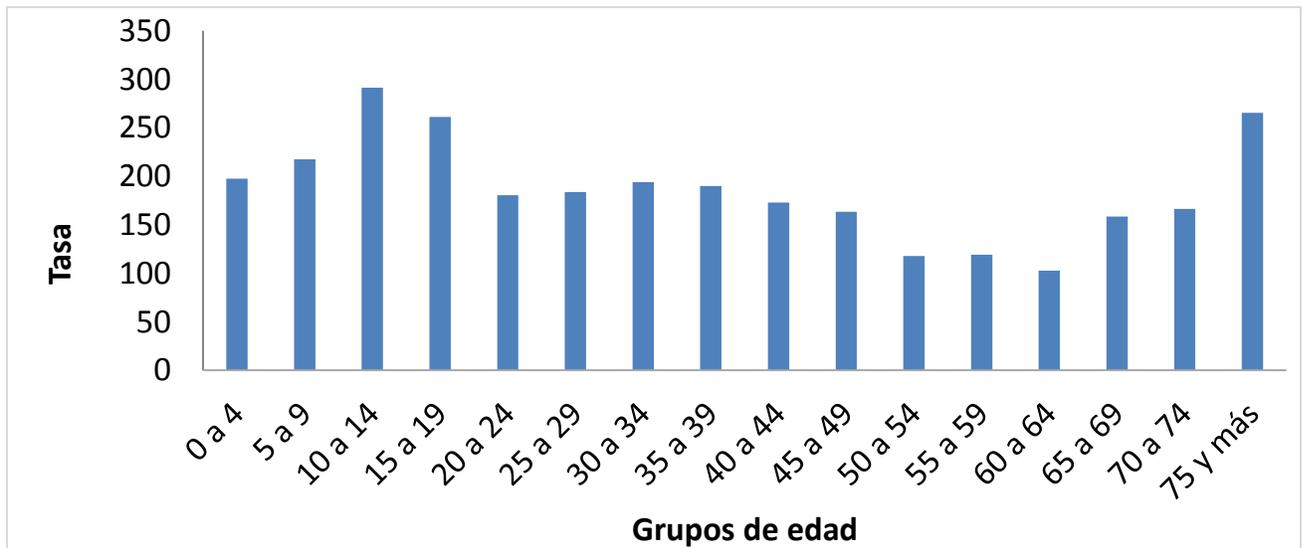


(\*) Cifras preliminares

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

Gráfico N° 4.45.

**Incidencia de Violencia Intrafamiliar según Grupo de Edad. Costa Rica. 2013.\***



(\*) Cifras preliminares.

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

Con relación a los grupos de edad no generó cambio alguno con respecto a la incidencia del año 2011, dado que repiten los mismos grupos con mayor incidencia es decir de los 10 a los 19 años de edad y los de 75 y más. Se debe prestar atención a estos grupos de edad y analizar las razones por las cuales se están presentando casos en estas poblaciones.

Las mayores tasas se ubican en los grupos entre los 15 y los 39 años, tendencia que se mantiene a lo largo de los años en que se notifica la VIF, posteriormente repunta en edades de 75 y más, población vulnerable dada la situación de dependencia de familiares u cuidadores que tienen muchas de estas personas.

### **9.3 Mortalidad por causas externas.**

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 Potencial Perdidos (AVPP) y un gran impacto social y económico. Se observa un descenso de los homicidios y los accidentes de tránsito y también 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.

#### **9.3.1. Mortalidad por suicidios**

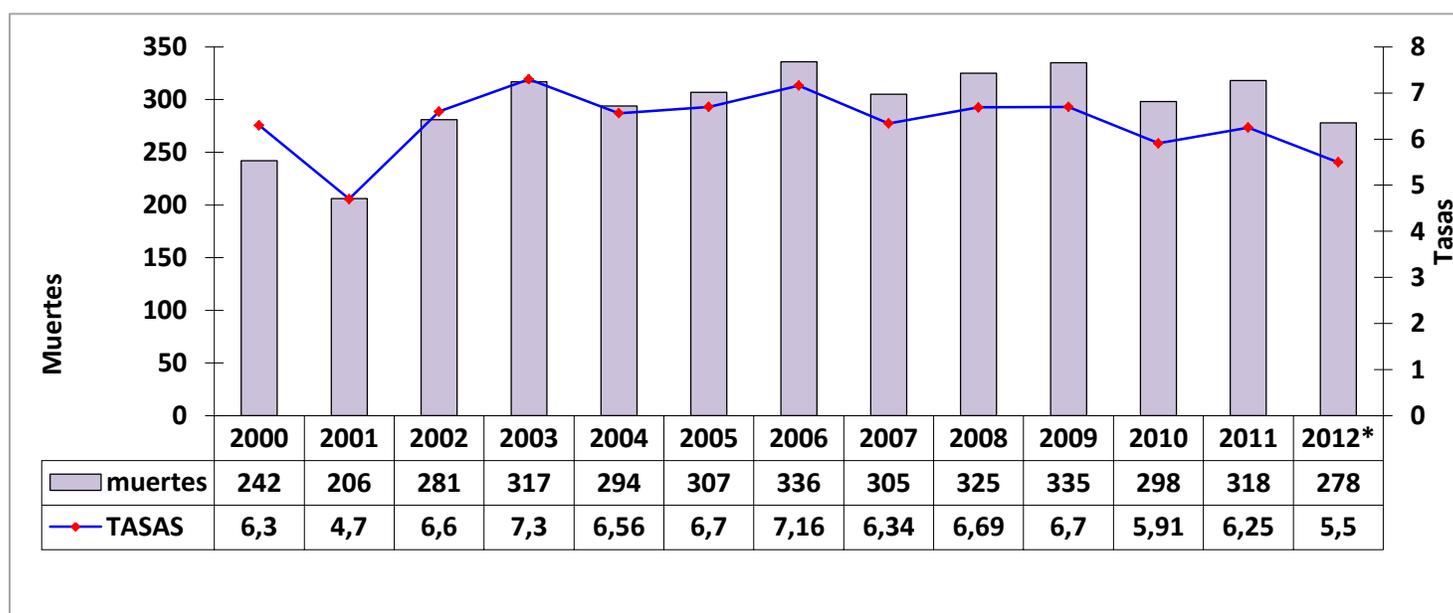
En el año 2012 se registró un total de 278 suicidios, para una tasa ajustada de 5,5 por 100.000 habitantes. El número de defunciones por suicidios disminuyó en un 14,38% con respecto al total del año anterior. El 86,69 % de los suicidios ocurrieron en hombres.

#### **9.3.2 Mortalidad por Homicidios**

En el año 2012 se registró un total de 343 muertes con una tasa ajustada de 6,8 por 100.000 habitantes. Esto representa una disminución del 27,40% en el total de estas muertes comparada con el año anterior.

La provincia de Limón registró la tasa más alta de homicidios en el año 2012: 18,6 por 100.000 habitantes, seguida por San José 8,7. La provincia que tiene la menor tasa es Guanacaste con 3,2 por 100.000 habitantes.

**Gráfico N° 4.46.**  
**Mortalidad por suicidios según año. Costa Rica 2000-2012**  
**(Cifras absolutas y tasas ajustadas por 100.000 habitantes)**



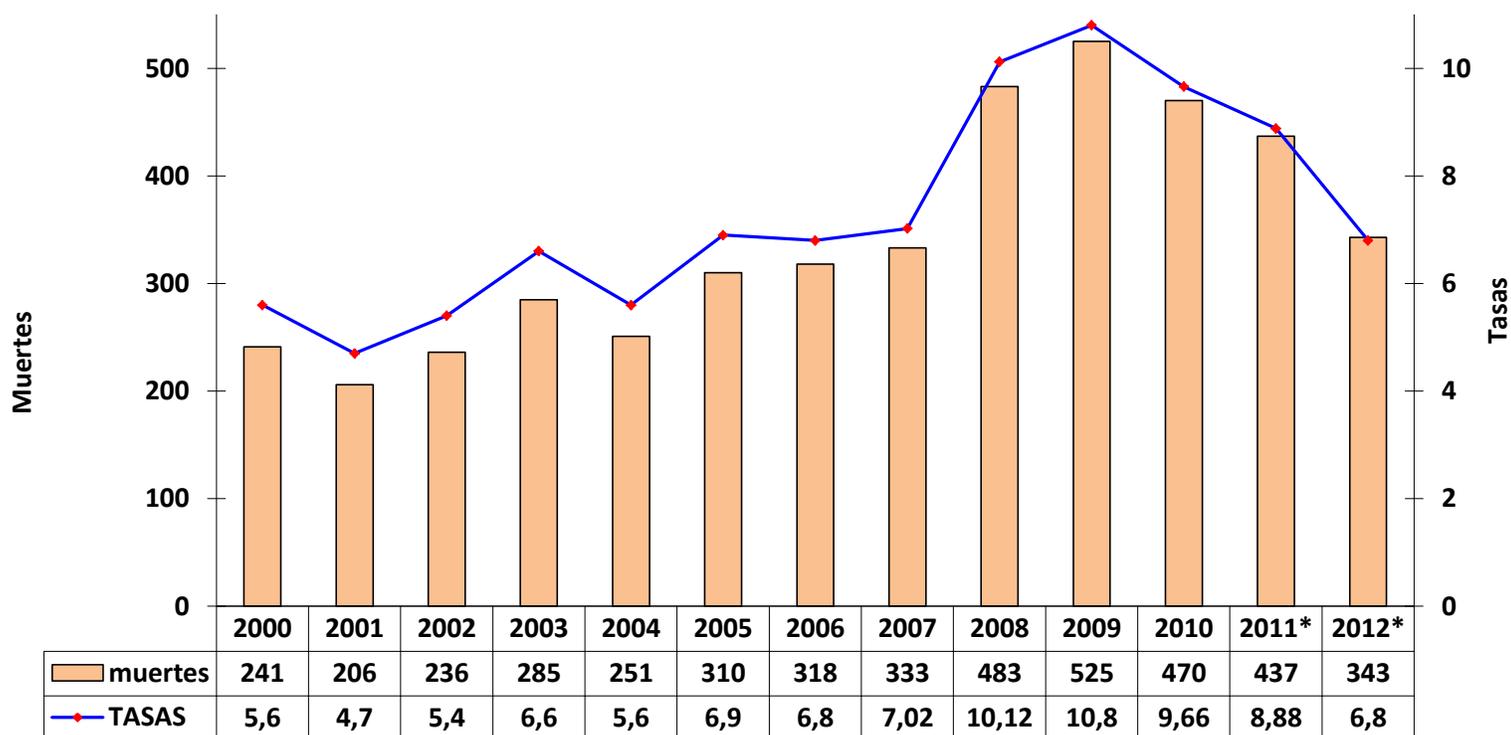
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.

**Cuadro N° 4.26.**  
**Mortalidad por homicidios según provincia, Costa Rica 2012**  
**(tasas por 100.000 habitantes)**

Provincia	N°	Tasa
<b>Costa Rica</b>	<b>343</b>	<b>7,4</b>
San José	132	8,7
Alajuela	45	4,9
Cartago	20	3,8
Heredia	25	5,3
Guanacaste	11	3,1
Puntarenas	32	7,2
Limón	78	18,6

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

**Gráfico N° 4.47.**  
**Mortalidad por homicidios según año. Costa Rica 2000-2012\***  
**(tasas ajustadas por 100.000 habitantes)**



\*cifras preliminares

Fuente: Ministerio de Salud e INEC,

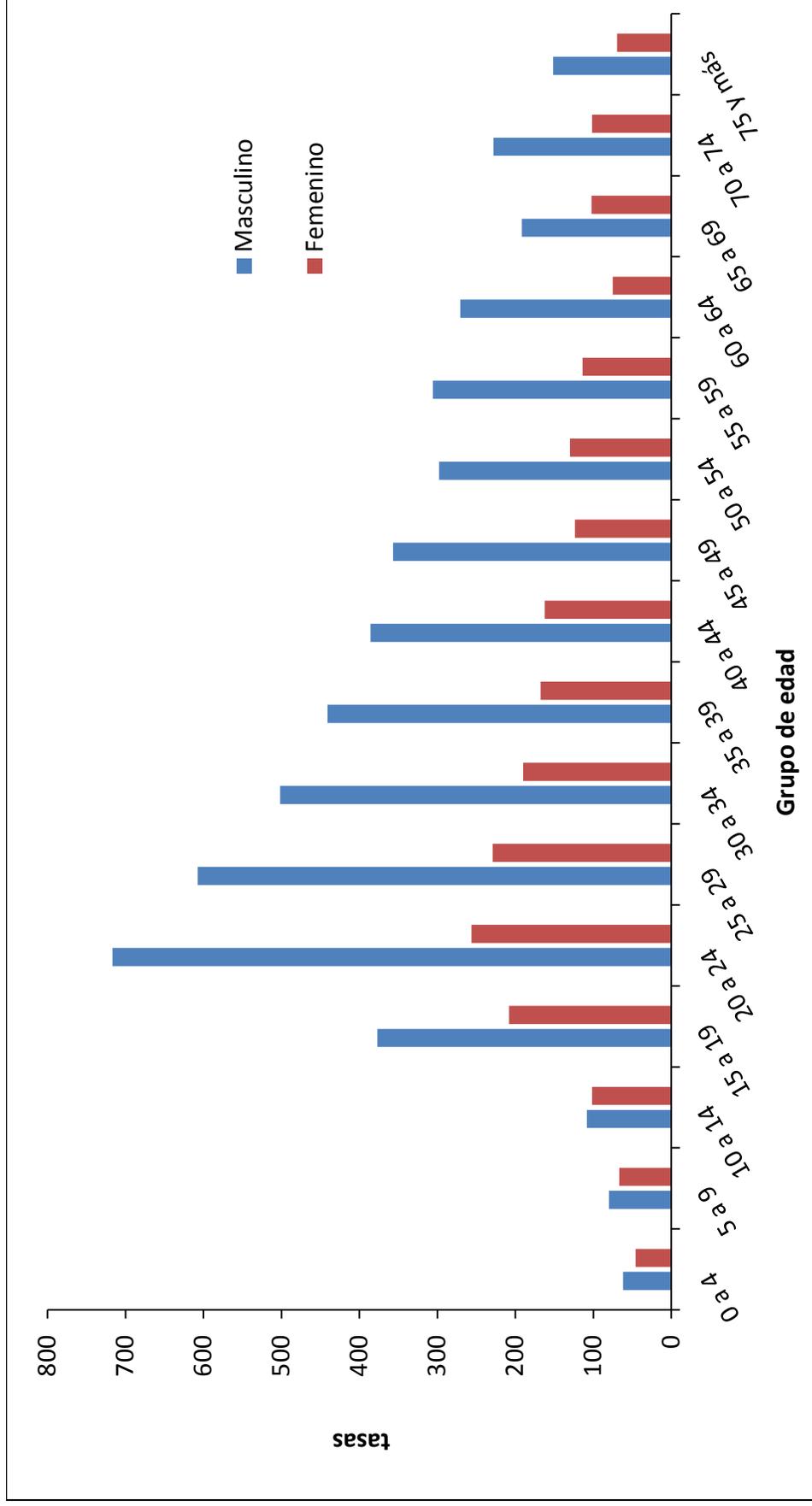
### 9.3.3 Incidencia y mortalidad por accidentes de tránsito

#### 9.3.3.1 Incidencia de accidentes de tránsito:

En el gráfico 4.48. se presenta la incidencia de accidente de tránsito según grupos de edad y sexo, para el año 2013, como bien ilustra el gráfico las poblaciones con edades comprendidas entre los 20 a 24 y de 25 a 29 años, estos son los grupos de edad con el mayor número de casos notificados; 1640 y 1380 respectivamente pero asimismo cabe indicar que estos datos también corresponden a la población masculina, así como en la población femenina en las mismas edades pero con menos casos es decir: 543 y 492 notificaciones.

Gráfico N° 4.48.

Incidencia de accidentes de tránsito según grupo de edad y sexo, Costa Rica, 2013.  
(Tasa por 100.000 habitantes)



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

### 9.3.3.2 Mortalidad por accidentes de tránsito:

En el 2012 fallecieron 604 personas por accidentes de tránsito, que representa una tasa de 11,9 por 100.000 habitantes y que, además, ocupa un 3,09% de las muertes totales. El número de muertes por esta causa aumentó en 3,96% con respecto al año anterior. Con respecto al sexo, el 82,12% del total de muertes por esta causa corresponde al masculino.

De acuerdo con el grupo de edad, el 84,44% de las muertes por accidentes de tránsito en el año 2012, ocurrieron en personas de 15 a 64 años.

**Cuadro N° 4.27.**  
**Mortalidad por accidentes de tránsito según grupos de edad por sexo**  
**Costa Rica- 2008-2012**

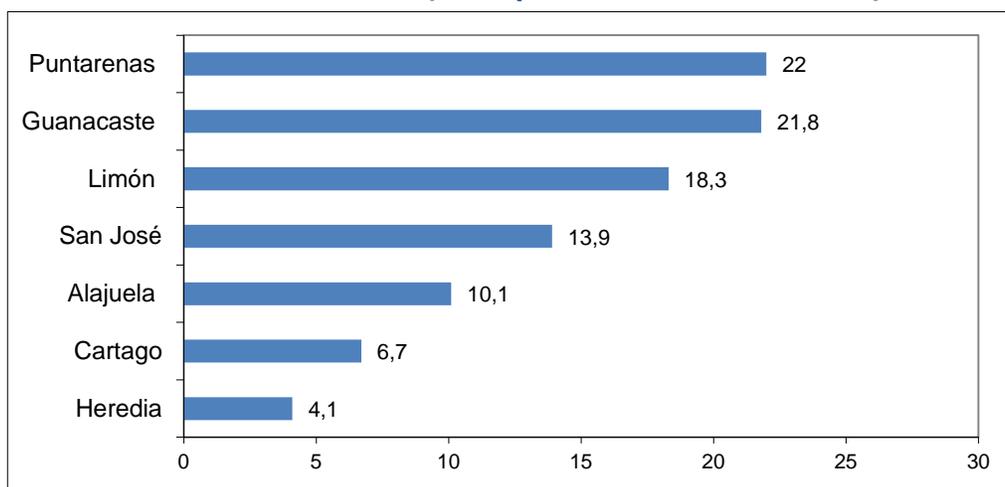
Grupos de edad	2008			2009			2010			2011			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem.	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
0-4	7	4	3	8	5	3	10	5	5	18	7	11	8	5	3
5-9	14	8	6	11	8	3	5	2	3	6	4	2	10	3	7
10-14	16	11	5	12	8	4	10	8	2	11	8	3	10	7	3
15-19	64	51	13	56	48	8	47	36	11	44	32	12	54	46	8
20-24	111	94	17	104	92	12	87	78	9	61	45	16	77	62	15
25-29	88	78	10	77	66	11	73	64	9	69	60	9	71	60	11
30-34	79	70	9	76	67	9	59	51	8	65	52	13	66	58	8
35-39	70	64	6	54	45	9	52	43	9	43	38	5	52	43	9
40-44	70	61	9	49	44	5	42	37	5	53	48	5	49	43	6
45-49	56	47	9	58	45	13	46	40	6	55	43	12	44	31	13
50-54	44	38	6	53	44	9	37	34	3	47	43	4	38	32	6
55-59	47	43	4	40	34	6	27	25	2	33	24	9	37	33	4
60-64	31	26	5	31	25	6	25	24	1	24	21	3	22	20	2
65-69	27	26	1	27	23	4	18	15	3	16	11	5	17	14	3
70-74	29	24	5	21	13	8	26	20	6	9	6	3	18	16	2
75 Y +	40	34	6	32	26	6	31	27	4	27	21	6	31	23	8
Costa Rica	793	679	114	709	593	116	595	509	86	581	463	118	604	496	108

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

Con respecto a la **provincia de ocurrencia**, las muertes por accidentes de tránsito ocurren en primer lugar en Puntarenas con una tasa de 22,3 por 100.000 habitantes, seguido por Guanacaste con 21,8, en tercer lugar Limón con 18,3. La provincia donde ocurren menos muertes es Heredia con una tasa de 4,1.

**Gráfico N° 4.49.**

**Mortalidad por accidentes de tránsito según provincia de ocurrencia.  
Costa Rica 2012\*. (Tasa por 100.000 habitantes)**



\* cifras preliminares

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

## 10. Determinantes sociales de la salud

### 10.1 Pobreza

Con respecto al tema de la pobreza, según los datos de la última Encuesta Nacional de Hogares 2013 sigue habiendo una brecha considerable entre la población de las diferentes regiones.

