



MEMORIA INSTITUCIONAL

MINISTERIO DE SALUD
2014

Mayo 2015

MINISTERIO DE SALUD
MEMORIA INSTITUCIONAL 2014



Mayo 2015

614

M8375m Costa Rica. Ministerio de Salud
Memoria Institucional 2014 San José,
Costa Rica: El Ministerio, 2015

210p.;ilus, 28cm
ISSN 1659-35 96

1. Salud Pública. 2. Memorias. 3. Costa Rica.
I. Ministerio de Salud. II. Título



República de Costa Rica
Ministerio de Salud
Despacho Ministerial

DM-3276-2015
20 de abril de 2015

Lic. Henry Mora Jiménez
Presidente
Asamblea Legislativa de la República

Estimado señor:

En mi calidad de Ministro de Salud y de conformidad con el artículo No. 144 de la Constitución Política de la República, presento para su consideración y de los señores diputados de la Asamblea Legislativa que usted preside, la Memoria Anual 2014 de mi representada.

En el documento supra citado se procede a la rendición de cuentas, como deber legal y ético que tiene todo funcionario o persona de responder e informar a nombre de la administración que representa, en cuanto al manejo y los rendimientos de fondos, bienes o recursos públicos asignados. Además de los logros y desafíos que se presentan en el cumplimiento del mandato que se le ha conferido al ente Rector de la Salud Pública del país.

Cabe resaltar que el Ministerio de Salud tiene como propósito fundamental contribuir al mejorar 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. Esto lo hace bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.

Asimismo, como pilar fundamental de su quehacer busca promover la coordinación y articulación de esfuerzos con diferentes actores sociales, lo que ha permitido generar un marco de trabajo con responsabilidad individual y colectiva en salud; logrando con ello contribuir a concientizar a la población sobre la importancia de cuidar su salud, mediante la realización de actividad física, alimentación saludable, evitando el consumo de sustancias dañinas:

De igual manera a orientado sus esfuerzos a lograr que los establecimientos de salud cumplan con la normativa de atención de servicios de salud, así como el mejoramiento de la salud y el ambiente humano.



República de Costa Rica
Ministerio de Salud
Despacho Ministerial

Lic. Henry Mora Jiménez
DM-3276-2015 – Página 2
20 de abril de 2015

Aprovecho, además para agradecerle a usted y a los señores diputados por todo el apoyo brindado al Ministerio de Salud durante el año 2014. Además, deseo resaltar mi reconocimiento a todos los funcionarios de la institución y de los entes adscritos, por el excelente trabajo realizado para el logro de las metas, las cuales han sido alcanzadas gracias a su compromiso y entrega.

Atentamente,



Dr. Fernando Llerca Castro
Ministro de Salud

Rosy/Eli
Anexo: 1

Tabla de Contenido

CAPITULO I	9
Marco Estratégico	9
Misión Institucional.....	11
Visión Institucional	11
Estrategia Maestra	11
Objetivos Estratégicos Institucionales	11
Valores Institucionales	11
CAPITULO II	13
Organización Ministerio de Salud.....	13
1 Nivel Central	15
2. Nivel Regional.....	19
3. Nivel Local	20
4. Entes Adscritos	20
5. Estructura Orgánica.....	21
CAPITULO III	27
Políticas Institucionales	27
CAPITULO IV	33
Situación de Salud y sus Determinantes	33
1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA.....	35
1.1 Fecundidad.....	35
1.2 Expectativa De Vida.....	36
1.3 Migración	36
1.4 Estructura Poblacional	37
2. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.....	38
2.1 Cáncer	41
2.2 Enfermedades del Sistema Circulatorio	57
2.3 Diabetes Mellitus.....	65
2.4 Enfermedades Respiratorias Crónicas	67
2.5 Enfermedad Renal Crónica	68
3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	69
3.1 Infección por VIH y SIDA	69
3.2 Sífilis Congénita	73
3.3 Dengue	75

3.4 Malaria.....	79
3.5 Enfermedad De Chagas	80
3.6 Filariasis.....	80
3.7 Chikungunya: Casos en Costa Rica en el año 2014.....	80
3.8 Comportamiento de los Eventos que se notifican en el Registro Colectivo Costa Rica, 2012-2014	84
3.9 Comportamiento de Enfermedad de Hansen oLepra en Costa Rica del Año 1964 al 2014.....	85
3.10 Enfermedades Inmunoprevenibles	86
3.11 Casos Registrados de declaración Obligatoria por Desnutrición y Retardo en Talla	99
3.12 Enfermedades de Notificación Obligatoria de Trastornos Mentales	105
3.13 Ébola	109
4. MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL Y MATERNA	110
4.1 Mortalidad General	110
4.2 Mortalidad Materna	111
4.3 Mortalidad Infantil	116
5. COBERTURAS E VACUNACIÓN VACUNAS AÑO 2014	120
6 VIOLENCIA SOCIAL	123
6.1 Violencia de Género	123
6.2 Violencia Intrafamiliar	125
6.3. Intentos de Suicidio.....	128
6.4 Mortalidad Por Causas Externas	129
7 DETERMINANTES SOCIALES	135
7.1 Pobreza Y Desigualdad	135
7.2 Conformación Étnica	136
7.3. Educación	138
7.4 Actividad Física	140
CAPITULO V	143
Logros	143
LOGROS INSTITUCIONALES.....	145
1 Control Integral de Vectores.....	145
2 Manejo de las Enfermedades Vectoriales desde la Estrategia de Promoción de la Salud y bajo un Enfoque Multifactorial	148
3 Gestión Integral de Residuos	148
4 Aguas Residuales.....	150
5 Agua Potable.....	151
6 Calidad del Aire	153
7 Registro y Control de Productos de Interés Sanitario.....	154
8 Investigación Biomédica.....	156

9 Prevención de Tabaquismo Mediante Advertencias Sanitarias en	
Empaques de Productos de Tabaco y sus Derivados	157
10 Fortificación de Alimentos.....	161
11 Nefropatía Mesoamericana	164
12 Estilos de Vida Saludables en la Población Adolescente	164
13 Salud Mental	167
14 Cuidados Paliativos.....	168
15 Recursos Humanos en Salud.....	169
16 Hospitales Seguros Ante los Desastres	170
17 Medición del Gasto ante la Respuesta del VIH-SIDA “Megas 2012”	171
18 Normalización de los Servicios de Salud	172
19 Materno Infantil.....	173
20 Lactancia Materna	174
21 Prevención del Embarazo en Adolescentes.....	174
22 Niñez Y Adolescencia	175
23 Alimentación Y Nutrición	175
24 Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad	176
25 Mejora Regulatoria Y Simplificación De Trámites.....	177
26 Gestión Del Riesgo.....	178
LOGROS DE LOS ENTES ADSCRITOS.....	179
1. Dirección Nacional De Cen-Cinai	179
2 Instituto sobre Alcoholismo y farmacodependencia (IAFA).....	185
3 Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud.	187
CAPITULO VI	189
Inversión en Salud	189
1 INVERSIÓN Y GASTO EN SALUD.....	191
2 INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD	200
3 INVERSIÓN PER CÁPITA DEL SECTOR SALUD.....	205
4. PIB DEFLACTADO Y GASTO	205

CAPITULO I

Marco Estratégico

MISIÓN INSTITUCIONAL

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

VISIÓN INSTITUCIONAL

Seremos una institución desconcentrada, articulada internamente, coherente en su capacidad resolutive, con una cultura caracterizada por la orientación a los resultados y a la rendición de cuentas, con funcionarios 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. Promover en la población estilos de vida saludable, mediante la participación de actores sociales en la implementación de diversas estrategias, que contribuyan al mejoramiento del estado de salud de la población.
2. Mejorar el acceso de la población a servicios de salud y productos de interés sanitario seguros y de calidad, mediante el desarrollo, la vigilancia y control de la normativa, que contribuya al bienestar de la población.

VALORES INSTITUCIONALES

- *Salud como cultura de vida y de trabajo*

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

- *Liderazgo*

Logramos conquistar la voluntad de los actores sociales a los que dirigimos y conducimos para el logro de objetivos comunes, mediante la concertación, la participación y el convencimiento, impulsando las decisiones y las acciones

de todos los involucrados, en procura de la protección y mejoramiento del estado de salud de la población nacional.

- *Compromiso*

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

- *Efectividad*

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

CAPITULO II

Organización
Ministerio de Salud

Mediante Directriz N° 006 MIDEPLAN,, el Poder Ejecutivo define catorce sectores para mejorar la coordinación y organización del aparato público estatal. Entre ellos se crea el Sector Salud, Nutrición y Deporte 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 del Ministro de Salud, apoyado por dos Viceministros. Tiene una Dirección General de Salud. La Auditoría Interna, la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud, la Dirección de Asuntos Jurídicos, la Contraloría de Servicios Institucional y Planificación y Desarrollo Institucional, las cuales funcionan como unidades asesoras y la Secretaría Técnica de Salud Mental y Tecnologías de Información y Comunicación como nivel operativo. También cuenta con entes adscritos al Ministerio: INCIENSA, el IAFa y la Dirección Nacional de CEN CINAI.

Auditoría Interna

Unidad Organizativa que proporciona seguridad razonable a la población, de

que la actuación del jerarca y de los subordinados se ejecute de conformidad con el marco estratégico institucional, el marco legal y las sanas prácticas. Para ello, evalúa y promueve la mejora de la efectividad de la administración del riesgo, del control y de los procesos de dirección y evalúa la actuación de las unidades organizativas en la ejecución de la rectoría de la salud, la provisión de servicios de salud y la gestión institucional.

Unidad de Asuntos Internacionales en Salud

La Unidad de Asuntos Internacionales en Salud es una unidad organizativa asesora, dependiente orgánicamente del Ministro de Salud. Su objetivo consiste en apoyar al Despacho del Ministro en la ejecución de la función de Dirección Política de la Salud en el ámbito de asuntos internacionales, así como normalizar las prácticas relacionadas con este ámbito y asesorar, en su implementación, a las instituciones del Sector Salud y a las unidades organizativas del Ministerio de Salud que lo requieran. Además, mantiene un inventario de acuerdos, convenios y demás asuntos internacionales, tanto del Ministerio como del Sector Salud.

Dirección de Asuntos Jurídicos

Unidad Organizativa asesora que brinda el soporte jurídico que el Despacho del Ministro y el Ministerio en General le solicite, además, le corresponde revisar los instrumentos legales en los que interviene el Ministerio de Salud, así como mantener un inventario de

leyes, decretos, acuerdos, convenios y otros instrumentos jurídicos relacionados con la producción social de la salud y la rectoría en materia de salud pública.

Contraloría de Servicios Institucional

Su objetivo consiste en involucrar a la ciudadanía en la fiscalización de la prestación de los servicios públicos, mediante el ejercicio de su derecho de petición y manifestación de su inconformidad en forma individual o colectiva sobre la calidad de los servicios, con el propósito de garantizarle de esta manera que sus demandas sean escuchadas y resueltas.

Secretaría Técnica de Salud Mental

La Secretaría Técnica de Salud Mental es un órgano técnico, adscrito al Despacho del Ministro de Salud, cuyo objetivo es abordar en forma integral el tema de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la participación de otras instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica.

Planificación y Desarrollo Institucional

Planificación y Desarrollo Institucional es una unidad organizativa asesora dependiente del Despacho Ministerial. Su objetivo consiste en apoyar al Despacho Ministerial en el alineamiento estratégico de la institución, ejecutando los procesos de planificación estratégica y operativa institucional y sectorial, así como desarrollo

organizacional, mercadotecnia institucional y control interno, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Ministro de Salud, y asesorando al Despacho y a las demás unidades organizativas de la institución en estos procesos.

Tecnologías de Información y Comunicación

Tiene como objetivo garantizar que las tecnologías de información y comunicación respondan a las necesidades institucionales mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de la seguridad, disponibilidad, integridad y oportunidad de los sistemas de información, la infraestructura y los servicios, a fin de fortalecer la rectoría y la toma de decisiones.

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 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 función principal 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. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico a las Unidades Organizativas de los niveles central, regional y local, según corresponda

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 este 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 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.

El Ministerio de Salud está conformado geográficamente por nueve regiones de salud a saber: Central Sur, Central Norte, Central Este, Central Occidente, Chorotega, Pacífico Central, Huetar Norte, Huetar Caribe y Brunca.

3. NIVEL LOCAL

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

Direcciones de Áreas Rectoras de Salud

Son las unidades organizativas de la institución con representatividad y operación en el ámbito local y en las cuales se realizan tanto las funciones de insumo como las funciones de impacto de la rectoría de la producción social de la salud, con fundamento en una sólida gerencia institucional. 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.

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:

Dirección Nacional de CEN CINAI

Depende orgánicamente, del Ministro/a. Su objetivo consiste en orientar y conducir la gestión de los servicios de nutrición y desarrollo infantil que provee la institución, para garantizar el cumplimiento de su marco estratégico acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud en Nutrición y Desarrollo Infantil. Asegura que todos los procesos relacionados con la provisión de estos servicios se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida y emite lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución en esta materia.

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)

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

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

Oficina Cooperación Internacional de La Salud (OCIS)

La ley No 8270 reformó el artículo 36 de la Ley



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

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

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

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

La Ley 8289 reformó el inciso d) del artículo 5 y los artículos 21, 22, 23 y 24 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, de 8 de noviembre de 1973 creando al Instituto

sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) es un órgano con desconcentración mínima, adscrito al Ministerio de Salud, con personalidad jurídica instrumental.

Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiológica

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

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

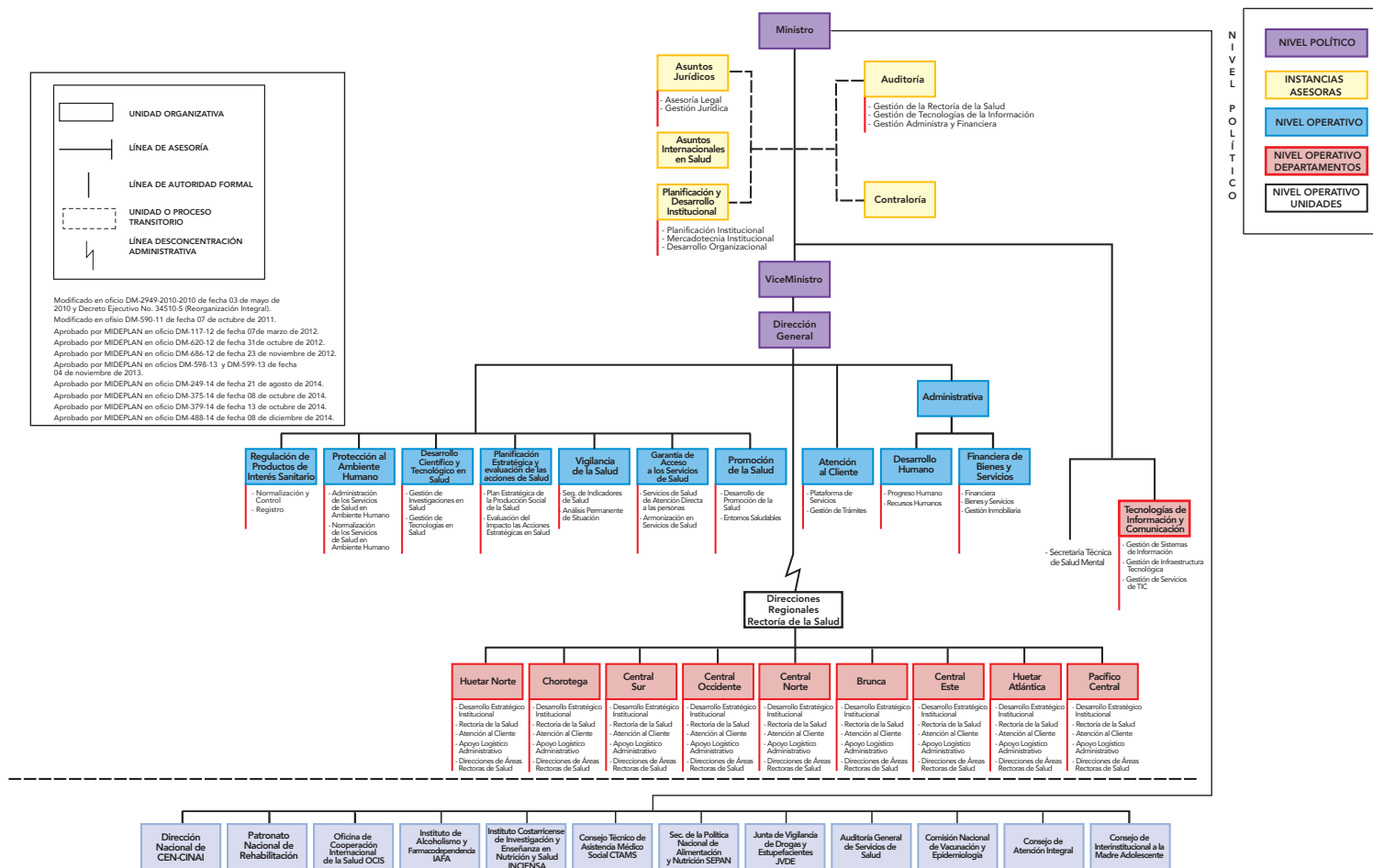
Órgano Adscrito al Despacho del Ministro según Artículo 5 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud No 5412 de 8 de noviembre de 1973.

Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes

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

5. ESTRUCTURA ORGÁNICA

Organigrama



Mapa Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud



CAPITULO III

Políticas
Institucionales

POLÍTICAS GENERALES DEL MINISTERIO DE SALUD

1. Modelo conceptual y estratégico

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

2. Separación de funciones

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

3. Responsabilidad por niveles de gestión

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

4. Desconcentración

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

5. Rendición de cuentas

Todas las funcionarias y todos los funcionarios de la institución tienen la obligación de rendir cuentas de sus actos ante la autoridad superior, por los deberes y responsabilidades encargados y aceptados, y por el uso de los recursos.

6. Voz del cliente

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

7. Coordinación con otros órganos del estado

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

POLÍTICAS DE RECTORÍA DE LA PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD

1. Enfoque de derechos humanos y de equidad

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

La promoción y protección de los derechos humanos, y específicamente del derecho a la salud, debe ser el principal eje orientador del ejercicio rector del Ministerio de Salud, el cual debe procurar corregir las inequidades y las prácticas discriminatorias, así como el injusto reparto del poder, que obstaculizan el progreso en salud.

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

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

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

La identificación de grupos vulnerables debe realizarse sobre la base de un análisis de situación riguroso, que identifique claramente aquellos grupos poblacionales en los que la interacción de determinantes protectores y de riesgo, de las dimensiones socioeconómica, ecológica, biológica y de

servicios de salud, impliquen un deterioro actual o futuro en su estado de salud.

2. Liderazgo técnico

El Ministerio de Salud ejercerá la rectoría del Sistema de Producción Social de la Salud con enfoque de liderazgo, donde la promulgación y aplicación de instrumentos legales es una estrategia importante, pero no es la principal. Tiene la responsabilidad de dirigir y conducir a los actores sociales de este sistema utilizando el convencimiento, la negociación, la conciliación de intereses y la coordinación de sus acciones, en procura de lograr objetivos comunes que lleven a mejores resultados en salud.

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

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

La ejecución de cualquier función rectora, incluyendo la de regulación, debe ir precedida de acciones de divulgación de sus fines, de las bases técnicas que la sustentan y del impacto

final que se espera tener sobre la salud de la población con su cumplimiento.

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

Las organizaciones prestadoras de servicios de salud son actores sociales del Sistema, de gran importancia para la protección y mejoramiento de la salud de la población, pero no los únicos relevantes sobre los cuales el Ministerio realiza su función.

3. Participación social y derecho a la no exclusión

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

El Ministerio de Salud debe contribuir a potenciar la capacidad de acción efectiva de la población, especialmente de los grupos vulnerables, para participar en la formulación, la implementación y la evaluación de

políticas y acciones en salud de toda índole, y en la rendición de cuentas de quienes tienen el deber de actuar. Para lograr esto debe fomentar la cultura de no exclusión y promover la apertura de espacios de participación en instancias gubernamentales y no gubernamentales, cuyo accionar tenga impacto significativo sobre el estado de salud de la población.

El Ministerio de Salud debe dar preeminencia en su quehacer rector a la reivindicación de grupos excluidos y marginados, y de aquellos cuyos derechos corren el riesgo de ser infringidos. La universalidad significa que todas las personas tienen derecho, aunque las limitaciones de recursos obliguen a fijar prioridades. No implica que todos los problemas de todas las personas deban ser abordados simultáneamente. Pero sí significa que se debe respetar su derecho a ser escuchadas y a participar activamente.

4. Orientación al impacto

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

5. Búsqueda de la sinergia

Toda instancia institucional que realice funciones de rectoría debe utilizar los medios a su alcance para evitar duplicidades y

contradicciones, y asegurar la coordinación y sinergia del accionar de las diferentes funciones rectoras que aborden el mismo determinante de la salud en cualquier nivel de gestión institucional, en procura de lograr el mayor impacto posible sobre el estado de salud de la población con los recursos disponibles.

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

CAPITULO IV

Situación de Salud
y sus Determinantes

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

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 2013 hubo un total de 70457 nacimientos, de los cuales una

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

Cuadro N° 4.1
Nacimientos y tasa de natalidad por provincia y sexo. Costa Rica 2013
(Tasa por 1000 habitantes)

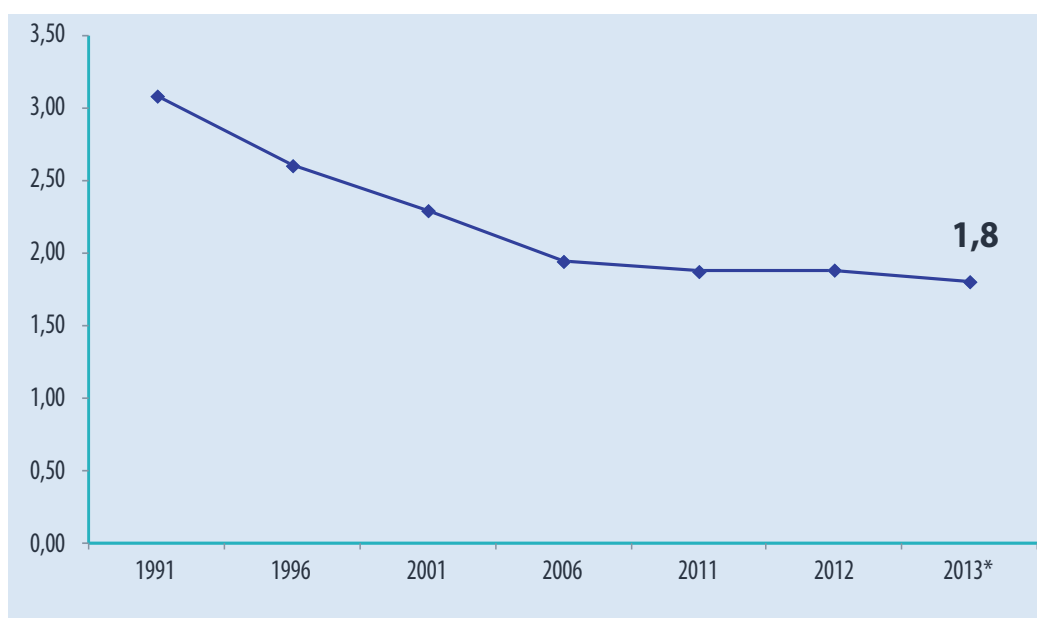
Provincia	Total	Masculino	Femenino	Tasa natalidad
Costa Rica	70457	36151	34399	14,99
San José	21595	11107	10581	14,11
Alajuela	14294	7328	6966	15,41
Cartago	7128	3639	3489	13,33
Heredia	6291	3226	3065	13,31
Guanacaste	5704	2866	2838	15,94
Puntarenas	7358	3808	3550	16,33
Limón	8087	4177	3910	18,96

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

Según datos del INEC la fecundidad ha descendido en forma sostenida, pasando de una tasa global de fecundidad de 3,08 en 1991 a 1,8 en el año 2013, 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.

El embarazo en adolescentes representó el 17,65% del total de embarazos en el 2013. 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

Gráfico N° 4.1
Tasa global de fecundidad según año. Costa Rica 1991-2013



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

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 del año 2012, la cual alcanzó los 79,0 años en general, en las mujeres fue de 81,45 años y en los hombres 76,5 años, se sigue manteniendo una brecha de 5 años entre hombres y mujeres. Junto con Chile es el país con la esperanza de vida

más alta de Latinoamérica. Los cambios en la última década han sido pocos presentando un incremento de 1 año.

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 inmigrante 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 migratorio, 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.

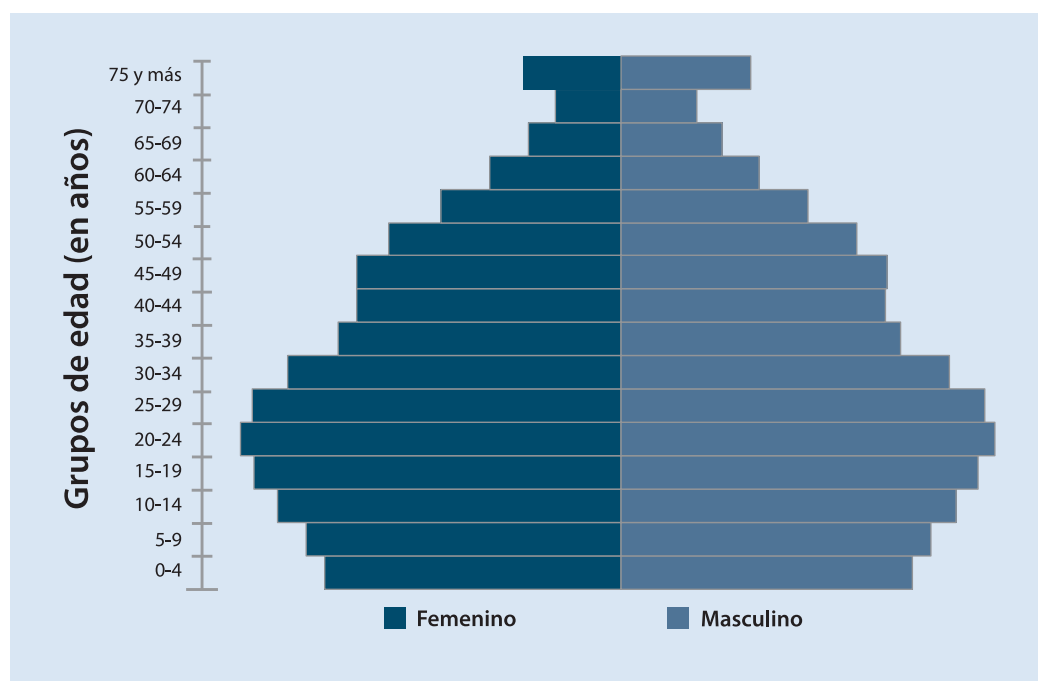
Estos resultados dan cuenta de los cambios presentados en las diferentes zonas del país y como existen factores que motivan o desestiman a las personas a cambiar de lugar de residencia; sea en búsqueda de mejores condiciones de vida o de algún modo forzadas por las condiciones socioeconómicas y socioculturales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

1.4 Estructura poblacional

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

La población se encuentra en proceso de transición demográfica avanzada, con una disminución de la base pirámide poblacional y un incremento en los grupos de edades mayores, tal y como se visualiza en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 4.2
Distribución porcentual de la población por grupos de edad quinquenales según sexo.
Costa Rica 2013



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

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.

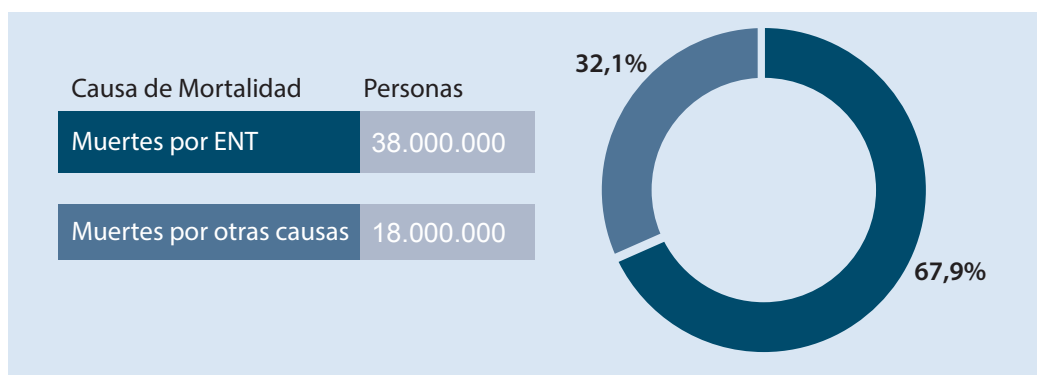
La estructura de población en Costa Rica tiene características de un país que tiende al envejecimiento de su población, producto de la reducción de la fecundidad y de la mortalidad lo cual conlleva a un incremento de la esperanza de vida. Actualmente gozamos de un bono

demográfico con menor peso o dependencia de la población económicamente activa.

2 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), actualmente son la principal causa de mortalidad a nivel mundial como se nota en el gráfico siguiente: De esta mortalidad, más del 40% es prematura (menores de 70 años).

Gráfico N° 4.3
Mortalidad Global por Enfermedades no transmisibles (ENT) en relación con las otras causas de mortalidad, 2012



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

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

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

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

La Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular del 2010 (Caja Costarricense de Seguro Social, 2010) dirigida a mayores de 20 años, encontró una prevalencia de 31,5% de Hipertensión diagnosticada y 6,3% no diagnosticada, lo que sumado nos da una prevalencia nacional de 37,8%, siendo más alta en el sexo femenino. Lo anterior implica que entre 3 o 4 de cada 10 residentes en el territorio nacional mayores de 20 años de edad es hipertenso(a).

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

La prevalencia de sobrepeso fue de 36,1% mientras que la de obesidad fue de 26%. El 50,9% de la población encuestada tiene una actividad física baja o nula. La prevalencia

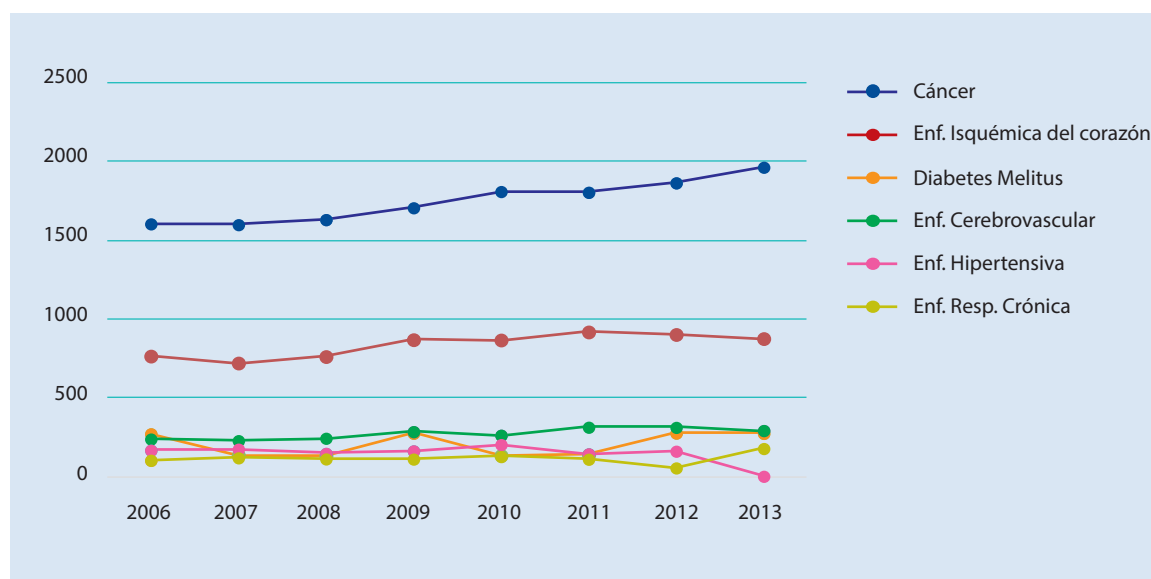
de fumado, medida como prevalencia actual al momento de la encuesta fue de 14,6% en los mayores de 20 años, sin embargo este porcentaje aumenta en los grupos de menor edad, siendo en el grupo de 20 a 39 de 16,2%, y mayor para todos los grupos de edad en el sexo masculino.

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 ENT ha tenido muy poca variación, y en el caso del cáncer más bien se observa un incremento, tal y como se observa en el siguiente gráfico, en el caso de la enfermedad isquémica del corazón si bien del 2006 al

2013 se ha dado un incremento, pareciera que esa tendencia se ha tendido a estabilizar en los últimos tres años. Si se quiere poder alcanzar la meta de reducción de un 25% para el año 2025, planteada por la OMS, que al ser de corto-mediano plazo se debe fortalecer el acceso pronto a los servicios de salud en toda su extensión, desde las oportunidades para un diagnóstico oportuno y el mejor abordaje posible para la prevención de eventos agudos, y en un plano de importancia para el mediano y largo plazo (ya sobrepasando el año de meta) trabajar muy 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.