La mayor prevalencia de hogares tanto en condición de pobreza, como de pobreza extrema, se encuentra en las regiones Chorotega y Brunca, regiones donde además históricamente se acentúan otras problemáticas asociadas al tema como el desempleo, el bajo nivel educativo y el menor acceso a distintos servicios, en contraposición con la región Central donde se encuentra en menor cantidad de hogares con esta condición, lo

anterior es importante para tomar en cuenta en la planificación de acciones dirigidas a disminuir la brechas entre la población con esta condición.

#### Cuadro N° 4.28.

#### Distribución relativa de los hogares por nivel de pobreza según región de planificación. Costa Rica. Julio 2013.

Región	No pobres	Pobreza no extrema	Pobreza extrema
Central	83,9	12,0	4,0
Chorotega	65,9	21,6	12,6
Pacífico Central	69,4	20,0	10,6
Brunca	64,7	21,2	14,1
Huetar Caribe	72,9	17,1	10,0
Huetar Norte	75,3	15,2	9,5
Total país	79,3	14,3	6,4

Fuente: INEC, Censo de Población 2011.

A pesar de estas brechas, de acuerdo al Decimotavo Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2012 la economía nacional se recuperó considerablemente a partir del 2010, año en el que se registró una tasa de crecimiento de 4,2%, ya para inicios del 2012 mostró tasas cercanas al 7%. Este crecimiento supero el promedio Centroamericano y a otros países de Latinoamérica.

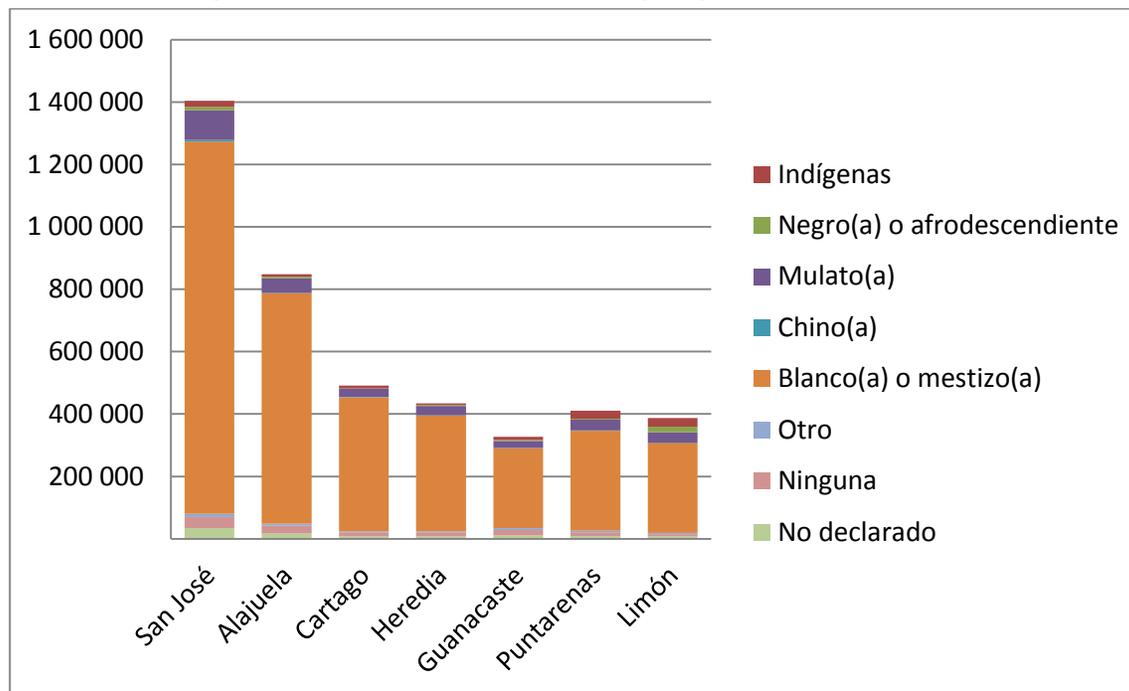
## 10.2. Conformación étnica.

Según datos del Censo 2011 la mayoría de la población se sigue visualizando como blanco o mestizo, es importante aclarar que dicha pregunta se realizó por medio de la auto identificación. La población bajo esta categoría se encuentra principalmente en San José.

Es importante señalar que la mayor cantidad de población indígena se encuentra en dos provincias, Limón y Puntarenas, mismas en las que se encuentran ubicadas 5 de las 8 etnias indígenas del país. Es de gran relevancia visualizar las diferencias étnicas propias de cada región para así generar acciones que se adecuen a las necesidades específicas de cada grupo y así lograr un mayor impacto en las mismas.

Gráfico N° 4.50.

Población por auto identificación étnica por provincia, Costa Rica, 2011.



Fuente: INEC, Censo de Población 2011.

### 10.3. Educación.

Los datos de Censo 2011 registran una tasa de alfabetización de 97,6%, superando los datos del censo anterior, la diferencia sigue siendo evidente en algunas regiones con mayor desventaja social. Alajuela y San José poseen la mayor cantidad de población con dicha condición, sin embargo es interesante notar como las diferencias entre hombre y mujeres son mínimas en cada provincia.

Las diferencias siguen siendo evidentes cuando se toma en cuenta el nivel de instrucción de la población, la región Central posee mayor cantidad de personas con nivel de instrucción de Secundaria completa y Universitaria, mientras que la región Huetar Norte posee la menor, lo que confirma que las zonas periféricas siguen teniendo mayor ventaja en cuanto al acceso a la educación en comparación a las zonas rurales del país que continúan en desventaja.

**Cuadro N° 4.29.**  
**Población de 10 años y más por condición de alfabetismo y sexo**  
**según provincia. Costa Rica.2011**

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

Fuente: INEC, Censo de Población 2011.

#### 10.4. Actividad física

De acuerdo con la información proporcionada por la CCSS, en la publicación de la Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular (CCSS, 2011), un 50,9% de la población realiza actividad física baja o nula y un 34,3% de las personas adultas realizan un nivel de actividad física definido como alto.

En relación a la actividad física alta, el sexo con mayor porcentaje fue el masculino con 47,2% y predominantemente en el grupo de edad de 20 y 39 años. En este grupo de edad mostró mayor porcentaje de actividad física en las mujeres con el 22,5%.

En relación a la actividad física baja, el sexo que femenino aporta el mayor porcentaje, (63,4%) y el grupo de edad en ambos sexos, que presenta el menor nivel de actividad física fue el grupo de 65 años y más.

Con respecto a la población joven del país, según muestran los datos obtenidos por el Consejo de la Persona Joven en la Segunda Encuesta Nacional de Juventudes, en la que se entrevistaron hombres y mujeres entre los 15 y los 35 años, un 35,5 % de los hombres afirma siempre haber practicado algún deporte en el último año mientras que en las mujeres esta cifra alcanza solo un 15%.

Además se puede ver que existen diferencias de acceso a lugares para realizar actividades deportivas, ya que solo un 36,5% de las mujeres tuvieron acceso a estos espacios mientras que en los hombres este porcentaje fue de un 55,5%.

#### Cuadro N° 4.30.

#### Personas jóvenes de 15 a 35 años, por sexo, según los espacios en la comunidad a los que han tenido acceso en el último año, Costa Rica, 2012.

En su comunidad tiene acceso a:	Sexo					
	Hombre			Mujer		
	Sí	No	Ns/Nr	Sí	No	Ns/Nr
Instalaciones deportivas cerradas (canchas bajo techo, piscinas, etc.)	55,5%	44,0%	0,5%	36,5%	62,8%	0,7%
Espacios abiertos para practicar deportes (plazas, canchas, parques, etc.)	74,8%	25,1%	0,2%	62,0%	37,8%	0,1%
Clases de alguna actividad deportiva	32,5%	65,6%	1,9%	21,5%	76,4%	2,1%
Centro o salón comunal	37,2%	61,9%	0,9%	37,6%	61,9%	0,5%
Clases o grupos de baile, teatro, pintura, música, etc.	15,3%	82,1%	2,6%	16,2%	81,1%	2,6%
Clases de manualidades y/o artesanías	10,9%	86,0%	3,1%	14,2%	83,3%	2,5%

Fuente: Consejo de la Persona Joven, II Encuesta Nacional de Juventudes, 2012-2013

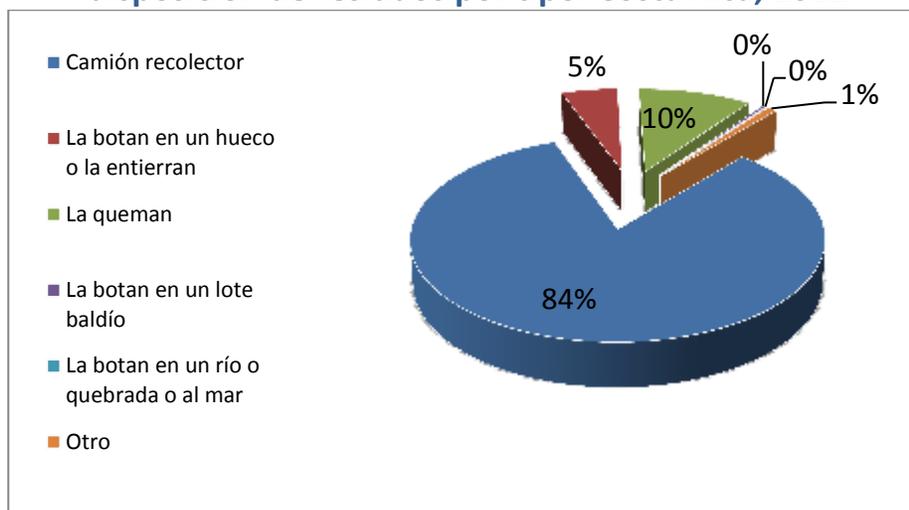
### 10.5. Determinantes ambientales.

#### 10.5.1 Disposición de residuos sólidos.

Según los datos del INEC en el Censo 2011, un 84% de las viviendas cuenta con servicio de recolección de residuos por medio de camión recolector, en tanto que el 10 % los queman, un 5% los entierran o disponen en huecos y el porcentaje restante, los tiran a cuerpos de agua.

En la población urbana el servicio de recolección está disponible en 96% de los hogares y en el área rural solo en el 48 %. Esta cifra puede verse explicada por las dificultades en el transporte, geografía y estado de las vías de acceso; así como a lo disperso de los puntos de recolección lo que encarece y dificulta el servicio por parte de las municipalidades.

**Gráfico N° 4.51.**  
**Porcentaje de viviendas a nivel nacional con servicio de disposición de residuos por tipo. Costa Rica, 2011**



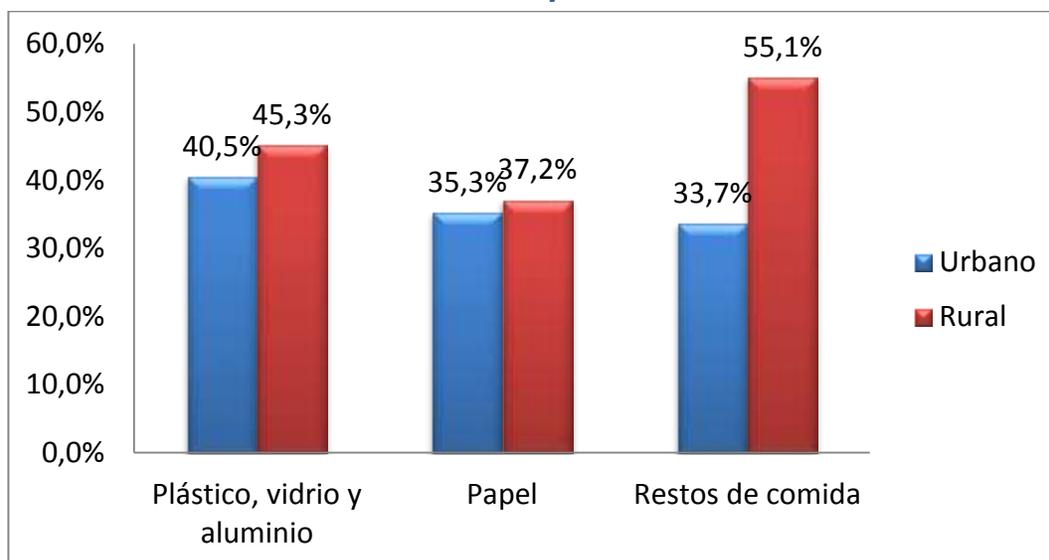
Fuente: INEC, Censo 2011.

En cuanto a la separación de residuos en al menos tres categorías, a nivel nacional un 41% indica separar el Plástico, vidrio y aluminio. Por otro lado un 35,8% de la población manifiesta separar el papel; mientras que un 39% indica separar restos de comida.

La comparación de estos datos entre el sector urbano y el rural muestra algunas diferencias. Por ejemplo: a nivel rural el porcentaje de separación del Plástico, vidrio y aluminio es 4.7% mayor que en el área urbana. En tanto que para los restos de comida (orgánicos) el porcentaje de separación es 21.4% mayor en el área rural respecto a la urbana. En cuanto al papel el porcentaje de aprovechamiento es similar 35.3 a 37. 2%.

En términos generales se observa una buena disposición de la población a la separación de residuos valorizables de la corriente ordinaria de residuos. Esto puede deberse al impacto de la Ley 8839 para la Gestión Integral de Residuos, cuya rectoría está en manos del Ministerio de Salud y a la elaboración e implementación de los planes municipales para la gestión de residuos.

**Gráfico N° 4.52.**  
**Disposición de residuos a nivel nacional por tipo para**  
**zona urbana y rural-Costa Rica 2011**



Fuente: INEC, Censo 2011.

### 10.5.2. Disposición de aguas negras.

Según datos del Censo 2011, el 76% de la población cuenta con tanque séptico como método para disponer sus aguas negras; mientras que tan solo el 20% está conectado al alcantarillado sanitario.

Estos datos coinciden muy cercanamente con los emitidos por el Estado de la Nación 2011, que además indica que en la Gran Área Metropolitana, tan solo el 0.79% de las aguas residuales son tratadas en plantas de tratamiento. El resto es vertida principalmente a los Ríos Tiribí, María Aguilar, Torres y Rivera, con el consecuente impacto ambiental a los ecosistemas y a la salud de las poblaciones aledañas.

### 10.5.3 Agua Para uso humano.

Según los datos del Censo 2011, el 48% de la población cuenta con servicio de agua suministrado por AyA seguido por el 24% y 15 % suministrados por acueductos rurales o comunales y Municipales respectivamente. El porcentaje restante obtiene su suministro

de otras fuentes tales como pozos, acueductos de empresa, ríos u otros.

Del Total de la población nacional el 97,5% cuenta con suministro interno de agua contra un 2,5% que no lo tiene. Así mismo, según el Estado de la Nación, el 90,1% de la población recibe agua de calidad potable según el Decreto 32324-H, lo cual se convierte en uno de los grandes logros del país y que tiene un alto impacto a nivel sanitario. Esto contrasta con un consumo desmedido del recurso, situando al país con un 8% por encima del consumo promedio mundial.

#### **10.5.4 Calidad del aire.**

Según el Estado de la Nación existe un problema creciente relacionado con los niveles de contaminación sónica; ocasionada principalmente por la flota vehicular y por la insuficiencia de la regulación existente para controlar este aspecto.

Por otro lado, el Cuarto Informe de calidad del aire, realizado por la UNA en convenio con el Ministerio de Salud. MINAE, Municipalidad de San José y otras instituciones estatales refleja que el material particulado (PM10), que constituye el material respirable, parece estar estabilizándose ya que no se han presentado disminuciones considerables en sus valores respecto al 2010.

Sin embargo, la gran preocupación es ahora el material particulado igual o inferior a 2.5 micras o PM2.5, cuya capacidad de penetración al sistema respiratorio es mucho mayor y conforman entre el 65 al 70% del material particulado, alcanzando incluso al nivel alveolar. Sus valores se han incrementado sobrepasando la Norma de la OMS.

Estas partículas mayoritariamente son de carbono orgánico y elemental proveniente de la combustión de vehículos diésel y gasolina en zonas residenciales y comerciales; mientras que las fuentes fijas hacen un aporte importante en zonas industriales; razones por las cuales deben seguir reforzándose medidas de prevención, control y mitigación en estos aspectos.

También se observó un incremento en la acidificación de la precipitación, lo cual requiere estudios más minuciosos para comprender las causas

# **CAPÍTULO V.**

## **LOGROS DEL MINSITERIO DE SALUD Y SUS ENTES ADSCRITOS.**

---

### I. LOGROS INSTITUCIONALES.

El Ministerio de Salud presenta las principales acciones realizadas durante el periodo de mayo 2010 a marzo 2014, las cuales han estado orientadas hacia el cumplimiento de la misión institucional de garantizar la protección y mejoramiento de la salud de la población.

Este apartado se estructura alrededor de los temas que fueron considerados como prioritarios para la presente Administración y pretende exponer en forma sucinta los principales aportes de la labor del Ministerio de Salud a favor de la protección y el mejoramiento de la salud de población.

En cada tema expone un resumen del estado de situación, un recuento de los principales logros alcanzados por la Institución, y por último los principales desafíos que se deben afrontar en el próximo cuatrienio. Todo lo anterior desde la perspectiva de los beneficios que la población percibe a partir de las acciones ejecutadas por el Ministerio de Salud.

#### 1. GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS.

##### **Estado de situación:**

Según los datos del Censo Nacional 2011, un 84% de las viviendas cuenta con servicio de recolección de residuos, en tanto que el 10% los queman, un 5% los entierran o disponen en huecos y el porcentaje restante, los depositan en ríos o en el mar.

En las zonas urbanas la cantidad de viviendas con servicio de recolección es del 96% y en las zonas rurales es de un 48%, así mismo, aumenta el porcentaje de enterramiento de la basura y quema.

Lo anterior puede ser explicado por factores culturales, las dificultades en el transporte, el estado de las vías de acceso, así como a lo disperso de los puntos de recolección en las zonas rurales, lo que encarece y dificulta el servicio por parte de las municipalidades.

En cuanto a la separación de residuos a nivel nacional, en un 41% de las viviendas estudiadas se indicó que separan el plástico, vidrio y aluminio, un 35,8% manifiesta separar el papel; y un 39% indica separar restos de comida.

La comparación de estos datos entre el sector urbano y el rural muestra algunas diferencias. Por ejemplo, a nivel rural el porcentaje de separación del plástico, vidrio y aluminio es 4,7% mayor que en el área urbana. En tanto que para los restos de comida (orgánicos) el porcentaje de separación es 21,4% mayor en el área rural respecto a la urbana. Con respecto al papel, el porcentaje de aprovechamiento es del 35,3% en la zona rural y del 37,2% en la urbana.

Según estimaciones, para el año 2006 se generaban 3.784 toneladas de residuos ordinarios diarios, para el 2011 se generaban cerca de 3.955 toneladas diarias y para el 2013, aproximadamente 4.000 toneladas diarias.

En el 2010 se reportaron 38 vertederos en todo el país. Al comparar este dato con la información del cuadro anterior se puede observar que cada vez hay más vertederos que se encuentran en proceso de cierre técnico y dos están en proceso de ser convertidos a rellenos sanitarios que cumplen con las disposiciones de la normativa vigente. Actualmente los centros de disposición se pueden caracterizar de la siguiente manera:

### Cuadro N° 5.1

#### Depósitos de residuos sólidos según tipo, condición y región, Costa Rica 2013.

Región	Vertederos	Vertederos con cierre técnico	Vertederos en reconversión	Rellenos sanitarios
Central Sur	0	0	0	2
Central Norte	2	1	0	0
Central Este	7	0	0	1
Central de Occidente	2	0	0	0
Huetar Caribe	1	1	0	1
Huetar Norte	3	1	0	0
Pacífico Central	3	1	1	2
Chorotega	5	4	1	0
Brunca	5	2	0	0
TOTAL	28	10	2	6

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Protección al Ambiente Humano, marzo 2014.

#### Logros:

- *Aumento en la recuperación de residuos en la fuente y disminución de la cantidad que son enviados a los sitios de disposición final.*

Del 2006 al 2011 la producción diaria de residuos ordinarios creció un 5,6%, en tanto que del 2011-2013 solamente un 0,1%. Esta desaceleración en la cantidad de sitios que son enviados a los rellenos o vertederos ocurrió luego de la entrega en vigencia la Ley de Gestión Integral de Residuos (Ley 8839) y el Ministerio de Salud junto con los gobiernos locales empezaran a realizar acciones para cumplir con las disposiciones de la Ley.

La expectativa es que la desaceleración se sostenga e incluso se revierta la tendencia y se logre una disminución neta en la cantidad de residuos que llegan a los sitios de disposición final.

- *Fortalecimiento de los gobiernos locales para la gestión integral de residuos.*

Por designación expresa de la “Ley N° 8839 - Ley para la Gestión Integral de Residuos”, las municipalidades son los entes responsables de la gestión integral de los residuos generados en cada cantón. Para esto, entre otras tareas, deben establecer y aplicar el

Plan Municipal para la Gestión Integral de residuos en concordancia con la Política y el Plan Nacional.

El Ministerio de Salud debe brindar asesoría técnica y logística a los gobiernos locales para la elaboración, ejecución y evaluación de todos estos planes. A la fecha se han elaborado y están en ejecución los planes municipales del 70% de los cantones del país.

Otra de las acciones realizadas por el Ministerio de Salud en esta materia, fue la formulación de la “Política y el Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos”, los cuales constituyen el marco de acción que orienta las acciones, fija las prioridades y establece los lineamientos y las metas que guían a los planes municipales, y todas las demás acciones que se desarrollen en el tema tanto por las instancias estatales como privadas.

- *Mayor y mejor acceso a información sobre gestión integral de residuos.*

El Ministerio de Salud creó mecanismos de comunicación con el propósito de establecer una relación interactiva con la población a fin de difundir información sobre la Ley 8839 y sobre la gestión integral de residuos en general.

Actualmente se cuenta con dos instrumentos de comunicación en línea: la página Web [www.ley8839.go.cr](http://www.ley8839.go.cr) y un perfil en Facebook ([www.facebook.com/Ley8839](http://www.facebook.com/Ley8839)). Ambos medios permiten brindar educación y consejos útiles para promover conductas y hábitos amigables con el ambiente (reciclaje, reúso, revalorización de residuos, entre otros).

### **Principales desafíos:**

- Elaboración e implementación de los planes de gestión integral de residuos en los 23 cantones pendientes.
- Incremento de la capacidad de los gobiernos locales para ofrecer servicios de recolección según tipo de residuos.
- Adopción de prácticas de separación de los residuos en el origen por una mayor cantidad de personas.
- Control y supervisión del 100% de los gestores de residuos de acuerdo a la normativa vigente.

- Formación de líderes para incentivar la participación social en la gestión de los residuos sólidos, de manera que se revalorice, reúse, recicle, rechace y trate en mayores proporciones.

## 2. SANEAMIENTO RURAL BÁSICO.

### Estado de situación:

El Programa SANEBAR tiene como objetivo brindar a las familias de áreas prioritarias la provisión de servicios de salud de saneamiento básico para la adecuada disposición y tratamiento de excretas humanas, esto con el fin de mejorar las condiciones de vida y la salud de la población beneficiaria, alcanzando un ambiente más favorable con menor cantidad de contaminantes y un control de enfermedades infectocontagiosas.

Este programa está dirigido a grupos familiares con bajo índice de desarrollo social que residen en los cantones o zonas prioritarias.

### Logros:

- *Mejoramiento de las condiciones de vida y de saneamiento básico a 4.890 familias.*

A continuación se presenta un cuadro con la cantidad de sistemas para la adecuada disposición y tratamiento de excretas humanas instalados en los últimos 4 años:

**Cuadro N° 5.2**  
**Sistemas de saneamiento básico instalados según tipo.**  
**Costa Rica, 2010 – 2013**

TIPO DE SISTEMA INSTALADO	INSTALADOS POR AÑO				
	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Letrina Seca	118	-	400	73	<b>591</b>
Sistema de Tratamiento de Excretas (húmedo)	1015	1050	1500	150	<b>3715</b>
Sistema Básico de Tratamiento de Aguas residuales	-	-	-	540	<b>540</b>
Interceptor de Grasas	-	-	-	44	<b>44</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1133</b>	<b>1050</b>	<b>1900</b>	<b>807</b>	<b>4890</b>

Fuente: Dirección Protección al Ambiente Humano Ministerio de Salud, Marzo 2014.

**Cuadro N° 5.3**  
**Beneficiarios del Programa SANEBAR, según región.**  
**Costa Rica 2013.**

<b>Región</b>	<b>Habitantes beneficiados</b>
Brunca	4965
Centra Este	215
Central Norte	1065
Central de Occidente	0
Central Sur	45
Chorotega	5595
Huetar Caribe	5745
Huetar Norte	3190
Pacífico Central	2345
<b>Total</b>	<b>23170</b>

Fuente: Dirección Protección al Ambiente Humano Ministerio de Salud, Marzo 2014.

### **Principales desafíos:**

- Fortalecimiento del programa mediante la creación de un equipo ejecutor que cuente con apoyo administrativo eficiente.
- Apoyo a las familias para la instalación de los sistemas.

### **3. CONTROL INTEGRAL DE VECTORES.**

#### **Estado de situación:**

Por ser Costa Rica un país tropical, con una diversidad de microclimas, fauna y flora, presenta las condiciones propicias de temperatura, altitud y precipitación pluvial para la presencia y adaptabilidad de vectores que transmiten enfermedades.

A lo anterior se suma el manejo inadecuado del ambiente en algunas zonas del país, sobre todo en lo que corresponde a la disposición inadecuada de residuos. Otro factor

que contribuye es el hecho de aún existen comunidades que no cuentan con servicio de agua intradomiciliar, lo que los obliga al almacenamiento de agua en recipientes.

Todo lo anterior propicia la presencia de objetos o residuos contenedores de agua que sirven de criadero para mosquitos *Aedes aegypti* (transmisores del dengue), acumulaciones de residuos como madera en lugares que aún lo utilizan como combustible que incrementa el riesgo de la presencia de *Triatoma* sp. (transmisores de la Enfermedad de Chagas), o aguas estancadas que permiten el incremento de la población de mosquitos anófeles (transmisores de la malaria).

Aunado a lo anterior, la globalización y el aumento del comercio y el turismo hacen que el país sea más vulnerable al ingreso de agentes infecciosos ya sea por personas portadoras o por contaminación de productos.

De las enfermedades vectoriales, el dengue es la que más ha afectado a nuestro país. En el año 2013 el país ocupó el segundo en la tasa de incidencia más alta en Centroamérica y República Dominicana. Todo lo anterior tiene un impacto social y económico muy alto para nuestro país (ver detalle en el Capítulo IV).

#### Logros:

- *Control de la trasmisión del virus del dengue en todas las áreas intervenidas.*



Del 2010 al 2013 se presentaron dos de los tres picos epidémicos mayores desde la introducción del dengue al territorio nacional, con la circulación conjunta de tres serotipos del virus. No obstante, la incidencia de casos graves fue baja y la letalidad por dengue fue la más baja de la subregión de Centro América y República Dominicana, con solo un caso de muerte por dengue confirmado y 3 bajo estudio.

En el 2013, se presentó un comportamiento epidemiológico atípico a nivel nacional así como en el resto del continente americano; a partir de la semana epidemiológica N° 19 (principios de mayo) se observó un aumento considerable en el número de casos que se mantuvo hasta la semana epidemiológica N° 30 (finales de julio) cuando a raíz de las intervenciones realizadas empezó a darse una disminución constante en el número de casos que se mantuvo hasta finales del año.

Bajo la conducción de la Ministra de Salud se desarrollaron el “Plan de Contingencia” y la campaña “Mi Comunidad sin Dengue”, los que permitieron articular a instancias como: todas las instituciones de gobierno central, gobiernos locales, instituciones autónomas, empresas privadas, organismos internacionales, representaciones



diplomáticas, entre otros. Esta articulación permitió contar con más recursos financieros, materiales y humanos para potenciar el control de la enfermedad, logrando así, trascender el abordaje tradicional, convirtiéndolo en un compromiso y una meta de país.

Adicionalmente, las Áreas Rectoras de Salud implementaron a nivel de las comunidades la “Estrategia de Gestión Integrada” (EGI) con sus seis componentes<sup>1</sup>, lo cual contribuyó también un a control de la trasmisión del virus.

En todas las regiones del país se implementaron iniciativas específicas, tales como el programa “Cero Dengue” desarrollado en la Región Huetar Caribe, el cual busca otorgar

---

<sup>1</sup> Vigilancia epidemiológica, vigilancia basada en laboratorio, manejo integrado del vector, atención oportuna y de calidad a los casos de dengue, manejo del medio ambiente y comunicación social y participación comunitaria.

un certificado a las instituciones públicas y privadas que colaboran activa y eficazmente en la lucha contra la conformación de criaderos del dengue.

Desde que se empezó a implementar esta certificación en el cantón central de Limón en el 2012, se han podido observar resultados positivos, los cuales se reflejan en las estadísticas presentadas durante el 2013 cuando a pesar de que Costa Rica presentó la mayor cantidad de casos históricos, sin embargo en esta zona los casos fueron controlados, manteniendo un índice de casos incluso menor que los registrados en el año 2012.

En la Región Huetar Norte como parte de la estrategia integral del dengue se elaboraron planes de comunicación sobre conductas y prácticas saludables en la prevención del dengue en cada una de las áreas rectoras.

Se han realizado campañas para la recolección de residuos no tradicionales en convenio con los gobiernos locales y con la participación de otros actores sociales. En dicho convenio se invirtieron 6 millones de colones.

En la Región Brunca se realizó una coordinación binacional con la Dirección Regional de Chiriquí (Ministerio de Salud de Panamá) para el trabajo conjunto en el cordón fronterizo.

- *El país se encuentra en vías de erradicación de la malaria, mostrando una reducción del 99% de los casos.*

En el 2013 en Costa Rica se registraron solo seis casos de los cuales únicamente dos casos fueron autóctonos, siendo esta la menor incidencia de casos de malaria en la historia del país. Este logro posiciona a Costa Rica entre los países de mayor disminución y lo coloca en vías de erradicación de esta enfermedad.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecen que para el 2015 todos los países debían reducir en un 75% el número de casos de malaria. Nuestro país cumplió y superó

esta meta antes de lo pactado, ya que el número de casos se redujo 1879 en el año 2000 a solo 8 casos en el 2013 (reducción del 99,6%).

Históricamente, la provincia de Limón ha sido considerada como la única zona endémica de malaria en el país; en el 2013 se logró la eliminación de la transmisión de la enfermedad en esta zona, pasando de tener en el 2004 cinco cantones considerados de riesgo (Talamanca, Siquirres, Pococí, Limón, Matina) a ninguno en el 2013.

- *Eliminación de la transmisión de filariasis.*

En mayo 2012 la Organización Mundial de la Salud clasificó a Costa Rica en la lista de países no endémicos de filariasis linfática, convirtiéndose en uno de los 3 países, junto con Surinam y Trinidad y Tobago, del continente americano que han logrado interrumpir la transmisión de esta enfermedad.

- *Eliminación del vector de la enfermedad de Chagas.*

En agosto del 2011 la OPS/OMS certificó a Costa Rica como país libre de la presencia del insecto transmisor de la enfermedad de Chagas *Rhodnius prolixus* (chinchas), condición que se ha mantenido hasta la fecha.

Además, se realiza la vigilancia y control del 100% de los bancos de sangre para certificar el cumplimiento de los protocolos para garantizar la ausencia del parásito en la sangre y sus derivados.

Asimismo, para contribuir en la lucha contra esta enfermedad se oficializó la “Norma de Atención Integral de la Enfermedad de Chagas”, mediante el Decreto Ejecutivo N° 37269-S.

## Principales desafíos:

- Continuidad del apoyo y compromiso político de las instancias del Poder Ejecutivo para el control del dengue.
- Sostenibilidad de los logros alcanzados por el Plan de Contingencia y la campaña Mi Comunidad sin Dengue
- Desarrollo de labores de prevención permanentes.
- Sostenibilidad de la EGI en todas las comunidades del país.
- Fortalecimiento de los comités comunales para desarrollar entornos o ambientes saludables con la participación de grupos organizados comunales.

## 4. PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES

### Estado de situación:

En el año 2005 se actualizó el Reglamento Sanitario Internacional, el cual fue ratificado en nuestro país mediante el decreto ejecutivo N° 34038-S el 18 de diciembre 2007. Desde entonces el país ha venido trabajando para adquirir las capacidades básicas para la vigilancia y control de las enfermedades de importancia nacional e internacional.

### Logros:

- *Los puntos oficiales de entrada al país están preparados para afrontar eventos de salud pública a nivel nacional o internacional.*

El monitoreo y difusión de alertas internacionales sobre enfermedades contagiosas, como el cólera, ha permitido que el país se organice para la detección, prevención y control de este tipo de eventos, disminuyendo el riesgo de transmisión en la población.

Se han evaluado los puertos de Caldera y Limón; los aeropuertos Juan Santamaría, Daniel Oduber, Tobías Bolaños e Internacional de Limón; las fronteras terrestres de Paso Canoas, Peñas Blancas, Sereno y Sixaola. Se cuenta con planes de Contingencia para atender cualquier evento de salud pública en estos puntos de entrada.

Estos planes incluyen aspectos como: guiones para ejercicios de simulación según tipo de evento y punto de entrada; procedimientos para traslado de un paciente a otro país, y procedimientos de toma de decisión a partir de una alerta.

- *Elaboración de instrumentos para operativizar el Reglamento Sanitario Internacional*

Se elaboraron los siguientes instrumentos para proteger al país ante eventos de salud: protocolo de bioterrorismo, protocolo de notificación y atención por exposición accidental a fuentes de radiaciones ionizantes, guía de salud para la prevención y atención de intoxicaciones por productos químicos, protocolo para la vigilancia y atención de las encefalitis y meningoencefalitis por distintos tipo de virus.

Todo lo anterior contribuyó a que Costa Rica cumpliera con lo estipulado en el RSI en el tiempo establecido, siendo uno de los seis que a nivel mundial no tuvieron que solicitar prórroga a la OMS.

## **5. ATENCIÓN INTEGRAL AL VIH.**

### **Estado de situación:**

La epidemia de VIH-sida constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial y tiene, además, implicaciones serias a nivel social, laboral y económico. Costa Rica no escapa de esta situación.

La Ley General del VIH/SIDA promulgada desde 1998 tiene como objetivo la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida o Sida; además, trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y los demás habitantes del país.

En el marco de la Ley se han desarrollado políticas, planes, programas y proyectos específicos, con la participación activa y comprometida de todos actores y los sectores involucrados, en especial la sociedad civil organizada para garantizar la atención integral de las personas infectadas por el virus incluyendo el tratamiento con antirretrovirales.

En el Capítulo 4 de esta Memoria se presenta el detalle de la situación epidemiológica.

### Logros:

- *Creación del Observatorio Centroamericano de VIH.*

Con esta estrategia se impulsan y desarrollan investigaciones tanto nacionales como a nivel de la región de Centroamérica, en torno a la prevención y atención al VIH y el sida, que sirven a los gobiernos y las organizaciones para ejecutar acciones basadas en evidencia y que respondan a las necesidades reales en el tema.

- *Medición de gasto en SIDA (MEGAS-2010 y MEGAS 2012).*

En el 2010 se realizó la Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH y Sida “MEGAS”, la cual constituye una herramienta que genera información importante para la toma de decisiones sobre la inversión en la atención integral del VIH/SIDA.

Permite conocer el avance del Plan Estratégico Nacional, los cambios en las normas, la cobertura y costos de la atención, y plantean el riesgo de limitar el acceso a las acciones y los servicios. Monitorear tales cambios provee evidencias para formular y aplicar una estrategia financiera orientada a la sostenibilidad, efectividad, equidad, transparencia y participación social de la respuesta al VIH/SIDA.

La aplicación del instrumento permitió un acercamiento entre el Ministerio de Salud y los diferentes actores sociales involucrados en la atención del VIH/SIDA, haciéndolos partícipes de la recolección y el procesamiento de la información relacionada con la Medición del Gasto y Financiamiento de la respuesta del VIH/sida y de la importancia que tienen este tipo de mediciones.

En el cuadro 5.4 se observan los resultados de la medición los cuales muestran que del gasto total para la atención del VIH un 57,3% se utiliza para tratamiento, mientras que únicamente un 37,0% en actividades preventivas.

Analizando únicamente el rubro del gasto público, el gasto en atención y tratamiento (que incluye la provisión medicamentos antirretrovirales) la cifra aumenta al 70,3% del presupuesto, destinándose únicamente un 27,3 para las actividades de prevención.

Lo anterior debe llevar a una reflexión nacional por parte de todos los sectores, con el fin de propiciar un aumento en la inversión destinada a prevención con énfasis en poblaciones vulnerables.

Actualmente se está en proceso de terminar el estudio de la Medición del Gasto para 2012, los resultados del estudio serán oficializados durante el primer semestre de 2014.

### Cuadro N° 5.4

**Financiamiento de la respuesta nacional  
Gastos por categorías según origen del financiamiento  
Costa Rica, año 2010, en US\$**

Categorías de gasto en Sida	Origen del financiamiento			
	Público (FS.01)	Privado (FS.02)	Internacional (FS.03)	Total
Prevención	6.764.761,00	3.412.320,00	1.139.253,00	<b>11.316.334,00</b>
Atención y tratamiento	17.401.014,00	42.069,00	64.384,00	<b>17.507.467,00</b>
Huérfanos y niños vulnerables		2.311,00		<b>2.311,00</b>
Gestión de programas (Adm.)	127.672,00	68.859,00	521.666,00	<b>718.197,00</b>
Recursos humanos	328.405,00	58.577,00	117.442,00	<b>504.424,00</b>
Protección y servicios sociales	5.623,00	13.599,00		<b>19.222,00</b>
Entorno favorable	121.972,00	14.014,00	215.827,00	<b>351.813,00</b>
Investigación	16.297,00		120.325,00	<b>136.622,00</b>
<b>Total</b>	<b>24.765.744,00</b>	<b>3.611.749,00</b>	<b>2.178.897,00</b>	<b>30.556.390,00</b>

Fuente: Costa Rica: Medición del Gasto en sida 2010

- *Oficialización de la Directriz de Prevención del VIH y sida en el lugar de trabajo.*

El Ministerio de Salud como parte del Consejo de Salud Ocupacional y con el apoyo de USAID/ PASCA promovió el desarrollo e implementación de políticas y programas de prevención en VIH en el lugar de trabajo.

En el año 2011 las siguientes empresas se incorporaron al programa: Kimberly Clark, Empresa de transporte inter-fronterizo Humberto Álvarez, Grupo Scotiabank de Costa Rica, Meloneras de Costa Rica; y en el 2012: la Liga Agrícola Industrial de la Caña (LAICA), Grupo ICE, Asociación Empresarial para el Desarrollo (AED), Grupo Irex de Costa Rica y la Cruz Roja Costarricense. Para el año 2013 se incorporaron la Universidad de Costa Rica, RITEVE S.A y Punto Rojo.

### **Principales desafíos:**

- Fortalecimiento de las acciones de prevención, incluyendo un aumento en la asignación presupuestaria.
- Desarrollo de una nueva propuesta de financiamiento ante el Fondo Mundial de Lucha Contra el VIH, la TB y la Malaria.
- Desarrollo de un sistema nacional de información en VIH y sida que brinde información actualizada sobre la situación epidemiológica y de la respuesta nacional.
- Desarrollo de una propuesta de la nueva Ley General de VIH y aprobación por parte de la Asamblea Legislativa.
- Oficialización y divulgación la norma de Atención Integral del VIH/SIDA.

## **6. ACCESO A AGUA APTA PARA CONSUMO HUMANO.**

### **Estado de situación:**

Los suelos volcánicos de la cordillera de Guanacaste contienen arsénico y esta podría ser una de las razones por las cuales este elemento químico ha contaminado las aguas de 24 comunidades de los cantones de Bacages, Cañas y San Carlos.

Entre las comunidades afectadas se encuentran: Agua Caliente, Montenegro, Falconiana, El Chile, Bagatsí, del cantón de Bagaces; Bebedero de Cañas, así como ASA-5, Vuelta Kooper de San Carlos.

En marzo del 2012 la Presidencia de la República y el Ministerio de Salud emitieron un decreto ejecutivo declarando esta problemática como emergencia sanitaria.

### Logros:

- *Remoción del arsénico presente en la red de distribución de agua para consumo de las comunidades afectadas.*

El Ministerio de Salud inició un proyecto para la construcción e instalación de filtros tipo *kancham* en los hogares de las comunidades afectadas para remover el arsénico presente en la red de distribución de agua.