Gráfico N° 4.4
Tendencia de la mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles en personas de 30 a 69 años, por tipo según año. Costa Rica 2006-2013

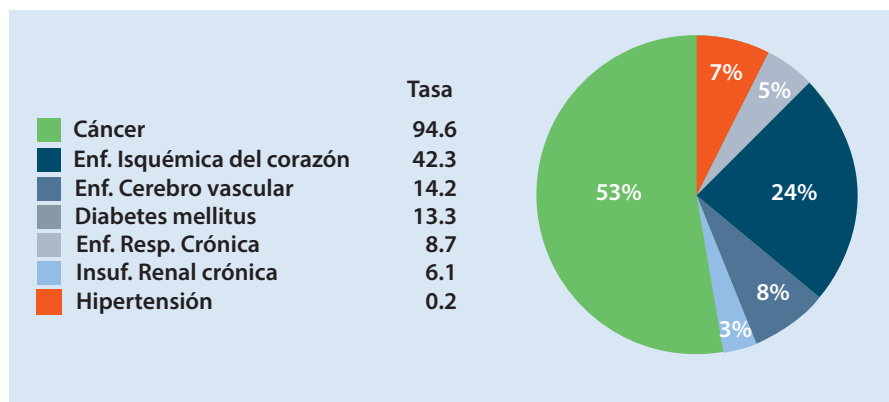


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base en datos del INEC

Las muertes prematuras (la que ocurren entre los 30 y 69 años de edad) por las ECNT, representan el 20% del total de muertes ocurridas en el año 2012, y el 55% del total de muertes en este grupo de edad. Dentro de las

muertes prematuras por las ECNT, el cáncer aporta poca más de la mitad de las muertes prematuras, seguido de la enfermedad isquémica del corazón con un 24%, tal como se observa en el gráfico 4.5.

Gráfico N° 4.5
Distribución porcentual y por tasas ajustadas* de muertes prematuras por enfermedades crónicas no transmisibles. Costa Rica 2013



*Tasas ajustadas por 100.000 habitantes

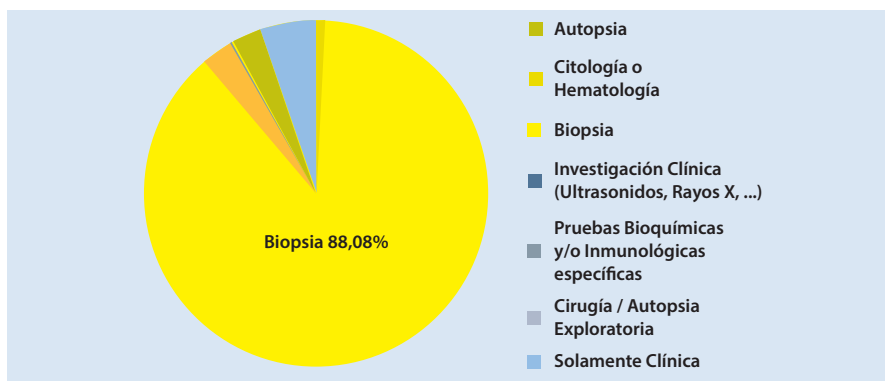
Fuente: Dirección Vigilancia de la salud con base datos del INEC

2.1 Cáncer

Para la elaboración de los indicadores de cáncer, se toma como fuente en la incidencia el Registro Nacional de Tumores (RNT) y para la mortalidad el INEC.

Cabe destacar que los datos que posee el RNT están relacionados por alguna base del diagnóstico donde el 88,08% corresponde a histología, cirugía 2,81%, investigación clínica 2,85% y el 5,19% sólo a clínica, lo que son indicadores internacionales que comprueban la calidad del diagnóstico en el registro.

Gráfico N° 4.6
Incidencia de cáncer según base de diagnóstico. Costa Rica 2012



Fuente: M.Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, RNT

2.1.1 Incidencia y mortalidad en hombres

Se analiza a continuación la incidencia de cáncer según localización, tanto para hombres como para mujeres, dentro de los cuales se presenta la tendencia desde el año 2000 al año 2012 en cuanto a la incidencia y al 2013 la mortalidad.

2.1.1.1 Incidencia y mortalidad más frecuentes en hombres

Incidencia en hombres

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

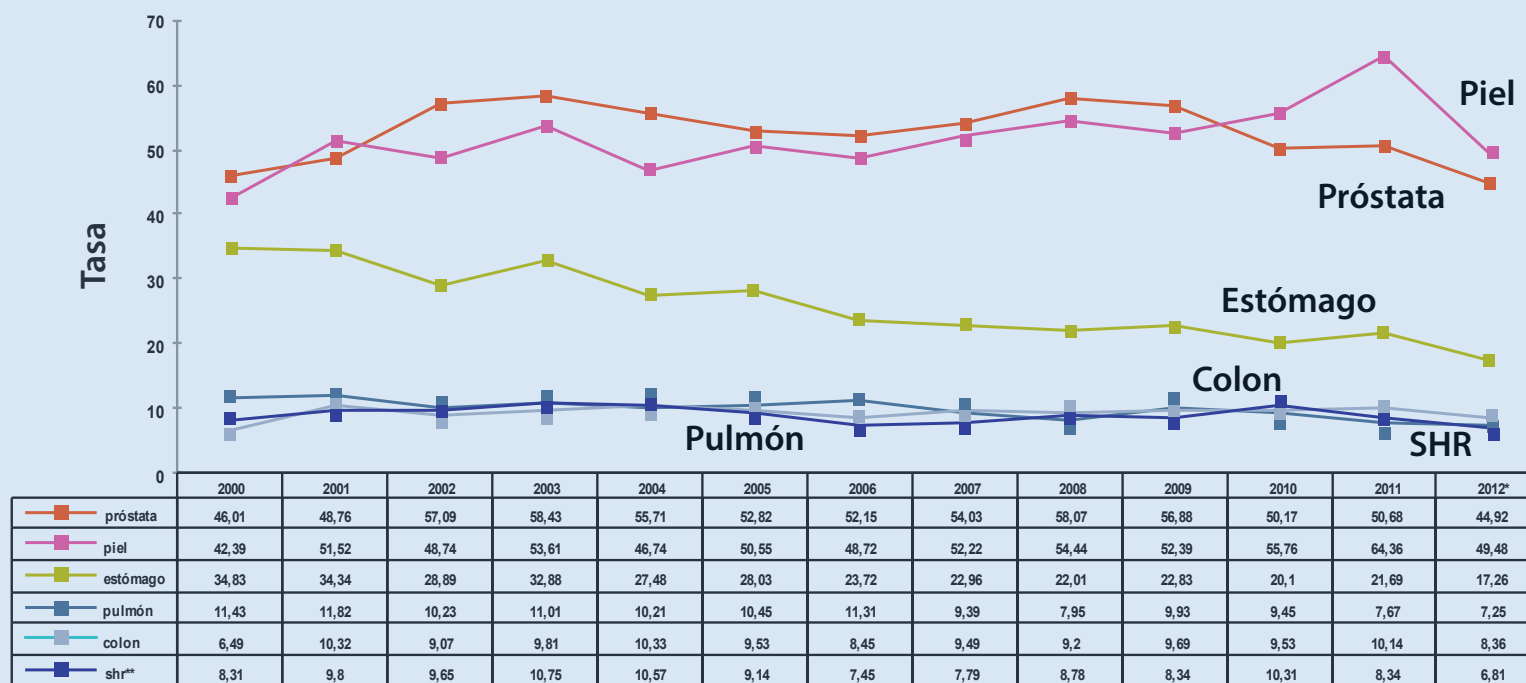
En el gráfico N° 4.6, se puede observar la tendencia de las mismas. Llama la atención la disminución en la incidencia que presenta el cáncer de próstata en el año 2011, después de venir con una tendencia creciente en los años anteriores y sin que se hayan implementado en el país acciones tendientes a 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 por ser de piel blanca y ojos claros. Sin embargo este incremento también puede estar dado por las campañas de detección y comunicación sobre el tema de los últimos años.

El cáncer de estómago presenta una tendencia decreciente sostenida alcanzando en el 2012 una tasa de 17,26 por 100.000 hombres, la más baja desde el año 2000. Esto es reflejo del trabajo de prevención como es el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. El cáncer del sistema hematopoyético reticuloendotelial presenta una tendencia oscilante, ocupando las tasas ajustadas más altas en los años 2003, 2004 y 2010.

Con respecto al cáncer de colon, presenta una tendencia con muy pocas variaciones en los últimos 10 años, con excepción del año 2006, en que se observa un descenso de la tasa ajustada. El cáncer de pulmón presenta una tendencia al descenso alcanzando tasas ajustadas inferiores a 8 por 100.000 varones en los años 2008 y 2012, pasando del cuarto lugar en el 2000 al quinto este último año.

Gráfico N° 4.7
Incidencia por tumores malignos más frecuentes en hombres según año.
Costa Rica. 2000-2012*
(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.



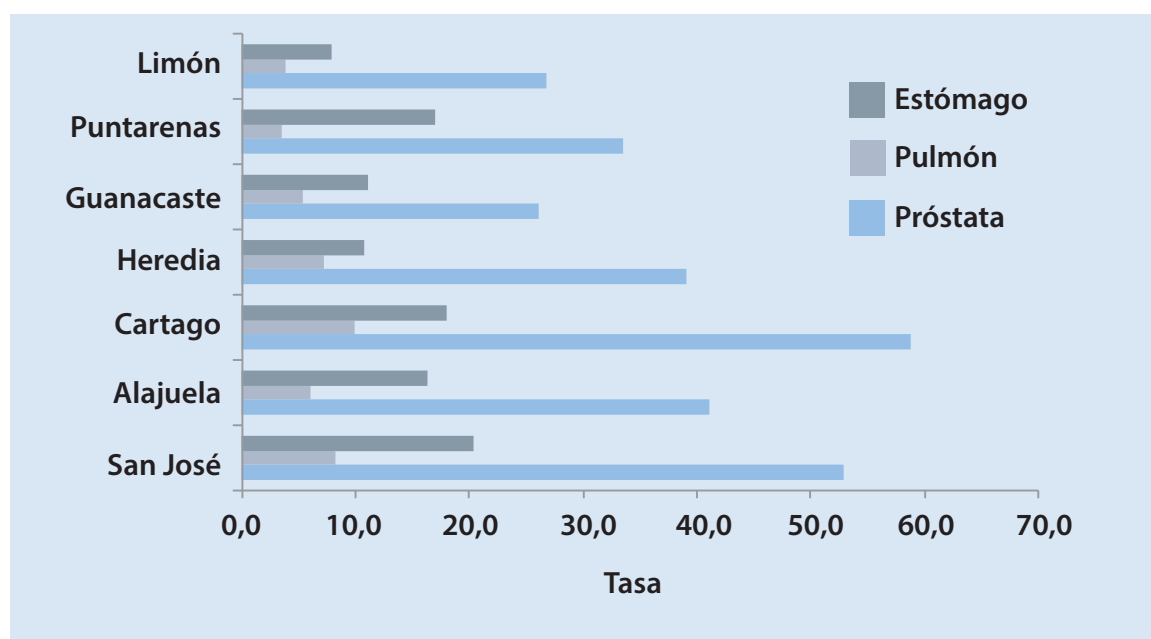
Al analizar la distribución geográfica de la incidencia del cáncer en el año 2012, gráfico N°4.8 nos encontramos que las provincias con mayor incidencia para cáncer de próstata son Cartago, con una tasa ajustada de 58,7 casos nuevos por 100.000 hombres, seguida de la provincia de San José, con 52,79, y en tercer lugar Alajuela con una tasa de 41.

Con respecto al cáncer de estómago, las mismas dos provincias presentan tasas ajustadas superiores a la nacional, San José con una tasa ajustada de 20,3 casos nuevos por 100.000 hombres, Cartago con una tasa de 18,04.

Para el cáncer de pulmón, Cartago es la provincia de mayor incidencia, 9,9 casos nuevos por 100.000 hombres, seguida de San José con 8,2 y en tercer lugar Heredia con 7,3.

El comportamiento anterior puede obedecer 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° 4.8
Incidencia de tres tipos principales de cáncer en hombres por provincia según tipo.
Costa Rica 2012.
(Tasa ajustadas por 100.000 hombres)



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

A continuación se presenta la incidencia del 2012 de los 10 tumores malignos más frecuentes en hombres de acuerdo con la

provincia de residencia, lo que se incluye en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 4.2
Incidencia de 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 ocurrencia							
	Costa Rica	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón
Piel	49,48	49,48	49,48	49,48	49,48	49,48	49,48	23,07
Próstata	44,92	52,79	41,09	58,72	39,07	26,03	33,45	26,81
Estomago	17,26	20,33	16,45	18,04	10,89	11,18	17,03	7,91
Colon	8,36	12,45	8,46	7,71	5,12	3,86	4,52	2,61
Sistema hematopoyético	6,81	8,38	4,55	6,21	1,78	9,65	5,27	7,64
Ganglios linfáticos	8,13	10,61	5,86	9,18	2,81	5,71	3,80	9,23
Pulmón	7,25	8,23	6,09	9,99	7,39	5,49	3,63	3,90
Testículo	3,26	4,20	2,64	8,22	2,42	0,93	1,10	0,00
Vejiga	4,84	6,28	5,28	4,98	4,09	1,77	2,43	0,94
Recto	3,95	5,50	2,10	4,09	3,27	2,96	5,05	1,14

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



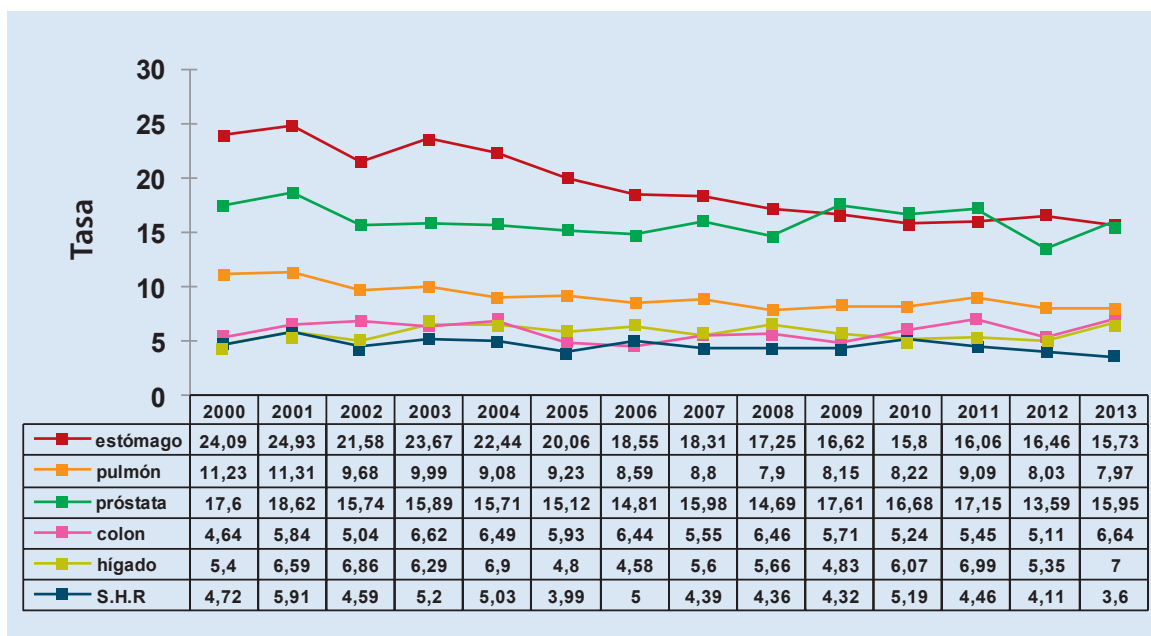
Al analizar la tendencia de la mortalidad por tipo de cáncer en hombres, en el período 2000 al 2013, se observa que el cáncer de próstata presenta un ligero aumento en la de 2 puntos en tasa del año 2013, convirtiéndose así en la primera causa de muerte por cáncer en los varones.

En cuanto al cáncer de estómago, ocupa el segundo lugar en mortalidad en hombres, donde se observa que en el último año,

presenta una ligera disminución de menos de 1 punto en la tasa.

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

Gráfico N° 4.9
Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en hombres según año.
Costa Rica 2000-2013*.
(tasa ajustada por 100.000 hombres)



*cifras preliminares

Fuente: INEC-Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud-Ministerio de Salud

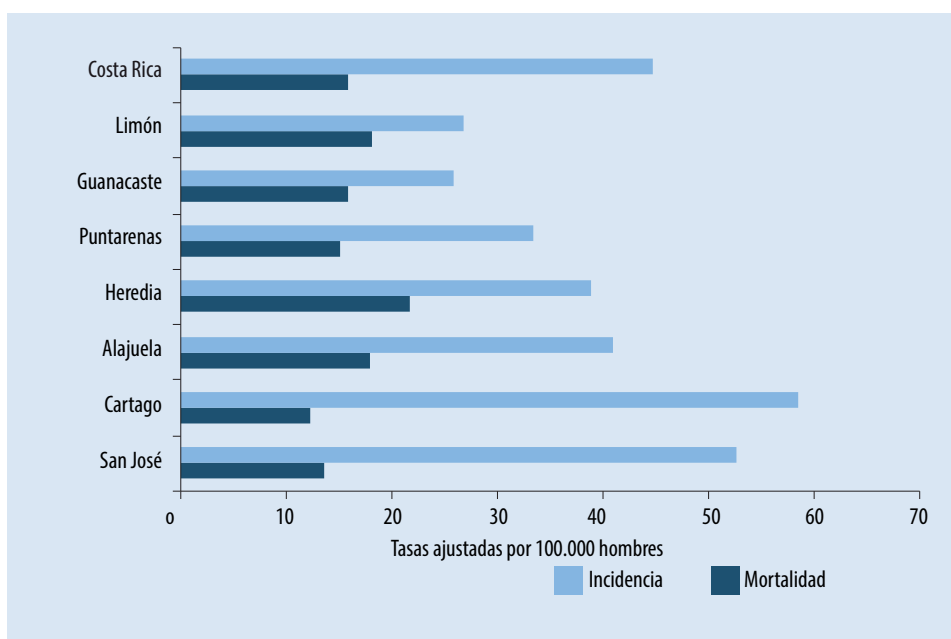
En el gráfico siguiente, se comparan la incidencia del 2012 y la mortalidad del 2013 del cáncer de próstata, si bien es cierto los casos incidentes del 2012 no corresponden a la mortalidad del 2013, si nos dan un

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. Dentro de las barreras existentes además de las propias

de los servicios de salud, pueden encontrarse las geográficas y culturales que hacen que los hombres no se acerquen a los servicios de salud a realizarse los exámenes de tamizaje.

Gráfico N° 4.10
Incidencia 2012 y mortalidad 2013 de cáncer de próstata según provincia.
Costa Rica



***cifras preliminares**

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

En el siguiente cuadro se presenta la mortalidad del año 2013 por tumores

malignos más frecuentes en hombres de acuerdo con la provincia de residencia:

Cuadro N° 4.3
Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en la población masculina,
según localización anatómica y provincia de ocurrencia. Costa Rica, 2013
(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
Prostata	15,95	13,72	18,05	12,35	21,78	15,94	15,14	18,16
Estomago	15,73	16,13	13,88	19,89	14,84	18,64	17,94	7,20
Pulmon	7,97	6,96	7,94	10,26	8,72	4,91	10,52	8,00
Higado	7,00	9,43	7,26	6,07	7,07	4,17	3,29	4,93
Colon	6,64	7,31	7,99	6,54	6,50	4,45	5,40	3,95
Leucemias	4,97	5,65	2,31	7,28	6,55	4,66	3,93	4,79
Pancreas	4,15	5,01	2,99	7,49	3,07	3,19	2,60	3,15
Linfomas	3,60	2,81	3,98	4,49	5,63	4,59	3,45	1,59
Encefalo	2,83	3,00	3,41	2,27	3,22	3,63	1,34	2,05
Vejiga	2,47	3,40	1,74	2,02	3,70	0,73	2,56	1,14

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

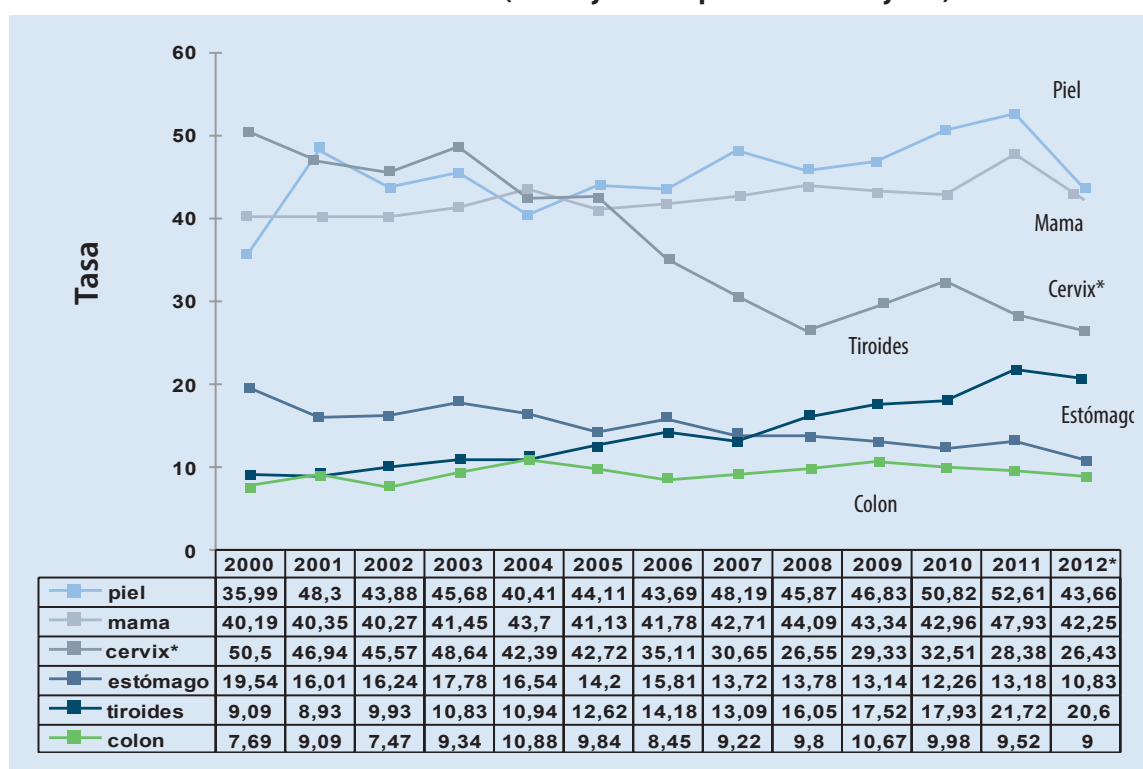
2.1.2 Incidencia y mortalidad más frecuentes en mujeres

Incidencia en mujeres

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

en tercer lugar está el cáncer de cérvix y el cáncer de tiroides ocupó el cuarto. El cáncer de estómago ocupa el quinto puesto y el de colon el sexto, los cuales en el último año muestran una tendencia decreciente, lo cual se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 4.11
Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año.
Costa Rica. 2000-2012*. (tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



* Cifras preliminares

** Incluye tanto in situ como invasor

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

A continuación se presenta la incidencia del 2012 de los 10 tumores malignos más frecuentes en mujeres de acuerdo con la

provincia de residencia, lo que se incluye en el siguiente cuadro.

Cuadro. 4.4
Incidencia de 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)

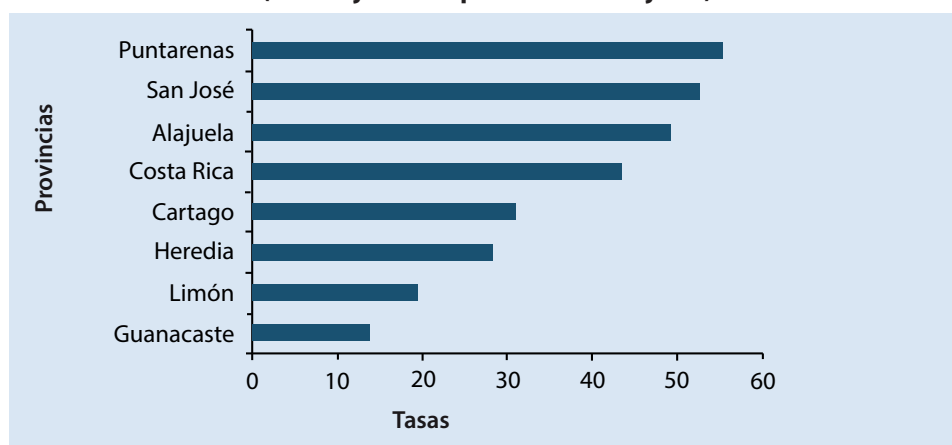
Localización	Provincia de residencia							
	Costa Rica	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón
Piel	43,66	52,98	49,62	31,00	28,35	13,81	55,44	19,69
Mama	42,25	52,97	38,21	40,70	35,06	26,94	28,75	28,87
Cérvix	26,43	32,14	21,63	31,71	11,33	33,92	23,03	14,24
Tiroides	20,60	26,11	14,02	34,92	17,21	7,40	11,97	7,63
Estomago	10,83	11,33	11,20	13,29	6,06	7,77	12,55	5,90
Colon	9,00	10,32	6,98	9,38	6,44	10,44	6,56	4,52
Cuerpo uterino	8,54	9,26	7,57	9,61	6,18	8,70	8,98	5,71
Ganglios linfáticos	6,11	7,03	7,21	5,54	2,60	5,96	5,11	2,58
Ovario	3,88	4,10	2,55	5,53	4,64	2,07	3,10	4,84
Sistema hematopoyético	4,58	7,33	3,20	3,86	1,15	3,16	3,00	3,18

Fuente: Registro Nacional de Tumores, Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud Estimaciones y Proyecciones distritales 2000-2025, INEC

Al analizar la distribución geográfica de la incidencia del cáncer de piel en el año 2012, la provincia de Puntarenas obtiene la tasa más alta con un 55,44 por 100.000 mujeres, seguida por San José con un 52,98. Las menores tasas se presentan en Guanacaste con 13,81 y Limón con una tasa de 19,69.

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 habría que investigar más al respecto.

Gráfico N° 4.12
Incidencia por cáncer de piel por provincia. Costa Rica 2012*
(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



*Cifras preliminares

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

Con respecto a la distribución geográfica en el año 2012 del cáncer de mama, la provincia de San José tiene la tasa ajustada más alta, 52,97 por 100.000 mujeres, le sigue Cartago

con 40,70 y en tercer lugar Alajuela con 38,21. Guanacaste y Puntarenas presentan las incidencias más bajas.

Gráfico N° 4.13
Incidencia de cáncer de mama según provincia. Costa Rica 2012*
(tasa ajustadas por 100.000 mujeres)

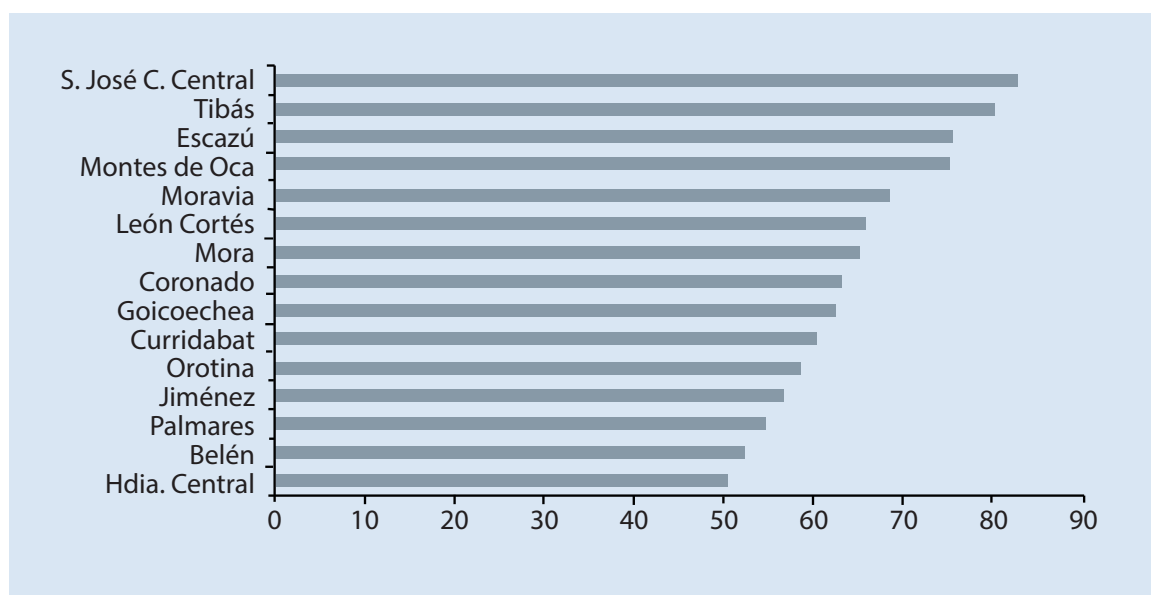


*Cifras preliminares

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

El cantón central de San José presenta la tasa trienal de incidencia más alta, seguida por Tibás y Escazú.

Gráfico N° 4.14
Quince cantones con tasas trienales de incidencia más altas de cáncer de mama.
Costa Rica. Trienio 2010-2012*
(tasa por 100.000 mujeres)



*Cifras preliminares

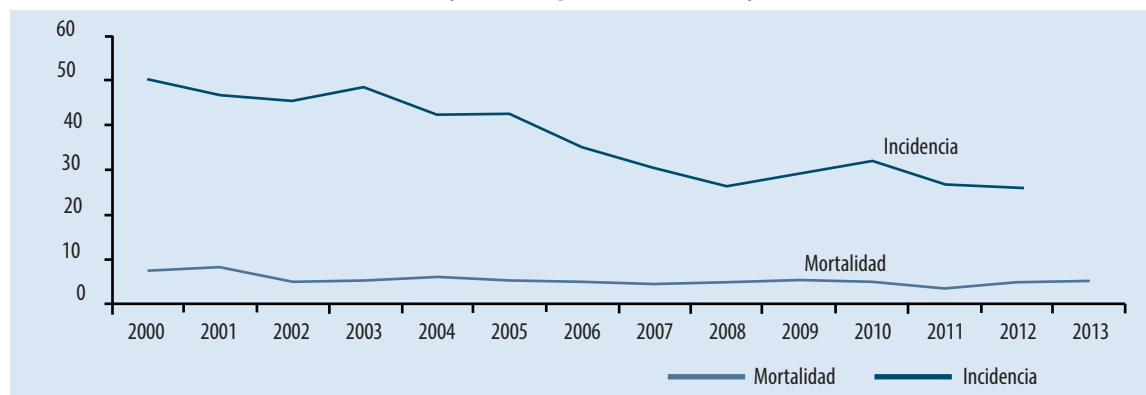
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.USIS. RTN

Al analizar la tendencia de la incidencia de cáncer de cérvix, se puede observar que entre el 2003 y el 2008 presenta una tendencia descendente, la cual se invierte a partir de este año, pasando de una tasa ajustada de 22 en el 2009 a 32,51 en el 2010, volviendo a descender en los años 2011 a 27,10 y en el 2012 a 26,43 por cada 100.000 mujeres. Esta reducción se da a expensas de una disminución del Ca in situ, lo que podría reflejar que los programas

de detección temprana no estaban teniendo una cobertura efectiva.

En los dos años siguientes vuelve a aumentar la incidencia del Ca in situ, lo que nos puede reflejar que se están haciendo esfuerzos para una mejor cobertura a través del tamizaje con la citología. Sin embargo la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino, muestra una disminución muy lenta, lo que implica que todavía estamos haciendo detecciones tardías.

Gráfico N° 4.15
Incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix
Costa Rica 2000-2013
(Tasas ajustadas por 100.000 mujeres)



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

En cuanto a la distribución por provincia, llama la atención que Limón en el 2012, tiene la segunda tasa más baja en cáncer de cérvix in situ y la quinta 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.