A marzo de 2014, se han instalado 1080 filtros en hogares de las comunidades afectadas, cubriendo la meta proyectada en un 75%, el restante 25% de filtros se colocarán en el transcurso del 2014.

Aunado a lo anterior también se coordinó con el AyA, para que dicha institución adquiriera 6 equipos de alta tecnología para remoción de arsénico para ser instalados en las comunidades de: Bebedero de Cañas, Quintas don Miguel, Falconiana y Agua Caliente-Montenegro de Bagaces, así como Santa Cecilia del Amparo y Cristo Rey de Los Chiles.

### Principales desafíos:

- Vigilancia y control de la calidad del agua en todos los sistemas de acueductos rurales (ASADAS y sistemas municipales) con énfasis en las comunidades prioritarias.
- Instalación de las plantas removedoras de arsénico en los acueductos que proveen el servicio a las comunidades afectadas.

## 7. CONTROL DEL TABACO.

### Estado de situación:

Actualmente, se calcula que cerca de 434.000 personas fuman activamente en Costa Rica, de los cuales 68% son hombres y 32% mujeres. No obstante, la prevalencia del consumo de tabaco ha ido descendiendo a partir del año 1990.

Según los datos de la Encuesta de Hogares del 2010 del IAFA, la prevalencia del consumo de tabaco en la población entre los 12 y 70 años fue 15,1% y se estima que para el año 2014 la prevalencia será de 13,6%, siendo mayor la prevalencia en hombres (20,5%) que en mujeres (10,1%).

La Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria Costa Rica 2012, evidenció que uno de los grupos de mayor importancia es la población adolescente, ya que el 23% de los estudiantes entrevistados refirieron haber fumado alguna vez en la vida, y 10,3% indican haber fumado en los últimos doce meses.

### Logros:

- *Promulgación de la “Ley N°9028 – Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud*



En marzo del 2012 después de un largo proceso de discusión y cabildeo nacional los Poderes Legislativo y Ejecutivo aprobaron y promulgaron la “Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud“, cuyo objetivo principal es establecer las medidas necesarias para proteger la salud de las personas de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco. El 26 de junio del 2012 se publicó el Reglamento a la Ley.

La aplicación de esta Ley y su reglamento ha permitido declarar como espacios 100% libres de la exposición al humo de tabaco en los siguientes espacios o lugares públicos y

privados: centros de trabajo, establecimientos de de salud, centros educativos, centros comerciales, instalaciones deportivas y lugares donde se desarrollen espectáculos y actividades recreativas de cualquier tipo incluso si al aire libre, espacios de uso público de reducido tamaño (como cajeros automáticos), medios de transporte de personas, centros culturales, paradas de buses y taxis, entre otros.

Otro de los logros de gran impacto alcanzado con la implementación de la ley ha sido la eliminación y prohibición de toda publicidad, la promoción y el patrocinio de tabaco por cualquier medio y en cualquier actividad de carácter masivo.

- *Control del comercio ilícito de productos de tabaco.*

Se publicó en la página web de la institución el listado de los productos y las empresas que han presentado declaración jurada de ingredientes y emisiones de los productos de tabaco y sus derivados, de esta forma se contribuye en el control del comercio ilícito. De esta forma los diferentes actores sociales, tanto institucionales como organizaciones de sociedad civil, cuentan con la lista de productos de tabaco que cumplen con lo indicado en la legislación para su comercialización legal.

Además se realizan de forma constante coordinaciones y operativos de inspección en conjunto con la Policía de Control Fiscal del Ministerio de Hacienda, con la finalidad de controlar los productos ilícitos. El comercio ilícito en los productos de tabaco tiene serias implicaciones económicas, sociales y para la salud. Evadir los impuestos sobre el tabaco socava las políticas de impuestos y precios, que están entre los mecanismos más efectivos para controlar el consumo de tabaco.

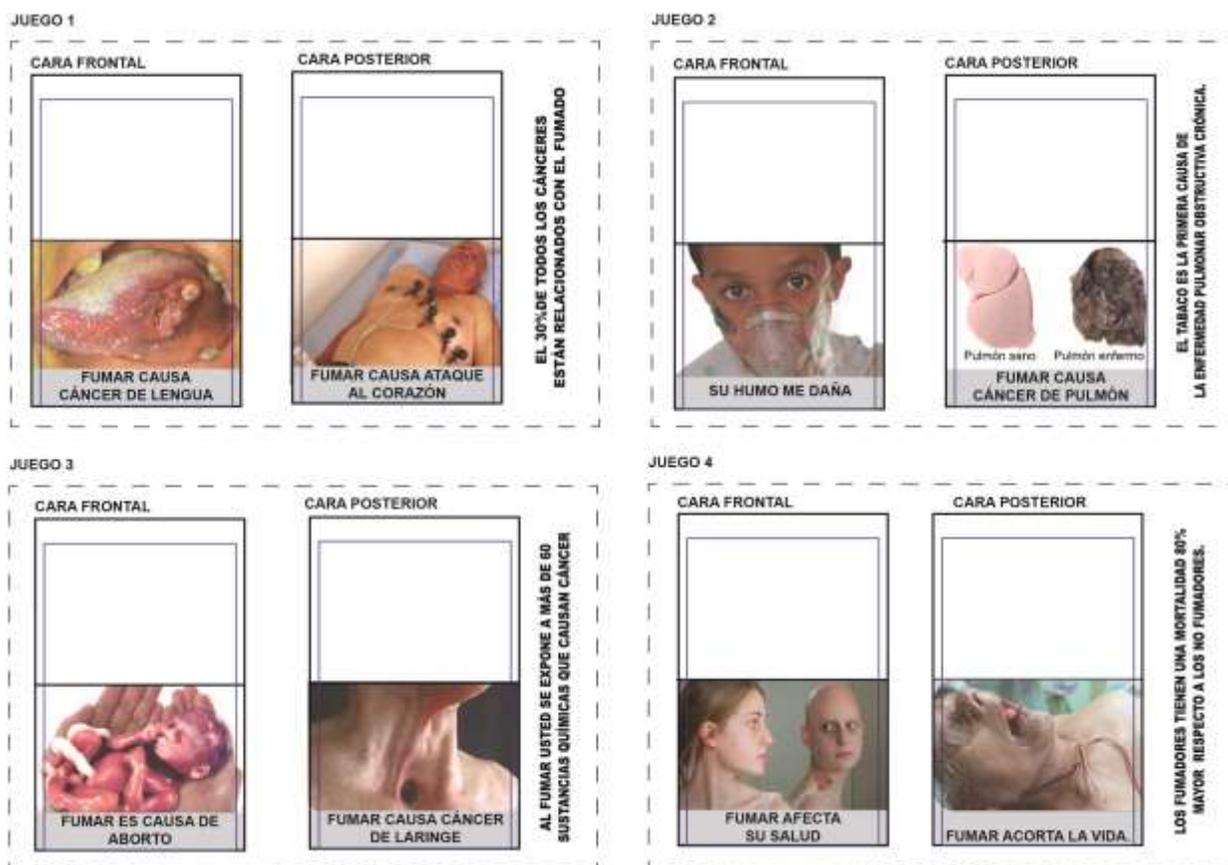
- *Control eficiente de las disposiciones de espacio libres del humo del tabaco.*

La capacitación a funcionario de la Fuerza Pública y a la Policía Municipal ha permitido un control más eficiente de la Ley 9028, ya que se dispone ahora de mayor recurso humano para realizar inspecciones y para poder girar partes in situ por incumplimiento.

Se han recibido un total de 1084 denuncias, de las cuales a 302 se les ha dictado ya una multa en firme. El monto recaudado por concepto de multas desde la promulgación de la ley es de 33.565.170,00 colones, por concepto de multas a los infractores.

- *Aprobación de las advertencias sanitarias pictográficas que deberán aparecer en los empaques de cigarrillos a partir del 2014.*

En respuesta al reglamento de etiquetado de los productos de tabaco y sus derivados Decreto N° 3778-S, se emitieron un total de 6 juegos de diseños de advertencia sanitaria, los cuales deberán ser incluidos en los empaques primarios (cajetillas) y secundarios (ruedas de cigarrillos) de forma que el 50% de las caras anterior y posterior y una de las caras laterales deberán contarse exclusivamente para mensajes pictográficos seleccionados y textos informativos para la prevención de daños por el uso de productos de tabaco. Estos diseños les fueron comunicados por vía oficial a los productores y distribuidores de productos de tabaco en el país.





- *Recaudación de más de ₡53 mil millones para el control del tabaco.*

El Artículo 22 de la Ley N° 9028 dispuso la creación de un impuesto específico para los cigarrillos y productos similares, y se estableció que los recursos que se recaudasen se deberían destinar en un 60% a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), para que fuesen utilizados en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo entre ellas el cáncer.

Los recursos restantes se distribuyen en un 20% al Ministerio de Salud, para que cumpla las funciones encomendadas en la ley; un 10% al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), y un 10% al Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER) para el cumplimiento de sus funciones vinculadas con el deporte y la recreación.

Durante el 2012 se recaudaron ₡15 mil millones por concepto de impuestos a los productos de tabaco y en el 2013 más de ₡38 mil millones, en total más de 53 mil millones se han recaudado en los dos primeros años de vigencia de la ley.

El Ministerio de Salud ha invertido los recursos que le corresponden en la difusión de información, adquisición de equipos y materiales, contratación de personal para hacer cumplir las disposiciones de la Ley.

## Principales desafíos:

- Disminución de la prevalencia del fumando, con especial énfasis en poblaciones jóvenes y mujeres.
- Prevención de la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños, niñas y adolescentes.
- Divulgación de información sobre prevención y control del tabaco, en centros educativos y entidades públicas vinculadas con la salud.
- Desarrollo y difusión de mensajes educativos de una manera más efectiva y en donde se plantee el enfoque de género.
- Ratificación del Protocolo de Comercio ilícito de productos de Tabaco por parte de la Asamblea Legislativa.

## 8. PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

### Estado de situación:

La existencia de un modelo de desarrollo basado en la protección social de la población costarricense ha sido pilar de la democracia existente por más de 100 años. Este modelo se ha caracterizado por la visión estratégica, el diálogo y el consenso de todos los actores sociales. Es así que se han alcanzado grandes logros en la salud, la educación, el trabajo y el crecimiento económico nacional.

Se considera que los retos que enfrenta Costa Rica hoy deben ser analizados desde una visión prospectiva que permita generar consenso sobre los principales retos, en el marco de la salud pública, que incluyen un análisis del perfil epidemiológico, la estructura poblacional, así como el desarrollo económico y social.

Existe una ruta que debe ser tomada en cuenta, que se plantea desde la perspectiva del desarrollo de la salud pública y la protección social en salud y ha sido analizada en el ámbito internacional. Costa Rica no se encuentra exenta de este debate, y es imperioso que sean puestos sobre la mesa de discusión temas como:

- La evaluación financiera.
- La evaluación de las limitaciones.
- La estrategia para el cambio.
- La puesta en marcha de una agenda estratégica.
- La vigilancia y evaluación permanente y periódica.

## Logros:

- *Dialogo Nacional “El Seguro de Salud Costarricense en el contexto de la salud pública”*

Este proceso tuvo como objetivo definir los ejes y lineamientos estratégicos para la sostenibilidad del Seguro de Salud en el mediano y largo plazo, mediante la participación activa de la sociedad.

### Ejes Temáticos para el Análisis Integral



Con este proceso de participación social se logró demostrar la validez del diálogo social como un insumo para la toma de decisiones en salud y como una vía de expresión de los intereses y demandas de los grupos sociales de comunidades de todo el país.

El Diálogo Nacional se desarrolló a partir de una muestra representativa de comunidades que representarían a poblaciones urbanas, rurales, fronterizas, costeras, indígenas, afrocaribeña. Se seleccionaron las siguientes comunidades: Vásquez de Coronado, Barva, Santa Cruz, Talamanca, Limón, Coto Brus, Turrialba, Cóbano, Pérez Zeledón, Los Chiles, Aguirre y San Ramón. Además se realizaron tres mesas complementarias con las comunidades de La Carpio, las comunidades afectadas por el arsénico en el agua y un grupo de adolescentes.

Estos diálogos comunitarios permitieron un encuentro directo de los usuarios con las autoridades del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, y autoridades de gobiernos y otras instituciones representadas a nivel comunal. Se contó con un acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud.

Los resultados de las mesas de diálogo constituirán un valioso insumo para la toma de decisiones para el fortalecimiento del Seguro de Salud para las futuras autoridades de gobierno.

### Principales desafíos:

- Que los resultados y recomendaciones emanadas por el proceso de diálogo sean acogidas por las próximas autoridades de salud y sean utilizada para la toma de decisiones para fortalecer el seguro de salud.
- Continuidad del mecanismo de diálogo diseñado para que los usuarios participen activamente incorporando sus visiones y necesidades en la planificación, supervisión y evaluación de las acciones en salud.

## 9. REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

### Estado de situación:

La función rectora de regulación de la salud consiste en elaborar y controlar el marco normativo que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario o que realice actividades o mantenga conductas que, por su naturaleza, puedan afectar la salud de las personas, a fin de garantizar la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, según corresponda, de los bienes, servicios, actividades y conductas, de interés o impacto sanitario.

### Logros:

- *Promulgación de normativas para controlar y fomentar la calidad de los servicios de salud.*

Se oficializaron los siguientes reglamentos que establecen los criterios mínimos para que los establecimientos y servicios de salud puedan optar por el Permiso Sanitario de Funcionamiento:

- Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores, decreto 37165-S, publicado en el alcance No. 83 a la gaceta No.123 del 26 de junio del 2012.

- Reglamento para el Permiso Sanitario de Funcionamiento de los Bancos y Centros de Recolección de Leche Humana, decreto 37350-S, publicado en el alcance No. 161 a la gaceta No. 204 del 23 de octubre del 2012.
- Manual de Bioseguridad para Establecimientos de Salud y Afines, decreto 37552-S, publicado en el alcance No. 40 a la gaceta No. 42 del 20 de febrero 2013.
- Norma de Atención Integral de la Enfermedad de Chagas, decreto 37269-S, publicado en el alcance No. 131 a la gaceta No. 178 del 14 de setiembre 2012.
- Norma Atención Integral de la Tuberculosis, decreto 37272-S, publicado en el alcance No. 136 a la gaceta No. 183 del 21 de setiembre 2012.
- Normas para la atención integral y control de la enfermedad de Hansen en Costa Rica, decreto 37909-S, publicado en la gaceta No. 204 del 23 de octubre 2013.

### Principales desafíos:

- Promulgación de las normativas sobre: atención a la salud del adolescente, atención a la salud del hombre, atención al cáncer de próstata, atención al cáncer de pulmón, habilitación de centros de atención integral.

## 10. RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

### Estado de situación:

El desarrollo de los recursos humanos en salud constituye una necesidad y un reto, que requiere ser abordado como factor clave para la mejora del funcionamiento del sistema nacional de salud y de la salud de la población. En el marco del *“Llamado a la Acción para una Década de Recursos Humanos de la Salud (2007-2015)”*, y en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015, se adquirieron compromisos en esta materia, como por ejemplo:

- la medición de metas regionales en recursos humanos en salud,
- implementación de un sistema de información,
- la implementación del observatorio nacional,
- la creación de una plataforma para una planificación nacional del recurso humano en salud.

Durante el periodo 2010-2014, se realizaron dos mediciones de las metas regionales, la primera (2010) como línea de base y segunda medición Nacional (2012) como seguimiento a las mismas y a las acciones planteadas posterior a la primera medición. De los resultados de estas mediciones se identificaron las prioridades de trabajo para el desarrollo de los recursos humanos en el Sector Salud.

Estas mediciones han constituido un primer paso para sentar las bases de un diagnóstico situacional, así como para abrir un espacio colaborativo de análisis sobre la situación de los recursos humanos en salud en nuestro país y en la región.

### Logros:

- *Implementación del Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud.*

En el marco del Programa de Desarrollo del Sector Salud, Ley 8403, se desarrolló una consultoría sobre el *“Sistema nacional de información de recursos humanos en salud y una propuesta para el análisis de la situación actual y futura de la oferta y demanda nacional de recursos humanos”*.

El Sistema de Información Nacional de Recursos Humanos en Salud (SINARHUS) permite recopilar y consolidar información sobre la demanda y oferta nacional de trabajo y la formación de recursos humanos en salud, de las universidades públicas y privadas, instituciones empleadoras públicas y privadas, así como colegios profesionales. El SINARHUS se puso en marcha durante el primer semestre del 2013.

- *Creación del Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud (ONARHUS).*

El objetivo principal del Observatorio es captar, organizar, procesar y difundir datos e información sobre la fuerza de trabajo en salud de manera continua y sistemática, para producir conocimiento e información relevantes acerca de los procesos de desarrollo del recurso humano en salud, a nivel nacional e internacional.

El ONARHUS constituye una instancia nacional de consulta, intercambio y aprendizaje conjuntos, constituida por: la institución rectora en salud, instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios, instituciones académicas y de investigación, organizaciones sociales y otras instancias gubernamentales, cuya información apoyará la toma de decisiones y la formulación e implementación de políticas públicas.

Inicialmente el Observatorio comenzó a funcionar en la plataforma Regional de la OPS/OMS, posteriormente se logró crear la plataforma tecnológica en la página web del Ministerio de Salud: <http://onarhus.ministeriodesalud.go.cr>.

### **Principales desafíos:**

- Sostenibilidad del sistema por medio del compromiso y la participación activa de todas las instancias generadoras de información (empleadores, formadores y colegios profesionales).
- Utilización del sistema como insumo principal para la toma de decisiones sobre recursos humanos en salud.

## **11. REGULACION DE PRODUCTOS DE INTERES SANITARIO.**

### **Estado de situación:**

Actualmente en el mercado se puede encontrar una gran oferta de productos como medicamentos, alimentos, cosméticos, equipos y materiales biomédicos, productos naturales, suplementos alimenticios, productos de higiene, plaguicidas y productos químicos peligrosos.

El desarrollo de nuevos medicamentos implica altos costos que se refleja en el precio de los mismos; de ahí la importancia de que se ofrezcan productos similares que puedan competir en el mercado. Es esencial demostrar que la eficacia y la seguridad de estos productos sean similares a las de los productos “originales”, para ello se deben presentar estudios especializados que así lo demuestre.

La gran proliferación de productos naturales y suplementos alimenticios que se promocionan, ofreciendo hacer milagros ya sea curando enfermedades graves o adelgazando en semanas, requieren de un control constante en sitios de venta y en medios de comunicación incluso en redes sociales.

Otro de los problemas detectados es el incumplimiento en las etiquetas las cuales no contienen toda la información necesaria para la seguridad de los consumidores, especialmente esto ocurre con productos de higiene y productos químicos peligrosos.

A esto se debe agregar el incremento de la oferta de diversos dispositivos, equipos y pruebas in vitro que están al alcance de la población en general, los cuales deben ser controlados para que disminuir el riesgo de aplicaciones incorrectas o de resultados confusos que puedan conducir daños en la salud de los usuarios.

El aumento en el intercambio comercial de alimentos igualmente representa un reto para las autoridades de salud que deben comprobar la inocuidad de los productos importados y de fabricación nacional a lo largo de toda la cadena de producción hasta el consumidor.

### **Logros:**

- *Implementación del Sistema Digital “Regístrelo” ([www.registrello.go.cr](http://www.registrello.go.cr)).*

Este sistema es una innovación dentro de las autoridades reguladoras de productos, ya que permite que los usuarios de este servicio puedan ingresar sus solicitudes desde cualquier parte del mundo y a cualquier hora del día, sin tener que presentarse físicamente en las oficinas del Ministerio. A la vez facilita la emisión de certificados e informes, así como la transparencia en el proceso de registro de productos.

Las mejoras en el sistema de registro les permiten a los usuarios contar con una mayor oferta de productos cuyas cualidades han sido evaluadas y se ha comprobado su seguridad, inocuidad, calidad y eficacia.

- *Mejoramiento de las condiciones para la manufactura de productos farmacéuticos y medicamentos.*

En el 2010 se promulgó el “*Reglamento Técnico sobre buenas prácticas de Manufactura para la Industria Farmacéutica, Productos Farmacéuticos y Medicamentos de Uso Humano*”, el cual establece los principios y directrices de las buenas prácticas de manufactura que regulan todos los procedimientos involucrados en la fabricación de productos farmacéuticos a fin de asegurar la eficacia, seguridad y calidad de los mismos.

Hasta el momento se han auditado más del 50% de los laboratorios productores de medicamentos, comprobándose el cumplimiento de los estándares por la normativa.

- *Control de productos ilegales*

Se realizaron 6 operativos en aduanas y almacenes fiscales en los cuales se identificaron productos falsificados o no registrados que estaban ingresando al país de forma ilegal y los cuales fueron confiscados para ser destruidos.

Además por medio de la vigilancia y toma de muestras en el comercio se detectaron productos contaminados, no registrados, falsificados y productos naturales que contienen medicamentos no declarados, entre otros.

A raíz de estos operativos se decomisó gran cantidad de productos y se exigió el retiro del mercado de los mismos, incluso se canceló el registro sanitario de productos contaminados a los que el fabricante o distribuidor no demostró la seguridad de los mismos.

En el campo de la farmacovigilancia y la tecnovigilancia, se realizaron investigaciones de productos que han dado señales de producir eventos o reacciones adversas. A raíz de estas investigaciones se tomaron acciones correctivas tales como: cambios en la información de seguridad y eficacia en las etiquetas e insertos, cambio de indicaciones terapéuticas, cancelación de registros, entre otros.

- *Mejoramiento de la calidad de medicamentos multiorigen.*

La normativa para el registro de medicamentos multiorigen exige la presentación de estudios que demuestren su bioequivalencia. La aplicación de estos estándares ha permitido el intercambio seguro de los medicamentos, ayudando a disminuir sus costos.

- *Actualización de la normativa de control de publicidad.*

Para el uso seguro de los productos de interés sanitario es imprescindible que los usuarios conozcan sus características de seguridad y eficacia, esto se logra mediante el etiquetado de los productos, el control de la publicidad y la publicación de boletines, alertas y notas informativas.

Se modernizó la normativa para el control de la publicidad de los medicamentos que no son de venta libre y se implementó un programa en los medios de comunicación para el control de la publicidad.

Se retiraron anuncios que inducían al error o engañaban a los consumidores, o que promovían de productos no registrados. Con la cooperación con el Organismo de Investigación Judicial, se cerraron varias páginas web que brindaban información errónea.

### **Principales desafíos en el tema**

- Realización de pruebas para el control de los productos de interés sanitario en laboratorios debidamente acreditados para dicho fin.
- Control de la publicidad de productos de interés sanitario en medios de comunicación electrónicos.

## 12. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.

### Estado de situación:

La “Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021” tiene como propósito de promover la disponibilidad de alimentos facilitando su acceso y su consumo oportuno y permanente de términos de calidad, cantidad e inocuidad, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica.

El “Plan Nacional para el abordaje de la Malnutrición Infantil 2014-2018” le da continuidad al “Plan Nacional hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil 2008-2012”, incluyendo además de la desnutrición la problemática de sobrepeso y obesidad en los niños y niñas menores de 13 años de edad.

Se oficializó en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, el Sistema Nacional de información en Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINSAN) que es una herramienta que tiene como propósito poner a disposición información estadística que apoye los procesos de formulación y evaluación de políticas y facilitar el diseño, establecimiento y evaluación de programas y proyectos en seguridad alimentaria y nutricional (SAN); y también, disponer de informes de alerta para la atención oportuna de situaciones eventuales que puedan constituir una amenaza a la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) de la población del país.

### Logros

- *Elaboración de la “Guía para la Atención Integral al niño y la niña con desnutrición menor de siete años”.*

Esta guía se elaboró con el fin de dotar al país de un instrumento con enfoque multidisciplinario para brindar una atención integral a los niños y niñas con desnutrición. Esta guía ya fue entregada a la CCSS, a la Dirección Nacional de CEN-CINAI y a otras instituciones que están relacionadas con el manejo de niños y niñas en condición de desnutrición infantil.

- *Actualización de instrumentos para mejorar la valoración del estado nutricional de los niños y niñas.*

Se realizó una actualización integral de las gráficas de valoración del crecimiento y del estado nutricional de los niños, niñas y adolescentes a fin de permitir la clasificación de obesidad, desnutrición severa y retardo en talla severo en niños y niñas menores de 5 años de edad,

- *Reducción del Consumo de Sal / Sodio en la Población de Costa Rica 2011-2021*

Con el propósito de contribuir a la disminución de la morbilidad atribuible a hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular en Costa Rica y alcanzar progresivamente la recomendación de la OMS (5g sal ó 2g sodio/ por persona por día), se elaboró un plan y un programa para reducir el consumo de sal en la población nacional.

- *Garantía de fortificación de alimentos.*

Una de las políticas para lograr que la población tenga a su alcance los micronutrientes esenciales que la dieta normal no le suministra, es la fortificación obligatoria de alimentos de alto consumo.

Por medio de la normativa se exige a los productores que a los alimentos como la leche, las harinas de trigo y maíz, la sal, el azúcar y el arroz se les adicionen micronutrientes como vitamina A, hierro, ácido fólico, yodo y flúor; lo cual complementa la dieta de la población.

Para la verificación de que estos productos contengan las cantidades apropiadas de estos nutrientes durante el 2012 se coordinó con el Servicio Fitosanitario del Estado y como resultado se logró verificar la correcta fortificación del 100% de las importaciones de arroz blanco pilado.

También se realizaron verificación en el mercado de la fortificación del arroz, el azúcar, la leche, la harina de maíz y la harina de trigo. Encontrando que únicamente un número reducido de productos no cumple por completo con la fortificación establecida vía decreto.

## 13. PROMOCIÓN DE LA SALUD

### Estado de situación

Hoy día se vive en Costa Rica una gestión sobre la salud muy enfocada a la prevención y atención de la enfermedad, así como a la rehabilitación, siendo que desde la perspectiva desarrollada desde la constitución de la OMS de 1948, que define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

A lo largo de los años se han emitido diferentes documentos (declaraciones y cartas) por parte de los representantes de los ministerios y departamentos de salud de las naciones miembros de la OMS, que han reiterado la necesidad de trabajar en la promoción de la salud, generando las condiciones necesarias para fortalecer y favorecer el bienestar integral de la población y no solo la lucha contra la enfermedad.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (Carta de Ottawa, 1986). Desde esta perspectiva, y como parte de una necesidad nacional y regional (COMISCA-SICA) se ha desarrollado estrategias para fortalecer la promoción de la salud tanto en Costa Rica como en la región centroamericana.

### Logros:

- *Promoción de la actividad física en la población con énfasis en grupos prioritarios.*

Mediante el “Plan Movete, Disfrutá la Vida” se ha promovido la actividad física y alimentación saludable adolescentes de 13 a 15 años, en el 76% de los colegios de todo

el país con matrícula superior a los mil estudiantes, lo que representa un total de 63.029 estudiantes.

Para este proceso se realizaron ferias, concursos, campeonatos relámpago, etc. La coordinación con actores sociales y patrocinadores permitió gestionar recursos adicionales a la participación de estudiantes, educadores y directores de colegio.

**Cuadro N° 5.5**  
**Cobertura del Plan Movete, Disfrutá la Vida, en colegios**  
**con matrícula superior a 1000 estudiantes. Costa Rica, 2014.**

Región	Total de colegios	Colegios ejecutando el plan	Total de estudiantes	Estudiantes participando del plan
Central sur	33	61%	26.267	69%
Chorotega	5	100%	4.648	100%
Pacifico Central	5	100%	4.499	100%
Huetar Norte	2	100%	1.990	100%
Huetar Caribe	7	71%	7.421	77%
Occidente	5	100%	1.099	100%
Central Este	9	67%	8.461	80%
Central Norte	21	86%	18.261	97%
Brunca	4	75%	3.309	77%
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>76%</b>	<b>75.955</b>	<b>83%</b>

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Promoción de la Salud, Marzo 2014.

Como se puede notar, el mayor alcance se ha logrado fuera de la GAM, en cuanto a cantidad de colegios, aun cuando se ha llegado a cerca del 83% de la población matriculada.

Por medio de la “Red de la Actividad Física”, creada a partir del “Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021”, se han conformado 40 redes cantonales para promover la actividad física y salud a nivel comunal. Dichas redes son conducidas por el Ministerio de Salud y están integradas por la CCSS, el MEP, comités cantonales de deporte y recreación, ONG’s, entre otros.

- *Regulación de venta de alimentos en centros educativos.*

Con el fin promover el desarrollo y mantenimiento de hábitos saludables en los niños, niñas y adolescentes que asisten a los centros educativos públicos de todo el país, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación acordaron regular el expendio de alimentos y bebidas en las sodas estudiantiles.

El “Decreto N° 36968-MEP-S “Reglamento para el Funcionamiento y Administración del Servicio de Soda en los Centros Educativos Públicos” se publicó en la Gaceta N° 9 del 12 de enero del 2012. Esta normativa empezó a regir a partir del curso lectivo de ese año y, entre otros aspectos, se limitó el expendio de alimentos altos en grasas, azúcares y sal.

Se elaboró una guía de verificación de las disposiciones del reglamento para que sea aplicada por los funcionarios de las Áreas Rectoras de Salud, durante las inspecciones para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de las sodas. Además existe la posibilidad de decomisar productos en las sodas que no están cumpliendo con el Reglamento.

A raíz de este reglamento la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA) ha promovido entre sus asociados la reformulación de productos de manera que cumplan con lo establecido sobre las cantidades de grasas, azúcares y sal.

## **14. MATERNIDAD E INFANCIA SALUDABLES Y SEGURAS**

### **Estado de Situación:**

El país ha fortalecido e intensificado las acciones e intervenciones para mejorar los servicios de salud en pro de la calidad de atención de la población materno-infantil.

Aún existen inequidades en el acceso y la calidad de los servicios en las zonas del país y los grupos más vulnerables, que presentan indicadores de salud y socioeconómicos más bajos que el promedio nacional.

Se han realizado acciones para fomentar los derechos de las mujeres y los niños y niñas a recibir atención con calidad por personal calificado, así como para fortalecer la coordinación de las redes de servicios con la finalidad de disminuir el riesgo de muerte materna o infantil y la morbilidad materna grave.

### Logros:

- *Reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil.*

La tasa de mortalidad materna del 2011 al 2013 mostró una disminución del 57%, pasando de 3,0 defunciones por cada 10 mil nacidos vivos en el 2011 a 1,7 en el 2013.

Además en el 2013 la tasa de mortalidad infantil fue la más baja de la historia del país: 8,51 defunciones por cada mil nacidos vivos.

Entre las acciones desarrolladas por el Ministerio de salud que han contribuido a alcanzar estos logros se pueden mencionar las siguientes:

- Fortalecimiento del Sistema Nacional de Mortalidad Materna e Infantil mediante el trabajo articulado y coordinado a lo interno del Ministerio de Salud y con otras instituciones como el INEC y la CCSS.
- Fortalecimiento de las comisiones de análisis de la mortalidad materna e infantil a nivel regional, local y hospitalario. Entre ellas, la Comisión del Hospital Nacional de Niños, del Hospital Calderón Guardia y del Hospital Tony Facio.
- Abordaje interinstitucional de la mortalidad neonatal por medio de la estrategia de Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).
- Desarrollado de estrategias para el acercamiento de las mujeres a los servicios de salud en diferentes zonas del país, principalmente en los cantones más alejados.
- Capacitación al recurso humano del Ministerio de Salud y la CCSS vinculado con la atención materna e infantil.

- *Obtención de financiamiento para programas de prevención del embarazo en adolescentes en las áreas más pobres del país*

Mediante una iniciativa público-privada financiada por la Fundación Bill & Melinda Gates, Carlos Slim, la Agencia de Cooperación Española y el Gobierno de Costa Rica, se puso en marcha el proyecto Mesoamericano Costa Rica SM2015 “Prevención del Embarazo en adolescentes.

El objetivo de este proyecto es apoyar al gobierno de Costa Rica en la identificación de áreas de oportunidad para mejorar la salud materno infantil en las zonas más pobres del país, para esto se cuenta con un financiamiento de 3,7 millones de dólares americanos.

El proyecto se desarrolla en 11 áreas de las regiones Brunca y Huetar Caribe en las que se busca mejorar la calidad de los servicios de salud materno-infantil para las personas adolescentes, mejorar la calidad y utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, así como generar experiencias sobre buenas prácticas para la prevención y atención del embarazo en adolescentes.

En esta iniciativa participan el Ministerio de Salud, como ente coordinador y ejecutor, la CCSS, el PANI, el MEP y la Dirección Nacional de CEN-CINAI.

### **Principales desafíos:**

- Disminución del número de muertes materna atribuidas a causas prevenibles.
- Disminución del número de muertes infantiles en el periodo neonatal.
- Disminución de la tasa de embarazos en personas menores de 19 años en las Regiones Brunca y Huetar Caribe.

## 15. COOPERACIÓN Y RELACIONES INTERNACIONALES EN SALUD

### Estado de Situación:

Del 2006 al 2010 el Ministerio de Salud tuvo una presencia muy reducida en el ámbito sanitario internacional, lo que también dejó a nuestro país al margen de las oportunidades que ofrece el entorno internacional para el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aporte que Costa Rica podría ofrecer a la comunidad internacional.

Aunado a esto, las políticas de los organismos y países cooperantes han reorientado los recursos de cooperación internacional a países de ingreso bajo. Al ser Costa Rica un país de renta media, la cooperación técnica y financiera no reembolsable ha mantenido durante las últimas dos décadas una tendencia decreciente, pasando de US \$262,4 millones en 1990 a US \$41,4 millones en 2012, lo cual representa una disminución de casi el 160%.

Además, la Cooperación No Reembolsable cada vez es menor por parte de cooperantes bilaterales, por lo que para países como el nuestro lo que impera es la cooperación Sur-Sur, donde se trabaja bajo la modalidad de costos compartidos.

No obstante, esta es una modalidad para la cual el país y el especial el Ministerio de salud aún no está preparado porque no se cuenta con recursos para la asignación de las contrapartidas requeridas para la ejecución de proyectos de interés nacional en salud.

### Logros:

- *Fortalecimiento del liderazgo en la Dirección Política de las relaciones internacionales.*

A nivel de la región de Centroamérica y República Dominicana, durante el 2011 el Ministerio de Salud asumió la Presidencia Pro Tempore (PpT) del Consejo de Ministros de salud de Centro América y República Dominicana (COMISCA), durante su gestión como PpT, la Ministra de Salud, obtuvo entre otros logros, la firma de la “*Declaración hacia la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla La Española (EMMIE) en el*

2020” y la actualización del “*Plan Estratégico de Salud para Centroamérica y República Dominicana*”.



Además como PpT se condujo la elaboración los siguientes planes: “*Plan Estratégico de Transversalización de Género en Salud 2013-2018*”, el “*Plan Regional de Promoción de la Salud para Centroamérica y República Dominicana*”, “*Plan Regional de Comunicación de Riesgos ante Desastres y Emergencias de Salud Pública en el Sector Salud*”, “*Plan de Recursos Humanos en Salud 2013-2015 para Centroamérica y República Dominicana*”.

Mediante la participación de Costa Rica en el proceso de negociación y compra conjunta de medicamentos de Centroamérica y República Dominicana, se negociaron la adquisición de medicamentos a precios reducidos que generó un ahorro para el país de US\$ 2.328.274,00.

En el ámbito de las relaciones continentales, Costa Rica tenía casi 15 años de no formar parte de los cuerpos directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2013 Costa Rica fue electo por los 44 países miembros de la organización, para ocupar uno de los nueve puestos en el Comité Ejecutivo de la OPS, lo cual representa una enorme oportunidad para el país para posicionar temas de su interés y obtener mayor apoyo y cooperación.



En el ámbito de las relaciones con la Organización Mundial de la Salud, en los últimos dos años se han fortalecido las relaciones con este organismo, obteniendo logros para el país como los que se describen a continuación.



El Ministerio de Salud fue selecciona por la OMS y la UIT como uno de los ocho países, a nivel mundial, para el proyecto M-Salud, en el que por medio de telefonía móvil se promueve la cesación de fumado. El país recibió una donación de \$70.000 para la implementación de este proyecto. Esta herramienta podría ser utilizada en el futuro para el abordaje de otros temas en salud como prevención de enfermedades crónicas.

Parte de los logros de la alianza con la OMS, fue la firma de la “Carta de Entendimiento entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Ciencia y Tecnología, la OMS y la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) para promover el proyecto M-Salud y fortalecer las estrategias de atención a las enfermedades crónicas y la salud mental. Esta Carta fue firmada en el 2013 durante la visita al país del Dr. Oleg Chestnov, Subdirector de la OMS en Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Salud Mental.

Por medio de la gestión de la Ministra de Salud se consiguió en el 2013 la visita del Dr. Haik Nikogosian, Director del Secretariado del Convenio Marco de la OMS para el control de Tabaco, como parte de las estrategias desarrolladas para impulsar la ratificación del “*Protocolo Contra el Comercio Ilícito de Productos del Tabaco*”, con esta visita se tuvo un mayor acercamiento con las autoridades nacionales tomadores de decisión en el tema, entre ellas el Presidente de la Asamblea Legislativa y el Canciller de la República.

- *Apoyo de la cooperación internacional para el desarrollo de proyectos en salud.*

A la par de los logros anteriores, pese a que para la comunidad internacional el país ya no es sujeto de cooperación en materia de salud, durante los últimos dos años se ha logrado negociar más proyectos y programas de cooperación internacional que los desarrollados en décadas anteriores.

Se logró cooperación internacional para la ejecución de proyectos con España, Brasil, México, Argentina, Uruguay, Cuba, Alemania, Italia y Japón. Aunado a esto, el Ministerio de Salud se ha convertido en un referente para ofertar cooperación para los países de Centroamérica, México, Perú, Ecuador entre otros.

Cabe destacar además, el establecimiento de convenios con países, organismos internacionales e instituciones en salud como: la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) de Brasil, el Hospital Casa Sollievo della Sofferenza de Italia, la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) y la Comisión Nacional de Regulación ambos de los Estados Unidos, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de México, el Ministerio de Relaciones Exteriores de la



República Popular China y los Ministerios de Salud de Noruega, Cuba, Panamá, Israel, Rusia, y el Reino Unido.

### **Principales desafíos:**

- Promoción de mecanismos novedosos de cooperación internacional.
- Creación en el presupuesto del Ministerio de Salud de un fondo para recursos de contrapartida para la ejecución de proyectos cooperación.
- Cumplimiento de las responsabilidades asumidas por el país en los foros y órganos directivos de los organismos internacionales.
- Posicionamiento del país como oferente de cooperación.

## **16. PROTECCIÓN DE FUENTES RADIOACTIVAS.**

### **Estado de Situación:**

Desde el año 2010 el Ministerio de Salud en coordinación con el Organismo Internacional de Energía Atómica diseñó un proyecto para remover y repatriar fuentes radiactivas en desuso que no tuvieran un plan de devolución a su país de origen. En el diagnóstico efectuado en el segundo semestre de 2011 se determinó que las fuentes propiedad del Hospital San Juan de Dios, la Universidad de Costa Rica, CENTRO Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza (CATIE) y el Ministerio de Agricultura y Ganadería, se encontraban en vulnerabilidad física y radiológica por el largo período en desuso en que se habían mantenido (desde los años setenta algunas) y que debían ser removidas de Costa Rica.

En el año 2012 se realizó la valoración técnica en seguridad física por parte de personal de la División de Seguridad Nuclear del Organismo Internacional de Energía Atómica, con el fin de determinar el grado de vulnerabilidad de las mismas. Cuatro de las fuentes estaban depositadas en almacenes temporales, en uno de los casos en un sitio remoto y en el caso del Hospital San Juan de Dios estaba depositada en el propio recinto donde se utilizó para dar tratamiento de radioterapia a los pacientes.

## Logros:

- *Remoción y repatriación de fuentes radiactivas en desuso*

Para remover todas las fuentes del país y encontrar un donante que financiara el proyecto el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) gestionó con los países fabricantes de las fuentes (Estados Unidos, Canadá y Francia), el Gobierno de Canadá aprobó otorgar el financiamiento completo, por tanto en la licitación que el ente internacional publicó en el año 2012, solicitó un gestor de residuos radiactivos que aceptara todas las fuentes radiactivas.

Las empresas NECSA (Sudáfrica) y Gamma Service Recycling GmbH (Alemania) finalmente desarrollan el proyecto de “acondicionamiento de las fuentes y transporte”, con un costo de un millón de euros. Esta fase se inició en noviembre de 2013, con la selección del sitio para colocar el dispositivo robótico o “celda caliente” para manipular las fuentes radiactivas, a partir de febrero de 2014 se lleva a cabo el trabajo de preparación de las fuentes para empacarlas en bultos autorizados de transporte y enviadas a Alemania, donde serán recicladas y puestas nuevamente en otros usos.