Cuadro N° 4.5
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
Costa Rica	685	29,76	422	18,34	263	11,43
San José	292	37,50	188	24,14	104	13,36
Alajuela	109	24,25	73	16,24	36	8,01
Cartago	90	35,77	46	18,28	44	17,49
Heredia	31	13,29	18	7,72	13	5,57
Guanacaste	63	36,97	36	21,12	27	15,84
Puntarenas	53	24,36	34	15,63	19	8,73
Limón	27	13,47	11	5,49	16	7,98
Ignorada	20	0,00	16	0,00	4	0,00

Fuente: registro nacional de tumores, C.C.P

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 en Cartago, y por

debajo al promedio nacional en las provincias de Heredia, Alajuela, Puntarenas, Limón y Guanacaste, tal y como se evidencia en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 4.16
Incidencia de cáncer de tiroides según provincia. Costa Rica. 2012*
(Tasa ajustadas por 100.000 mujeres)



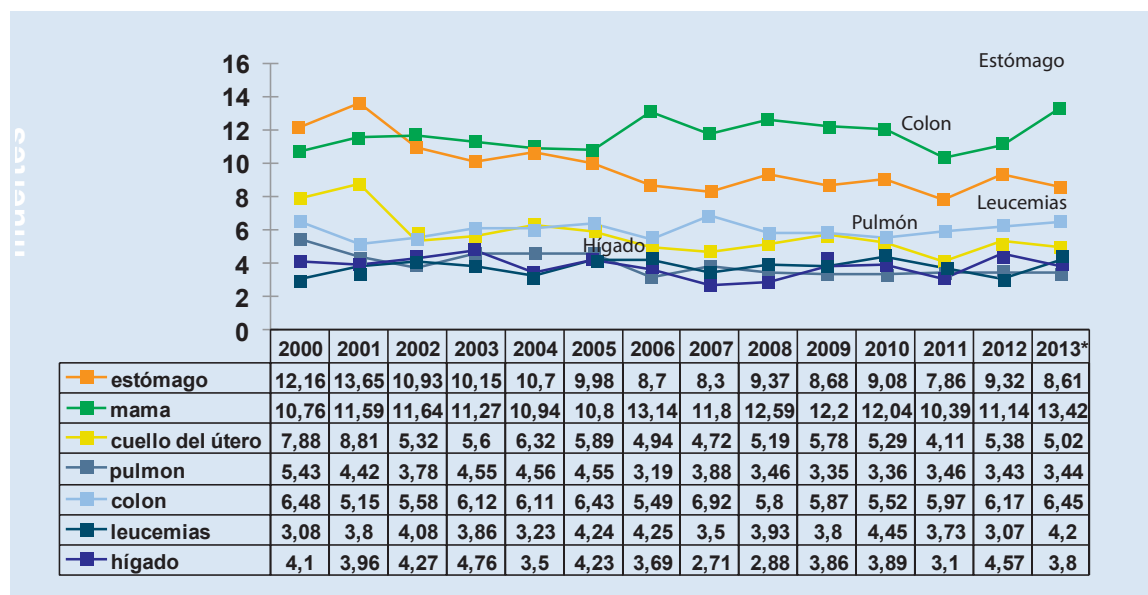
Fuente: Dirección Vigilancia de la salud. Registro Nacional de Tumores

Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres

Los tipos de cáncer que provocan más muertes en mujeres en el año 2013 son en orden decreciente mama, estómago, colon,

cérvix, leucemias e hígado. El de mama subió en la tasa 2.28 puntos con respecto al año anterior. El de estómago, cérvix, leucemias e hígado presentaron una disminución en la tasa, lo que se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 4.17
Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica. 2000-2013*
(tasa ajustadas por 100.000 mujeres)



Fuente: INEC-M.Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, RNT

Seguidamente se presentan las tasas estandarizadas de mortalidad del año 2013 por cáncer en mujeres:

Cuadro. 4.6
Mortalidad por tumores malignos mas frecuentes en la poblacion
femenina, según localizacion anatomica y provincia de ocurrencia. Costa Rica, 2013
(Tasas estandarizadas por edad por 100.000, método directo, población estándar mundial)

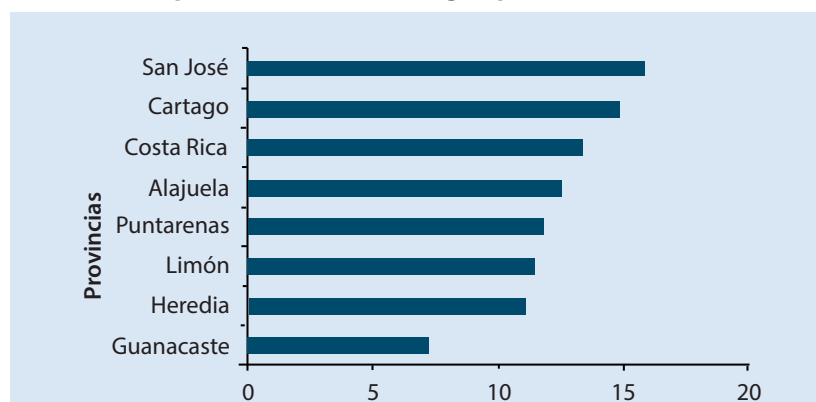
Localización	Provincia de residencia							
	Costa Rica	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón
MAMA	13,42	15,84	12,54	14,93	11,10	7,24	11,79	11,46
ESTOMAGO	8,61	8,61	8,33	7,91	10,26	6,73	9,23	9,40
COLON	6,45	6,75	7,52	5,05	9,01	4,39	5,79	2,60
CUELLO DEL UTERO	5,02	4,33	6,01	5,85	4,99	3,03	6,63	5,38
PANCREAS	4,79	5,15	3,08	6,07	4,51	5,78	6,08	3,04
LEUCEMIAS	4,20	4,38	4,35	4,10	3,73	5,95	3,46	2,30
HIGADO	3,80	4,21	2,41	5,40	3,75	3,21	3,69	3,30
PULMON	3,44	3,24	3,21	4,73	3,53	3,32	3,23	3,17
LINFOMAS	3,03	3,74	3,92	0,48	3,50	2,04	1,52	3,14
OVARIO	2,59	3,19	1,68	3,56	1,17	2,78	1,93	3,11

Fuente: INEC-M.Salud,Dirección de Vigilancia de la Salud, RNT



Para el cáncer de mama las provincias con tasas de mortalidad superiores a la nacional son San José, Cartago, la provincia con la tasa más baja es Guanacaste.

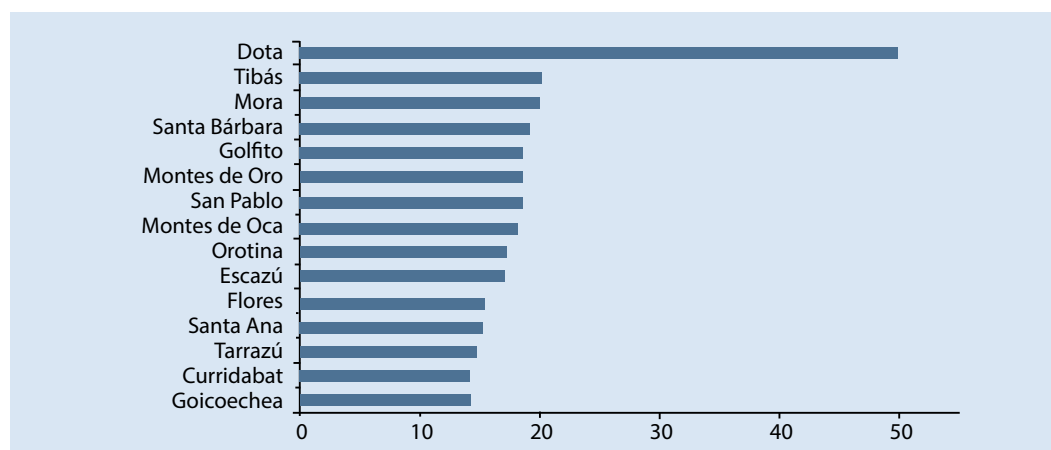
Gráfico N° 4.18
Mortalidad por cáncer de mama según provincia. Costa Rica 2013



Fuente: INEC-M.Salud , Dirección de Vigilancia de la Salud, RNT

A continuación se presenta un gráfico con mortalidad por cáncer de mama, de los que los quince cantones con tasas más altas de destacan Dota, Tibás, Mora entre otros.

Gráfico N° 4.19
Quince cantones con tasas trienales de mortalidad más altas de cáncer de mama. Costa Rica. Trienio 2011-2013* (tasa por 100.000 mujeres)



***cifras preliminares**

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

El cáncer de cérvix presenta una ligera disminución en la mortalidad en el último año pasando de una tasa de 5,38 por cada 100.000 mujeres en el 2012 a 5,02 en el año 2013, sin embargo no logramos bajar efectivamente

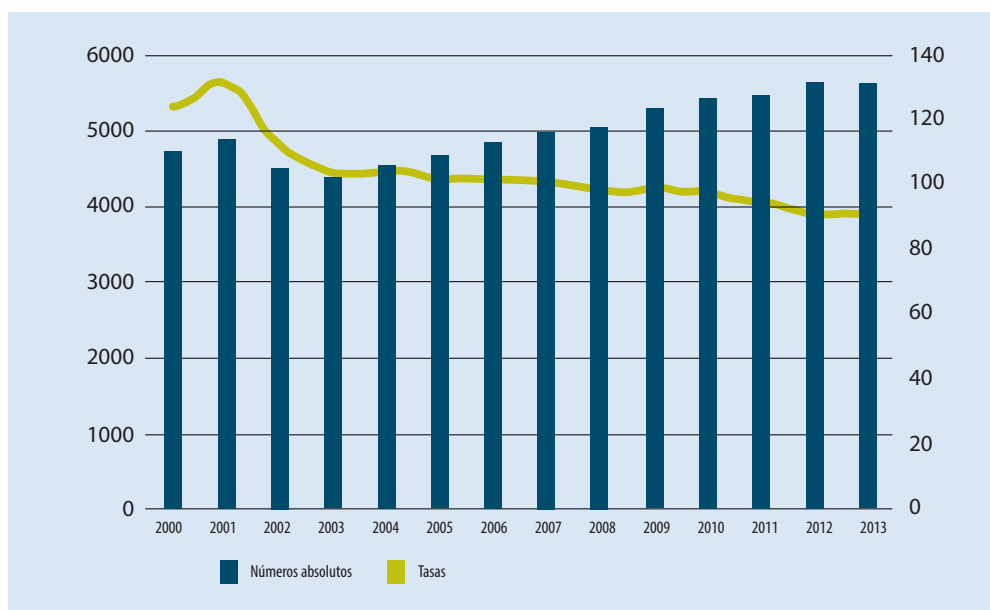
la incidencia de cáncer invasor, lo anterior puede estar siendo afectado por problemas de acceso a los servicios oportunos tanto de captación como de tratamiento.

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 2013 un total de 5.625 muertes para una tasa ajustada de 92.9 por 100.000 habitantes, con una tendencia descendente muy leve en los últimos ocho años.

Gráfico N° 4.20
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según año. Costa Rica 2000-2013
(tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*Las cifras del 2012 son preliminares.

Fuente: Ministerio de Salud e INEC.

En el año 2013, cerca de un tercio (el 30%) de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio ocurrieron en personas de 30 a 69 años (mortalidad prematura). Sin embargo, por ser el grupo de causas que más defunciones generó, impacta de manera considerable el promedio de años de vida perdidos.

En cuanto a las causas de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el año 2013, el primer lugar lo ocupan las enfermedades isquémicas del corazón con 2.698 muertes y una tasa de 5,7 muertes por cada diez mil habitantes, seguido de las enfermedades cerebrovasculares y, en tercer lugar, la enfermedad hipertensiva, tal como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 4.7
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según grupo de causa
Costa Rica 2013. (Tasas por 10.000 habitantes)

Grupos de causas	N°	Tasa
<u>Costa Rica</u>	<u>5626</u>	<u>11,97</u>
Enfermedad reumática aguda	0	0,00
Enfermedad cardíaca reumática crónica	48	0,10
Enfermedad hipertensiva	615	1,31
Enfermedad isquémica del corazón	2698	5,74
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedad de la circulación pulmonar	82	0,17
Otras formas de enfermedades del corazón	631	1,34
Enfermedades cerebrovasculares	1291	2,75
Enf. Arterias, arteriolas y de los vasos capilares	136	0,29
Enf.Venas y de los vasos y ganglios y de los linfáticos NCOP	97	0,21
Otros trastornos y los no especificados del sist. Circulatorio	28	0,06

Fuente: INEC: M.S.Dirección Vigilancia de la Salud.USIS

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 24% de las muertes prematuras. Del total de muertes por esta causa el 32.5% se producen en el grupo de 30 a 69 años.

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

Cantones con razón de mortalidad estandarizada* que muestran posibilidad estadística de morir por enfermedad isquémica cardíaca por encima o por debajo del promedio nacional, 2013

Cantón		Razón de Mortalidad Estandarizada	Límite Inferior	Límite Superior
CANTONES POR ENCIMA DEL PROMEDIO NACIONAL	306 Alvarado	2.28	0.45	4.09
	205 Atenas	1.87	0.71	3.03
	304 Jiménez	1.74	0.21	3.26
	611 Garabito	1.60	0.32	2.87
	508 Tilarán	1.59	0.32	2.85
	118 Curridabat	1.57	0.93	2.21
	204 San Mateo	1.51	-0.58	3.60
	103 Desamparados	1.45	1.09	1.80
	410 Sarapiquí	1.39	0.68	2.09
	114 Moravia	1.36	0.71	2.01
	701 Limón	1.36	0.80	1.91
PROMEDIO NACIONAL		1	-	-
CANTONES POR DEBAJO DEL PROMEDIO NACIONAL	111 Coronado	0.68	0.23	1.12
	119 Pérez Zeledón	0.68	0.35	0.99
	408 Flores	0.66	-0.08	1.39
	115 Montes de Oca	0.64	0.19	1.08
	106 Aserri	0.62	0.16	1.08
	507 Abangares	0.60	-0.23	1.44
	510 La Cruz	0.59	-0.22	1.41
	506 Cañas	0.58	-0.07	1.23
	607 Golfito	0.55	0.01	1.09
	404 Santa Bárbara	0.54	0.01	1.07
	605 Osa	0.53	-0.07	1.13
	206 Naranjo	0.49	0.01	0.97
	501 Liberia	0.49	0.09	0.88
	509 Nandayure	0.48	-0.46	1.43
	211 Alfaro Ruiz	0.44	-0.42	1.29
	213 Upala	0.40	-0.05	0.85
	604 Montes de Oro	0.39	-0.37	1.16
	308 El Guarco	0.37	-0.05	0.79
	609 Parrita	0.32	-0.3	0.93
	212 Valverde Vega	0.27	-0.26	0.79
	603 Buenos Aires	0.14	-0.13	0.41

* Estandarización con base en el promedio nacional

**Intervalo de confianza del 95%

Fuente: INEC: M.S.Dirección Vigilancia de la Salud.USIS

A manera explicativa para este tipo de indicador, la razón de mortalidad estandarizada es una tasa estandarizada que me permite comparar contra una cifra patrón o de referencia, la mortalidad en términos de posibilidades de morir con respecto a esa cifra de referencia

En este caso, la cifra patrón será la mortalidad prematura en Costa Rica, representada por el número 1.

Para poder darle mayor significancia a este indicador, se calcula un intervalo de confianza para cada uno, en este caso al 95%, de tal forma que se obtienen un límite inferior y un límite superior para cada razón de mortalidad.

Cuando el límite inferior para los cantones que tienen la razón de mortalidad estandarizada por encima de 1 (superior a la tasa nacional) también es superior a 1, se considera que la posibilidad estadística en ese cantón de morir por esa causa específica está, con todo y su intervalo de confianza, por encima de la mortalidad nacional (mayor riesgo que el nacional).

Lo mismo ocurre cuando un cantón que tiene la razón de mortalidad estandarizada por debajo de 1 (por debajo de la tasa nacional) y con un límite superior también por debajo de 1, se puede afirmar que ese cantón está estadísticamente "despegado" hacia bajo de la tasa nacional (menor riesgo que el nacional).

De tal forma que la enfermedad isquémica cardíaca tiene, para el 2013, un cantón

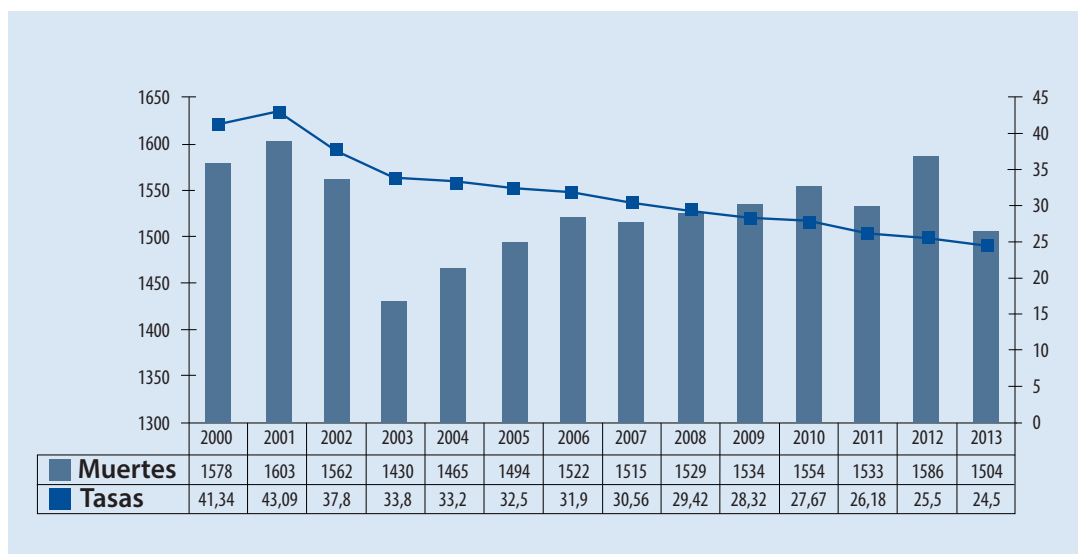
completamente por encima que el nivel nacional desde el punto de vista estadístico de morir por enfermedad isquémica cardíaca, el cual es Desamparados. Se observa que Curridabat roza su límite inferior con el 1 que corresponde con el nivel nacional, por lo cual este cantón también tiene un altísimo nivel de morir por este padecimiento. Siempre con probabilidades altas pero con una mayor porción del límite inferior que han sobrepasado el 1 se encuentran los cantones de Alvarado, Atenas, Jiménez, Garabito, Tilarán, Sarapiquí, Moravia y Limón. En el caso de los cantones con menor probabilidad se encuentran Pérez Zeledón, Naranjo, Liberia, Upala, El Guarco, Parrita, Valverde Vega y Buenos Aires (límite superior por debajo de 1) y en un grado siempre bajo pero no tanto, los cantones de Coronado, Montes de Oca, Aserri, Golfito y Santa Bárbara.

El infarto del miocardio es la más frecuente de las enfermedades isquémicas.

En el año 2013 hubo un total de 2.698 muertes en toda la población por esta causa, para una tasa ajustada de 57.2 por 100.000 habitantes.

La mortalidad expresada en tasas por infarto agudo del miocardio presenta una tendencia descendente a partir del año 2001. En todo caso, se espera que las políticas para el control del fumado reflejen su impacto a mediano plazo de tal forma que se rectifique el descenso e incluso se acelere.

Gráfico N° 4.21
Mortalidad por infartos según año. Costa Rica 2000-2013*
(tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



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

El 59% 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 94,5%

de las muertes por esta causa corresponde a mayores de 50 años. El 36% de todas las muertes corresponden a mortalidad prematura (30 a 69 años).

Cuadro N° 4.8
Mortalidad por infarto agudo al miocardio según grupo de edad y sexo. Costa Rica 2010-2013
(Tasa por 10.000 habitantes)

Grupos de edad	2010						2011						2012						2013					
	Total		Masc		Fem		Total		Masc		Fem		Total		Masc		Fem		Total		Masc		Fem	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Costa Rica	1554	3,4	941	4,1	613	2,7	1533	3,3	927	4,0	606	2,7	1586	3,4	990	4,2	596	2,6	1504	3,2	887	3,7	617	2,6
0-4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	1	0	1	0,1	0	0,0
5-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	1	0	1	0,1	0	0,0
10-14	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
15-19	3	0,1	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0
20-24	1	0,0	1	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0	1	0,0	0	0,0	5	0,1	2	0,1	3	0,1
25-29	6	0,1	3	0,1	3	0,2	1	0,0	1	0,0	0	0,0	6	0,1	6	0,3	0	0,0	4	0,1	1	0,0	3	0,1
30-34	6	0,2	4	0,2	2	0,1	6	0,2	5	0,3	1	0,1	3	0,1	2	0,1	1	0,1	7	0,2	6	0,3	1	0,1
35-39	14	0,4	11	0,7	3	0,2	14	0,4	9	0,6	5	0,3	13	0,4	9	0,6	4	0,3	7	0,2	6	0,4	1	0,1
40-44	26	0,8	15	0,9	11	0,7	33	1,1	27	1,7	6	0,4	31	1	27	1,8	4	0,3	23	0,8	19	1,3	4	0,3
45-49	45	1,5	30	2,0	15	1,0	51	1,7	39	2,5	12	0,8	58	2,0	45	3,1	13	0,9	33	1,1	21	1,4	12	0,8
50-54	91	3,6	73	5,8	18	1,5	86	3,3	66	5,0	20	1,5	77	3	57	4,5	20	1,6	81	3	59	4,4	22	1,6
55-59	110	5,8	70	7,3	40	4,2	123	6,1	93	9,2	30	3,0	124	6,3	91	9,3	33	3,3	104	4,8	69	6,4	35	3,2
60-64	138	9,9	97	14,0	41	5,8	130	8,8	94	12,9	36	4,8	163	11,0	124	17,0	39	5,2	145	9,1	106	13,5	39	4,8
65-69	190	18,8	136	27,8	54	10,4	167	15,7	108	21,0	59	10,8	151	13	108	19,5	43	7,6	150	13	105	19,0	45	7,8
70-74	183	23,8	117	32,0	66	16,4	173	21,8	118	31,2	55	13,2	179	21	108	26,1	71	16,5	157	19	104	26,4	53	12,5
75 Y +	741	60,5	381	70,3	360	52,6	747	58,7	366	65,3	381	53,5	780	56	412	63,5	368	48,7	786	59	387	64,5	399	54,4

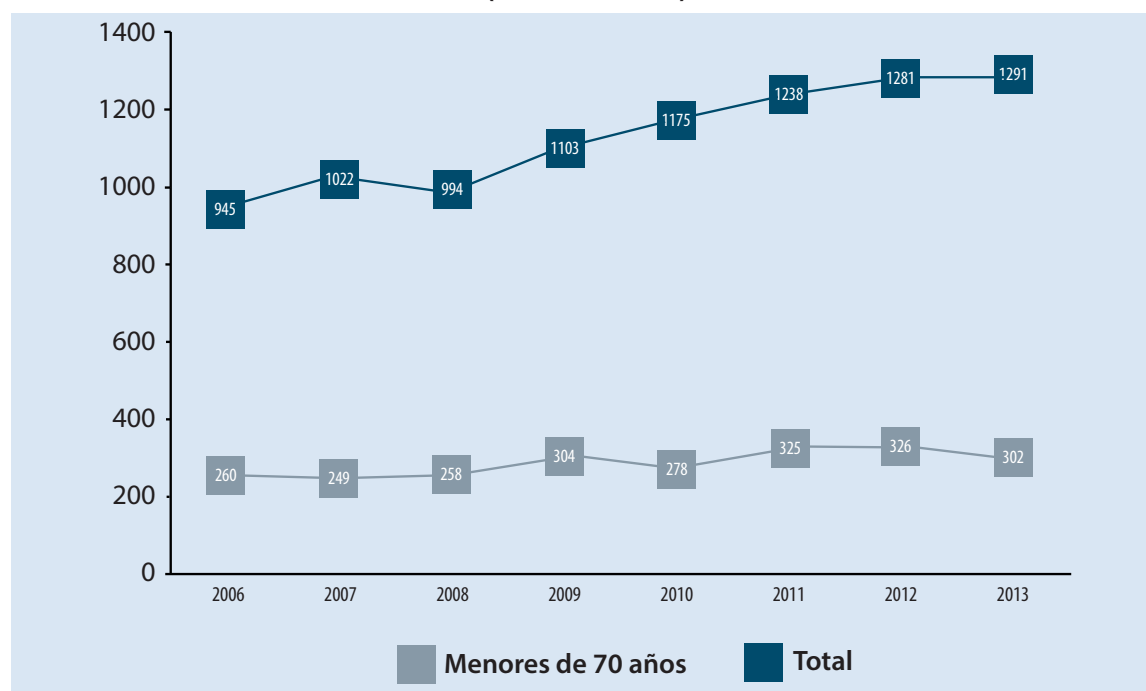
Fuente: IINEC-M.Salud , Dirección de Vigilancia de la Salud, USIS

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. La tendencia de las mismas va en ascenso. Para el 2013, constituyen el 8% de las muertes prematuras debidas a enfermedades

crónicas no transmisibles. 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 bastante constante del 2006 al 2013, tal y como se observa en la siguiente gráfica y el reto es que la tendencia en este grupo empiece a descender de forma sostenida.

Gráfico N° 4. 22
Tendencia de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular
en la población general y en menores de 70 años. Costa Rica 2006 – 2013
(cifras absolutas)



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

En el siguiente cuadro se muestran los cantones que se encuentran estadísticamente por encima al promedio nacional en cuanto a la probabilidad de morir por enfermedad cerebrovascular para el 2013.

Cantones con razón de mortalidad estandarizada* que muestran posibilidad estadística de morir por enfermedad cerebrovascular por encima o por debajo del promedio nacional, 2013.

Cantones con razón de mortalidad estandarizada* que muestran posibilidad estadística de morir por enfermedad cerebrovascular por encima o por debajo del promedio nacional, 2013

	Cantón	Razón de Mortalidad Estandarizada	Limite Inferior	Limite Superior
Cantones por encima del promedio nacional	507 Abangares	3.60	0.08	7.12
	504 Bagaces	3.19	0.06	6.32
	107 Mora	2.63	0.32	4.92
	407 Belén	2.36	0.05	4.67
	505 Carrillo	2.07	0.26	3.89
	501 Liberia	1.94	0.59	3.29
	701 Limón	1.76	0.67	2.86
	502 Nicoya	1.75	0.34	3.15
	703 Siquirres	1.72	0.34	3.10
	114 Moravia	1.67	0.34	3.15
	302 Paraíso	1.66	0.33	2.99
	603 Buenos Aires	1.65	0.03	3.27
	201 Alajuela	1.34	0.81	1.86
	PROMEDIO NACIONAL	1	-	-
Cantones por debajo del promedio nacional	103 Desamparados	0.68	0.26	1.10
	210 San Carlos	0.60	0.12	1.08
	203 Grecia	0.56	-0.07	1.18
	109 Santa Ana	0.54	-0.20	1.28
	702 Pococí	0.49	0.01	0.97
	409 San Pablo	0.48	-0.46	1.42
	602 Esparza	0.47	-0.44	1.38
	608 Coto Brus	0.45	-0.43	1.33
	110 Alajuelita	0.40	-0.15	0.94
	706 Guácimo	0.38	-0.36	1.12

* Estandarización con base en el promedio nacional

**Intervalo de confianza del 95%

Fuente: INEC: M.S.Dirección Vigilancia de la Salud.USIS

Se observa que existen cantones con probabilidades estadísticas altas de morir por enfermedad cerebrovascular para el 2013, como lo son los cantones de Abangares, Bagaces, Mora, Liberia Limón, Alajuelita, Belén, Carrillo, Nicoya, Siquirres, Moravia,

Paraíso, Buenos Aires y Alajuela. En el otro extremo (limite superior por debajo de 1) se encuentran los cantones de Pococí y Alajuelita, con probabilidades estadísticamente de forma completa por debajo del nivel nacional.

2.2.3 Enfermedad hipertensiva

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

La enfermedad hipertensiva es un factor de riesgo importante para las enfermedades cerebrovasculares, el infarto del miocardio y las enfermedades renales crónicas. Se encuentran egresos desde los 15 años de edad y cada vez se diagnostican casos a más temprana edad condicionado como se mencionó anteriormente, por dieta con alto contenido de grasa, inactividad física e hipercolesterolemia.

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 se traduce en que 4 de cada 10 personas de 20 años o más en nuestro país es hipertenso.

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% en población no diagnosticada y en población

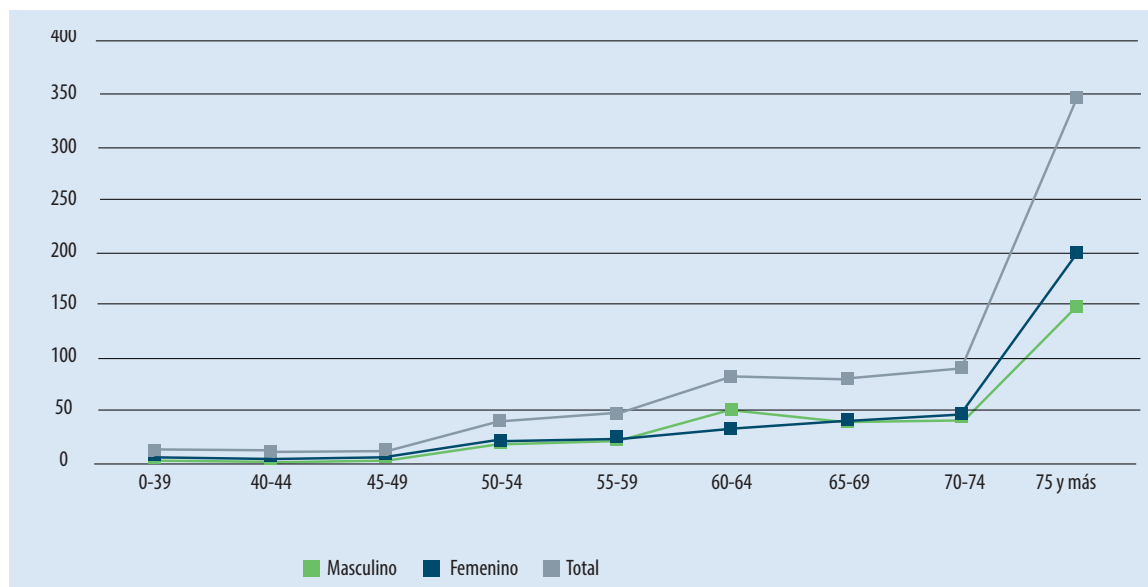
diagnosticada 9,5% lo que nos da una prevalencia nacional de 10,8% cifra similar a las encontradas en países como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica (Caja Costarricense de Seguro Social, 2010), siendo más elevada en el sexo femenino (11,6%) que en el masculino (9,8%).

La *Diabetes mellitus* es la cuarta causa de muerte prematura entre las ECNT, y del total de muertes por esta enfermedad, alrededor del 39% 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 3500 egresos hospitalarios por año, en los últimos 5 años.

En el año 2013 la tasa de mortalidad fue de 13.3 personas a causa de la diabetes 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.

La mortalidad entre los 50 y 69 años es más elevada en el sexo masculino, y se equiparan entre los 65 a 69 años y a partir de los 70 años la mortalidad es mayor en el sexo femenino.

Gráfico N° 4.23
Defunciones por Diabetes mellitus por sexo según grupos de edad. Costa Rica 2013

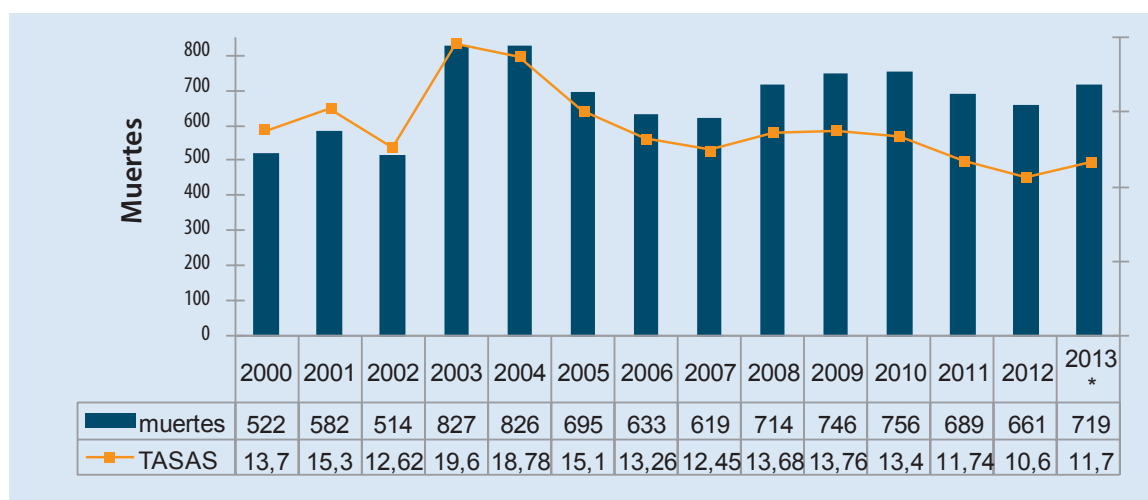


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud con base en datos del INEC

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, lo que significa que pasó de 13,68 a 11,7 muertes en

el 2013 por 100.000 habitantes. Estos cambios en la tendencia pueden estar afectados por la calidad del llenado del certificado de defunción donde a veces se invisibiliza la *Diabetes mellitus* como la causa primaria de muerte.