En la operación se procesó un total de 4 fuentes de cobalto 60 y una fuente de cesio 137, dicho trabajo se realiza por la compañía NECSA (Sudáfrica) y Gamma Recycling Services (Alemania). Una vez reacondicionadas y encapsuladas, dichas fuentes serán embaladas en contenedores de transporte seguro modelo CZ/049/B (U)-96 y el modelo CZ/077/B (U)-96 para ser enviadas a la empresa recicladora en Alemania.

En este último período de tiempo se coordinó con la Unidad Especial de Intervención del Ministerio de la Presidencia, para desarrollar las actividades en seguridad física, tales como la custodia de las fuentes radiactivas en el transporte y en el proceso de trabajo con la “celda caliente”, las evaluaciones de seguridad de todos los sitios de trabajo, así como el desarrollo del plan operativo con otras instancias nacionales con responsabilidades en el tema policial.

El Ministerio de Salud en cooperación con la Unidad Especial de Intervención, gestionó y apoyó a todas las entidades relacionadas con el proceso de trabajo, tales como las Direcciones de Aduanas, el Aeropuerto Internacional Juan Santamaría, con el fin de que se cumplieran las tareas programadas. Se informó a la Comisión Nacional de Emergencias, con el fin de que alertara a las entidades de primera respuesta.

El Ministerio de Salud aprobó todas las operaciones de trabajo desde la operación en la celda caliente, transporte y exportación de las fuentes radiactivas. El resultado de la recolección de estas fuentes es que el país reduce su inventario de desechos radiactivos y así el peligro latente que obliga a las autoridades nacionales a mantener condiciones de seguridad radiológica y seguridad física y en atención a la Ley de Gestión Integral de Residuos, se ha logrado convertir este material peligroso en un material valorizable.

CODIGO	RADIONUCLEIDO	ACTIVIDAD INICIAL TBq (Ci)	UBICACION	MODELO	PROPIETARIO DE LA FUENTE
CR001	Co-60	213.81(5778.63)	Hospital San Juan de Dios	Alcyon II CIS Bio Internacional Francia	Hospital San Juan de Dios, CCSS
CR002	Co-60	444 (12,000)	Universidad de Costa Rica	Sheppard & Assoc. USA	Universidad de Costa Rica
CR003	Co-60	55.5 (1,500)	Ministerio de Agricultura	Gammacell 220 AECL, Nordion Canadá	Fuente huérfana
CR004	Cs-137	48.1 (1,300)	Universidad de Costa Rica	Panoramic Field Irradiator, AECL Nordion Canadá	CATIE
CR005	Co-60	66.6 (1,800)	Universidad de Costa Rica	Brookhaven National Laboratories USA	CATIE

## LOGROS DE LOS ENTES ADSCRITOS.

### 1. DIRECCIÓN NACIONAL DE CEN-CINAI.

La Encuesta Nacional de Hogares del 2012 reflejó que cerca de 280.000 hogares (20,6%) se encuentran en condición de pobreza, debido a que no cuentan con ingresos propios suficientes para adquirir una canasta de bienes y servicios básicos.

Aun cuando el porcentaje se ha mantenido relativamente estable durante los últimos cuatro años, la desigualdad aumentó pues creció la brecha en la distribución de los ingresos de los hogares con mayores ingresos con respecto a los de menores ingresos.

La Ley 8809, Ley de Creación de la Dirección Nacional de CEN-CINAI establece a la población materno infantil en condición de pobreza o riesgo social como la población objetivo del accionar de la Dirección, y le otorga la responsabilidad de contribuir a mejorar su estado nutricional y a brindarle a los niños(as) la oportunidad de permanecer en servicios de atención diaria de calidad, de tal forma que se facilite a los padres o encargados su incorporación al mercado laboral y al sistema educativo formal, factores importantes para generar movilidad social.

Es en este contexto la Dirección se ha dado a la tarea de mejorar el proceso de selección de beneficiarios, incluyendo variables socio económicas sensibles, a fin de hacer el servicio más inclusivo, de tal forma que se priorice a la población que se encuentra en condición de pobreza o vulnerabilidad social.

#### Logros:

- *Aumento de la población inscrita en servicios de salud de nutrición y desarrollo infantil 2010-2014.*

Los servicios intramuros, que se brindan diariamente en los establecimientos CEN CINAI de todo el territorio nacional a madres y niños(as) usuarios de los servicios de “Comidas

Servidas” y “Atención y Protección Infantil” (API) han mostrado un incremento de 11.786 clientes más con respecto a la población inscrita en el 2010.

Mediante estos servicios se provee a los niños(as) en riesgo con alimentación complementaria diaria y a cerca de un 60% de ellos además se les ofrece atención y protección diaria.

Paralelamente, los servicios brindados mediante la estrategia extramuros, también muestran un incremento importante con respecto a la población inscrita en el 2010. Lo anterior debido al compromiso adquirido de brindar a las poblaciones más vulnerables y dispersas del país los servicios de distribución mensual de leche íntegra en polvo y paquetes de alimentos en espacios comunales o centros de distribución.

**Cuadro N° 5.6**  
**Población inscrita en servicios intramuros y extramuros,**  
**Dirección Nacional CEN-CINAI, Costa Rica, 2010-2013.**

<b>Año</b>	<b>Intramuros</b>	<b>Extramuros</b>	<b>Total</b>
<b>2010</b>	23.777	91.805	115.582
<b>2011</b>	32.387	92.888	125.275
<b>2012</b>	34.364	98.764	133.128
<b>2013</b>	35.563	104.666	140.229

Fuente: Dirección Nacional de CEN-CINAI, 2013.

Las Asociaciones de Desarrollo Especifico Pro CEN CINAI (ADEC) tienen una participación importante en el desarrollo del programa. En los últimos años estas asociaciones han influido en forma significativa en el aumento de cobertura de los servicios mediante la contratación de servicios de transporte para que los niños de zonas alejadas puedan utilizar los servicios intramuros.

Se inició la atención de niños menores de 2 años y niños en edad escolar, lo cual constituye un espacio para que los niños en riesgo cuenten con alternativas de cuidado

sanas y seguras luego de su jornada educativa y como apoyo que trabajan fuera del hogar.

Otro aspecto a destacar fue el inicio de la modalidad de atención a hijos de madres que estudian en colegios nocturnos, principalmente adolescentes, en donde además del beneficio para la familia se favorece la utilización de la capacidad instalada.

- *Mejoramiento continuo de la calidad de los servicios brindados por la Dirección Nacional de CEN-CINAI.*

Se asignaron de 249 nuevas plazas en las 42 Oficinas Locales y en las 9 Direcciones Regionales para brindar atención a niños(as) con necesidades especiales y apoyar a los equipos de planta en su labor. Dentro de las cuales se dio especial importancia a reforzar el servicio de Atención y Protección Diaria en las comunidades indígenas, tales como Palenque Margarita, Sepeque, Daytonia, Finca Margarita, Sixaola de Talamanca, Cabanga y San Rafael de Guatuso.

Se reforzaron 18 Equipos itinerantes de Oficinas Locales encargados de brindar capacitación y acompañamiento a los equipos de planta para promover servicios de calidad y brindar atención interdisciplinaria a niños y niñas con necesidades especiales en forma oportuna. Especial mención se hace del Equipo interdisciplinario de Talamanca al cual se asignaron plazas de Nutricionista, Educación Preescolar y Terapeuta de Lenguaje.

Se desarrollaron estrategias asertivas conjuntas con el Programa CYAMA y el Proyecto Mesoamérica SM2015 para prevenir y atender a adolescentes madres y a sus hijos en establecimientos de las Regiones Huetar Caribe y Brunca, con el fin de prevenir un nuevo embarazo en esta etapa de la vida, además de facilitarles el acceso al estudio y al desarrollo personal.

Como parte del proceso de mejoramiento continuo del programa, se actualizaron las normas de atención y los procedimientos técnicos y administrativos de acuerdo con evidencia científica reciente.

En procura de mejorar el desarrollo integral de los niños(as) se elaboraron manuales y se capacitó a funcionarios para dar acompañamiento a las familias en la crianza y socialización de sus hijos(as).

- *Contribución al mejoramiento del estado nutricional y desarrollo de los niños.*

Los resultados de los estudios de efectos en el estado nutricional, evidencian que los servicios de CEN-CINAI contribuyen al buen estado nutricional de los niños, en especial los que presentan problemas de desnutrición crónica. En la población menor de dos años también se evidencia una mejora significativa en el nivel de desarrollo.

Los funcionarios de los establecimientos fueron capacitados en aplicación de los instrumentos de evaluación del estado nutricional para obtener información para una adecuada intervención y a la generación de datos de calidad que actualicen permanentemente el sistema de vigilancia para la toma oportuna de decisiones.

- *Alianzas Estratégicas en los Servicios de Salud de Nutrición y Desarrollo infantil.*

Se estableció un proceso de coordinación interinstitucional e intersectorial “Estrategia SAID” para la atención en Salud de la población usuaria de los servicios de Nutrición y Desarrollo infantil a fin de optimizar recursos y facilitar el abordaje conjunto de los casos que requieran ser referidos. Participaron en este proceso la Caja Costarricense de Seguro Social, el Patronato Nacional de la Infancia, el Ministerio de Educación y el Instituto Mixto de Ayuda Social.

Se atendió a la población de CEN-CINAI con mayores necesidades de salud bucodental con el apoyo del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica por medio del programa

"Sonrisas saludables", en el que, odontólogos voluntarios de todo el país donaron su tiempo y recursos.

Se apoyó la labor de los establecimientos CEN-CINAI mediante de capacitaciones a docentes y la entrega de material educativo y el kit de cepillado a 17.000 niños(as) usuarios de los programas intramuros. Esto se logró por medio del programa "Sonrisas Brillantes, Futuros Brillantes" de la empresa Colgate-Palmolive de Costa Rica.

- *Fortalecimiento de infraestructura institucional.*

Durante el periodo 2011-2013 se desarrollaron 76 proyectos de infraestructura entre construcciones, ampliaciones y reparaciones mayores, de CEN-CINAI. Actualmente hay 20 obras que se encuentran en marcha que serán concluidas durante lo que resta del 2014 y en ese mismo periodo se tiene programado iniciar con 39 nuevos proyectos.

### **Principales Desafíos.**

- Consolidación del proceso de descentralización de la Dirección Nacional de CEN-CINAI como ente adscrito al Despacho Ministerial.
- Asignación de recursos humanos y presupuestarios acorde con las necesidades de la Dirección.
- Fortalecimiento de los sistemas de información para la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión.
- Extensión los servicios de atención y protección diaria y promoción del crecimiento y desarrollo infantil a comunidades con altos índices de pobreza y que no cuentan con un CEN-CINAI.
- Sostenibilidad de los proyectos de cooperación existentes y promoción de nuevos proyectos.
- Fortalecimiento de las alianzas estratégicas como un mecanismo para focalizar esfuerzos y recursos a favor de las comunidades prioritarias.

**Cuadro N° 5.7**  
**Proyectos de Infraestructura ejecutados, en ejecución y por iniciar**  
**Dirección Nacional de CEN-CINAI, Costa Rica, 2011-2014.**

Año de ejecución	Tipo de obra		
	Reparaciones mayores	Ampliaciones de centros	Construcciones de centros
2011	3	6	3
2012	14	13	12
2013	19	4	2
2014 *	15	2	3
2014 **	22	3	14
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>28</b>	<b>34</b>

\* En ejecución.

\*\* Por iniciar.

Fuente: Dirección Nacional de CEN-CINAI, 2014.

## **2. INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FAMACODEPENDENCIA (IAFA)**

Con el fin de brindar respuesta a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas (drogas) en el país el IAFA realizó durante los últimos cuatro años ha enfocado sus acciones en tres prioridades institucionales, a saber: programas de cobertura nacional para la prevención del consumo de drogas, tratamiento de las personas dependientes o adictas a drogas y la regulación de iniciativas y servicios privados para la atención de la población afectada por el consumo de drogas.

La prevención del consumo de drogas es parte del esfuerzo que realiza el país para asegurar que grupos prioritarios, como niños y jóvenes, sean menos vulnerables y más resilientes al consumo de drogas. El IAFA desarrolla diversas intervenciones preventivas con el objetivo de apoyar el desarrollo sano y seguro de la población.

El IAFA además realiza labores de regulación que contribuyen a mejorar la calidad de los servicios brindados por los programas públicos y privados de tratamiento y rehabilitación de personas consumidoras de drogas, por medio de asesoría técnica y apoyo financiero.

## Logros:

- *Programa Nacional de Prevención de Consumo de Drogas: Aprendo a Valerme por Mí Mismo.*

El IAFA desarrolla este programa en colaboración con el Ministerio de Educación Pública, y va dirigido a escolares de primaria y población de preescolar. Con este programa se han desarrollado acciones de prevención de todo el país, con una cobertura de 3.601 centros educativos públicos.

En el cuatrienio 2010 – 2013, participaron cerca de 1 millón 200 mil niños y niñas de todo el país. Este programa conduce a la adopción de estilos de vida saludables y dota de herramientas a los niños y niñas para afrontar las dificultades que se les presentan, en particular, para evitar el consumo de drogas.

Además el IAFA capacitó a cerca de 18.000 docentes por año como agentes multiplicadores del programa, lo cual les permite involucrar a los niños y sus familias en actividades interactivas para darles la oportunidad de aprender y practicar habilidades personales y sociales, por medio de sesiones estructuradas, durante varios años.

### Cuadro N° 5.8

#### Participación de niños en el programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo (AVPMM)”, según región. Costa Rica, 2010 - 2013

Regiones	Cantidad de niños			
	2010	2011	2012	2013
Central	156.738	154.752	147.613	138.027
Huetar Norte	43.273	41.797	41.580	39.857
Pacífico Central	18.265	18.113	17.735	17.917
Chorotega	30.994	31.915	32.166	32.147
Huetar Atlántica	33.288	33.348	32.239	32.163
Brunca	25.864	25.636	23.748	25.286
<b>TOTAL</b>	<b>308.422</b>	<b>305.561</b>	<b>295.081</b>	<b>285.397</b>

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2014.

### Cuadro N° 5.9

#### Docentes capacitados por el programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo (AVPMM)”, según región. Costa Rica, 2010 – 2013

Regiones	Docentes Capacitados			
	2010	2011	2012	2013
Central	7.254	7.150	7.024	6.606
Huetar Norte	2.252	2.187	2.187	2.247
Pacífico Central	1.285	1.261	1.261	1.256
Chorotega	2.541	2.570	2.513	2.524
Huetar Atlántica	2.108	2.206	2.149	2.191
Brunca	2.709	2.392	2.542	2.675
<b>TOTAL</b>	<b>18.149</b>	<b>17.766</b>	<b>17.676</b>	<b>17.499</b>

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2014.

En junio del 2012 se oficializó mediante Decreto Ejecutivo N° 37110-S la “Política para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Costa Rica”, con el fin de brindar repuesta a la necesidad de tratamiento por consumo de drogas en el país; y en el 2013 se elaboró el plan de acción para operativizar dicha política.

- *Aumento de la cobertura de atención y tratamiento a las personas con trastornos por consumo de drogas.*

En el 2010 al 2013 se dio un aumento en la cobertura de atención del 70%, ya que se pasó de 13.246 pacientes atendidos en el 2010 a 22.460 pacientes en el 2013.

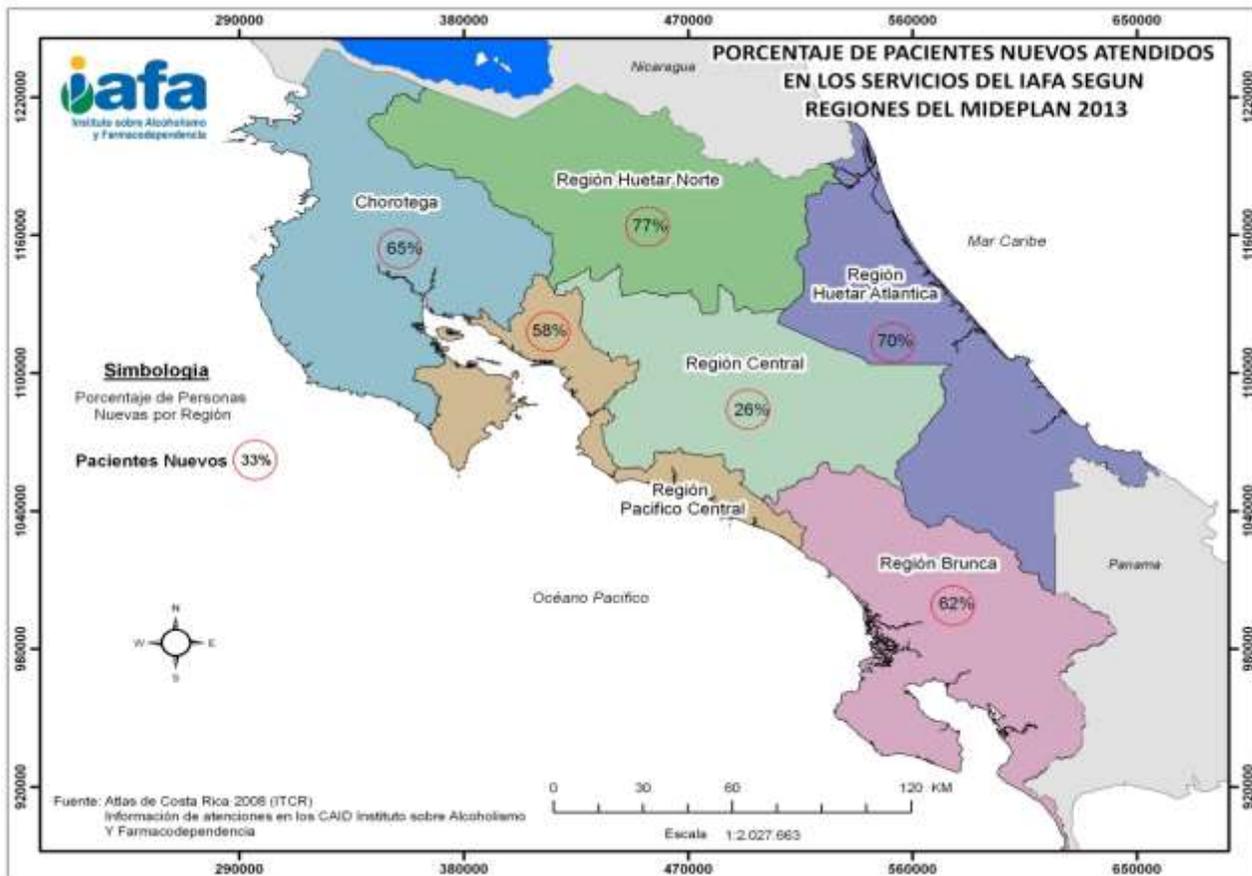
En el año 2013 el 33% de las consultas brindadas en el país por el IAFA, corresponde a personas que por primera vez reciben atención, lo que indica que se está mejorando la extensión de la cobertura, ya que muchas de ellas no tenían acceso a los servicios ahora lo tienen. La Región Huetar Norte es la que presentó un mayor porcentaje de pacientes nuevos (77%), seguida por la Región Huetar Caribe (70%) y la Región Chorotega (65%).

**Cuadro N° 5.10**  
**Pacientes atendidos en los servicios del IAFA, según región.**  
**Costa Rica, 2010 – 2013.**

Región	2010	2011	2012	2013
<b>Central:</b>	10.509	12.558	15.556	18.278
<b>Huetar Norte:</b>	371	270	520	613
<b>Pacífico Central:</b>	701	896	1.215	1.345
<b>Chorotega:</b>	401	595	649	715
<b>Huetar Atlántica:</b>	884	983	1.218	1.096
<b>Brunca:</b>	380	191	374	413
<b>TOTAL</b>	<b>13.246</b>	<b>15.493</b>	<b>19.532</b>	<b>22.460</b>

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2014.

**Figura N° 5.1**



Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2014.

Este aumento en la cobertura se relacionan con la apertura en cinco provincias de nuevos Centros de Atención Integral sobre Drogas (CAID). Lo que ha propiciado un mayor acceso de la población a los programas y servicios en las diversas regiones del país y en particular.

- *Fortalecimiento de la regulación de servicios públicos y privados.*

Por ley le corresponde al IAFA ejercer la fiscalización sobre las organizaciones no gubernamentales. En el año 2013, se encuentran registrados y supervisados en el IAFA 71 centros privados, la mayoría se ubican es en las provincias de San José (46%) y Alajuela (17%), por su lado Guanacaste es la provincia con menor cantidad (3%).

### **3. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).**

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) es la institución pública a cargo de la vigilancia epidemiológica basada en laboratorio, la ejecución de investigaciones prioritarias en salud pública, aseguramiento de la calidad del desempeño de las redes de laboratorios y la realización de actividades de enseñanza derivadas de su quehacer.

El INCIENSA cumple una función esencial de la vigilancia epidemiológica para el abordaje de diversos eventos de notificación obligatoria, como diarreas, neumonías, meningitis, tuberculosis, lepra, Chagas, parasitosis intestinal, malaria, dengue, leptospirosis, sarampión, rubéola, resistencia a los antibióticos y garantía de la inocuidad de los alimentos.

Las modalidades de vigilancia basada en laboratorio y especializada a cargo del INCIENSA se implementan mediante la gestión de redes de servicios de salud que coordinan los Centros Nacionales de Referencia (CNRs) y Unidades Especializadas, con base en el análisis y monitoreo del patrón de comportamiento epidemiológico de los diferentes eventos prioritarios y la factibilidad de realizar intervenciones que permitan prevenirlos, controlarlos e incluso eliminarlos.

Se monitorean eventos de elevada incidencia y comportamiento estacional, como el dengue y las infecciones virales respiratorias, como enfermedades que están eliminadas, como la poliomielitis, el sarampión y la rubéola para evitar su reintroducción.

Para cumplir esas funciones, la generación de información sobre los riesgos de circulación o cambios en el patrón de comportamiento de agentes infecciosos prioritarios es esencial para alertar y monitorear los diversos eventos en forma oportuna.

Una estrategia esencial de la labor del INCIENSA es lograr que el conocimiento que genera de su quehacer se utilice en la mejora de las prácticas de cuidado y atención de la salud. Para ello, implementa procesos educativos dirigidos a las personas que padecen la enfermedad y sus familias, así como los equipos de salud a cargo de su atención y seguimiento.

#### **Logros:**

- *Introducción de nuevas técnicas de laboratorio para la vigilancia epidemiológica*

Durante los últimos años se ha incorporado el diagnóstico de microorganismos emergentes y reemergentes, que requieren de una respuesta oportuna como el Virus del Nilo Occidental, el Hantavirus y el cólera.

Un logro relevante ha sido la implementación de metodologías estandarizadas, para el diagnóstico y la vigilancia de enfermedades que se han catalogado internacionalmente como “desatendidas”, como la lepra, la leishmaniasis y la parasitosis intestinal.

- *Mejoras en el sistema de información de la Unidad de Servicio al Cliente (USEC).*

Se incorporaron mejoras en el USEC, la cual es la instancia que recibe las muestras, y las transfiere a los distintos laboratorios de la institución, manteniendo una estrecha comunicación con el usuario interno y externo.

Entre las mejoras más importantes: la actualización de la boleta de envío y recepción de muestras, la incorporación de nuevas variables y análisis para diagnóstico y confirmación, mejora continua en la calidad del dato que INCIENSA recibe de los servicios de salud, la generación de alertas mediante algoritmos automatizados para enviar mensajes a las instancias técnicas correspondientes para mejorar la oportunidad en la respuesta y la sensibilidad de la vigilancia.

- *Optimización del uso y diseminación de los datos derivados de la vigilancia epidemiológica.*

Otro esfuerzo importante ha sido la optimización del uso y diseminación de los datos derivados de la vigilancia mediante la creación de universos de bases de datos históricas y la aplicación de herramientas informáticas para generar reportes estándar e informes epidemiológicos periódicos, en forma automática.

Para el monitoreo de la gestión diaria se ha implementado el Tablero de Control de Mandos, que genera reportes cada hora con indicadores de oportunidad en la digitación, procesamiento y reporte de resultados de laboratorio, así como gráficos para monitorear el cumplimiento en el envío de muestras por parte de los laboratorios de las redes de vigilancia.

- *Desarrollo del programa denominado EPILAB.*

Para facilitar el análisis de datos, con el apoyo de COMISCA y CDC/CAP, se desarrolló este programa el cual genera reportes según variables de persona, tiempo y espacio, del comportamiento de los eventos de vigilancia basada en laboratorio como diarreas, virus respiratorios, enfermedades febriles como dengue y leptospirosis, entre otros; esto refuerza el seguimiento de brotes y alertas tempranas para el beneficio de la salud pública.

- *Incorporación de herramientas para consulta en la página web.*

Los logros en la mejora del acceso y uso de datos se complementan con la actualización de la página web del INCIENSA, que diaria y semanalmente reporta en tiempo real, los resultados de laboratorio a través de gráficos, cuadros e informes epidemiológicos que el usuario puede acceder ingresando a [http://www.inciensa.sa.cr/vigilancia\\_epidemiologica/estadisticas.aspx](http://www.inciensa.sa.cr/vigilancia_epidemiologica/estadisticas.aspx)

- *Aportes de la investigación a la toma de decisiones*

La institución tiene una amplia experiencia en el desarrollo de investigación sobre temas prioritarios de salud con el propósito de aportar el conocimiento requerido para la toma de decisiones y desarrollo de políticas en el ámbito de la salud pública. Entre ellas se pueden destacar el estudio de la dieta de los niños y adolescentes y los factores psicosociales que la modulan, y el estudio de consumo de sal/sodio entre los habitantes

del país; estos estudios han servido como insumo para el desarrollo de políticas públicas y normativa.

- *Transferencia del conocimiento mediante estrategias innovadoras de aprendizaje.*

El Proyecto de Intervención Nutricional en Enfermedades Crónicas (PINEC) se encuentra actualmente transfiriendo una modalidad de atención grupal de la diabetes y prediabetes a las nutricionistas de diversos establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el ámbito de la enseñanza, el INCIENSA coordina el nodo de Costa Rica del Campus Virtual en Salud Pública. Esta plataforma tecnológica ofrece la oportunidad de potenciar el empleo de entornos virtuales para la transferencia del conocimiento.

En el año 2012 se impartió, en forma virtual, el Curso de Epidemiología de Campo, que durante muchos años se había impartido en forma presencial. Actualmente, se está evaluando esta experiencia para incorporar los ajustes necesarios y ampliar su cobertura a las poblaciones meta que se identifiquen prioritarias para capacitarse en esta temática.

- *Mejora de infraestructura para dar respuesta a las necesidades del país.*

Para mejorar las acciones de vigilancia se invirtieron 570 millones de colones de recursos del Estado y apoyo de Fundación INCIENSA en la construcción y remodelación de cerca de 1.000 m<sup>2</sup> infraestructura del INCIENSA. Mediante este esfuerzo fue posible realizar las siguientes obras:

- El laboratorio de Bioseguridad 3 que inició funciones en julio del 2012. Este laboratorio incorpora requisitos para garantizar la protección y seguridad del personal del laboratorio y de la población, se fortalecen las capacidades nacionales y se logró el cumplimiento a las regulaciones establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).
- El bioterio ubicado en el CNR de Parasitología fue construido en el año 2010, permitiendo mantener el ciclo para producir los antígenos requeridos para el diagnóstico del *Angiostrongylus costaricensis* de todo el país.
- Remodelación de los laboratorios del Centro Nacional de Referencia de Virología, el Centro Nacional de Referencia de Bromatología y el Laboratorio de Tecnología

Nutricional de la Unidad de Salud y Nutrición. Está en proceso la remodelación del Centro Nacional de Referencia de Bacteriología.

- Adecuación del sistema eléctrico institucional y la planta de tratamiento de aguas residuales ordinarias de la institución conforme a la normativa vigente.

### Principales desafíos:

Un proyecto prioritario para la salud pública que, por su relevancia, se incorporó como una meta del Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014, es la construcción del Laboratorio de Inocuidad Microbiológica de los Alimentos.

Este proyecto se enmarca en la Política de Inocuidad de Alimentos (Decreto Ejecutivo Nº 35960-S-MAG-MEIC-COMEX, mayo 2010) con el objetivo de: *“garantizar la inocuidad de los alimentos producidos, elaborados, importados y comercializados en el país, con el fin de proteger la salud de las personas y los derechos de los consumidores y favorecer el desarrollo competitivo, la producción y exportación de alimentos inocuos”*.

Actualmente están concluidos los planos de construcción, y el proyecto está incorporado en el Banco de Proyectos de Inversión Pública (BPIP) de MIDEPLAN. Se está a la espera de concretar las gestiones que permitan asignar el financiamiento de esta obra para dar inicio a su construcción, que corresponde a un área aproximada de 1400 m<sup>2</sup>.

## CAPÍTULO VI. INVERSIÓN EN SALUD PERIODO 2013

---

### 1. Inversión Institucional.

Este apartado tiene como objetivo presentar el financiamiento del Ministerio de Salud, mediante los distintos organismos presupuestarios, así como el de las otras instituciones que conforman el Sector Salud.

El Ministerio de Salud se financia por medio de los siguientes organismos presupuestarios:



Estos organismos presupuestarios a su vez se desagregan en tres programas presupuestarios y dos subprogramas a saber:



El monto otorgado al Ministerio de Salud mediante Presupuesto Ordinario y Extraordinario de la República para el Ejercicio Económico del periodo 2013 Ley N° 9103,

fue de ₡ 226.076,0 millones. Como detalle importante es necesario resaltar que los montos de Ley sufrieron cambios originados por sub ejecuciones, por lo que el monto neto para el 2013 se fijó en ₡224.424,89 millones de colones, distribuidos según se muestra en el cuadro siguiente:

#### Cuadro N° 6.1.

#### Distribución del presupuesto de Gobierno Central, Ministerio de Salud, 2013

DESTINO	MONTO (millones de colones)
Ejecución propia Ministerio de Salud	72.945,62
Transferencias a instituciones del Sector Salud	124.221,06
Transferencias a instituciones adscritas	24.642,48
Transferencias a organismos nacionales e internacionales	2.415,73
Transferencias de capital	200,00
<b>Total</b>	<b>224.224,89</b>

Fuente:D.F.B.S. Informes de Ejecucion periodo 2013 Sistema (SIAF Y SIGAF).

En el siguiente cuadro se presenta la distribución del presupuesto del Ministerio de Salud proveniente del Gobierno Central.

#### Cuadro N° 6.2.

#### Distribución porcentual del presupuesto de Gobierno Central, Ministerio de Salud, 2013.

Tipo de gasto	Porcentaje del presupuesto
Remuneraciones y cargas sociales	83,81
Servicios	9,21
Bienes duraderos	3,06
Prestaciones, indemnizaciones y fondos de pensiones	2,41
Materiales y suministros	1,51

Fuente:D.F.B.S. Informes de Ejecucion periodo 2013 Sistema (SIAF Y SIGAF).

La misión la **Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS)**, es gestionar la ayuda que contribuya a lograr la igualdad de oportunidades que merecen las ciudadanas

y ciudadanos, en especial aquellos que se encuentran en condiciones de pobreza. Este organismo administración los recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Ley N° 5662 de 1974), así como otros fondos destinados a programas y proyectos para mejorar la salud de la población, investigación, entre otros. El presupuesto total asignado para el 2013 fue de ₡28.172,89 millones y su distribución se muestra a continuación:

### Cuadro N° 6.3.

#### Distribución porcentual del presupuesto de OCIS, Ministerio de Salud, 2013.

Tipo de gasto	Porcentaje del presupuesto
Materiales y suministros	42,34
Servicios	5,81
Bienes duraderos	8,61
Transferencias corrientes	30,35
Cuentas especiales	12,89

Fuente: D.F.B.S. Informes de Ejecución periodo 2013 Sistema (SIAF Y SIGAF).

Del presupuesto de OCIS-DESAF, se destina el 30,35% de los fondos para la compra de alimentos frescos para los CEN-CINAI, por medio de 566 Asociaciones de Desarrollo, distribuidas a lo largo y ancho del territorio nacional.

El **Consejo técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)**, tiene como fin primordial el financiamiento de programas públicos de salud preventiva. Dado que el CTAMS no puede ejecutar por sí solo, el presupuesto asignado se transfiere a organismos ejecutores. Para el periodo 2013 dispuso de ₡ 2.832,81 millones. Adicionalmente se contó con ₡ 3.33 millones en el rubro “cuentas especiales” para fines específicos.

El CTAMS cuenta con un instrumento financiero denominado **Fideicomiso 872 Ministerio de Salud–Banco Nacional de Costa Rica**, fue creado en el año 2002, mediante un convenio con el Banco Nacional de Costa Rica, con el propósito de facilitar el financiamiento de los programas y actividades relacionados con construcción, reparación de infraestructura sanitaria, investigación, desarrollo tecnológico y formación de recurso humano. Además, del fortalecimiento, desarrollo, actualización y

mejoras de algunos programas del Ministerio de Salud. En el periodo 2013, se presupuestaron ₡ 10.716.25 millones, distribuidos según se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro N° 6.4.**  
**Distribución porcentual del presupuesto de Fideicomiso-872,**  
**Ministerio de Salud, 2013.**

Tipo de gasto	Porcentaje del presupuesto
Servicios	48,67
Bienes duraderos	44,49
Materiales y suministros	6,28
Transferencias corrientes	0,56

Fuente: D.F.B.S. Informes de Ejecución periodo 2013 Sistema (SIAF Y SIGAF).

En el rubro servicios se incluyen contratos de vigilancia y aseo, así como publicidad y propaganda para actividades institucionales sustantivas. Se adquirieron materiales y suministros para la compra de materiales de construcción y fortalecimiento del cuadro básico, entre otros. Como parte de los bienes duraderos se adquirió equipo y mobiliario de oficina, equipo de comunicación y programas de cómputo. Se transfirió un porcentaje bajo, de 0,56% para reparaciones de CEN-CINAI.

La **Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE)** se crea en el año 2007 con el propósito de fortalecer la vigilancia de la salud, el desarrollo de las capacidades humanas y el fortalecimiento de organizaciones no gubernamentales dedicadas al mejoramiento de la calidad de vida según Ley N° 8111. Regula la selección, adquisición y disponibilidad de vacunas en todo el territorio nacional y se financia con transferencias de gobierno central y de la Junta de Protección Social de San José.

Los montos recibidos para este periodo alcanzaron los ₡2.992.36 millones, distribuidos en las partidas: “1 Servicios” (desalmacenamiento de vacunas), “2 Materiales y Suministros” (para la compra de las vacunas), “5 Bienes Duraderos” (para la adquisición de cadena de frío), “6 Transferencias” (2 para la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y para la devolución de intereses generados en la cuenta corriente con el fin de devolver a Tesorería Nacional) y “9 Cuentas especiales.

Cuadro N° 6.5.

Presupuesto del Ministerio de Salud según organismo y partida presupuestaria  
Costa Rica 2013 (en millones de colones)

Partida Presupuestaria	GOBIERNO		C.T.A.M.S.		OCIS		FIDEICOMISO		CNVE		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
0. Remuneraciones	61.133,09	83,81%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	61.133,09	51,96%
1. Servicios	6.719,28	9,21%	0,00	0,00%	1.636,75	5,81%	5.215,73	48,67%	110,00	3,68%	13.681,76	11,63%
2. Mater. Y Suminis.	1.104,33	1,51%	0,00	0,00%	11.927,41	42,34%	673,08	6,28%	1.834,01	61,29%	15.538,83	13,21%
5. Bienes Duraderos	2.232,89	3,06%	0,00	0,00%	2.425,93	8,61%	4.767,14	44,49%	781,21	26,11%	10.207,17	8,67%
6. Transf. Corrientes	1.756,03	2,41%	2.832,81	99,88%	8.551,02	30,35%	60,30	0,56%	2,01	0,07%	13.202,17	11,22%
9. Cuentas Especiales	0,00	0,00%	3,33	0,12%	3.631,78	12,89%	0,00	0,00%	265,13	8,86%	3.900,24	3,31%
<b>SUB TOTAL</b>	<b>72.945,62</b>	<b>62,00%</b>	<b>2.836,14</b>	<b>2,41</b>	<b>28.172,89</b>	<b>23,94%</b>	<b>10.716,25</b>	<b>9,11%</b>	<b>2.992,36</b>	<b>100,00%</b>	<b>117.663,26</b>	<b>43,72%</b>
6. Otros Org. Nac. e Int.	2.415,73	1,08%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	2.415,73	0,90%
6. Org. sector Salud	124.221,06	55,35%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	124.221,06	46,15%
6. Inst. Adscritas	24.642,48	10,98%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	24.642,48	9,16%
7. Transf. De Capital	200,00	0,09%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	200,00	0,07%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>151.479,27</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00%</b>	<b>151.479,27</b>	<b>56,28%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>224.424,89</b>	<b>83,39%</b>	<b>2.836,14</b>	<b>1,05%</b>	<b>28.172,89</b>	<b>10,47%</b>	<b>10.716,25</b>	<b>3,98%</b>	<b>2.992,36</b>	<b>1,11%</b>	<b>269.142,53</b>	<b>100,00%</b>

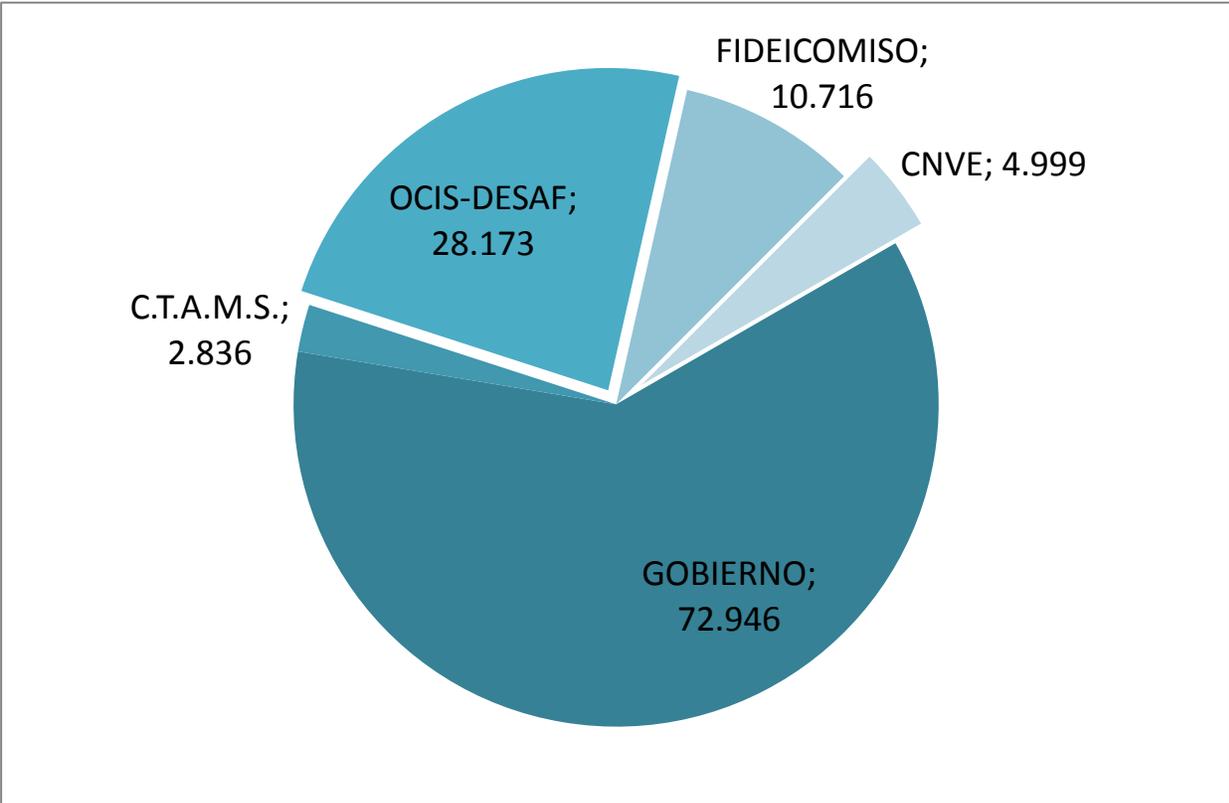
Fuente: Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2013.