Gráfico N° 4.24
Mortalidad por diabetes mellitus según año. Costa Rica 2000-2013



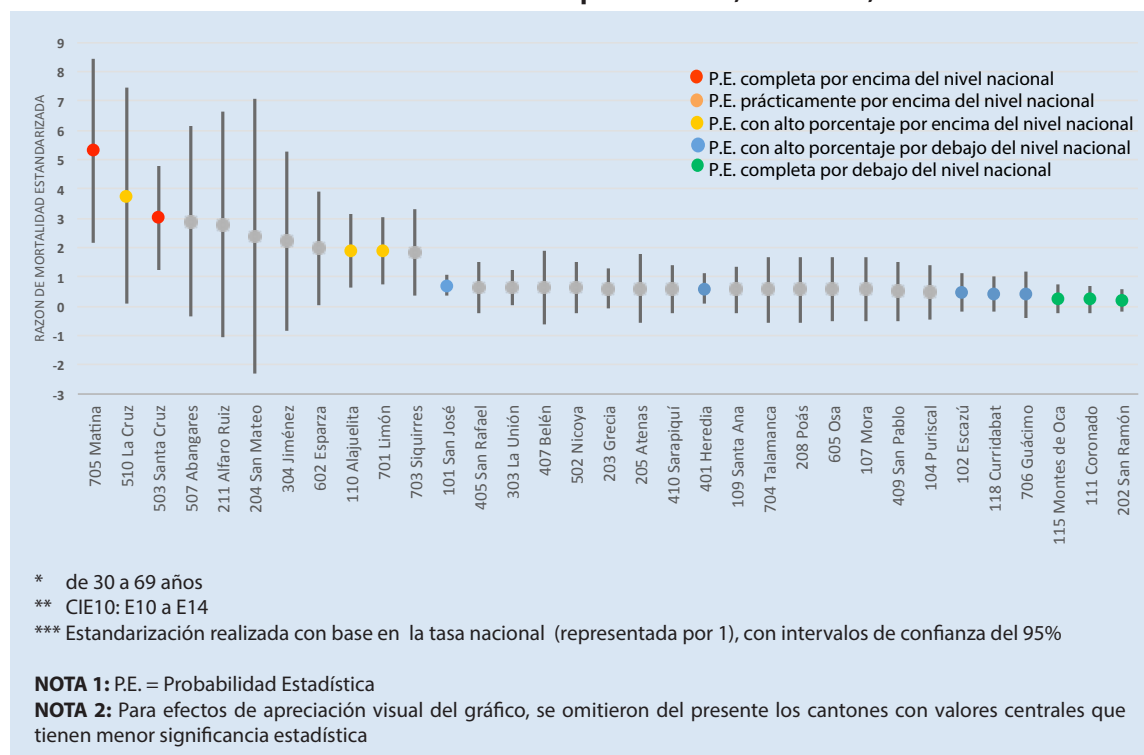
*cifras preliminares

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

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° 4.25
Mortalidad prematura* por Diabetes mellitus 2 de acuerdo a razón de mortalidad estandarizada*** distribuida por cantones, Costa Rica, 2013**



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, con base en Datos de Mortalidad del INEC

Se observa como Matina y Santa Cruz son los dos cantones que para el 2013 presentaron probabilidades estadísticas por encima del nivel nacional de morir por Diabetes mellitus 2. Otros cantones como La Cruz, Alajuelita y Limón tienen una probabilidad estadística con un alto porcentaje por encima del nivel nacional. Por debajo (menor probabilidad) de forma completa se encuentran Montes de Oca, Coronado y San Ramón.

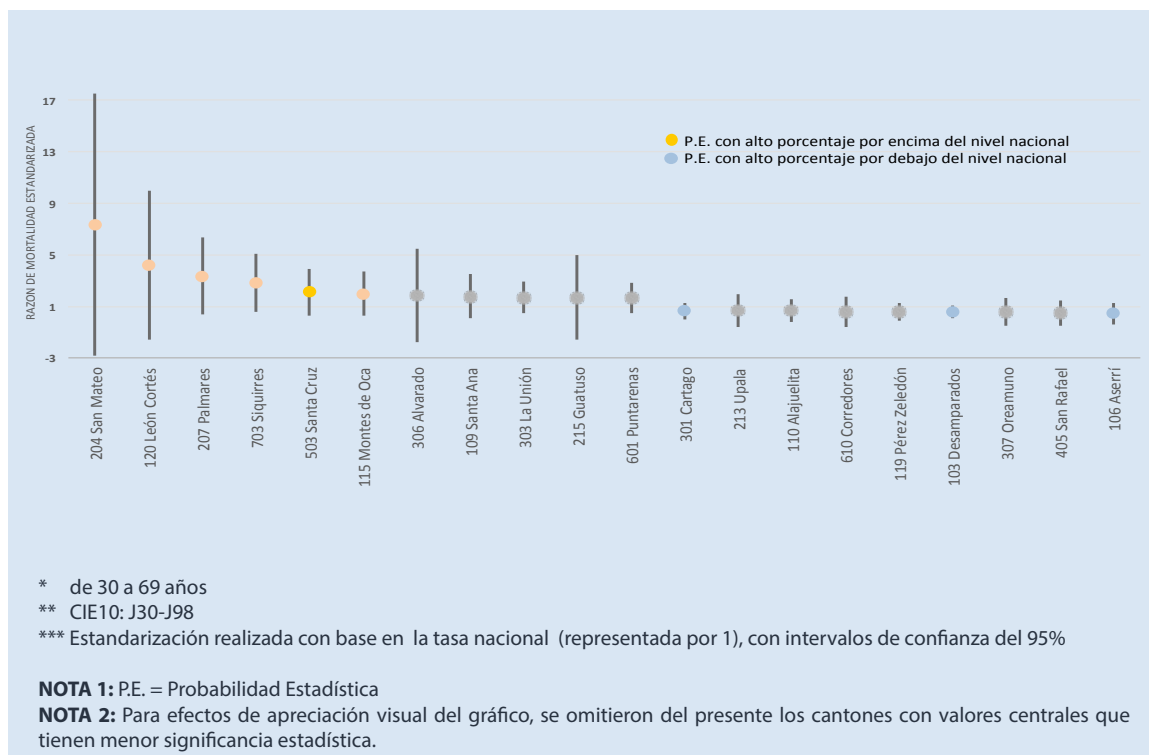
2.4 Enfermedades Respiratorias Crónicas

En el 2013 ocurrieron 1127 muertes por

enfermedades respiratorias crónicas para una tasa de 23.9 muertes por 100.000 habitantes, lo cual representa 327 más muertes que en el año anterior y una elevación de 6.7 puntos en la tasa. 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 muy elevado, es una patología que resta calidad de vida y provoca discapacidad.

Se espera que la mortalidad y morbilidad por enfermedad pulmonar crónica sea modificada favorablemente con las políticas de control de fumado en el mediano y largo plazo.

Gráfico N° 4.26
Mortalidad prematura* por enfermedad respiratoria crónica de acuerdo a razón de mortalidad estandarizada*** distribuida por cantones, Costa Rica, 2013**



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, con base en Datos de Mortalidad del INEC

Se observa como para el 2013 los cantones de San Mateo, León Cortés, Palmares, Siquirres, Santa Cruz y Montes de Oca muestran una probabilidad de morir por enfermedad pulmonar crónica muy elevada con respecto al resto de cantones. Los cantones de Cartago, Desamparados y Aserrí tienen probabilidades altas por debajo del nivel nacional.

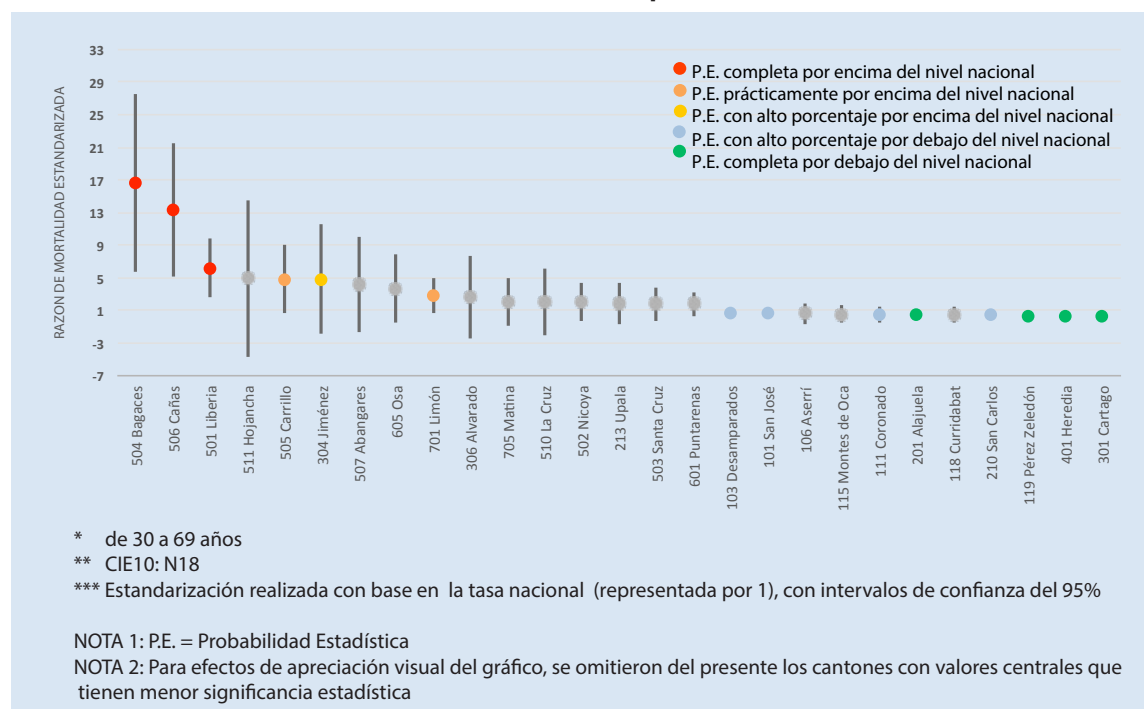
2.5 Enfermedad Renal Crónica

La enfermedad renal crónica es una de las principales complicaciones de padecimientos crónicos como la *Diabetes mellitus* o la

Hipertensión Arterial, y como tal, se presenta en edades avanzadas.

Sin embargo, en el área mesoamericana se ha encontrado un tipo diferente de enfermedad renal crónica no asociada a otros padecimientos crónicos, que se presente en personas relativamente jóvenes, y que se ha relacionado con deshidratación (amplias jornadas laborales bajo condiciones de temperatura elevadas y con pobre hidratación). A este tipo de padecimiento se ha denominado nefropatía mesoamericana.

Gráfico N° 4.27
Mortalidad prematura* por enfermedad renal crónica de acuerdo a razón de mortalidad estandarizada*** distribuida por cantones, Costa Rica, 2013**



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, con base en Datos de Mortalidad del INEC

En Costa Rica, los cantones con las razones estandarizadas de mortalidad por enfermedad renal crónica mas elevadas se ubican en Guanacaste, siendo los principales para el 2013 Bagaces, Cañas y Liberia, y aunque hacen falta estudios concluyentes sobre el origen de esta alta posibilidad de morir en estos cantones, se sospecha ampliamente que el origen es justamente del tipo mesoamericano, cuyo abordaje requiere medidas diferentes al abordaje de la nefropatía crónica como complicación de otras enfermedades no transmisibles.

3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

3.1 Infección por VIH y SIDA

VIH, SIDA

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

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

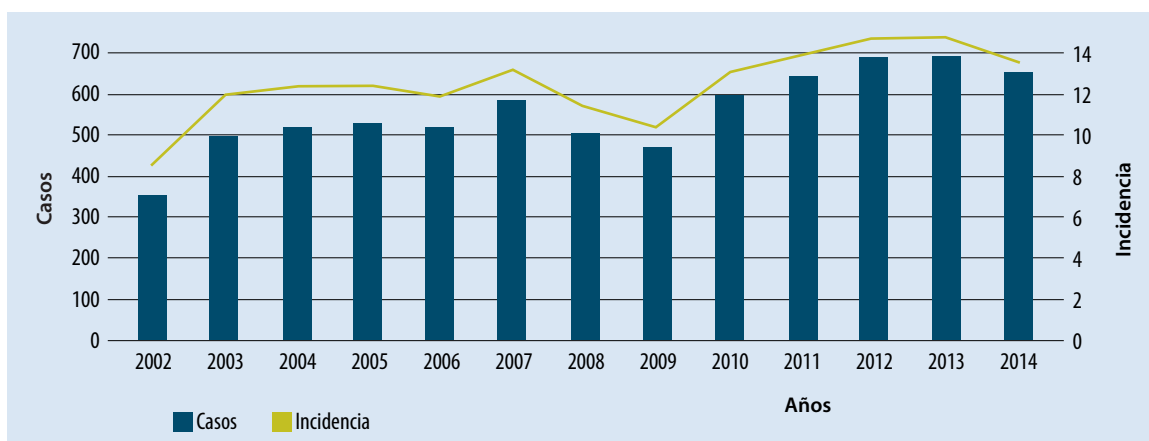
Infección por VIH-sida

En el período 2002-2014, se registraron 7.257 casos de VIH-Sida (incidencia para el período

162,1 casos por cada 100.000 habitantes). A partir del año 2002 la tendencia de VIH es ascendente, excepto en los años 2008 y 2009

debido probablemente al efecto de sub-notificación.

Gráfico N° 4.28
Casos y tasas de VIH-sida según año de ocurrencia. Costa Rica 2002 – 2014*
(tasa/100.000 habitantes)

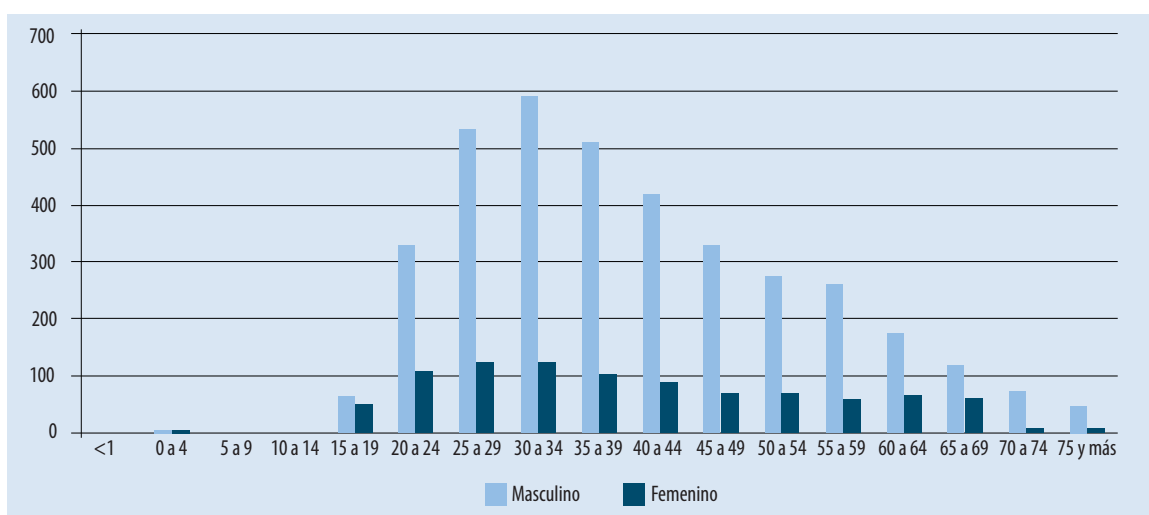


Fuente: : Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.
***Cifras Preliminares**

Los casos nuevos de infección por VIH se presentan básicamente en el sexo masculino (80,0%) siendo la razón hombre/mujer para ese periodo de 4:0 (4 hombres por cada

mujer). El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 44 años, aportando el 72,8% de los casos del período.

Gráfico N° 4.29
Casos de VIH-sida por edad según sexo. Costa Rica 2002-2014*
(tasa/100.000 habitantes)

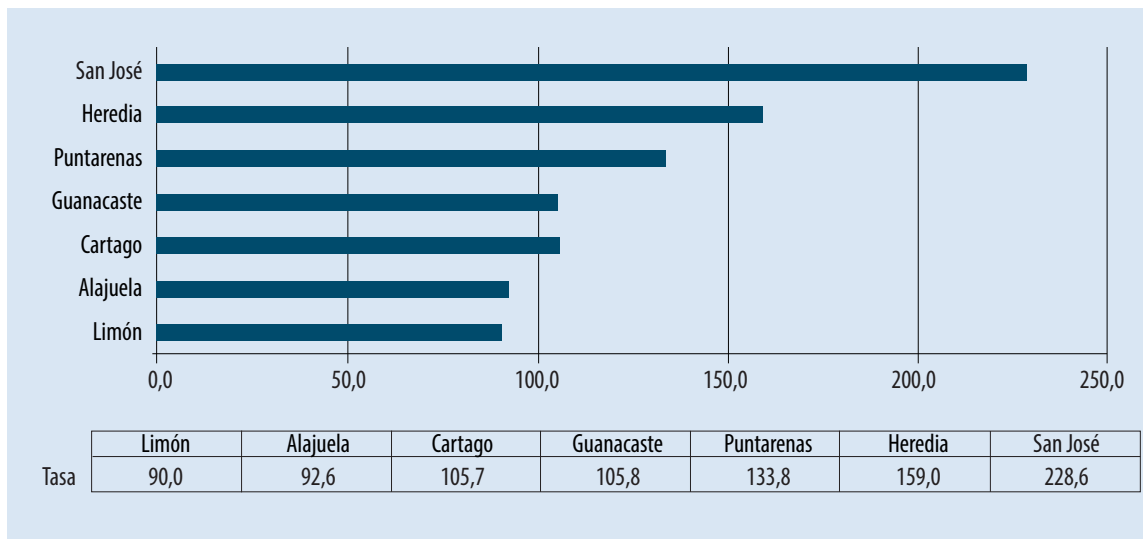


Fuente: : Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.
***Cifras Preliminares**

La provincia de San José, registró la incidencia más alta para el período (228.6/100.000 habitantes), aportando el 50.0% de los casos de país. Los cantones que presentaron las incidencias por 100.000 habitantes más

altas fueron: San José (420.9), Tibás (339.1), Montes de Oca (294.9), Goicoechea (237.2), Puntarenas (238.6), Curridabat (214.0) y Alajuela (150.4), aportando el 41.1% de los casos del país.

Gráfico N° 4.30
Incidencia de VIH por provincia. Costa Rica 2002-2014*
(tasa/100.000 habitantes)



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

***Cifras Preliminares**

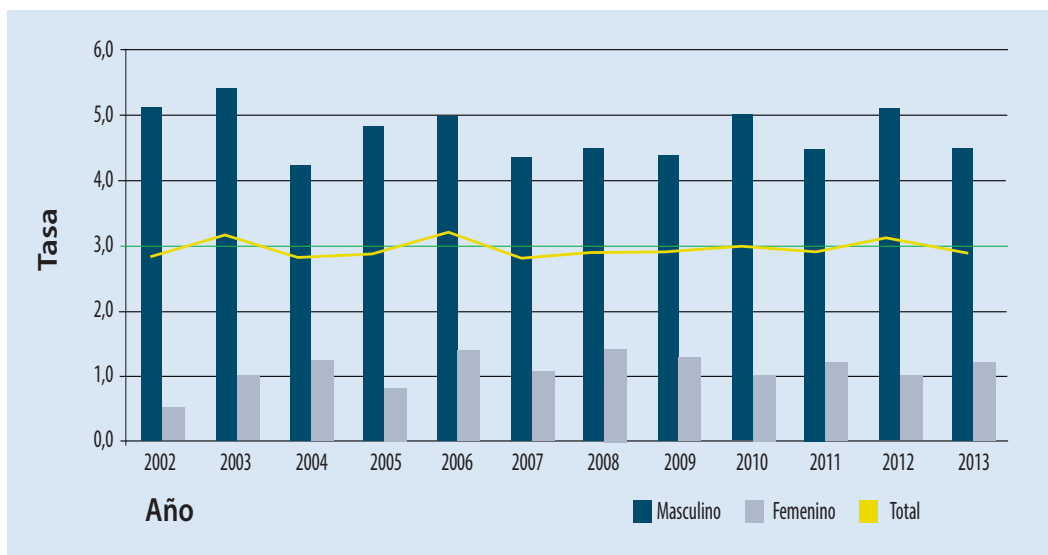
Mortalidad por Sida

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

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

Para el período 2002-2013, las tasas de mortalidad masculina, se mantienen por encima de las tasas nacionales durante todo el período de análisis.

Gráfico N° 4.31
Mortalidad por sida según año y sexo. Costa Rica 2002-2013
 (tasa/100.000 habitantes)

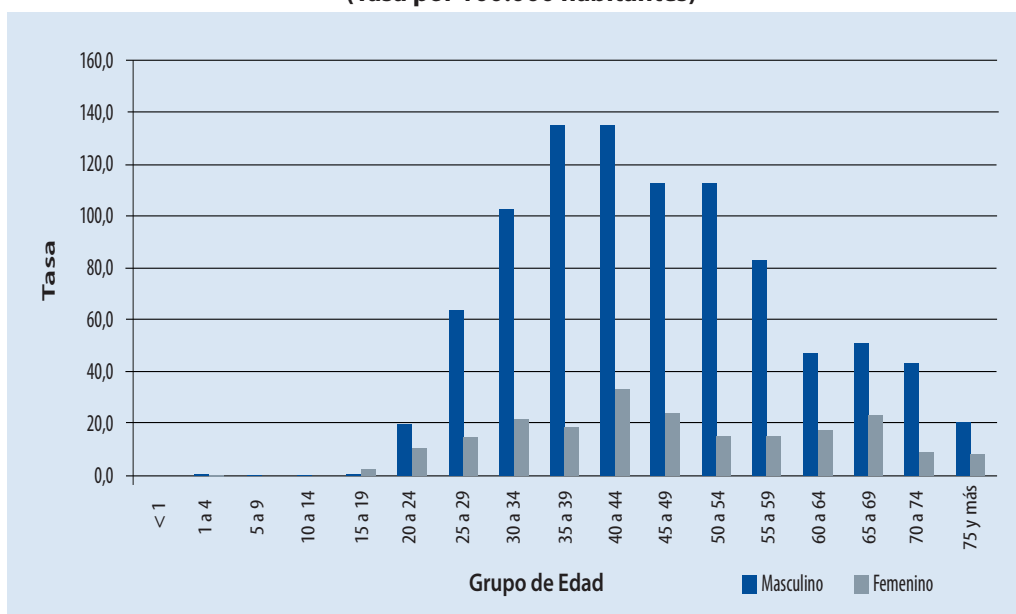


Fuente: INEC-Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud,.

El 81.6% de las defunciones fueron del sexo masculino (53.9 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 69.8% del total de muertes por esta causa.

Gráfico N° 4.32
Mortalidad por sida según edad y sexo. Costa Rica 2002-2013
 (Tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

La provincia de San José registró la mortalidad más alta por 100.000 habitantes (49.1), aportando el 49.4% de las defunciones por esa causa. Los cantones que presentaron la mortalidad por 100.000 habitantes más alta fueron: San José (90.0), Puntarenas (70.9), Alajuelita (51.8), Limón (46.9), Cartago (46.3) Goicoechea (44.8), Alajuela (34.6) y Desamparados (38.9) aportando el 52.3% de los casos del país.

3.2 Sífilis congénita

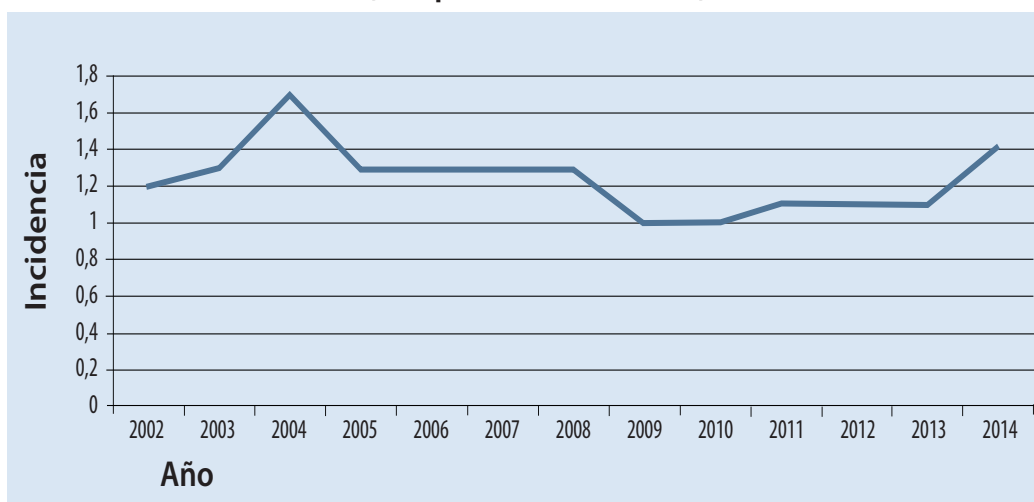
La sífilis gestacional (SG) y la sífilis congénita (SC), son un grave problema de Salud Pública ya que afecta en forma directa a las mujeres

y los recién nacidos, siendo una enfermedad para la cual se dispone de tratamiento asequible, eficaz y de bajo costo. Se calcula que cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones por *Treponema pallidum*, de las cuales más de dos millones se producen en mujeres embarazadas.

Situación Epidemiológica

En el período de 2002 al 2014 se registraron 1.187 casos de sífilis congénita, en el año 2014 se observa un incremento en el número de casos.

Gráfico N° 4.33
Incidencia de sífilis congénita por año de ocurrencia. Costa Rica 2002 – 2014.
(Tasa por 1.000 nacimientos)

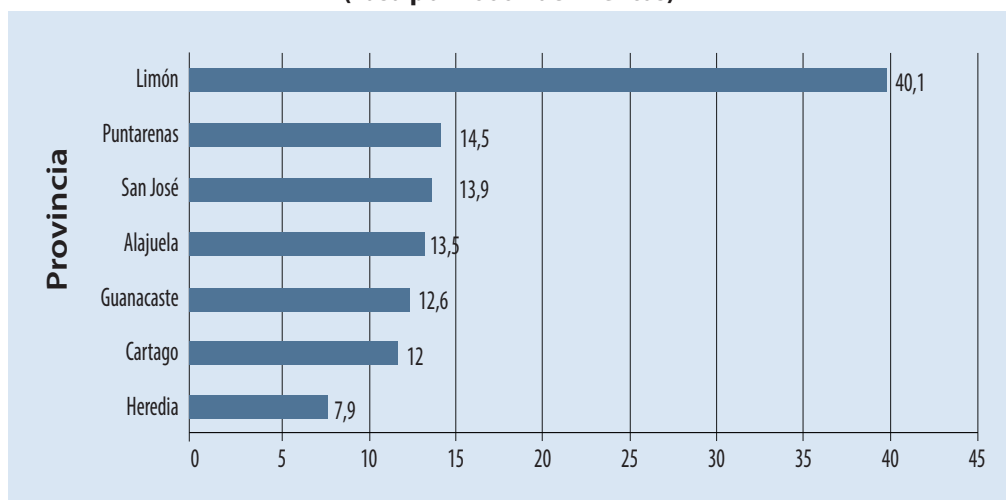


Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

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.

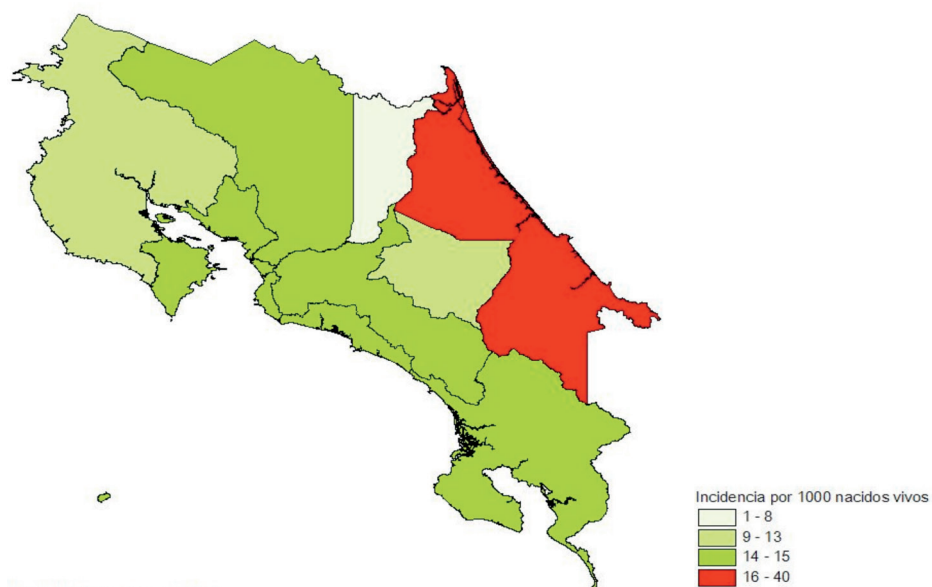
La provincia de Limón registró la incidencia más alta y aportó el 28.5% de los casos del país, para el período.

Gráfico N° 4.34
Incidencia de sífilis congénita por provincia. Costa Rica 2002– 2014.
(Tasa por 1000 nacimientos)



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Figura 4.1
Incidencia de sífilis congénita por provincia. Costa Rica 2002- 2014

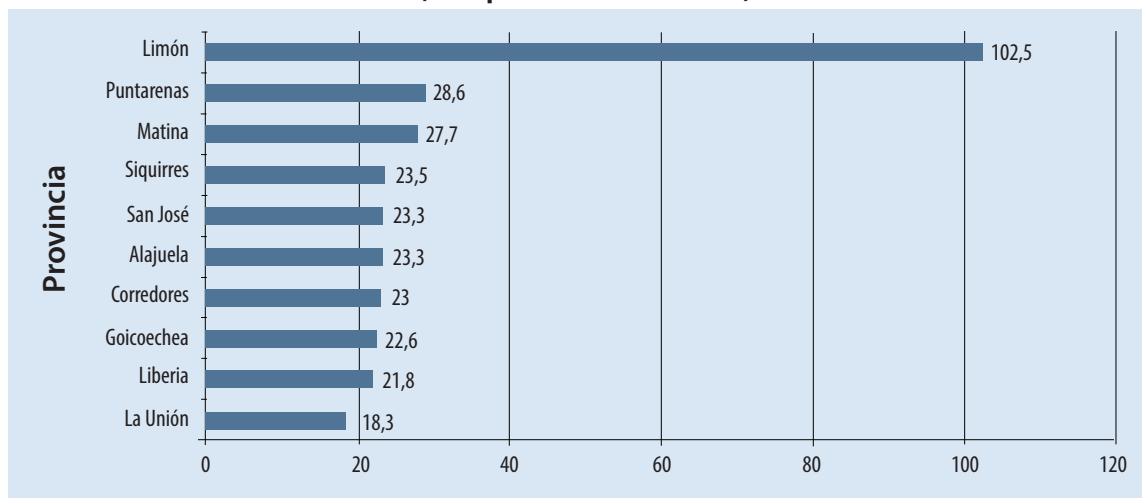


Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

El cantón de Limón registró la incidencia más alta de la provincia de Limón, aportando el

67.7% de los casos de la provincia y el 19.3% de los casos del país.

Gráfico N° 4.35
Cantones con mayor Incidencia de sífilis congénita. Costa Rica 2002– 2014
(Tasa por 1000 nacimientos)



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

El patrón espacial cantonal muestra zonas de mayor riesgo hacia los puertos en los cantones de Limón y Puntarenas y el área metropolitana, San José, entre otros y que son zonas de alta inmigración en el país, generando situaciones de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual por la alta interacción entre personas de diferentes contextos sociales y ambientales.

3.3 Dengue

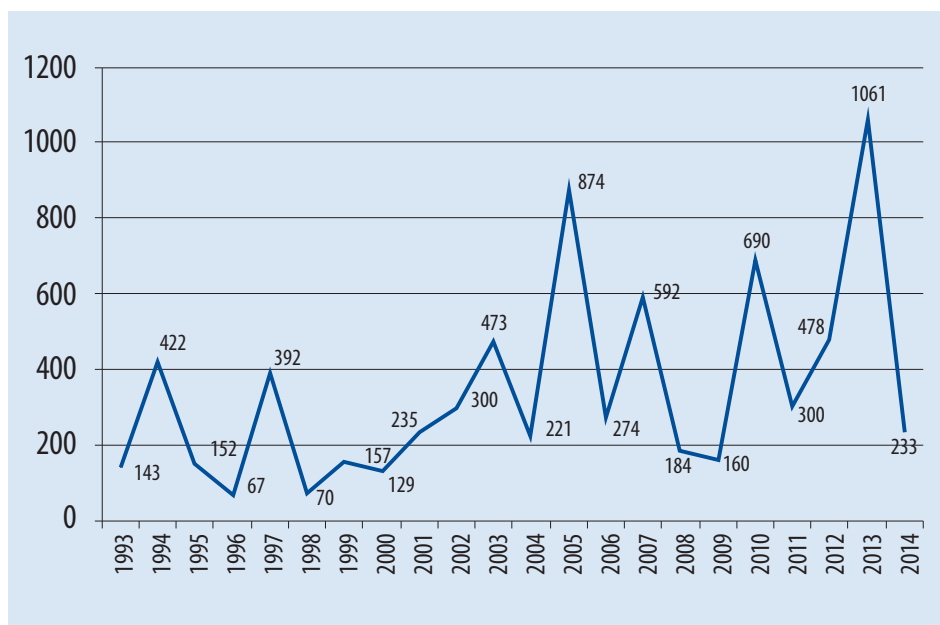
En el año 2014, se registró la más baja incidencia de dengue de los últimos cinco años con un total de 11.140 casos, manteniéndose prácticamente durante todo el año dentro del corredor endémico, lo que representa una disminución de 77,7 % respecto al año 2013. Esta situación se manifiesta en la mayoría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

Cuadro 4.9
Casos de dengue por región Costa Rica, 2013-2014

Región	2013	2014	%	% Variación Relativa
Pacífico Central	9102	2089	18,8	-77,0
Chorotega	14887	2221	19,9	-85,1
Central Norte	8151	1815	16,3	-77,7
Huetar Caribe	6758	2215	19,9	-67,2
Central Sur	3863	628	5,6	-83,7
Brunca	5910	1945	17,5	-67,1
Central Este	743	96	0,9	-87,1
Occidente	226	18	0,2	-92,0
Huetar Norte	353	113	1,0	-68,0
TOTAL	49993	11140	100,0	-77,7

Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Gráfico N° 4.36
Tasa de incidencia de Dengue por 100.000 habitantes. Costa Rica 1993-2014



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Se registraron (n=04) casos de Dengue Grave, todos en la región Huetar Caribe distribuidos en las áreas de Limón (n=01), Siquirres (n=02)

y Guácimo (n=01). Este año **no se reportaron defunciones por dengue.**

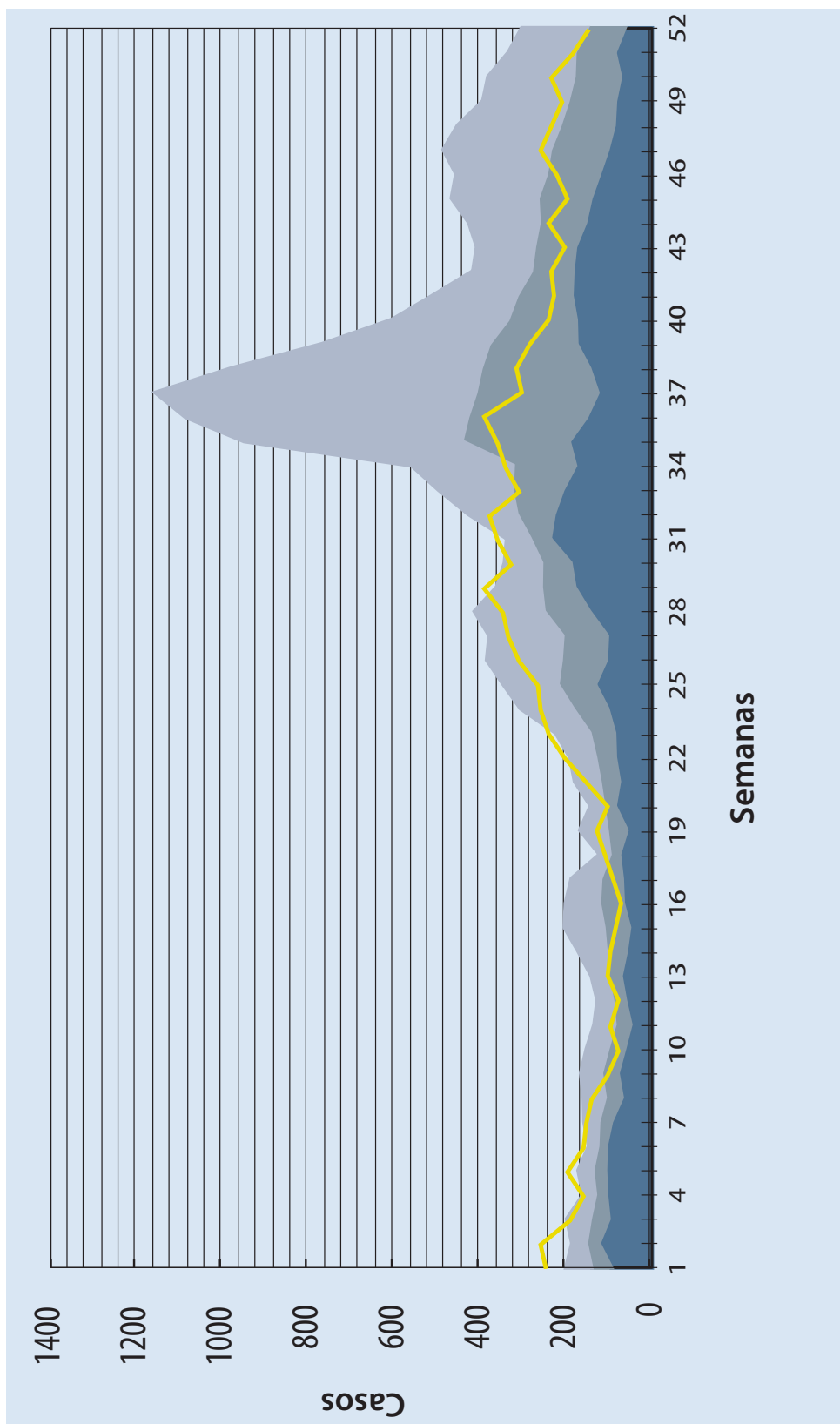
Cuadro 4.10
Casos, serotipos y defunciones por dengue, Costa Rica 1993 – 2014

Años	Casos	Casos dengue grave	Serotipos	Defunciones
1993	4.612	0	1 y 4	0
1994	13.929	0	1 y 3	0
1995	5.137	1	1 y 3	1
1996	2.309	2	1 y 3	1
1997	14.421	8	1 y 3	2
1998	2.628	0	1 y 3	0
1999	6.041	117	2	2
2000	4.908	5	1 - 3 y 4	0
2001	9.464	37	2	0
2002	12.251	27	1 y 2	0
2003	19.703	69	1 y 2	0
2004	9.408	11	1 y 2	0
2005	37.798	52	1	2
2006	12.052	76	1 y 2	0
2007	26.504	318	1 y 2	8
2008	8.212	65	1, 2	2
2009	7.214	8	1- 2 y 3	0
2010	31.484	21	1-2 y 3	4
2011	13.838	74	1-2 y 3	0
2012	22.243	54	1-2 y 3	0
2013	49.993	220	1-2 y 3	1
2014	11.140	4	1-2 y 3	0
TOTAL	325.289	1.169	1-2 y 3	23

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud e INCIENSA

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

Gráfico N° 4.37
Corredor endémico de dengue. Costa Rica 2014
(Años de referencia 2002, 2004, 2006, 2008, 2011)



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

3.4 Malaria

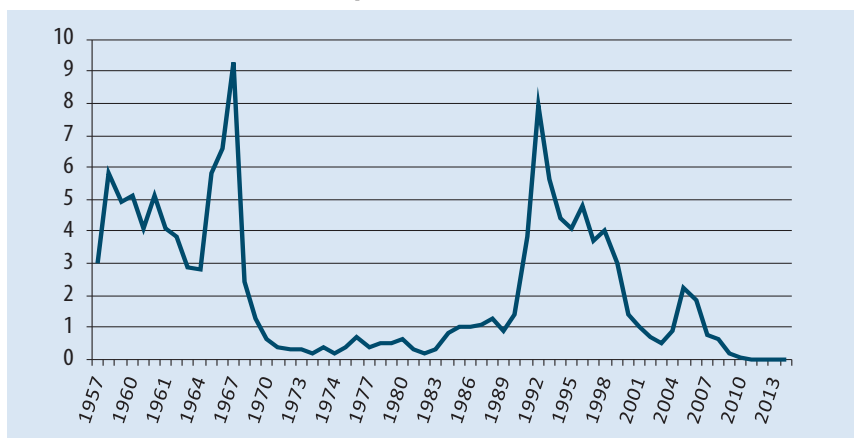
En el año se registraron solamente (n=6) casos de malaria, manteniendo la misma incidencia registrada el año pasado de 0.003 de Índice Parasitario Anual, (IPA).

Del total de casos, (n=05) son importados de los cuales (n=03) corresponden a *P. falciparum* provenientes de África y (n=02) por *P. vivax* de Nicaragua y el caso de *P. malariae* es una recrudescencia. Todos los casos se

confirmaron en el examen microscópico y por la técnica PCR-Tiempo Real en el CNRP-INCIENSA.

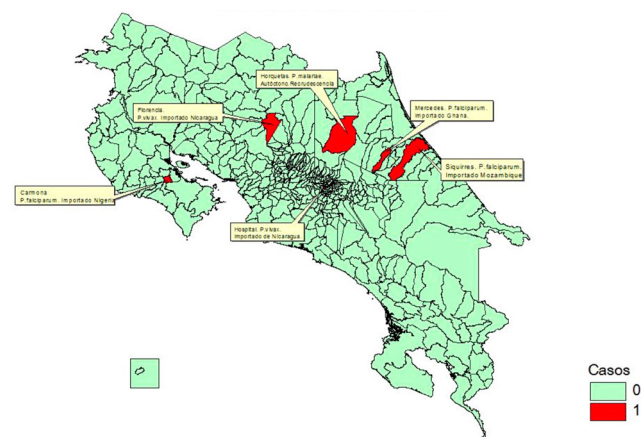
Costa Rica, con este panorama se ubica en la lista de la OPS/OMS para avanzar a corto plazo hacia la eliminación de la malaria, facilitando la participación del país en la iniciativa para la “Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y La Isla Española” (EMMIE) en el año 2020 auspiciada por el Fondo Mundial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

Gráfico N° 4.38
Tasa de incidencia de malaria por 1000 habitantes. Costa Rica 1957-2014



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Figura 4.2
Casos de malaria según distrito. Costa Rica 1957-2014



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

3.5 Enfermedad de Chagas

En el año 2014 el Centro Nacional de Referencia en Parasitología (CNRP-INCIENSA) diagnosticó (n= 30) casos crónicos y (n=03) casos agudos de ésta enfermedad, distribuidos en: La Carpio, San José, Tilarán y Alajuelita. También se logró el tamizaje de ésta enfermedad en el 100% de los bancos de sangre.

En cuanto a la vigilancia entomológica pasiva se analizaron (n= 283) triatominos de los cuales (n= 92) el 32.5% estaban positivos.

Costa Rica se mantiene libre del vector *Rhodnius prolixus*, certificada por la "Comisión Intergubernamental de la Iniciativa de los países de Centroamérica (IPCA) para la Interrupción de la Transmisión Vectorial, Transfusional y Atención Médica de la Enfermedad de Chagas" y la OPS/OMS en agosto 2011.

3.6 Filariasis

En la XIV Reunión del Grupo de Revisión de Programas de Eliminación de Filariasis Linfática de las Américas realizada en San José, Costa Rica en agosto 2014, se ratificó el acuerdo del STAG –NTD§ (Grupo Consultor Estratégico y Técnico de las Enfermedades Desatendidas de la OMS/Ginebra) manteniéndose a Costa Rica como país no endémico de la Filariasis linfática (FL), dado que tiene documentado

la interrupción de la transmisión y está a la espera de la validación de la eliminación de la transmisión de la FL por parte de la OPS/OMS.

3.7 Chikungunya: Casos en Costa Rica en el año 2014

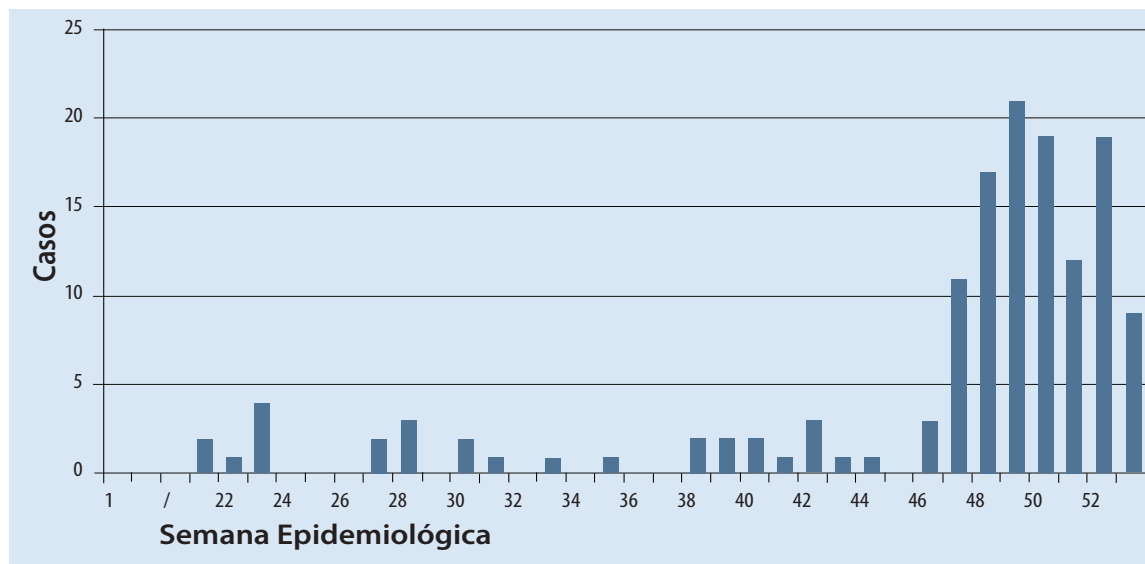
En diciembre 2013 se detectó por primera vez la transmisión autóctona del virus Chikungunya en la Región de las Américas. Desde entonces y hasta la semana epidemiológica (SE) 53 del 2014, se reportaron 1.071.696 casos sospechosos y 22.796 confirmados y 169 defunciones.

A partir de la semana epidemiológica 21 (18 al 24 de mayo del 2014), el sistema de vigilancia comienza a captar casos de personas infectadas por virus Chikungunya (CHIKV), provenientes de países con transmisión activa (República Dominicana, Haití, El Salvador, entre otros).

En la semana epidemiológica 47 (del 16 al 22 noviembre del 2014), se comienzan a registrar casos en personas que no han viajado a países con transmisión, por lo que se evidencia la transmisión autóctona del virus en el país, por mosquitos *Aedes aegypti* infectados.

Durante el año 2014, se registraron 145 casos de CHIKV confirmados por el laboratorio Nacional de Referencia en INCIENSA.

Gráfico N° 4.39
Casos de chikungunya confirmados por laboratorio, según semana epidemiológica
Costa Rica 2014



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

El 82.7% de los casos se registró en tres provincias, siendo la provincia de Puntarenas la que registró el mayor porcentaje de casos.

Los cantones que registraron el mayor número de casos fueron San José (8,9%), Puntarenas (24,8%) y Garabito (15.2%), aportando el 48.9% de los casos del país. En el cantón

de San José, la mayoría de los casos fueron importados, mientras que en los cantones de Puntarenas y Garabito fueron de transmisión autóctona principalmente en los Distritos de Manzanillo (15), Chomes (18) y Jacó (22).

Cuadro 4.11
Casos de chikungunya por provincia, cantón y distrito. Costa Rica 2014
(Casos confirmados por laboratorio)

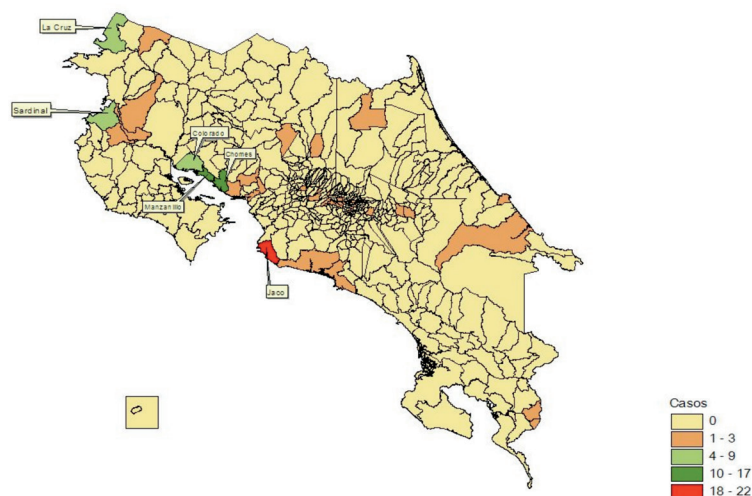
Provincia	Casos	Cantón	Casos	Distrito	Casos
Puntarenas	67	Puntarenas	36	Chomes	18
				Manzanillo	15
				Barranca	2
				Pithaya	1
		Garabito	22	Jacó	22
		Corredores		La Cuesta	2
				Canoas	1
		Montes de Oro	2	Miramar	2
		Parrita		Parrita	2
		Esparza	1	San Jerónimo	1
		Aguirre	1	Parrita	1
Guanacaste	27	Abangares	9	Colorado	9
		Carrillo	9	Sardinal	5
				Filadelfia	2
				Belén	1
				Palmira	1
		La Cruz	7	La Cruz	6
				Santa Cecilia	1
		Liberia	2	Liberia	1
				Nazareth	1
San José	26	San José	13	Pavas	3
				Zapote	2
				Carmen	1
				San Francisco	1
				Uruca	1
				Sin dato	5
		Desamparados	4	Desamparados	1
				San Rafael	1
				San Juan	1
				Sin Dato	1
		Escazú	3	San Rafael	3
		Montes de Oca		San Pedro	1
				Mercedes	1
		Santa Ana	1	Pozos	1
		V de Coronado	1	Sin dato	1
		Moravia	1	San Vicente	1
		Tibás	1	A Llorete	1

continuación

Provincia	Casos	Cantón	Casos	Distrito	Casos
Alajuela	10	Alajuela	5	Alajuela	3
				Garita	1
				San Rafael	1
		San Carlos	3	Venecia	1
				Florencia	1
				Pital	1
		Naranjo	1	El Rosario	1
		Poas	1	Carrillos	1
Cartago	6	Cartago	2	Oriental	1
				San Nicolás	1
		Turrialba	2	Turrialba	2
		Jiménez	1	Juan Viñas	1
		Paraíso	1	Paraíso	1
Heredia	6	Heredia	4	San Francisco	2
				Ulloa	1
				Sin dato	1
		Sarapiquí	1	Puerto Viejo	1
		Flores	1	San Joaquín	1
Limón	3	Limón	2	Limón	1
				Valle la Estrella	1
		Siquirres	1	Sin Dato	1
TOTAL	145		145		145

Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Figura 4.3
Casos de chikungunya según distrito. Costa Rica 2014
(Casos confirmados por laboratorio)



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

3.8 Comportamiento de los eventos que se notifican en el registro colectivo Costa Rica, 2012-2014

El Registro Colectivo (VE-02) del Ministerio de Salud registra 18 eventos que son de

notificación obligatoria. Esta información proviene de los establecimientos de salud públicos y privados. Se presenta la información a nivel nacional que recolecta en este registro. Jacó (22) aportando el 22.4%.

Cuadro 4.12
Número de consultas notificadas y porcentaje de eventos del VE-02 según año
Costa Rica, 2013-2014

Año Evento	2014		2013	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Accidentes ofídicos	815	0,04	978	0,05
Anquilostomiasis y necatoriasis	149	0,01	33	0,00
Ascariasis	128	0,01	154	0,01
Conjuntivitis hemorrágica	2607	0,13	3521	0,19
Dengue (Solo en Caso de Brote)	604	0,03	5328	0,28
Depresión	5.1451	2,52	4.1623	2,19
Enfermedad tipo Influenza (ETI)	9.0470	4,43	75.660	3,98
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	31.9175	15,64	337.524	17,75
Enterobiasis	297	0,01	355	0,02
Escabiosis	7877	0,39	8.244	0,43
Estrongiloidiasis	152	0,01	24	0,00
Infección respiratoria aguda superior (IRAS)	1.538.929	75,40	1.400.936	73,68
Leishmaniasis	2137	0,10	1.856	0,10
Otras helmintiasis intestinales no especificadas en otra parte	573	0,03	526	0,03
Parasitosis intestinal sin especificar	20532	1,01	1.9840	1,04
Pediculosis	5133	0,25	4.784	0,25
Trichuriasis	18	0,00	31	0,00
Total	2.041.047	100,00	1.901.417	100,00

Fuente: Registro Colectivo de Enfermedades 2013 y 2014. Ministerio de Salud, con datos de los establecimientos públicos y privados.

Observamos en el cuadro 4.12, que durante el 2013, la notificación de las consultas por infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS) y por enfermedad diarreica aguda (EDA) ocuparon el 91% del total de consultas registrados por estos eventos (75,40+15,64) y para el 2014, se comportó de forma similar.

Las tasas de incidencia de consulta por ambos eventos, donde se puede observar el peso de la incidencia de IRAS sobre la EDA. Por cada caso de EDA se registran alrededor de 5 casos de IRAS, situación que se presenta en todo el periodo, que se ilustra.

Grafico 4.40
Tasa de incidencia de consultas por IRAS y EDA según año. Costa Rica, 2005-2014



Fuente: Registro Colectivo de Enfermedades 2013 y 2014. Ministerio de Salud, con datos de los establecimientos públicos y privados.

Cuando observamos el comportamiento de la tasa de mortalidad de ambos eventos, los valores la mortalidad de IRAS siguen siendo superior que EDA.

Cuadro 4.13
Tasa de incidencia de consultas por IRAS y EDA según año. Costa Rica, 2010-2013

Evento Año	IRAS		EDA	
	Tasa Mortalidad	Letalidad	Tasa Mortalidad	Letalidad
2010	10,62	0,04	1,71	0,06
2011	9,73	0,04	1,37	0,02
2012	10,78	0,03	1,78	0,03
2013	11,50	0,04	2,18	0,03

Fuente: Registro Colectivo de Enfermedades 2013 y 2014. Ministerio de Salud, con datos de los establecimientos públicos y privados. INEC

Es importante destacar que si exponemos la magnitud de ambas enfermedades; en términos de su fatalidad o letalidad o sea que consideramos solo la mortalidad y la incidencia, para EDA el problema va disminuyendo su valor relativo, mientras que para IRAS se mantiene durante el periodo calculado.

3.9 Enfermedad de Hansen

Comportamiento de enfermedad de Hansen o lepra en Costa Rica del año 1964 al 2014

En Costa Rica, la enfermedad de Hansen existe desde 1798, año en que documento el primer caso en el Sanatorio de las Mercedes y se ha mantenido a lo largo de tiempo

hasta la fecha, con la diferencia que ahora, los casos se ubican en poblaciones y zonas geográficas determinadas. A partir del 2004, debido al esfuerzo del Grupo Técnico Asesor para la Vigilancia y Control de la Enfermedad Hansen, que se coordina desde el Ministerio de Salud, Costa Rica se encuentra en los países de menos de 100 casos.

A partir del 2014, se implementó en los servicios de salud públicos y privados la supervisión del tratamiento. Esta estrategia nos ha permitido un mejor control a los casos, mejores indicadores y principalmente conocer mejor el comportamiento epidemiológico de la enfermedad.

A finales del 2014, la Caja Costarricense de Seguro Social informó que a finales del 2014 se identificaron 53 casos, pero solo 35 en tratamiento. Se distribuyen en todo el país, principalmente en Puntarenas. A 21 de ellos se le dieron de alta de la enfermedad y se encuentran en vigilancia post-terapéutica. No se han presentado casos en menores de 18 años y el 93% son del tipo Multibacilar.

En el 2015, se espera analizar la primera cohorte de paciente que ingresó del tipo Paucibacilar.

3.10 Enfermedades inmunoprevenibles

Las enfermedades infectocontagiosas han sido un problema de salud pública importante a nivel mundial a través de los años, presentándose como casos individuales, brotes, epidemias, pandemias y, produciendo mortalidad por las mismas. Tienen entre sus características una rápida y fácil transmisión,

directamente de una persona infectada a otra sana (contacto directo, secreciones) o a través de fómites, alimentos o agua, afectando a los individuos que se exponen a ellos.

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

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

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

Cuadro N° 4.14
Casos notificados de enfermedades inmunoprevenibles según años, Costa Rica 2009 - 2014*
(Tasa por 100000 habitantes)

CAUSAS	2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Difteria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0
Hepatitis todas la formas	850	18,8	486	10,6	582	12,6	1330	28,6	1235	26,3
Hepatitis viral A	144	3,2	66	1,4	113	2,4	368	7,9	570	12,1
Hepatitis viral B	66	1,5	17	0,4	140	3,0	211	4,5	160	3,4
Influenza	30695	680,7	80389	1761,5	65263	1414,0	74691	1605,4	73292	1559,4
Meningitis todas las formas	195	4,3	192	4,2	483	10,5	348	7,4	281	6,0
Meningitis meningocócica	2	0,0	0	0,0	3	0,1	3	0,1	12	0,3
Meningitis neumocócica	1	0,0	0	0,0	1	0,0	7	0,2	5	0,1
Parálisis flácida aguda	18	0,4	23	0,5	38	0,8	23	0,5	19	0,4
Parotiditis infecciosa	25	0,6	21	0,5	23	0,5	30	0,6	46	1,0
Rubeola	25	0,6	53	1,2	21	0,5	25	0,5	22	0,5
Sarampión	20	0,4	11	0,2	16	0,3	7	0,2	7	0,1
Tétanos	1	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0
Tosferina	575	12,8	961	21,1	369	8,0	715	15,3	441	9,4
Varicela	6635	147,1	3439	75,4	6391	138,5	5887	126,5	4320	91,9

(*) **Cifras preliminares**

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



Hepatitis

Se observa una disminución en las tasas de la hepatitis de todas las formas del 2012 al 2014 (de 28,6 a 15,9), al igual que la hepatitis A del 2013 al 2014 (12,1 a 4,1); la hepatitis B tuvo un incremento en los últimos dos años, pasó de una tasa de 3,4 a 4,6.

Es importante destacar que en el último año, sólo alrededor del 54,7% de las hepatitis se tipificaron (tipo A o B), lo anterior tiene importancia, ya que al desconocer el tipo de hepatitis en un 45,3% de los casos, las medidas de control para evitar la propagación de la enfermedad así como el seguimiento de los casos se limitan, lo que puede tener un efecto negativo en el control de estas enfermedades.

Cabe mencionar que en el esquema oficial de vacunación se encuentra la vacuna contra hepatitis B (HB), la cual se viene aplicando a la cohorte de nacimientos desde enero de 1998 (previa experiencia en el HSJD con la misma en 1997), lo que ha impactado en la población que la recibió desde ese año.

Meningitis

En lo relacionado con las meningitis en general hubo una disminución de casos notificados pasando de una tasa de 10,5 en el 2011 a 6 en el 2013, mostrando un leve aumento en el 2014 (7,5). Tanto la meningitis neumocócica como la meningocócica se mantuvieron relativamente constantes en los últimos tres años.

De las meningitis se lograron tipificar (determinar si son de origen meningocócica o neumocócica) un porcentaje muy bajo alrededor del 5%, 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.

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 2010, 68% en 2011, 105% en 2012 y 93% en 2013. Como vemos en los dos últimos años el grupo de niños protegido es mayor, al tener buenas coberturas. Además del menor de 1 año, el otro grupo de riesgo es el adulto mayor, quien recibe protección para prevenir este tipo de patología en los servicios de salud con la neumovax.

Sarampión y Rubéola

No hubo casos confirmados, desde el año 2006 al 2013. En el 2014 hubo un caso importado de un masculino de 44 años que estuvo en Filipinas y Japón en época de brotes importantes de sarampión. Su detección tuvo características particulares, ya que no era típica su manifestación clínica y requirió un examen especial en el CDC, cuyo resultado se dio en enero del 2015.

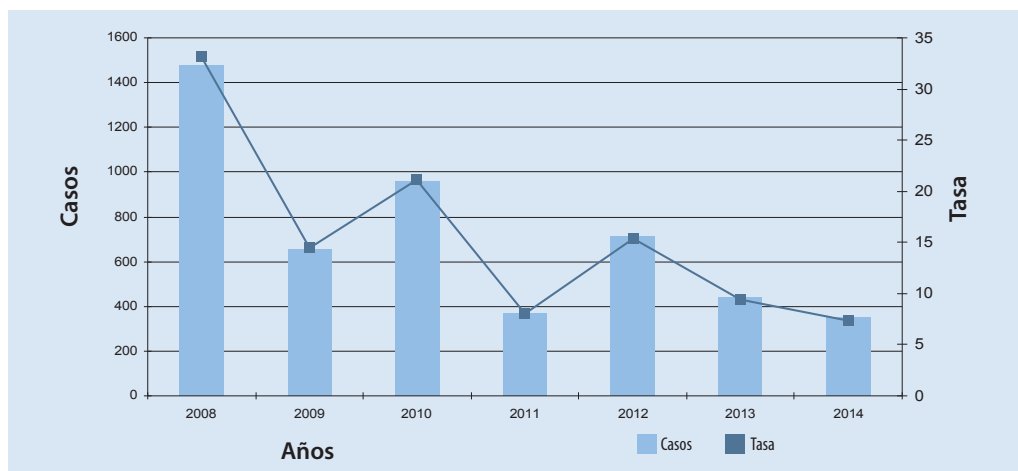
Recordemos que ambos eventos están en proceso de declaratoria de eliminación. Los casos sospechosos notificados para ambas patologías están con porcentajes bajos, según se observa en el cuadro anterior.

Tosferina

Este evento ha tenido fluctuaciones en el período 2009 - 2014 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: 2010 y 2012 aumentos y, a partir de este último año, disminuciones.

Gráfico N° 4.41
Casos notificados de tosferina. Costa Rica 2008 - 2014*
(tasa por 100.000 habitantes)

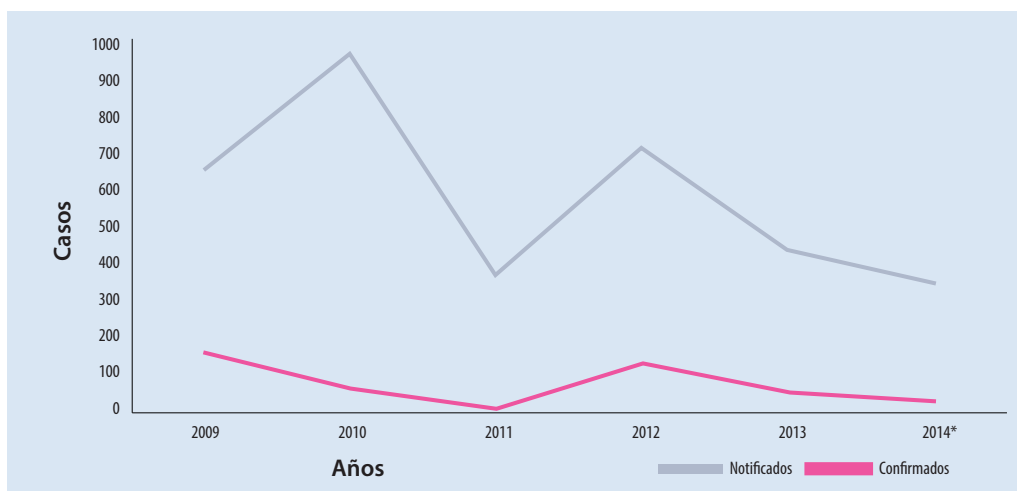


(*) Cifras preliminares

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

Si observamos los casos notificados en los últimos tres años, disminuyeron de 715 (15,3) en el 2012, 441 (9,38) en el 2013 y 350 (7,3) en el 2014. Igual tendencia se ve en los positivos por laboratorio en estos tres años.

Gráfico N° 4.42
Casos notificados y confirmados de tosferina por laboratorio Costa Rica 2009 - 2014*



(*) Cifras preliminares

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

Desglosando los casos de tosferina del 2011 al 2014 por grupo de edad específica, en el siguiente cuadro se puede observar que la mayoría de los casos se presentaron en los menores de un año; 78% (2011), 68% (2012), 69% (2013) y 76% (2014*) respectivamente. De estos, un 66% de los casos en el 2011, 52% en el 2012, 59% en el 2013 y 63% en el 2014* correspondieron a niños de 0 a 5 meses.

Cabe destacar que los menores de dos meses son un grupo de riesgo, vulnerable, donde no se ha iniciado el esquema de vacunación

para la prevención de tosferina, por tanto no tienen protección al respecto. Para favorecer dicha protección a la madre y al recién nacido, en el país se introdujo en el año 2013 la vacunación con Tdap (vacuna tétano, difteria y tosferina), a las mujeres gestantes a partir de la semana 20 de embarazo.

Con respecto a los niños de dos a cinco meses debemos recordar que no han completado su esquema básico, por tanto están relativamente susceptibles.