(C.T.A.M.S., Asignaciones Familiares, CNV y Fideicomiso 872 MS-BNCR sistema SIAF, Gobierno Central sistema SIGAF)

Cálculo realizado: Columna % = gasto por partida / total del organismo (excepto la fila de sub totales y totales que va en función del total general)

Como se muestra en el cuadro anterior el total presupuestal para ser ejecutado por este Ministerio es de ₡ 117.663.26 millones de colones, gráficamente el porcentaje aportado por organismo presupuestario lo observamos a continuación:

**Gráfico N° 6.1.**  
**Presupuesto por Organismo Diciembre 2013. (en millones de colones)**  
**Fuente: D.F.B.S. Informes de ejecución periodo 2013 Sistema (SIAF)**



Fuente: **Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2013.**

A continuación procederemos a mostrar la distribución por organismos presupuestario según los programas institucionales, de la misma manera que en el cuadro N°1 se hace la separación de los fondos destinados al Ministerio y los asignados por Ley para transferir a las diferentes instituciones:

**Cuadro N° 6.6.**  
**Presupuesto Ministerio de Salud por programa y organismo presupuestal**  
**(Millones de colones)**

Organismo presupuestal	Programa			
	630	631	632	Total
Gobierno Central	8.488,04	43.747,58	20.710,00	72.945,62
CTAMS	1.506,24	1.329,90	0,00	2.836,14
OCIS	1.724,19	3.305,30	23.143,40	28.172,89
Fideicomiso	10.716,25	0,00	0,00	10.716,25
CNV	0,00	2.992,36	0,00	2.992,36
Sub Total	22.434,72	51.375,14	43.853,40	117.663,26
Gobierno central Transferencias Corrientes				
Otros Organismos Nacionales e Internacionales	2.201,52	6,00	26,21	2.233,73
Organizaciones Sector Salud	103.043,06	21.360,00	0,00	124.403,06
Adscritas	17.522,48	7.120,00	0,00	24.642,48
Transferencias de Capital	200,00	0,00	0,00	200,00
Sub Total	122.967,06	28.486,00	26,21	151.479,27
TOTAL	145.401,78	79.861,14	43.879,61	269.142,53

Fuente:D.F.B.S. Informes de Ejecucion periodo 2013 Sistema (SIAF Y SIGAF).

**Cuadro N° 6.7.**  
**Ejecución presupuestal por programa y organismo, Ministerio de Salud, 2013.**  
**(Millones de colones)**

Organismo	Programa			
	630	631	632	Total
Gobierno Central	7.438,32	37.360,36	18.724,36	63.523,04
CTAMS	1.450,21	1.091,43	0,00	2.541,64
OCIS	1,25	399,70	15.822,61	16.223,57
Fideicomiso	6.630,39	0,00	0,00	6.630,39
CNV	0,00	1.987,84	0,00	1.987,84
Sub Total	15.520,17	40.839,33	34.546,97	90.906,48
Gobierno central Transferencias Corrientes				
Otros Organismos Nacionales e Internacionales	2.191,89	6,00	26,21	2.224,10
Organizaciones Sector Salud	103.043,06	21.360,00	0,00	124.403,06
Adscritas	17.522,48	7.120,00	0,00	24.642,48
Transferencias de Capital	200,00	0,00	0,00	200,00
SUB TOTAL	122.957,43	28.486,00	26,21	151.469,64
TOTAL	138.477,61	69.325,33	34.573,18	242.376,12

Fuente:D.F.B.S. Informes de Ejecucion periodo 2013 Sistema (SIAF Y SIGAF).

Con estos datos logramos evidenciar el monto presupuestario para ser utilizado por el Ministerio de Salud en cada uno de sus programas.

Una vez identificado el presupuesto a ser utilizado por el Ministerio de Salud por partida, programa presupuestario y el aporte por cada uno de los organismos presupuestarios, procedemos a exponer la ejecución realizada por programa, además se analizaran los porcentajes de ejecución en relación con los fondos recibidos.

El programa 630 Gestión Intrainstitucional, recibió recursos por parte del Gobierno Central por la suma de ₡8.488,04 millones, aunado a esto percibió recursos de los organismos presupuestarios que acompañan su función por un monto de ₡13.946,68 millones, para un total de ₡22.434,72 millones, los porcentajes de ejecución se presentaron de la siguiente manera, Gobierno Central ₡7.438.72 equivalente al 87,63%, con fondos de los organismos presupuestarios ₡8.081,85 millones equivalente a 58,0%, el total ejecutado para este programa es de ₡15.520.17 millones equivalentes a 69,18%, los montos utilizados se orientaron a lograr liderar y articular a los responsables institucionales, para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la institución y la gestión efectiva de los recursos en las Unidades Organizativas del Nivel central, Regional y Local.

El programa 631, Rectoría de la Producción Social de la Salud, se compone de dos sub programas a saber:

- 631- 01 Rectoría de la Producción Social de la Salud y
- 631- 02 Ley general del control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud.

El monto aprobado por Gobierno Central para estos dos sub programas fue de ₡37.534,86 y ₡ 6.212,72 millones respectivamente, para un total de ₡ 43.747,58 millones. El aporte recibido por los Organismos Desconcentrados para el sub programa de rectoría fueron ₡ 7.627,56 millones, el total del sub programa de rectoría es de ₡ 45.162,42 y el de ley tabaco es de ₡ 6.212.72, para un total de ₡ 51.375,14 millones

La ejecución se llevó de la siguiente manera, con fondos de Gobierno Central, se ejecutó ₡ 37.360.36 y del presupuesto de los Organismos Desconcentrados ₡ 3.478,97 millones, lo que significa el 85,4% y el 45,61% respectivamente, el total general ejecutado del programa 631 es de ₡ 40.839.33 millones equivalente al 79,49%.

Estos fondos fueron empleados para garantizar el derecho a la salud, mediante procesos de dirección, conducción y concertación de actividades que protejan y mejoren el bienestar de la población cumpliendo de esta manera con los objetivos fundamentales de la rectoría, adicionalmente podemos asegurar que se cumplió a cabalidad con los lineamientos y políticas establecidos en el plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 “María Teresa Obregón Zamora” el cual es: *“garantía del acceso a los servicios de salud con calidad, basado en la estrategia de atención primaria renovada”*.

Con los fondos asignados al sub programa 631-02 Tabaco, se logró dar los primeros pasos con relación a los dos objetivos primordiales:

- 1- Incrementar las habilidades y las capacidades de la población en general y de los actores claves, en específico, hacia la incorporación de estilos de vida saludables y al desarrollo de otros determinantes positivos de la salud.
- 2- Reducir el consumo del tabaco y sus derivados, así como los efectos de exposición indirecta, mediante acciones de promoción de la salud, vigilancia y regulación, a fin de reducir la prevalencia de consumo y con ello la morbimortalidad por enfermedades asociadas al tabaco.

Del programa 632 Provisión de Servicios de Salud podemos señalar que está concentrado en garantizar la provisión de los servicios de salud en nutrición y desarrollo infantil a los niños y niñas clientes del programa CEN CINAI,

La población meta es para los niños y niñas desde su gestación hasta menos de trece años, a su grupo familiar y comunidad, mediante la atención y protección diaria, nutrición preventiva y promoción de crecimiento y desarrollo infantil, para esta misión se contó con un presupuesto por parte de gobierno central de ₡ 20.710,00 millones, de los Órganos Desconcentrados, ₡ 23.143,4 millones, el total percibido fue de ₡ 43.879,61

millones, se logró ejecutar con fondos de gobierno central la suma de ₡ 18.724,36 millones y con fondos de los Órganos Desconcentrados se ejecutó la suma de ₡ 15.822,61 lo que equivale al 90,41% y 68,37 respectivamente, el total ejecutado por este programa es de ₡ 34.546.97 millones equivalente a 78.79%.

En el cuadro N° 6.8 podemos visualizar el porcentaje de ejecución, este alcanza el 77.26%, esta ejecución se puede calificar como buena, logrando con esto realizar las actividades principales del Plan Anual Operativo del periodo, cabe destacar que la partida 1 Servicios y 5 Bienes Duraderos presenta problemas con su ejecución debido, las razones de más peso se identifican como aquellos trámites que debieron declararse infructuosos por cuanto los plazos rebasaron el año, por lo cual se debe dar por concluido el trámite.

**Cuadro N°6.8.**  
**Presupuesto y ejecución Según organismo y partida presupuestaria,**  
**Ministerio de Salud, periodo 2013. (En millones de colones)**

Partida Presupuestaria	Totales		%
	₡	₡	
0. Remuneraciones	61.133,09	56.434,87	92,31%
1. Servicios	13.681,76	7.901,56	57,75%
2. Mat. y Suministros	15.538,83	12.427,20	79,98%
5. B. Duraderos	10.207,17	4.837,61	47,39%
6. Transf. Corrientes	13.202,17	9.305,24	70,48%
9. Ctas Especiales	3.900,24	0,0	0,00%
<b>TOTALES</b>	<b>117.663,26</b>	<b>90.906,48</b>	<b>77,26%</b>

Fuente: D.F.B.S. Informes de Ejecución periodo 2013 Sistema (SIAF).

Como parámetro informativo se presenta en el cuadro N° 6.9 los rubros utilizados para el financiamiento de las actividades:

**Cuadro N°6.9.**  
**Inversión institucional según organismo y partida presupuestaria, Ministerio de Salud, 2013.**  
**(En millones de colones)**

Partida Presupuestaria	GOBIERNO		C.T.A.M.S.		OCIS		FIDEICOMISO		CNVE		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
0. Remuneraciones	56.434,87	88,84%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	56.434,87	62,08%
1. Servicios	3.563,68	5,61%	0,00	0,00%	6,00	0,04%	4.240,05	63,95%	91,83	4,62%	7.901,56	8,69%
2. Mater. Y Suminis	688,44	1,08%	0,00	0,00%	10.268,69	63,29%	256,71	3,87%	1.213,36	61,04%	12.427,20	13,67%
5. Bienes Duraderos	1.466,89	2,31%	0,00	0,00%	611,85	3,77%	2.077,48	31,33%	681,39	34,28%	4.837,61	5,32%
6. Transf. Corrientes	1.369,16	2,16%	2.541,64	100,00%	5.337,03	32,90%	56,15	0,85%	1,26	0,06%	9.305,24	10,24%
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%
<b>SUB TOTALES</b>	<b>63.523,04</b>	<b>69,88%</b>	<b>2.541,64</b>	<b>2,80%</b>	<b>16.223,57</b>	<b>17,85%</b>	<b>6.630,39</b>	<b>7,29%</b>	<b>1.987,84</b>	<b>2,19%</b>	<b>90.906,48</b>	<b>100,00%</b>
6. Otros Org Nac e Int	2.406,10	1,12%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	2.406,10	2,04%
6. Org. sector Salud	124.221,06	57,78%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	124.221,06	105,57%
6. Adscritas	24.642,48	11,46%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	24.642,48	20,94%
7. Transf. De Capital	200,00	0,09%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	200,00	0,17%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>151.469,64</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00%</b>	<b>151.469,64</b>	<b>1,29</b>
<b>TOTAL</b>	<b>214.992,68</b>	<b>88,70%</b>	<b>2.541,64</b>	<b>1,05%</b>	<b>16.223,57</b>	<b>6,69%</b>	<b>6.630,39</b>	<b>2,74%</b>	<b>1.987,84</b>	<b>0,82%</b>	<b>242.376,12</b>	<b>2,29</b>

**Fuente:** Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2013, (C.T.A.M.S., Asignaciones Familiares y Fideicomiso 872 MS-BNCR sistema SIAF, Gobierno Central sistema SIGAF), **Cálculo realizado:** Columna % = gasto por partida / total del organismo (excepto la fila de totales que va en función del total general)

## 2. Inversión del Sector Salud.

El Sector Salud está conformado por tres pilares fundamentales, mismos que detallamos a continuación:

- 1- Ministerio de Salud (MINSa) y sus Adscritas (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)).
- 2- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- 3- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA).

Cabe mencionar que existen otras instituciones parte del sector, como el Instituto Nacional de Seguros, que tienen su aporte en el campo de la salud pero no son considerados en el informe por no formar parte del sector.

La inversión del sector salud en el último quinquenio registra un comportamiento ascendente, a pesar de este incremento el porcentaje de crecimiento de los últimos dos años con relación a los años anteriores es menor, esto obedece al cambio sufrido en el sector salud ya que las nuevas instituciones que conforman este sector registran menores asignaciones presupuestarias, para obtener un panorama más exacto observaremos en el cuadro N°6 “Inversión del sector salud”, las nuevas Instituciones que lo conforman y el monto ejecutado por cada una de ellas

De los montos ejecutados podemos decir que el mayor aporte lo realiza la Caja Costarricense de Seguro Social, contribución que para el periodo 2013 significa el 85,9% equivalente a ₡ 1.468.182,40 millones del total de los fondos invertidos en el sector salud , del monto total ejecutado, seguido por el ICAA con 7,3%, equivalente a ₡124.474,76 millones, le sigue el Ministerio de salud con 5,3%, equivalente a ₡90.906,48 millones, el ICODER aporta el 0,8% equivalente a ₡ 14.103,12, seguido por el aporte que realizada el IAFA 0,5%, equivalente a ₡ 8.262,08 millones y el INCIENSA con 0,2% equivalente a ₡ 3.639,5.

**Cuadro N°6.10.**  
**Inversión del Sector Salud**  
**Costa Rica 2009-2013 (en millones de colones)**

AÑO	MINIST DE SALUD		C.C.S.S.		I.C.A.A.		IAFA		ICODER		INCIENSA		TOTALES	
	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%
2009	59.591,58	5,6%	1.012.397,40	94,4%	75,74	0,0%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	1.072.064,72	15,18%
2010	70.809,14	5,7%	1.167.280,17	94,3%	89,74	0,0%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	1.238.179,05	17,53%
2011	80.562,15	5,5%	1.280.166,71	87,9%	96.222,23	6,6%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	0,00	0,0%	1.456.951,09	20,62%
2012	100.755,14	6,3%	1.363.348,30	85,9%	106.017,66	6,7%	7.157,57	0,5%	7.090,99	0,4%	3.403,67	0,2%	1.587.773,33	22,48%
2013	90.906,48	5,3%	1.468.182,40	85,9%	124.474,76	7,3%	8.262,08	0,5%	14.103,12	0,8%	3.639,60	0,2%	1.709.568,44	24,20%
<b>Totales</b>	<b>402.624,49</b>	<b>5,70%</b>	<b>4.928.026,68</b>	<b>69,76%</b>	<b>326.880,13</b>	<b>4,63%</b>	<b>15.419,65</b>	<b>0,22%</b>	<b>21.194,11</b>	<b>0,30%</b>	<b>7.043,27</b>	<b>0,10%</b>	<b>7.064.536,63</b>	<b>100,00%</b>

**Fuente:** Informes de Liquidación presupuestaria de cada institución al 31 de diciembre 2013.

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

El total presupuestado de este periodo fue la suma de ₡ 1.904.855.7 y el total invertido en salud por parte del sector asciende a la suma de ₡ 1.709.568,44 millones lo que equivale a una ejecución del 89.75%, esta inversión social estuvo dirigida a:

- 1- Fortalecer las condiciones físicas, ambientales y de seguridad que promuevan los estilos de vida saludable de manera tal que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
- 2- Garantizar el acceso a los servicios de salud con calidad, basado en la estrategia de atención primaria.
- 3- Garantizar el acceso a los servicios de salud de protección, restauración y uso sostenible del hábitat humano con equidad, calidad y seguridad.

Lineamientos establecidos al sector salud con los cuales se ha logrado las metas sectoriales relacionadas con la disminución de muertes neonatales e incrementando el promedio de vida y la calidad en el ciclo de vida de la ciudadanía.

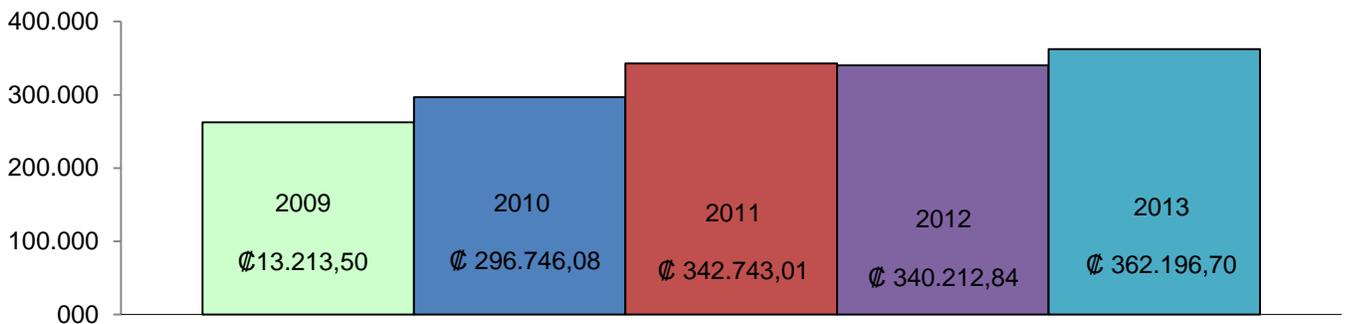
A fin de determinar la inversión per cápita realizada por las instituciones del Sector Salud en el periodo 2013, asociaremos el total ejecutado de los presupuestos y la población total de nuestro país, resultando un comportamiento ascendente, mismo que mostramos mediante el siguiente gráfico:

Para mostrar el comportamiento presupuestal asociado al crecimiento del producto interno bruto, deflactaremos los datos en relación al último quinquenio, con el porcentaje obtenido, buscaremos visualizar el monto destinado a la atención en salud según la disponibilidad de los recursos reales.

Para tener un panorama más amplio de esa relación, se puede afirmar, que en el año 2013 el aporte por habitante que realiza el sector salud es de ₡362.196,7 colones por individuo, de los cuales el Ministerio de Salud aporta

₡19.259,85 colones, participación que a lo largo de los años se mantiene en crecimiento, es importante hacer notar que aunque el comportamiento presupuestal y la inversión en salud es ascendente, el monto invertido no logra mantener la cantidad y la calidad de los servicios en salud ofrecidos.

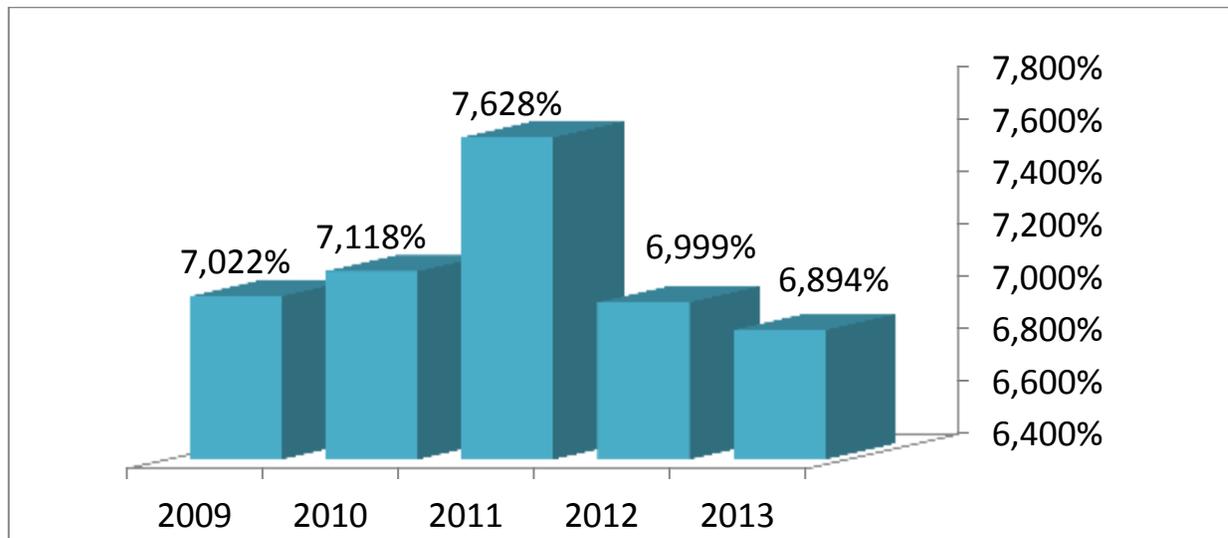
**Gráfico N° 6.2.**  
**Gasto per cápita del Sector Salud, Costa Rica 2009-2013**



(En colones corrientes)

Fuente: Informes de Liquidación presupuestaria de cada institución al 31 de diciembre 2013.

**Gráfico N° 6.3.**  
**Participación en el PIB de la inversión del sector salud 2009-2013 en millones de colones)**



Fuente: Informes de Liquidación presupuestaria de cada institución al 31 de diciembre 2013.



PRESIDENCIA  
República de Costa Rica