Cuadro N° 4.15
Casos notificados y confirmados de tosferina, según grupos de edad específica
Costa Rica 2011- 2014*
(Tasa por 100000 habitantes)

Grupos edad	2011		2012		2013		2014*	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
0-1 m	125	9	174	43	123	17	118	14
2-5 m	117	5	199	39	130	20	103	10
6-11 m	44	1	113	16	48	3	45	5
12 y más	79	2	229	32	140	18	79	4
Ignorada	4	0	0	0	0	0	5	0
Total	369	17	715	130	441	58	350	33

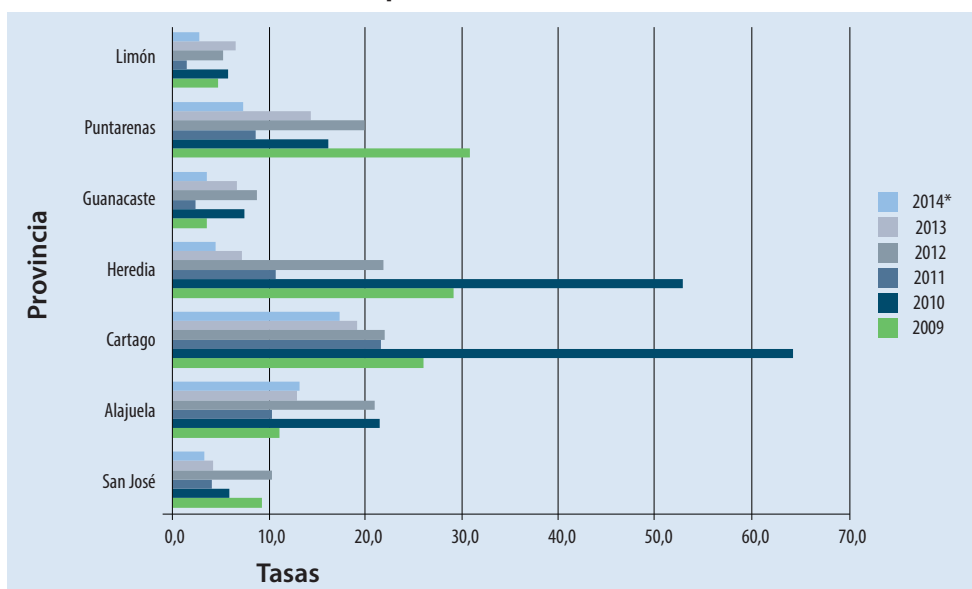
(*) Datos preliminares

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

Si analizamos los casos notificados de tosferina por provincia, hubo una disminución de los mismos en todas ellas comparando el

2012 con el 2014*, salvo Limón que tuvo un leve aumento en el 2013.

Gráfico N° 4.43
Casos notificados de tosferina. Costa Rica 2009 - 2014*
 (tasa por 100.000 habitantes)



(*) Cifras preliminares

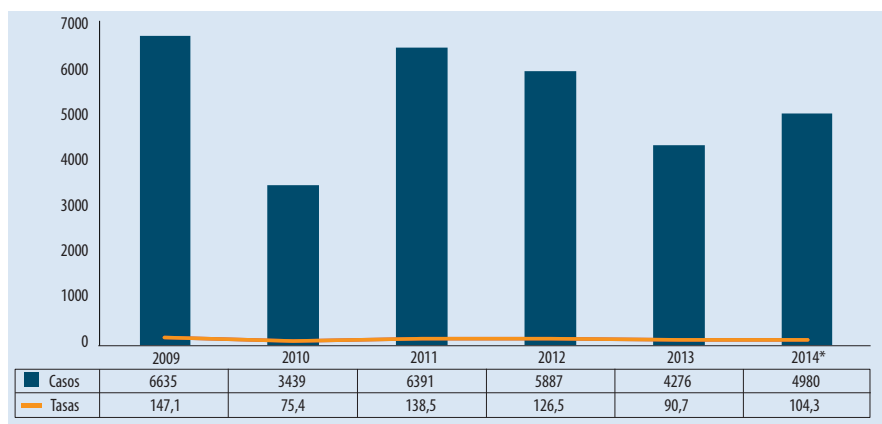
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud y establecimientos de salud públicos y privados. INEC

Varicela

No todos los casos de enfermedades prevenibles por vacunación tienen confirmación por laboratorio, tal es el caso de la varicela; en este caso utilizamos los

notificados para el análisis y, se puede observar que los confirmados por clínica, a nivel nacional, mostraron una tendencia al descenso con una tasa de 138,5 en el 2011, 126,5 (2012) y 90,7 en el 2013. En el 2014 se evidencia un aumento con una tasa de 104,3.

Gráfico N° 4.44
Casos notificados de varicela. Costa Rica 2009 - 2014*
 (tasa por 100.000 habitantes)



(*) Cifras preliminares

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

Si analizamos por grupos de edad este evento, podemos observar como las tasas son mayores en los grupos de edad de 1 a 19 años, disminuyendo según aumenta la edad.

Cuadro N° 4.16
Casos notificados de varicela según grupos de edad. Costa Rica 2010 - 2014*
(Tasa p/100.000 habitantes)

Grupos de edad	2010		2011		AÑO 2012		2013		2014*	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
< 1 Año a)	156	2,20	282	3,84	382	5,21	228	3,23	352	4,99
1 - 4	504	179,88	686	251,61	1306	444,98	534	180,37	1251	423,48
5 - 9	982	264,96	1815	498,68	1412	381,22	942	257,52	873	237,10
10 - 14	683	168,91	1058	264,53	906	216,21	897	231,01	813	211,86
15 - 19	473	110,88	706	166,67	529	120,65	479	114,60	491	118,69
20 - 24	331	74,98	569	129,67	415	93,45	386	87,57	371	84,62
25 - 29	259	63,83	410	98,38	313	76,49	277	62,67	257	57,13
30 - 34	201	55,77	322	86,36	208	57,80	183	47,02	203	50,92
35 - 39	119	38,23	208	65,60	171	54,91	140	42,14	106	30,87
40 - 44	93	29,81	139	44,95	84	27,47	84	27,99	89	29,38
45 - 49	56	18,75	80	26,32	55	19,00	63	21,26	56	18,95
50 - 54	16	6,40	45	17,27	37	14,55	43	16,02	41	14,90
55 - 59	15	7,86	14	6,92	28	14,11	23	10,55	32	14,12
60 - 64	6	4,29	13	8,80	13	8,74	6	3,76	18	10,60
65 - 69	44	43,55	12	11,31	15	13,41	10	8,86	10	8,45
70 - 74	18	23,43	8	10,08	6	7,11	10	12,23	8	9,41
75 Y más	16	13,06	18	14,15	7	4,99	15	11,25	9	6,53
DESC.	1		6		0		0		0	
Total	3973	87,06	6391	138,46	5887	126,54	4320	91,66	4980	104,33

(*) Cifras preliminares

Nota: a) Tasa por 1000 nacimientos. Para el 2014 se utilizaron los nacimientos 2013 preliminarmente

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud
 Proyecciones de población para el periodo 2000-2050-INEC

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.

En el país se vigilan las parálisis flácidas agudas (PFA) para prevenir y detectar oportunamente la introducción de esta patología, recordando que con una vigilancia epidemiológica constante y, una investigación inmediata de cualquier sospechoso notificado o detectado, además de altas coberturas de vacunas antipolio, garantizamos un país libre de este evento y alerta para detectar cualquier posible caso según el desarrollo de la polio en el resto de mundo donde todavía se presentan casos.

En Costa Rica se han notificado los siguientes casos de parálisis flácidas agudas (PFA) del 2010 al 2014: 23 (2010), 38 (2011), 23 (2012), 19 (2013) y 20 (2014). Todos fueron descartados como casos de poliomyelitis por un equipo de trabajo interinstitucional, MS-CCSS-INCIENSA.

Se debe recordar que un sistema de vigilancia es sensible para detectar un posible caso de poliomyelitis, cuando la tasa de notificación como mínimo corresponde a 1/100000 niños menores de 15 años, según las recomendaciones de la OPS. Podemos observar en el siguiente cuadro que, como país hemos cumplido con el indicador de PFA, pero a lo interno del mismo si observamos, dos provincias que no alcanzaron la tasa mínima de 1 en el año 2014, Limón y Puntarenas.

Cuadro N° 4.17
Tasas de PFA en menores de 15 años por provincia, Costa Rica 2010 - 2014*

Provincia / País	Tasa de PFA en < 15 años				
	2010	2011	2012	2013	2014
San José	1.83	2.36	1.74	1,19	2,69
Alajuela	1.77	2.25	1.28	2,21	1,33
Cartago	3.19	9.76	3.89	3,42	1,72
Heredia	3.84	4.84	4.65	0,92	1,83
Guanacaste	1.36	1.51	0	0	4,37
Puntarenas	1.04	3.25	2.40	1,64	0
Limón	1.58	2.42	0.79	2,52	0
COSTA RICA	2.04	3.42	1.98	1,70	1,79

(*) Cifras preliminares

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud
Establecimientos de salud públicos y privados. INEC

Tuberculosis

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

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

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

Cuadro N° 4.18
Casos Registrados de Tuberculosis.Costa Rica 2009 - 2014*

Año	Casos	Tasa
2009	367	8,1
2010	533	11,7
2011	509	11,0
2012	469	10,0
2013	456	9,7
2014*	238	5,0

* Cifras preliminares.

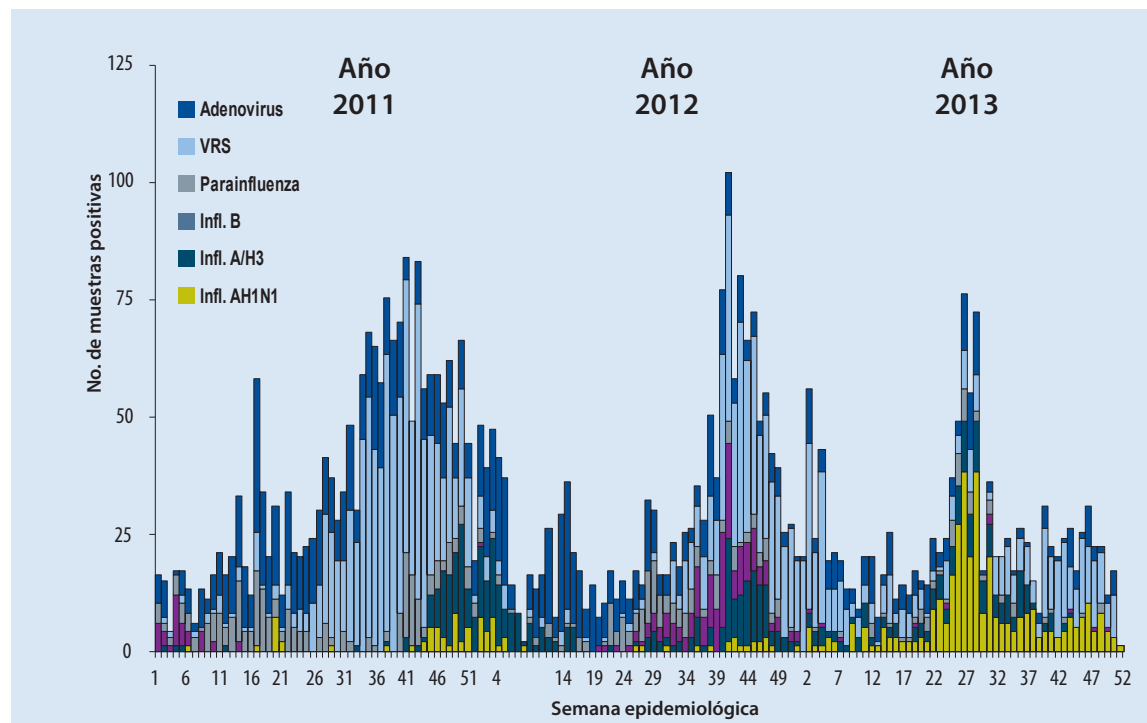
Fuente Dirección Vigilancia de la Salud. Establecimientos de salud públicos y privados. INEC

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, influA H1N1. Con base en lo anterior se acentuó la vigilancia de los virus respiratorios, tanto epidemiológica, clínica como laboratorialmente.

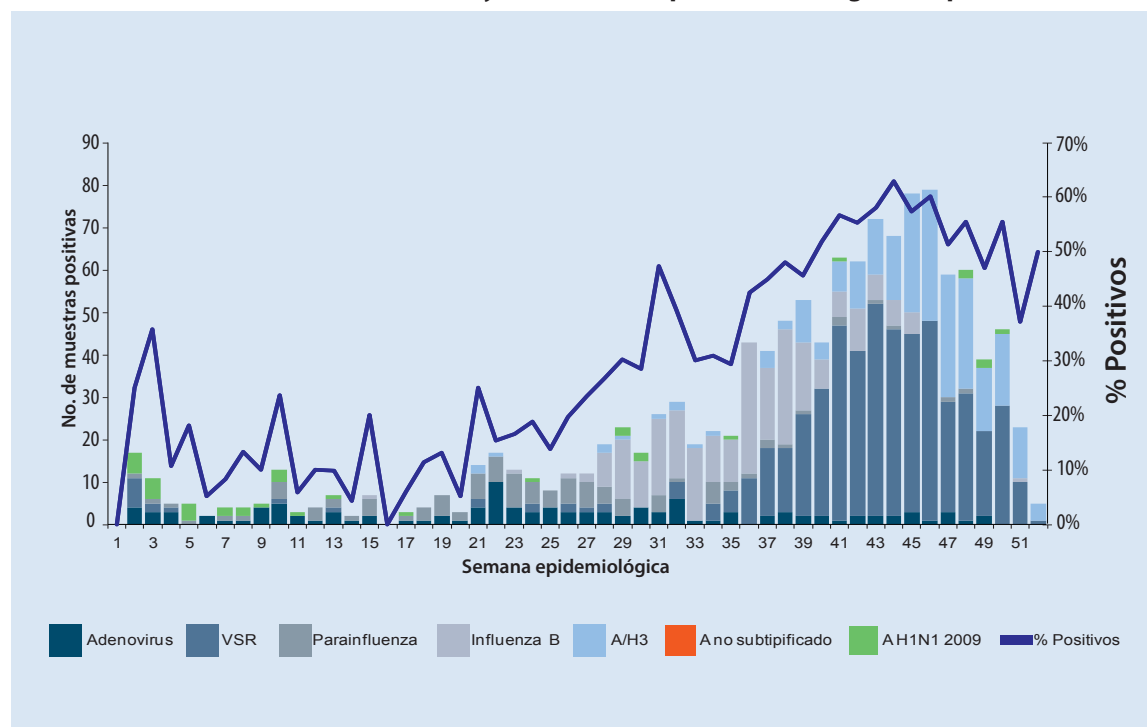
El Centro Nacional de Referencia Viroológica del INCIENSA, dentro de su trabajo, da la información de los virus respiratorios que anualmente han circulado en el país. Se observa como en el 2013 predominaban los virus influ AH1N1. En los tres años, 2010-2013, el VRS ha estado presente de forma importante con un énfasis en el segundo semestre.

Gráfico N° 4.45
Virus Respiratorios confirmados por laboratorio. Costa Rica 2011-2013



Fuente: INCIENSA, CNRI, Virología

Gráfico N° 4.46
Distribución de virus de influenza y otros virus respiratorios en vigilancia por SE. 2014



Fuente: INCIENSA, CNRI, Virología

Mortalidad por inmunoprevenibles

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

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

Cuadro N° 4.19
Mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles según tipo y año, Costa Rica 2008 - 2013
(tasa por 100.000 habitantes)

CAUSAS	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Hepatitis todas las formas	23	0,52	10	0,22	26	0,57	10	0,22	10	0,21	4	0,09
Hepatitis viral A	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,02
Hepatitis viral B	9	0,20	1	0,02	8	0,18	6	0,13	7	0,15	1	0,02
Hepatitis viral C	2	0,04	2	0,04	1	0,02	3	0,06	2	0,04	0	0,00
Meningitis meningocócica	2	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tosferina	6	0,13	2	0,04	0	0,00	1	0,02	3	0,06	1	0,02
Varicela	5	0,11	4	0,08	2	0,04	4	0,11	0	0,00	3	0,06

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

Mortalidad por virus respiratorios

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 1,32 en el 2014. 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 (0,26) y virus respiratorio sincicial (0,21). En el 2014 predominó el VRS (0,46) seguido por Influenza B (0,25).

La información de las defunciones por virus respiratorios antes mencionadas corresponde a lo que el Ministerio de Salud recibe.

Cuadro N° 4.20
Mortalidad por Virus Respiratorios*. Costa Rica 2011 - 2014
(tasa por 100.000 habitantes)

CAUSAS	2011		2012		2013		2014	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Adenovirus	0	0,00	17	0,37	12	0,26	4	0,08
Influenza A	0	0,00	1	0,02	3	0,06	0	0,00
Influenza AH1pdm09	3	0,06	5	0,11	33	0,70	6	0,13
Influenza A H3N2	0	0,00	7	0,15	4	0,09	8	0,17
Influenza B	0	0,00	7	0,15	0	0,00	12	0,25
Parainfluenza 1	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00
Parainfluenza 3	0	0,00	2	0,04	2	0,04	4	0,08
Virus Respiratorio Sincial	0	0,00	2	0,04	10	0,21	22	0,46
Rhinovirus	0	0,00	0	0,00	2	0,04	4	0,08
Enterovirus	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,04
Metapneumovirus	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
TOTAL	3	0,06	41	0,88	67	1,43	63	1,32

(*): Virus confirmados por laboratorio

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

La distribución por provincia de las defunciones por estos virus en el 2013 es la siguiente: Alajuela 11 (17,5%), San José 27 (43%), Puntarenas 10 (15,9%), Cartago 5 (8%), Limón 7 (11%), Heredia 1 (1,6%), y Guanacaste 1.

En todos los grupos de edad se presentaron defunciones por virus respiratorios, pero el énfasis se presentó en menores de 9 años con 38% y mayores de 60 años con un 41% de las defunciones.

Cuadro N° 4.21
Defunciones por o con virus respiratorios confirmadas por laboratorio.
según tipo de virus y grupo de edad, Costa Rica 2014*

Grupos de edad	Total	Tipo de virus										
		Influ A	Influ A H1pdm09	Influ A H3**	Influ B	Adenovirus	V.R.S**	Parainflu 1	Parainflu 3	Rhinovirus**	Metapneumovirus	Enterovirus
< 1 año	13		1			1	7		2		1	1
1 - 9	13				1	2	7		1	1		1
10 - 19	0											
20 - 29	1		1									
30 - 39	2				2							
40 - 49	2				2							
50 - 59	4			1	1		1		1			
60 - 69	8		3	4	1							
70 y +	20		1	3	5	1	7			3		
TOTAL	63	0	6	8	12	4	22	0	4	4	1	2

Nota: Género: 32 masculinos y 31 femeninos

(*): A la semana 53 actualizada

(**): Uno de los difuntos que tuvo rinovirus, también presentó metapneumovirus. Un paciente con VRS presentó también Parainfluenza. Dos pacientes con Inflú A H1N2 presentaron también VRS.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud. NCIENSA-CNI. Establecimientos de Salud Públicos y Privados

Mortalidad de Tuberculosis (TB)

En Costa Rica la tuberculosis tiene una tendencia a la disminución en el número de casos; igual tendencia tiene la mortalidad con tasas que van de 1,1 en el 2008 a 0,7 en el 2013.

Ha contribuido a este logro, la estrategia DOTS que mantiene el país, el abastecimiento de los medicamentos antituberculosos necesarios en los servicios de salud, el control y seguimiento de la mayoría de los pacientes, y el interés del país en cumplir con los objetivos del milenio.

Cuadro N° 4.22
Mortalidad por tuberculosis, Costa Rica 2008 - 2013
(Tasa por 100000 habitantes)

AÑO	MORTALIDAD	
	Número	Tasa
2008	49	1,1
2009	47	1,0
2010	41	0,9
2011	51	1,1
2012	38	0,8
2013	32	0,7

Fuente Dirección Vigilancia de la Salud. Establecimientos de salud públicos y privados.

3.11 Casos registrados de declaración obligatoria por desnutrición y retardo en talla

Los casos registrados de declaración obligatoria por desnutrición, corresponden a las personas que se presentan a establecimientos públicos y privados en demanda de atención y registran un diagnóstico de desnutrición de acuerdo al Decreto de Vigilancia de la Salud.

En el caso de los tipos de desnutrición de declaración obligatoria se desglosan en el presente informe, en dos grupos de acuerdo con la clasificación estadística de enfermedades internacional de la OMS,

versión X. En el primer grupo se incluyen los siguientes tipos de desnutrición: E40 Kwashiorkor, E 41 Marasmo Nutricional, E42 Kwashiorkor Marasmático, E43 Desnutrición proteico calórica severa, no especificada, E44 Desnutrición proteico calórica de grado moderado y leve; y en el segundo grupo se incluye el R62.8 correspondiente a Retardo en talla denominado como "Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado".

Durante el año 2014 se obtiene el segundo registro de declaración obligatoria, de casos relacionados con estos tipos de desnutrición; cabe señalar que al ser un evento nuevo en

la notificación aún existen muchos vacíos de información y es necesario establecer una estandarización de criterios nacionales para los diferentes grupos de edad con el fin de que este registro de información nacional sea válido, confiable y completo. Para este año se registraron un total de 1043 casos de desnutrición, de los cuales el 55 % son mujeres.

En relación al año anterior se presentaron 79 casos menos, sin embargo las mujeres siguen siendo la población más afectada. 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 a los grupos de niños más afectado es el de 0-4 años con un 56%, seguido de los menores de 9 años (19%), 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 tercer grupo de edad más afectado corresponde a los adultos mayores con un 15% 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 (M, 2005). El riesgo nutricional aumenta en adultos mayores quienes están enfermos. El pobre estado de nutrición en esta población es un área de preocupación importante en una población como Costa Rica donde cambia la pirámide poblacional, donde el crecimiento de este grupo edad es la realidad en un futuro cercano.

Los casos registrados de desnutrición según grupos de edad y sexo para Costa Rica en el año 2013 se muestran a continuación.

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

Grupos de edad y sexo	Total		Femenino		Masculino	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Total	1043	21,85	572	24,21	471	19,54
de 0 a 4 años	587	160,40	305	170,81	282	150,48
de 5 a 9 años	196	53,23	119	66,39	77	40,75
de 10 a 14 años	49	12,77	20	10,70	29	14,73
de 15 a 19 años	9	2,18	4	1,99	5	2,35
de 20 a 24 años	9	2,05	7	3,32	2	0,88
de 25 a 29 años	11	2,45	4	1,83	7	3,02
de 30 a 34 años	8	2,01	5	2,56	3	1,47
de 35 a 39 años	3	0,87	3	1,76	0	0,00
de 40 a 44 años	1	0,33	0	0,00	1	0,66
de 45 a 49 años	4	1,35	2	1,34	2	1,37
de 50 a 54 años	3	1,09	0	0,00	3	2,20
de 55 a 59 años	3	1,32	2	1,74	1	0,89
de 60 a 64 años	7	4,12	6	6,94	1	1,20
de 65 a 69 años	14	11,83	8	13,25	6	10,35
de 70 a 74 años	16	18,82	7	15,89	9	21,96
75 y más	122	88,54	80	105,64	42	67,68
Ignorados	1		0		1	

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

En cuanto a la provincia de residencia donde se ubica la tasa de desnutrición más alta es San José con un 41% y 643 casos seguido de Puntarenas con una tasa de 34% y 156 casos.

Cuadro N° 4.24
Casos registrados de Desnutrición según provincia de residencia
Costa Rica 2014 (Tasa por 100 mil habitantes)

Provincia	Total	Tasa
Total país	1043	21,85
San José	643	40,78
Alajuela	62	6,55
Cartago	84	16,25
Heredia	29	6
Guanacaste	53	14,73
Puntarenas	156	33,79
Limón	16	3,74

Fuente Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud

La desnutrición es un problema que envuelve factores económicos y sociales, por lo tanto se relaciona con la incidencia de pobreza y el desempleo. Puntarenas es una provincia que está ubicada en la Región Brunca en Costa Rica, esta región se ubica dentro de las tasas de incidencia en pobreza más altas del país. Es importante destacar que la tasa de desempleo en esta la región es una de las más altas 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.

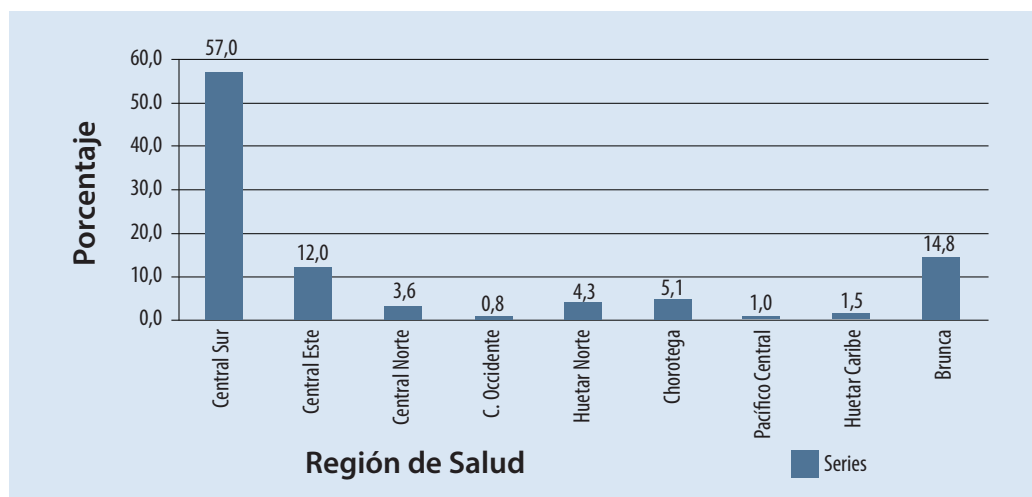
Se ha demostrado que el factor económico es el determinante principal de la buena o mala nutrición, en Costa Rica la Región Brunca es uno de los sectores del país con más área rural y esta región posee los índices de pobreza total y extrema más altos del país, con importantes

desigualdades sociales, que se reflejan en el acceso a la educación, en las oportunidades de desarrollo y en las fuentes de trabajo. El informe del Estado de la Nación advierte que la distribución de la oferta educativa es desfavorable en las zonas fronterizas y costeras como la Brunca, esto quiere decir, que existen factores que generan desigualdades territoriales en la educación que reciben niños y adolescentes.

Entre mayor incidencia de pobreza, hay menor nivel de ocupación y mayor correlación con las tasas de desnutrición.

En cuanto a las Regiones Rectoras del Ministerio de Salud, la Región Central Sur es donde se registran más casos de desnutrición, con un 57%, seguida por la Brunca con 15% del total de casos.

Gráfico N° 4.47
Porcentaje de casos registrados de desnutrición, según región de salud, Costa Rica 2014



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

La desnutrición proteico calórica presenta un rango de síndromes clínicos caracterizados por una ingesta dietética de proteínas y calorías inadecuada para satisfacer las necesidades del cuerpo.

Según la clasificación estadística internacional de enfermedades generada por la OMS, la desnutrición se expresa en desviaciones típicas del peso promedio por lo que se refiere a desnutrición leve cuando existe menos de 1 o una desviación típica, desnutrición moderada si el paciente se encuentra entre 2 y menos de 3 desviaciones y severa si son más de 3 desviaciones. (OMS-OPS, 2008)

Los extremos de la desnutrición proteico calórica severa se conocen como, marasmo y kwashiorkor.

El Marasmo es un tipo de malnutrición energética y proteínica severa acompañada de emaciación (flaqueza exagerada),

resultado de un déficit energético total. Se considera marasmo cuando se presenta un peso menor del 80% de su peso normal para la altura.

El Kwashiorkor es una enfermedad producida cuando la privación proteica es relativamente mayor que la reducción de calorías, y cuya alimentación ha sido sustituida casi en su totalidad por hidratos de carbono. Los síntomas pueden incluir edema, cabello delgado, piel con manchas, disminución de la masa muscular (Comisión Nacional de Desnutrición Infantil. OPS, 2013).

De los 1043 casos reportados con desnutrición en Costa Rica, el 81% corresponde a desnutrición proteico calórica moderada o leve y el 18% a desnutrición severa no especificada, el restante 1% del total de casos reportados con desnutrición corresponden a Marasmo y Kwashiorkor.

Cuadro N° 4.25
Casos registrados de Desnutrición según causa específica por sexo. Costa Rica 2014

Causa Específica	Total	Femenino	Masculino
Total			
Desnutrición proteicocalórica de grado moderado y leve	1043	572	471
Desnutrición proteicocalórica severa, no especificada	847	453	394
Marasmo nutricional	184	113	71
Kwashiorkor	8	3	5
	4	3	1

Fuente Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud

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 en mayor número de casos. El otro grupo de edad afectado es el adulto mayor, el cual aporta el segundo lugar de los casos con desnutrición

severa, el resto de los casos están distribuidos entre los otros grupos de edad.

La desnutrición proteico calórica severa es más representativa en el sexo femenino (113 mujeres) que en el masculino (71 hombres). Del total de los casos reportados el 95% son costarricenses.

Los casos de Marasmo notificados corresponden a 2 niñas y 4 niños entre los menores de 14 años, y un adulto mayor, 2 niñas y 1 niño más una adulta mayor de 75 años. El 99% de los casos de nacionalidad costarricense.

Notificación obligatoria de Retardo en Talla

La clasificación estadística de enfermedades internacional de la OMS incluye el retardo en talla, el cual está inscrito en el Decreto de Notificación Obligatoria por lo tanto se contemplan datos a partir del año 2013.

El retardo en talla se refiere a niños que son pequeños para la edad, pero que están creciendo a una tasa normal, es un indicador útil para identificar grupos de población a riesgo de padecer problemas de salud, nutrición y socioeconómicos, por lo tanto, es un indicador que se relaciona con la calidad de vida, el nivel de desarrollo humano y la seguridad alimentaria nutricional.

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 1.66%, lo que corresponde a 79 casos de los cuales 37 son

mujeres y 42 hombres. Al analizar la diferencia entre hombres y mujeres se puede observar que el retardo en talla es más frecuente en los hombres. El índice talla/edad refleja la historia nutricional tanto reciente como remota, ya que el retardo en talla no es recuperable y es el producto fundamentalmente de la acción de períodos largos de mala nutrición.

Según la información registrada por grupo de edad, el mayor porcentaje de casos para ambos sexos, refiere a los niños de 0-4 años de edad constituyendo el 100% de los casos. 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. Entre las posibles 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.

De la notificación obligatoria por retardo en talla, es importante señalar que la mayor cantidad de casos se reportan en la Región Central Sur, concentrándose en ésta un 57% (45 casos) de los mismos, seguido de la Región Central Este con 17 casos. Del total de los casos reportados con retardo en talla en esta zona el 98% son costarricenses.

La tasa de Retardo en talla a nivel nacional corresponde a 1,66% por 100000 habitantes.

Cuadro N° 4.26
Casos registrados de retardo en talla, según edades simples
Costa Rica 2014

Edad	Total
Total	79
0 años	4
1 años	16
2 años	19
3 años	19
4 años	21

Fuente Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud

3.12 Enfermedades de notificación obligatoria de trastornos mentales

La Salud Mental es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona. Repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía.

Es importante recalcar que en el decreto de vigilancia de la salud número 33.706-S, el cual está vigente, se incorporó la notificación obligatoria de algunos trastornos mentales como lo son en la notificación individual: trastorno afectivo bipolar, intento de suicidio, esquizofrenia y en forma colectiva la depresión, lo que vino a concretar la

publicación de la primera Política de Salud Mental en Costa Rica.

Con base a lo anterior, se presenta la situación de algunos trastornos mentales analizados en este capítulo, proveniente de la notificación de los establecimientos públicos y privados, por medio del Sistema de Vigilancia de la Salud y corresponden al año 2013.

Esquizofrenia

Se notificaron en el año 2014 un total de 201 casos de esquizofrenia. El 52.24% de los casos corresponde a hombres, el 55.22% de los casos se da en mayores de 45 años. En el grupo de 70 a 74 años se da la mayor tasa con 11,76 por 100.000 habitantes.

Cuadro N° 4.27
Casos registrados de Esquizofrenia según grupos de edad y sexo, Costa Rica 2014*
(tasa por 100. 000 habitantes)

Grupos de edad	Total		Femenino		Masculino	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	201	4,21	96	4,06	105	4,36
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	2	0,52	0	0,00	2	1,02
de 15 a 19 años	8	1,93	1	0,50	7	3,29
de 20 a 24 años	22	5,02	9	4,27	13	5,71
de 25 a 29 años	17	3,78	9	4,12	8	3,46
de 30 a 34 años	14	3,51	8	4,10	6	2,95
de 35 a 39 años	12	3,49	4	2,34	8	4,64
de 40 a 44 años	15	4,95	8	5,26	7	4,64
de 45 a 49 años	20	6,77	12	8,03	8	5,48
de 50 a 54 años	28	10,17	11	7,90	17	12,49
de 55 a 59 años	20	8,83	9	7,84	11	9,84
de 60 a 64 años	16	9,42	8	9,26	8	9,59
de 65 a 69 años	7	5,92	5	8,28	2	3,45
de 70 a 74 años	10	11,76	5	11,35	5	12,20
75 y más	10	7,26	7	9,24	3	4,83
Ignorados	0		0		0	

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

La provincia con mayor tasa es la de Cartago con 13.35 por 100.000 habitantes.

Cuadro N° 4.28
Casos registrados de Esquizofrenia según provincia de residencia. Costa Rica 2014
(tasa por 100. 000 habitantes)

Provincia	# casos	tasas
Total	201	4.21
San José	30	1.9
Alajuela	38	4.01
Cartago	69	13.35
Heredia	38	7.86
Guanacaste	1	0.28
Puntarenas	23	4.98
Limón	2	0.47
Ignorado	0	
Extranjero	0	

Fuente Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud

Trastorno afectivo bipolar

El 66.85% de los casos corresponde a mujeres, el 51.12% de los casos se da en mayores de

45 años. La tasa más alta se da en edades de 65 a 69 años con un 15.21 por 100.000 habitantes

Cuadro N° 4.29
Casos registrados de Trastorno Afectivo Bipolar según grupos de edad y sexo, Costa Rica 2014*
(tasa por 100. 000 habitantes)

Grupos de edad	Total		Femenino		Masculino	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	178	3,73	119	5,04	59	2,45
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	3	0,78	2	1,07	1	0,51
de 15 a 19 años	6	1,45	2	1,00	4	1,88
de 20 a 24 años	14	3,19	8	3,79	6	2,64
de 25 a 29 años	12	2,67	8	3,66	4	1,73
de 30 a 34 años	13	3,26	6	3,07	7	3,44
de 35 a 39 años	25	7,28	21	12,30	4	2,32
de 40 a 44 años	14	4,62	8	5,26	6	3,98
de 45 a 49 años	17	5,75	9	6,02	8	5,48
de 50 a 54 años	20	7,27	16	11,50	4	2,94
de 55 a 59 años	11	4,85	7	6,10	4	3,58
de 60 a 64 años	8	4,71	6	6,94	2	2,40
de 65 a 69 años	18	15,21	14	23,20	4	6,90
de 70 a 74 años	9	10,58	7	15,89	2	4,88
75 y más	8	5,81	5	6,60	3	4,83
Ignorados	0		0		0	

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

La provincia con mayor tasa es la de Cartago con 10.06 por 100.000 habitantes.

Cuadro N° 4.30
Casos registrados de Trastorno Afectivo Bipolar según provincia de residencia. Costa Rica 2014
(tasa por 100. 000 habitantes)

Provincia	Casos	Tasa
Total	178	3.73
San José	78	4.95
Alajuela	14	1.48
Cartago	52	10.06
Heredia	15	3.1
Guanacaste	15	4.17
Puntarenas	3	0.65
Limón	1	0.23
Ignorado	0	
Extranjero	0	

Fuente Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud

Episodios de Depresión

En el año 2014 se notificaron un total de 73,66% correspondiente a mujeres. El 51,30 % manifiesta en edades mayores de 45 años.

La mayor tasa se presenta da en el grupo de 60 a 64 años con una tasa de 2083.39, seguida por los de 65 y más años con 2031,78 por 100.000 habitantes.

Cuadro N° 4.31
Casos registrados de Episodio de Depresión según grupos de edad y sexo, Costa Rica 2014*
(tasa por 100. 000 habitantes)

Grupos de edad	Total		Femenino		Masculino	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	51.451	1077,93	37.902	1604,11	13.528	561,25
0-4 años	125	34,16	55	30,80	70	37,35
De 5 a 9 años	505	137,15	212	118,28	293	155,05
De 10 a 14 años	1.490	388,28	879	470,23	611	310,45
De 15 a 19 años	2.280	551,17	1552	772,81	728	342,04
De 20 a 24 años	2.450	558,82	1768	838,66	682	299,63
De 25 a 29 años	3.709	824,48	2798	1280,98	911	393,63
De 30 a 34 años	4.613	1157,14	3556	1822,17	1057	519,40
De 35 a 39 años	4.920	1432,89	3753	2197,29	1167	676,29
De 40 a 44 años	4.962	1638,02	3816	2508,94	1146	759,80
De 45 a 49 años	5.682	1922,82	4409	2950,96	1273	871,36
De 50 a 54 años	5.581	2027,77	4190	3011,03	1391	1022,25
De 55 a 59 años	4.643	2049,00	3474	3025,03	1169	1046,03
De 60 a 64 años	3.539	2083,39	2586	2992,02	953	1142,18
De 65 y más	6.931	2031,78	4854	2694,62	2077	1290,13
Ignorada	21					

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

La provincia con mayor tasa es la de San José con 1615.59 por 100.000 habitantes.

Cuadro N° 4.32
Casos registrados de Episodios de Depresión según provincia de residencia. Costa Rica 2014
(tasa por 100. 000 habitantes)

Provincia	Casos	Tasa
Total	51.451	1077.93
San José	25.476	1615.59
Alajuela	10.653	1125.39
Cartago	3.195	618.19
Heredia	4.611	954.35
Guanacaste	2.001	556.04
Puntarenas	4.692	1016.31
Limón	823	192.24

Fuente Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud

3.13 Ébola

Ante la alerta internacional existente por este evento, las instituciones nacionales acordes a su competencia han realizado acciones para prepararse.

Los ejercicios de simulacro se estarían realizando con apoyo de la OPS.

A nivel del Centro Nacional de Enlace (RSI), en donde están representados además del Ministerio de Salud; la Caja Costarricense de Seguro Social, SENASA, AyA e INCIENSA se han realizado acciones como:

- Utilizando la plataforma del Equipo de Comunicación del Riesgo la reproducción de material con información para viajeros

en puntos de entrada y material educativo para la población en general.

- Se ha estado dando seguimiento a la organización existente para determinar el grado de preparación del país.
- Seguimiento de notificaciones dadas por el CDC.
- Está en la preparación de un simulacro sobre este tema.
- Se realiza monitoreo del comportamiento de esta patología en los países afectados, información que comparte con diferentes actores públicos y privados de salud.
- Participación en la elaboración del protocolo de vigilancia y atención.

4 MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL Y MATERNA

4.1 Mortalidad general

Al analizar los grandes grupos de causas de mortalidad general se observa que desde el año 2000, las enfermedades del aparato circulatorio ocupan el primer lugar, seguido de los tumores y el tercer lugar lo ocupan las causas externas con variaciones

no significativas en su peso ponderal, representando entre el 60 y 62% del total de causas de muerte. El cuarto y quinto lugar lo ocupan las enfermedades respiratorias y las digestivas representando entre el 15 y 17% de las defunciones totales en el último quinquenio. Lo anterior demuestra la transición epidemiológica del país con un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles sobre las causas transmisibles.

Cuadro N° 4.33
Mortalidad por los cinco grandes grupos de causas. Costa Rica- 2009-2013
(Tasa por 10000 habitantes)

Grupos de Causas	2009		2010		2011		2012		2013	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Costa Rica	18560	41,2	19071	41,8	18801	40,7	19200	41,3	19647	41,8
Enfermedades Sistema Circulatorio	5306	11,8	5422	11,9	5483	11,9	5651	12,1	5626	12,0
Tumores	4103	9,1	4268	9,4	4464	9,7	4528	9,7	4738	10,1
Clasif. Suplementarias Causas Externas	2443	5,4	2191	4,8	2156	4,7	1949	4,2	2026	4,3
Enfermedades Sist.Respiratorio	1478	3,3	1691	3,7	1517	3,3	1587	3,4	1698	3,6
Enfermedades Sist.Digestivo	1318	2,9	1349	3,0	1381	3,0	1315	2,8	1433	3,0
Las demás causas	3912	8,7	4150	9,1	3800	8,2	4170	9,0	4126	8,8

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

La provincia de San José presenta la tasa de mortalidad general más alta con 4.7 por 1000 habitantes, seguida por Guanacaste.

Cuadro N° 4.34
Mortalidad general según provincia. Costa Rica- 2009-2013
(Tasa por 1000 habitantes)

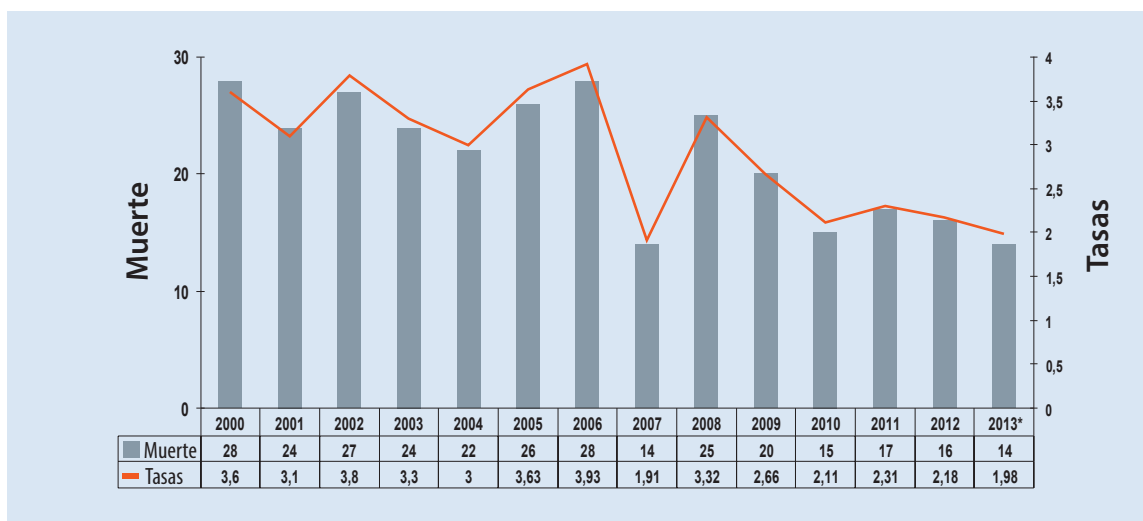
Provincia	2009		2010		2011		2012		2013	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Costa Rica	18560	4,1	19077	4,2	18801	4,1	19200	4,1	19647	4,2
San José	7004	4,4	7076	4,3	7025	4,2	6906	4,6	7161	4,7
Alajuela	3377	3,9	3576	4,1	3359	3,8	3590	3,9	3571	3,8
Cartago	1822	3,6	1892	3,7	1963	3,8	1970	3,7	2079	3,9
Heredia	1740	3,9	1692	3,8	1738	3,8	1788	3,8	1900	4,0
Guanacaste	1411	5,0	1553	5,5	1473	5,3	1567	4,4	1578	4,4
Puntarenas	1718	4,7	1841	5,0	1738	4,7	1803	4,1	1810	4,0
Limón	1488	3,4	1447	3,3	1505	3,3	1576	3,8	1548	3,6

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

4.2 Mortalidad Materna

En el año 2013 se registró un total de 14 mil nacimientos vivos, 2 muertes menos que en el año 2012.

Gráfico N° 4.48
Mortalidad materna según año . Costa Rica 2000-2013*
(tasas por 10.000 nacimientos)



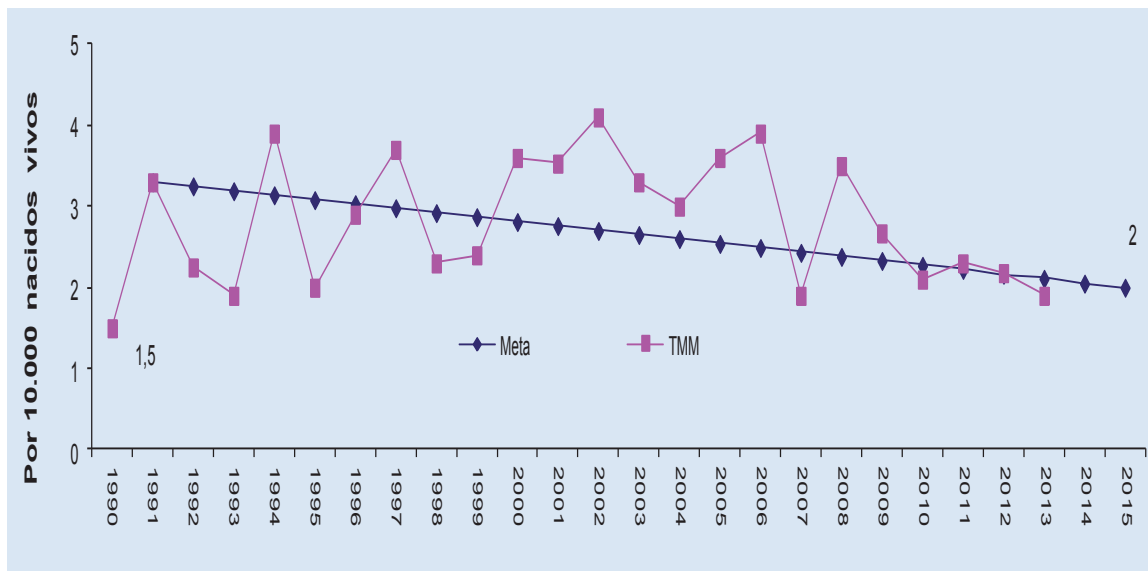
***cifras preliminares**

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

El comportamiento de este indicador muestra variabilidad con altibajos constantes, sin embargo en los últimos 3 años muestra una leve tendencia al descenso, que de continuar

estaríamos alcanzando o inclusive superando la meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2 para el año 2015

Gráfico N° 4.49
Tasa de mortalidad materna, 1990-2013 y proyección 2015



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

Para el año 2013, las causas más frecuentes de este tipo de muertes en cuanto a grandes grupos de causas son: Otras afecciones obstétricas no clasificables en otra parte, en segundo lugar las Complicaciones

principalmente relacionadas con el puerperio y en tercer lugar Edema proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio. Esta misma tendencia se presenta al analizar el quinquenio 2009-2013.

Cuadro N° 4.35
Mortalidad Materna según grandes grupos de causas. Costa Rica- Quinquenio 2009-2013
(tasa por 10.000 nacimientos)

Grupos de causas	2009		2010		2011		2012		2013		Quinquenio 2009-2013	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	20	2,67	15	2,11	17	2,31	16	2,18	14	1,98	82	2,26
Embarazo terminado en aborto	2	0,27	1	0,14	1	0,14	3	0,41	0	0,00	7	0,19
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio	4	0,53	1	0,14	2	0,27	2	0,27	2	0,28	11	0,30
Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo	2	0,27	0	0,00	2	0,27	4	0,55	0	0,00	8	0,22
Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,14	1	0,14	2	0,06
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	3	0,40	3	0,42	2	0,27	2	0,27	0	0,00	10	0,28
Parto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	0	0,00	4	0,56	5	0,68	0	0,00	3	0,43	12	0,33
Otras afecciones obstetricas no clasificadas en otra parte	5	0,67	6	0,85	5	0,68	4	0,55	8	1,13	28	0,77
Ciertas enferm.infecc.y parasitarias *	1	0,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,03
Enfermedades del sistema respiratorio **	3	0,40	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,08

* Incluye 1 muerte materna por SIDA en el año 2009

** Incluye 3 muertes maternas por AH1N1 en el año 2009 y 1 en el 2013

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



En el siguiente cuadro podemos ver el desglose de las 14 defunciones del 2013 por causa específica, donde se observan 3 defunciones por causas infecciosas, las cuales no deberían ocurrir, dos de ellas en el puerperio. De las

otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte, tres corresponden a enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, parto y puerperio y dos muertes se dieron por preeclampsia severa.

Cuadro N° 4.36
Mortalidad materna por causa específica. Costa Rica 2013

Grupos de causas	Número
Total	14
Preeclampsia severa	2
Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación	1
Diabetes mellitus preexistente, sin otra complicación, en el embarazo	1
Sepsis puerperal	2
Embolia del líquido amniótico	1
Muerte obstétrica de causa no especificada	1
Otras enf. infecc. y parasit. maternas que complican el emb., parto y puerperio	1
Trastornos mentales y enferm. del sist. Nervioso que complican el emb., parto y puerperio	1
Enf. del sistema circulatorio que complican el emb., parto y puerperio.	3
Otras enferm. especificadas y afecc. que complican el emb., parto y puerperio	1

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

En el año 2013 en la provincia que más muertes maternas hubo fue Limón con 6 muertes ubicadas en: Limón cantón central 3 muertes, 1 muerte en los cantones de Pococí, Talamanca y Guácimo.

En cuanto a la tasa quinquenal del período 2009-2013, la provincia de Limón registró la tasa más alta con 4,96 por 10.000 nacimientos, lo cual es prácticamente el doble que la tasa nacional. La provincia con menor tasa fue Heredia con 1,23 en ese quinquenio.

Cuadro N° 4.37
Mortalidad materna según provincia. Costa Rica, Quinquenio 2009-2013
(Tasa por 10.000 nacimientos)

Provincia	2009		2010		2011		2012		2013		Quinquenio 2009-2013	
	N ^a	Tasa	N ^a	Tasa	N ^a	Tasa	N ^a	Tasa	N ^a	Tasa	N ^o	Tasa
Costa Rica	20	2,67	15	2,11	17	2,31	16	2,18	14	1,98	82	2,26
San José	5	2,11	6	2,68	5	2,19	5	2,21	2	0,93	23	2,03
Alajuela	5	3,33	1	0,70	7	4,75	4	2,73	1	0,70	18	2,46
Cartago	1	1,34	1	1,39	0	0,00	1	1,36	2	2,79	5	1,37
Heredia	2	2,98	0	0,00	0	0,00	2	3,02	0	0,00	4	1,23
Guanacaste	2	3,23	0	0,00	0	0,00	1	1,68	2	3,51	5	1,69
Puntarenas	2	2,54	3	4,15	0	0,00	1	1,30	1	1,36	7	1,84
Limón	3	3,71	4	5,24	5	6,20	2	2,37	6	7,39	20	4,96

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

Con respecto al grupo de edad de la madre la mayor tasa corresponde al grupo de edad de 30 a 34 años para una tasa de 0.71 (5 muertes) por 10.000 nacimientos.

Cuadro N° 4.38
Mortalidad materna según edad de la madre. Costa Rica 2013
(Tasa por 10.000 nacimientos)

Edad de la madre	N ^o	Tasa	%
TOTAL	14	1,98	100,00
20-24	3	0,43	21,43
25-29	3	0,43	21,43
30-34	5	0,71	35,71
35-39	1	0,14	7,14
40-44	1	0,14	7,14
45-49	1	0,14	7,14

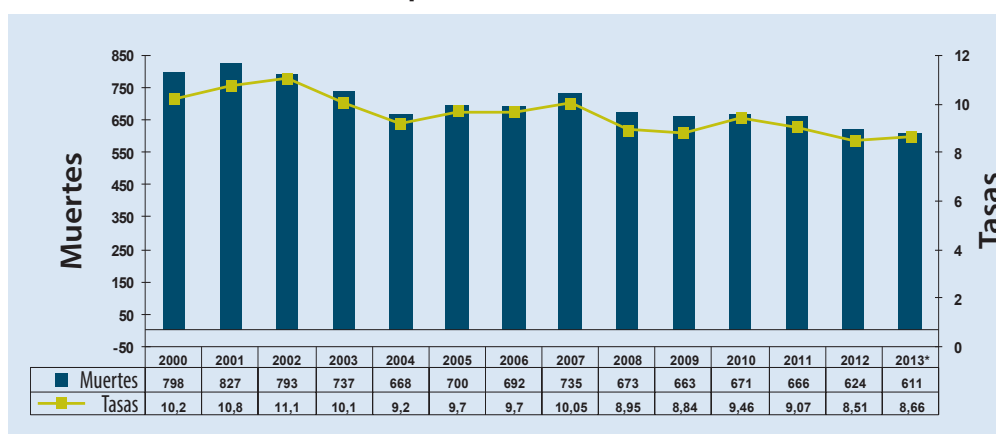
Fuente: INEC -M.Salud-Dirección Vigilancia de la Salud,USIS

4.3 Mortalidad infantil

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

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

Gráfico N° 4.50
Mortalidad Infantil según año . Costa Rica 2000-2013*
(tasas por 1000 nacimientos)

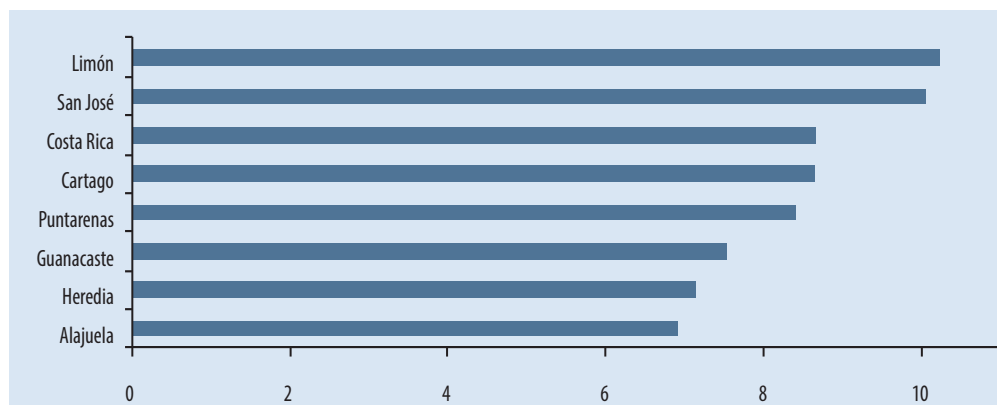


*cifras preliminares

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

Limón y San José, son las provincias con las tasas de mortalidad infantil más altas, Heredia y Alajuela con las menores tasas, tal y como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 4.51
Mortalidad Infantil por provincia . Costa Rica 2013*
(tasas por 1000 nacimientos)



*cifras preliminares

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

En cuanto al sexo, la tasa de mortalidad infantil es más alta en los niños (9,40 por mil) que en las niñas (7,88) por mil nacimientos, este comportamiento se invierte en la provincia de Alajuela.

Cuadro N° 4.39
Mortalidad Infantil según provincia y sexo. Costa Rica 2013
(Tasa p/ 1000 nacimientos)

Grupos de edad	Total		Masculino		Femenino	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Costa Rica	611	8,66	340	9,40	271	7,88
San José	217	10,05	114	10,31	103	9,78
Alajuela	99	6,92	48	6,55	51	7,32
Cartago	62	8,65	31	8,47	31	8,84
Heredia	45	7,14	30	9,29	15	4,88
Guanacaste	43	7,54	25	8,72	18	6,34
Puntarenas	62	8,41	38	9,96	24	6,75
Limón	83	10,23	54	12,88	29	7,39

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

Para el trienio 2011-2013, Costa Rica presenta una tasa trienal de 8,75 por mil nacidos vivos. La provincia con la mayor tasa trienal es Limón con 9,71 seguida por San José, con 9,38. La menor tasa la presenta Heredia con 7,27 y Alajuela con 7,67 por mil nacimientos lo que se puede apreciar en el siguiente cuadro :

Cuadro N° 4.40
Trienio de nacimientos, defunciones Infantiles y tasas de mortalidad infantil según provincia.
Costa Rica 2011-2013
(Tasa p/ 1.000 nacimientos)

Provincia	2011			2012			2013			Trienio 2011-2013		
	Nac.	Def.	Tasa	Nac.	Def.	Tasa	Nac.	Def.	Tasa	Nac.	Def.	Tasa
COSTA RICA	73459	666	9,07	73326	624	8,51	70550	611	8,66	217335	1901	8,75
San José	22854	217	9,50	22619	195	8,62	21595	217	10,05	67068	629	9,38
Alajuela	14748	123	8,34	14658	113	7,71	14298	99	6,92	43704	335	7,67
Cartago	7316	66	9,02	7364	67	9,10	7167	62	8,65	21847	195	8,93
Heredia	6606	50	7,57	6624	47	7,10	6301	45	7,14	19531	142	7,27
Guanacaste	5947	52	8,74	5956	59	9,91	5704	43	7,54	17607	154	8,75
Puntarenas	7923	73	9,21	7673	72	9,38	7369	62	8,41	22965	207	9,01
Limón	8065	85	10,54	8432	71	8,42	8116	83	10,23	24613	239	9,71

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

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. En el segundo lugar están las malformaciones congénitas, oscilando en un rango de 3.01 a 2.86 para el mismo período.

Todas las causas de muerte presenta una tendencia oscilante, con excepción de las enfermedades del aparato circulatorio que presenta una tendencia decreciente leve en el último quinquenio.

Cuadro N° 4.41
Mortalidad Infantil según causa de muerte. Costa Rica 2009-2013
(Tasa p/1000 nacimientos)

Causa de muerte	2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	663	8,84	671	9,46	666	9,07	624	8,51	611	8,66
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	319	4,25	330	4,65	326	4,44	305	4,16	311	4,41
Malformaciones congénitas	226	3,01	234	3,30	241	3,28	229	3,12	202	2,86
Enfermedades Sistema Resp.	34	0,45	38	0,54	24	0,33	21	0,29	34	0,48
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	16	0,21	12	0,17	8	0,11	8	0,11	14	0,20
Enfermedades Sistema Circulatorio	17	0,23	14	0,20	11	0,15	9	0,12	8	0,11
Enfermedades Sistema Nervioso	12	0,16	10	0,14	14	0,19	12	0,16	15	0,21
Otras causas	39	0,52	33	0,47	42	0,57	40	0,55	27	0,38

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

Al analizar la distribución porcentual de la mortalidad infantil para el período 2009-2013 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 las

cuales representan el 51% de las muertes infantiles totales, y las malformaciones congénitas en el segundo lugar, éstas son el 33% de las muertes infantiles totales, estos dos grupos de causas representan el 84% de las defunciones infantiles.

Cuadro N° 4.42
Porcentaje de mortalidad infantil según causa de muerte
Costa Rica 2009-2013

Causa de muerte	2009		2010		2011		2012		2013	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
TOTAL	663	100,00	671	100,00	666	100,00	624	100,00	611	100,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	319	48,11	330	49,18	326	48,95	305	48,88	311	50,90
Malformaciones congénitas	226	34,09	234	34,87	241	36,19	229	36,70	202	33,06
Enfermedades Sistema Resp.	34	5,13	38	5,66	24	3,60	21	3,37	34	5,56
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	16	2,41	12	1,79	8	1,20	8	1,28	14	2,29
Enfermedades Sistema Circulatorio	17	2,56	14	2,09	11	1,65	9	1,44	8	1,31
Enfermedades Sistema Nervioso	12	1,81	10	1,49	14	2,10	12	1,92	15	2,45
Otras causas	39	5,88	33	4,92	42	6,31	40	6,41	27	4,42

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

A pesar que la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias es cada vez menor, en el año 2013 se produjeron 14 fallecidos: 3 infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados, 3 por diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso,

2 por sífilis congénita, 2 por infección debida a adenovirus. La mayoría de estas muertes sino todas son totalmente prevenibles con medidas tan sencillas como una adecuada hidratación, una vacuna o un tratamiento adecuado.

Cuadro N° 4.43
Mortalidad Infantil por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias según causa específica
Costa Rica-2013 (tasa p/ 1.000 nacimientos)

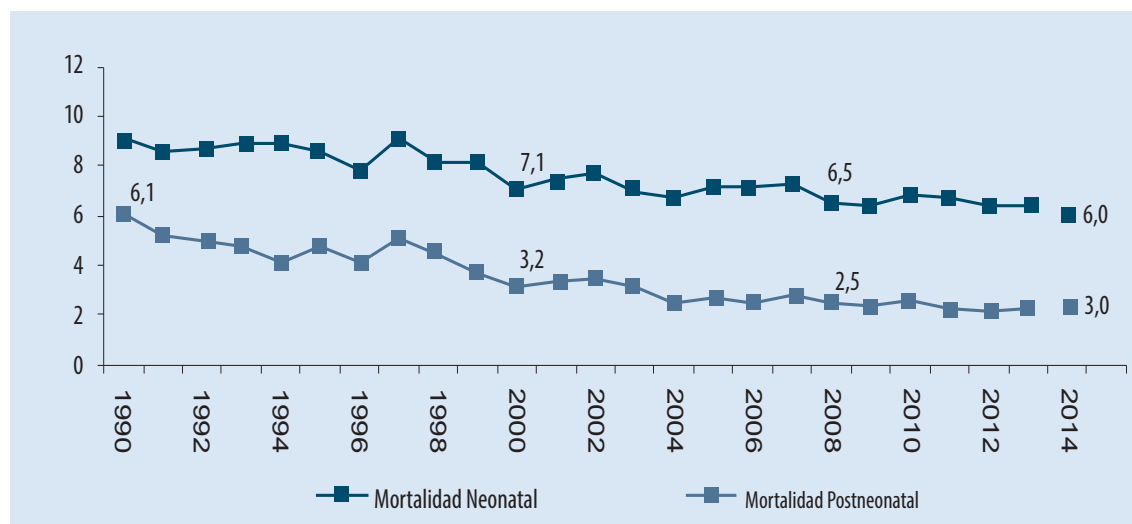
Causa de muerte	N°	Tasa
Total	14	0,20
Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados	3	0,04
Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen Infeccioso de presunto origen Infeccioso	3	0,04
Tos ferina, no especificada	1	0,01
Sífilis congénita, sin otra especificación	2	0,03
Coriomeningitis linfocítica	1	0,01
Neumonitis debida a virus citomegálico	1	0,01
Infección debida a adenovirus, isin otra específic.	2	0,03
Histoplasmosis	1	0,01

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

Con respecto a los componentes de la mortalidad infantil en el año 2013, del total de menores de un año, las defunciones neonatales, (las ocurridas en los primeros 28 días de vida), representan el 74,47%, registrando una tasa de defunción neonatal de 6,45 por mil nacimientos, la cual muestra un aumento de 1,67 puntos con respecto al año 2012 que fue de 6,34 por mil.

El siguiente gráfico muestra la tendencia de los dos componentes principales de la tasa de mortalidad infantil: la neonatal y la post-neonatal, con referencia a la meta planteada en ODM para el 2015, donde se puede observar que la meta planteada para la mortalidad pos neonatal ya fue superada y la de mortalidad neonatal está muy próxima a alcanzarse.

Gráfico N° 4.52
Mortalidad Neonatal y Postneonatal 1990-2013 y proyección al 2015
(tasa por mil nacidos vivos)



Fuente: MIDEPLAN con datos del Ministerio de Salud y Instituto Nacional de Estadística y Censos.

5 COBERTURAS DE VACUNACIÓN

VACUNAS AÑO 2014

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

Para el año 2014 los datos obtenidos muestran que en dos vacunas (BCG y Td)

hubo una cobertura por debajo del 90%. En cuatro vacunas (Penta 3, VHB 3, NM 2 y SRP 2) las coberturas estuvieron entre el 90 y el 95% y solamente en dos vacunas (SRP 1 y Varicela) se logró la meta de un 95%

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

Cuadro N° 4.44
Coberturas de vacunación año 2014, Costa Rica.
Cifras relativas

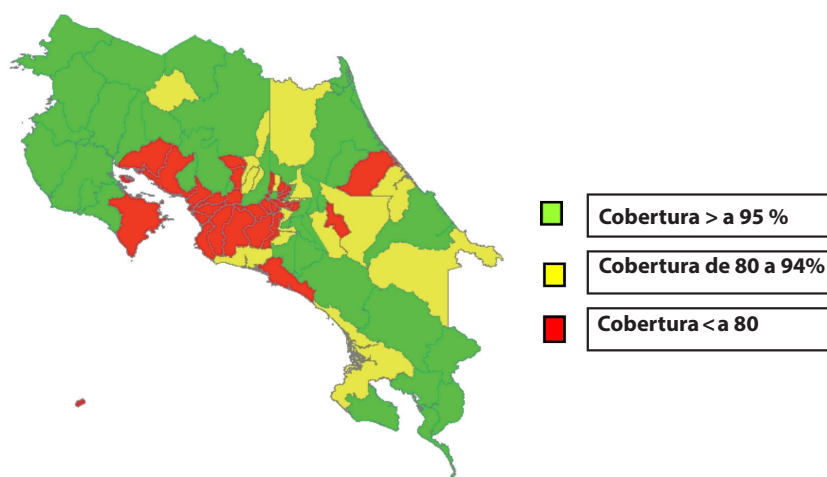
Vacuna	2014
BCG	81
Penta 3	92
VHB 3	93
NM 2	93
SRP 1	95
Varicela	95
SRP 2	90
Td	87

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

La baja cobertura con BCG, pareciera ser más bien un problema de registro, ya que la cobertura de parto hospitalario en este país es muy alta, y la contraindicación más

importante es bajo peso al nacer que ronda el 7%. Al observar el mapa pareciera que el problema se concentra en el área de atracción del hospital Monseñor Sanabria.

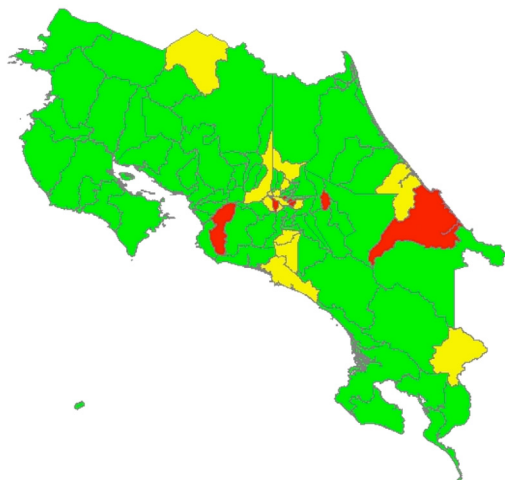
Figura 4.4
Cobertura con BCG en RN Costa Rica 2014



Al analizar las coberturas en niños menores de 1 año se observa que las vacunas alcanzaron a nivel nacional coberturas entre el 92 y el 93%; sin embargo al desagregarlo por cantón se observa que la mayoría de los

cantones lograron coberturas de 95% o más, encontrando cantones con coberturas entre el 80 y 94% y 5 cantones con coberturas inferiores al 80%, tal y como se observa en el siguiente mapa.

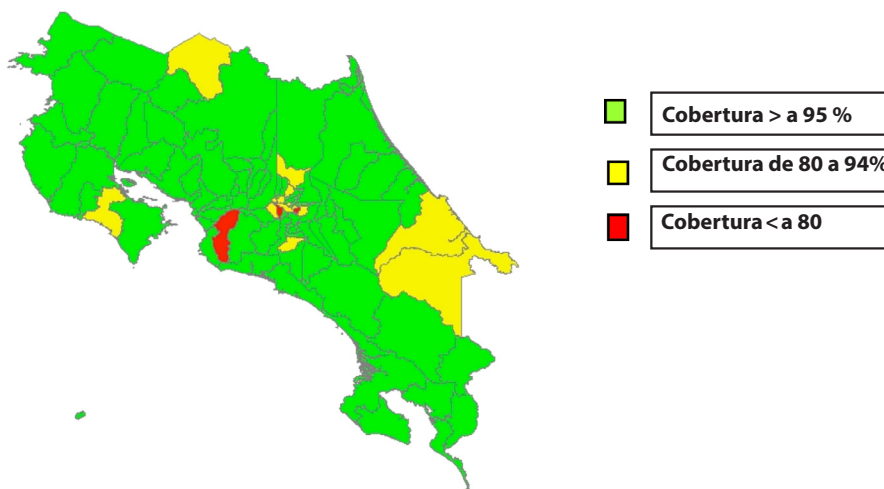
Figura 4.5
Cobertura en menores de 1 año con Penta 3, VHB 3, NM 2



En niños de 1 a 2 años se deben aplicar las vacunas SRP y varicela, en este grupo de edad se logró a nivel nacional alcanzar una cobertura del 95%, al desglosarlo por cantón

se encuentran aún 3 cuentan con coberturas por debajo del 80% y 10 con coberturas entre el 80 y el 94%

Figura 4.6
Cobertura en niños de 1 año con vacuna SRP 1 y Varicela



En niños escolares se aplica la segunda dosis de SRP al ingreso a la escuela (7 años) y la vacuna contra tétanos y difteria a los 10 años. Para la primera se logró una cobertura del

90% y para la segunda se reduce a 87%, lo anterior posiblemente condicionado por la deserción escolar.

Figura 4.7
Cobertura con vacuna SRP 2 en niños de 7 años

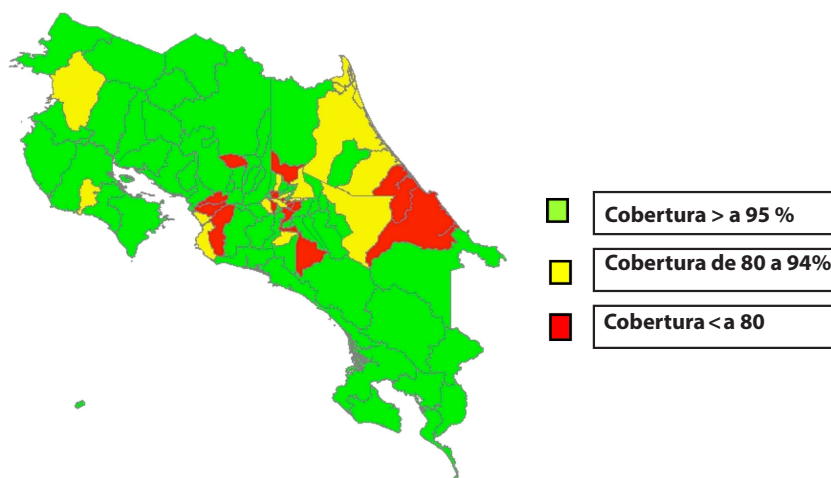
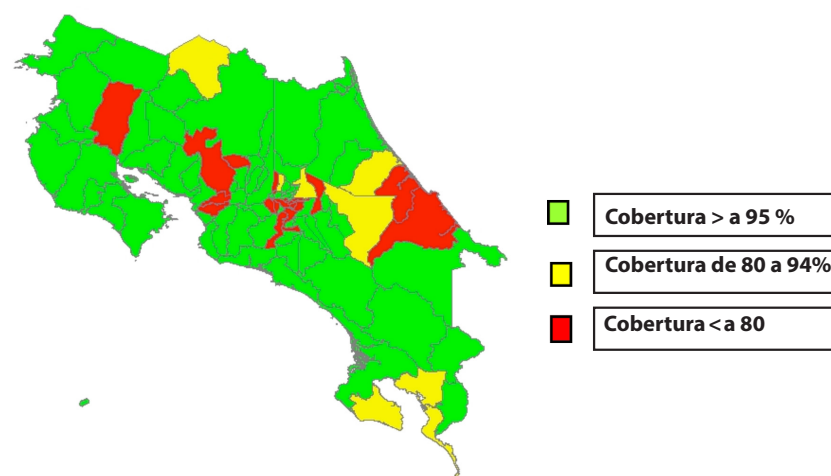


Figura 4.8
Cobertura con vacuna Td en niños de 10 años



6 VIOLENCIA SOCIAL

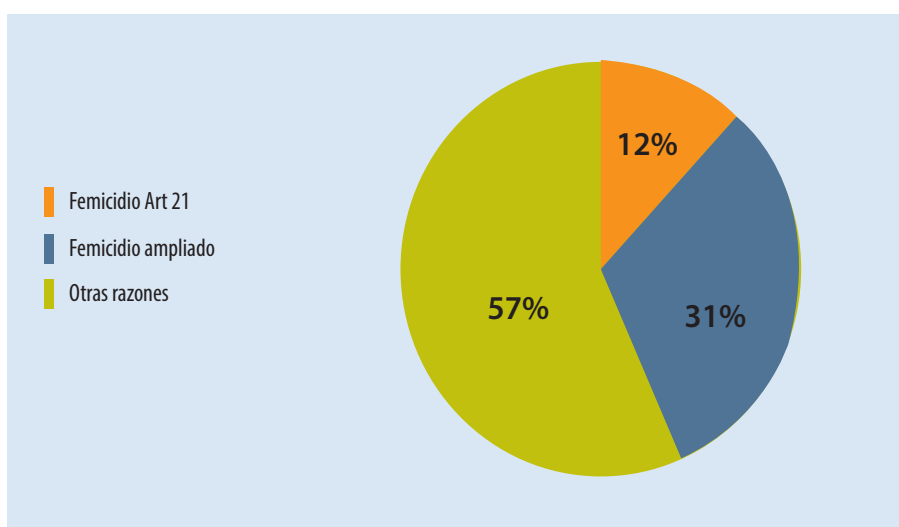
6.1 Violencia de género

Durante el 2014, un total de 51 mujeres perdieron la vida por femicidio u otras razones, los mismos se distribuyen en 16 femicidios (Ampliado: aplicación de la Convención Internacional de Belem do Pará) producido por atacante sexual, ex esposo, ex conviviente,

ex amante, novio, y familiar consanguíneo, y 6 femicidios (Aplicación de Artículo 21 Ley de Penalización de la Violencia contra la Mujer) en donde prevalece la participación del concubino (5 casos) sobre el esposo (1 caso) resaltando este comportamiento un factor de riesgo relevante con relación a este delito. Por último se tienen 29 casos por otras razones; entre estas las principales son: por robo u

asalto (8 casos), por problema por droga (6 casos), por error u omisión (3 casos), por sicariato, sospecha de femicidio, síndrome de la niña agredida, dos casos cada uno y otros (6 casos).

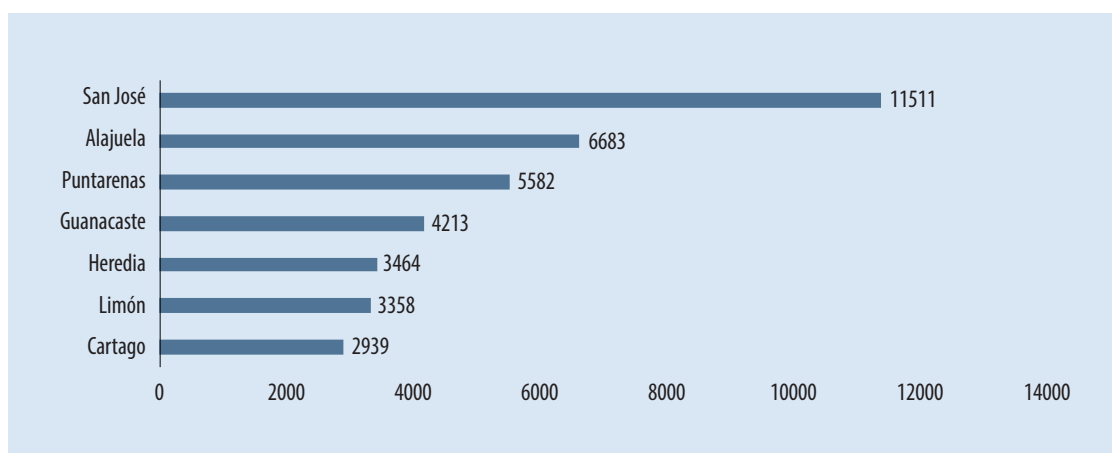
Gráfico N° 4.53
Distribución absoluta del total de mujeres asesinadas según ámbito del evento
Costa Rica 2014



Fuente: Sección de Estadística, Poder Judicial

Con base en los datos brindados por el Poder Judicial, el total de demandas por violencia doméstica recibidas en el 2014 fue de 37.750, es decir 10.402 casos menos que el año 2013.

Gráfico N° 4.54
Demandas entradas por violencia domestica según provincia
Costa Rica, 2014(*)

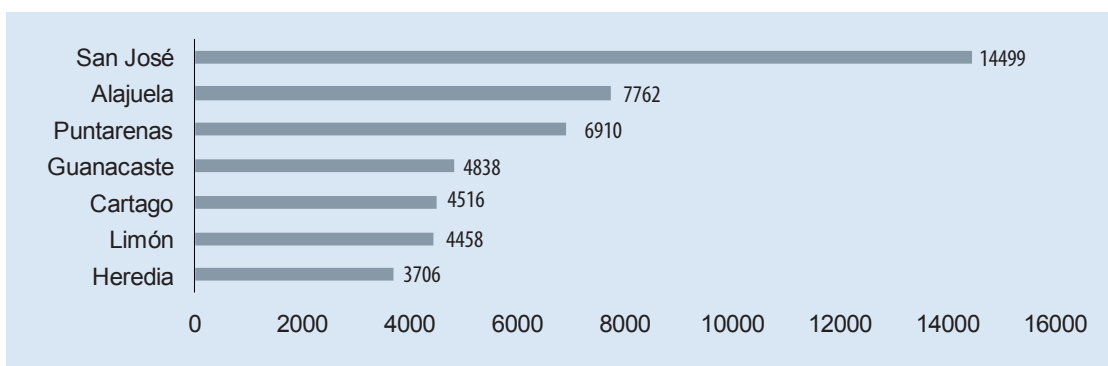


Fuente: Sección de Estadística, Poder Judicial (*) A setiembre, 2014

De acuerdo a las demandas entradas, las provincias de San José, Alajuela y Puntarenas ocupan el primero, segundo y tercer lugar respectivamente, tal como se observa en el gráfico anterior, si observamos las demandas activas estas tres provincias se mantienen igual que el gráfico de demandas entradas. Varias podrían ser las razones dado que son

demandas a las que se les da seguimiento a través de diferentes acciones tales como: reentrados, testimonio de piezas al Ministerio Público, casos terminados, prórroga y revisión de medidas entre otros, labor que desarrollan los juzgados entre ellos los de violencia doméstica en los Circuitos Judiciales del país.

Gráfico N° 4.55
Demandas activas por violencia domestica según provincia
Costa Rica, 2014(*)



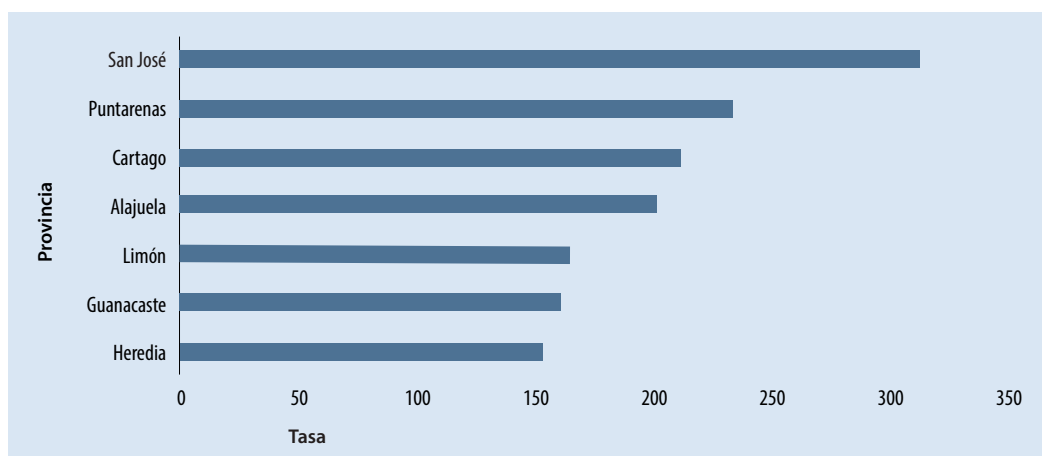
Fuente: Sección de Estadística, Poder Judicial (*) A setiembre, 2014

6.2 Violencia Intrafamiliar

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

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

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



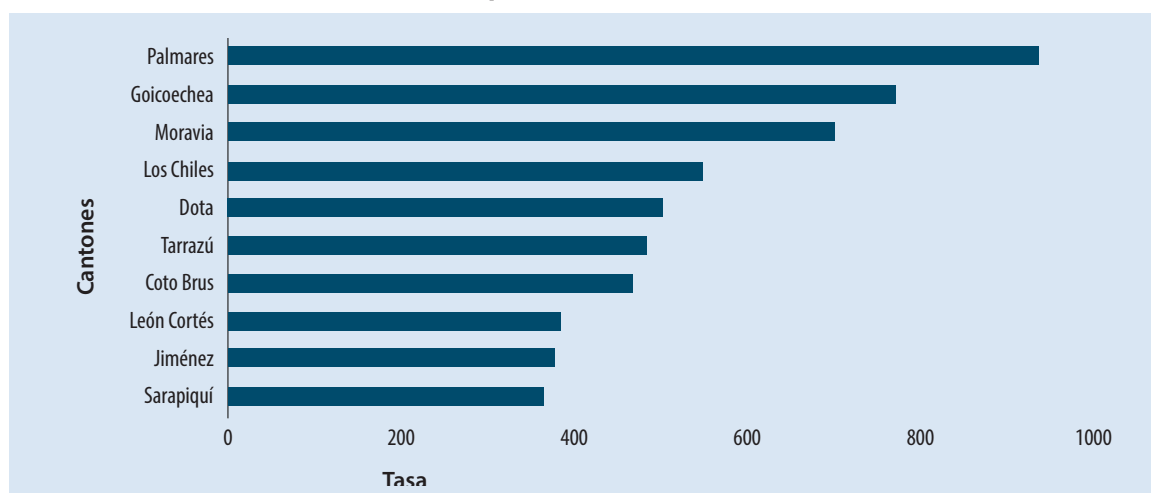
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

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

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

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

Gráfico N° 4.57
Incidencia de VIF según 10 cantones principales. Costa Rica, 2014
(tasa por 100.000 habitantes)

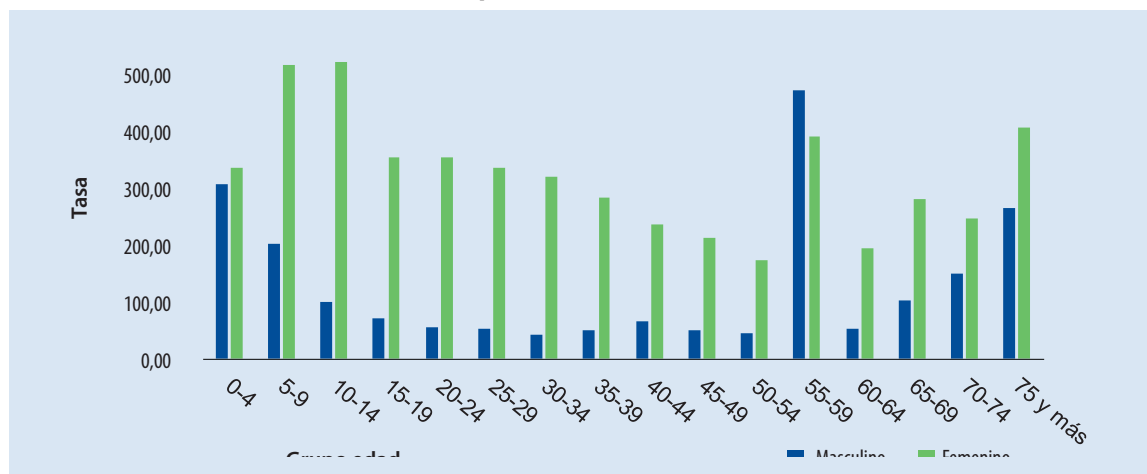


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

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

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

Gráfico N° 4.58
Incidencia de VIF según grupo de edad y sexo. Costa Rica, 2014
(tasa por 100.000 habitantes)



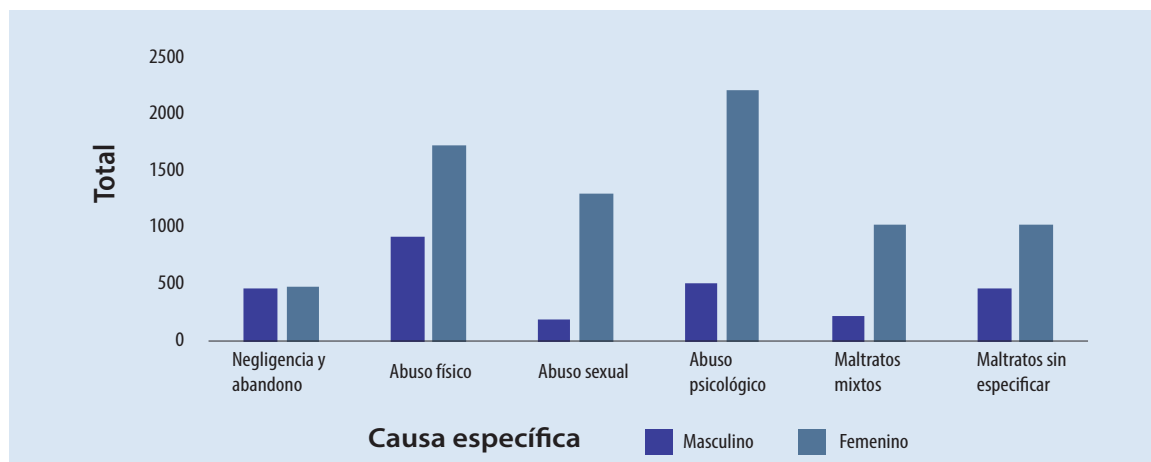
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

La incidencia de las diferentes formas de violencia o causa específica se refleja en el siguiente gráfico, para el 2014 el abuso psicológico, seguido del abuso físico y en tercer lugar el abuso sexual son los que más se notifican en el caso de las mujeres.

En los hombres aunque en menor proporción predomina el abuso físico seguido del psicológico.

La negligencia se da por igual en ambos sexos y la violencia sin especificar es más común en el sexo masculino.

Gráfico N° 4.59
Casos registrados de VIF según causa específica por sexo. Costa Rica, 2014



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

6.3. Intentos de suicidio

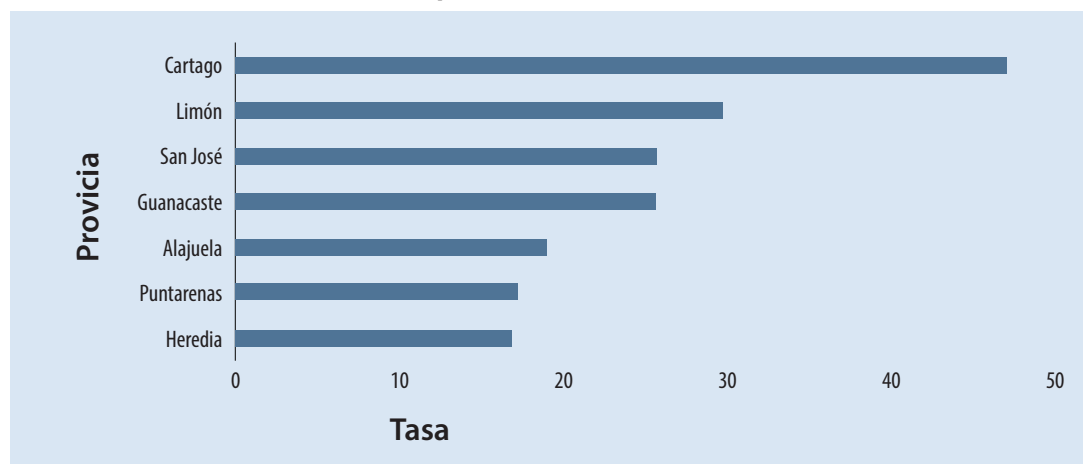
Durante el año 2014 se registró un total de 1200 intentos de suicidio para una tasa de 25,22 por 100.000 habitantes, de los cuales la mayor tasa le corresponde al sexo femenino con 31,45 para un total de 743 casos.

Cartago representa la tasa más alta con 46,82 intentos de suicidio por cada 100.000

habitantes, prácticamente el doble que Heredia que presenta la tasa más baja. Limón con 29,43 ocupa el segundo puesto y en una tercera posición San José con una tasa del 25,62.

Los intentos de suicidio reflejan una mala salud mental y pueden ser un indicador de violencia intrafamiliar, sobre todo entre población joven.

Gráfico N° 4.60
Incidencia de intento de suicidio por provincia. Costa Rica 2014
(tasa por 100.000 habitantes)

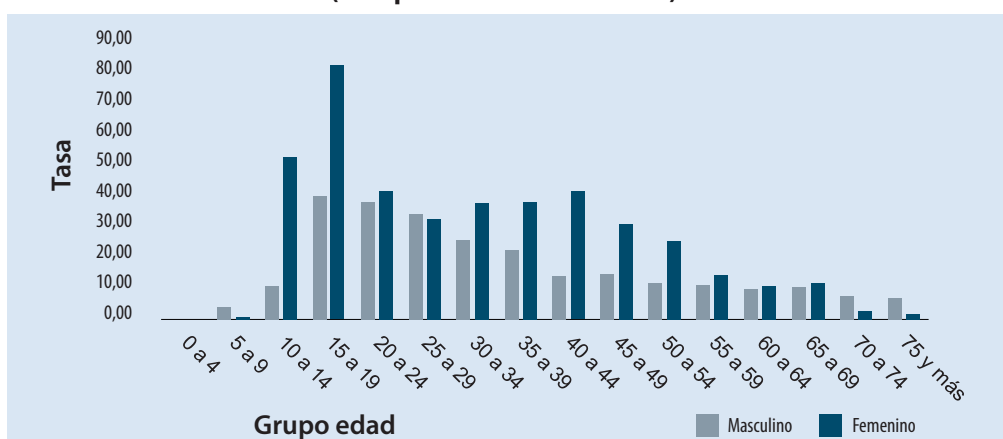


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres, alcanzando las incidencias más elevadas en las adolescentes.

En los varones las incidencias acumuladas más altas en el 2014 se presentan de los 15 a los 29 años.

Gráfico N° 4.61
Incidencia de intentos de suicidio por grupo de edad según sexo. Costa Rica 2014
(tasa por 100.000 habitantes)



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

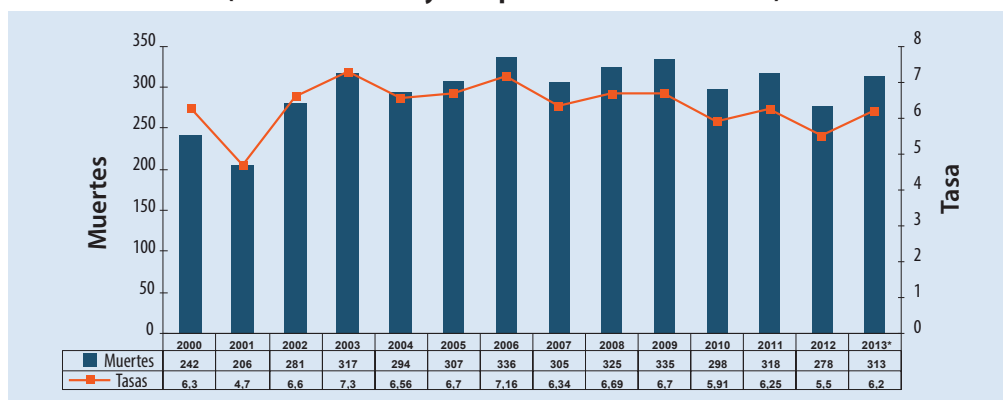
6.4 Mortalidad por causas externas

6.4.1 Mortalidad por suicidios

En el año 2013 se registró un total de 313 suicidios, para una tasa ajustada de 6,2 por 100.000 habitantes.

Contrario a lo que se observa en el intento de suicidio, la incidencia en los suicidios es más alta en el sexo masculino correspondiendo al 82,7% del total de casos para el año 2013.

Gráfico N° 4.62
Mortalidad por suicidios según año. Costa Rica 2000-2013*
(cifras absolutas y tasa por 100.000 habitantes)



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

Llama la atención las edades tempranas de 10 a 14 años, donde ocurren los suicidios, así como en adultos mayores, sin embargo la

incidencia más alta se observa en la población económicamente activa.

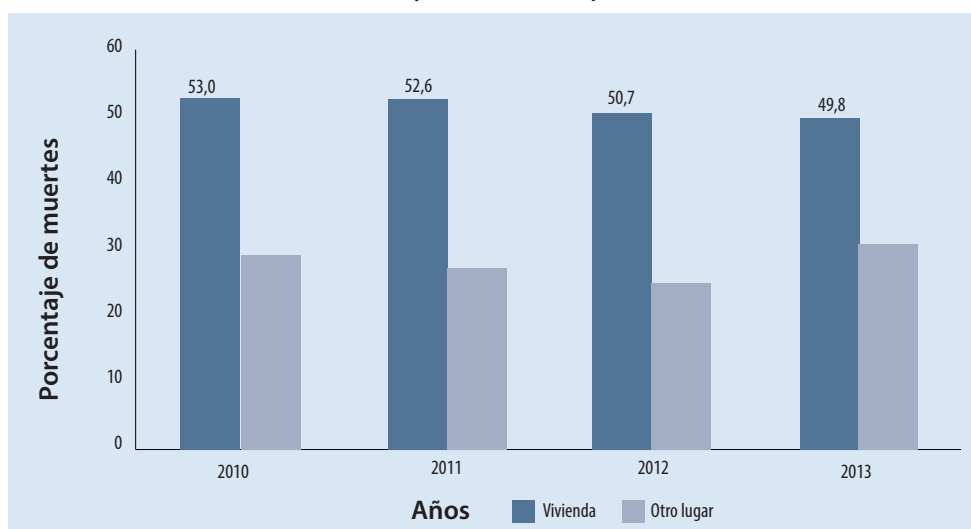
Cuadro N° 4.46
Mortalidad por suicidios según grupos de edad por sexo. Costa Rica 2009-2013
(cifras absolutas)

Grupos de edad	Total	2009 Masc.	Fem.	Total	2010 Masc.	Fem.	Total	2011 Masc.	Fem.	Total	2012 Masc.	Fem.	Total	2013 Masc.	Fem.
Costa Rica	335	284	51	298	257	41	319	266	53	278	241	37	313	273	40
0 a 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 a 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14	6	1	5	4	4	0	8	6	2	6	4	2	7	6	1
15 a 19	23	17	6	12	11	1	29	22	7	25	21	4	20	15	5
20 a 24	48	41	7	34	26	8	42	29	13	40	34	6	36	33	3
25 a 29	47	42	5	41	36	5	41	35	6	27	23	4	40	35	5
30 a 34	36	30	6	45	38	7	37	35	2	29	27	2	46	40	6
35 a 39	32	27	5	35	29	6	33	29	4	29	23	6	21	17	4
40 a 44	34	29	5	35	34	1	29	22	7	25	21	4	23	21	2
45 a 49	33	28	5	28	23	5	21	18	3	32	29	3	29	25	4
50 a 54	22	22	0	20	17	3	16	16	0	16	15	1	23	19	4
55 a 59	20	15	5	13	12	1	19	18	1	16	12	4	23	20	3
60 a 64	9	9	0	11	10	1	20	16	4	13	13	0	13	11	2
65 a 69	10	8	2	8	6	2	10	7	3	7	6	1	12	12	0
70 a 74	6	6	0	3	2	1	4	4	0	5	5	0	6	6	0
75 y más	9	9	0	9	9	0	10	9	1	8	8	0	14	13	1

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

En el período 2010-2013 ocurrieron 1208 suicidios, de los cuales el 51,57% ocurrieron en la vivienda y el 28,31% en otro lugar, lo que se ilustra en el siguiente gráfico.

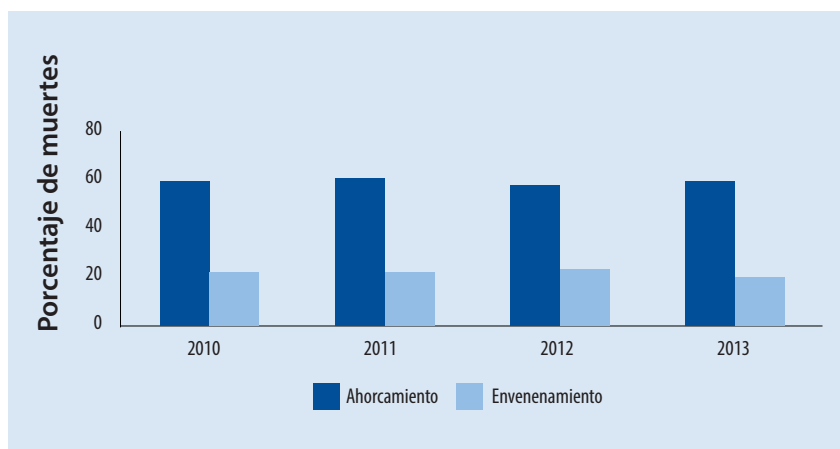
Gráfico N° 4.63
Muertes por suicidios según lugar de ocurrencia por año. Costa Rica 2010-2013
(cifras relativas)



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

El método más frecuentemente utilizado para suicidarse es el ahorcamiento, seguido del envenenamiento.

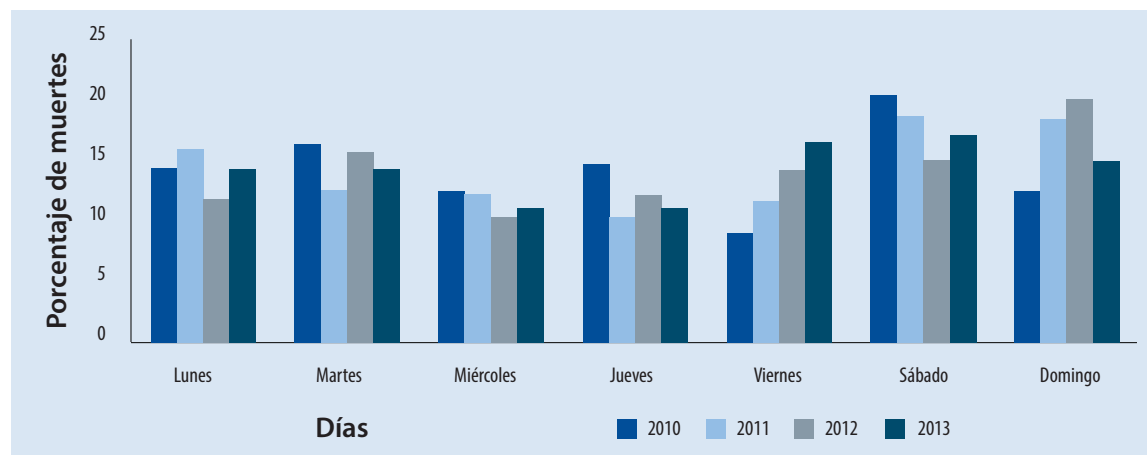
Gráfico N° 4.64
Muertes por suicidios según método utilizado. Costa Rica 2010-2013
(cifras relativas)



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

En el período 2010-2013 durante los fines de semana se da el 47.35% de las muertes.

Gráfico N° 4.65
Muertes por suicidios según día del hecho. Costa Rica 2010-2013
(cifras relativas)



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

6.4.2 Mortalidad por homicidios

En el año 2013 se registró un total de 372 homicidios de los cuales el 91.13% corresponden a hombres. Aunque ocurren homicidios prácticamente en todos los

grupos de edad, los grupos de edad de 15 a 64 años presentan el 94.62% (352) del total de fallecidos por esta causa. Se nota un aumento de 35 homicidios en el año 2013 con respecto al año anterior

Cuadro N° 4.47
Mortalidad por homicidio según grupos de edad por sexo. Costa Rica 2009-2013
(cifras absolutas)

Grupos de edad	Total	2009 Masc.	Fem.	Total	2010 Masc.	Fem.	Total	2011 Masc.	Fem.	Total	2012 Masc.	Fem.	Total	2013 Masc.	Fem.
Costa Rica	525	469	56	470	424	46	437	376	61	343	303	40	372	339	33
0-4	3	1	2	11	4	7	7	4	3	2	2	0	1	1	0
5-9	3	1	2	1	0	1	2	0	2	2	2	0	0	0	0
10-14	3	1	2	5	2	3	5	1	4	2	0	2	2	1	1
15-19	60	55	5	41	40	1	53	45	8	24	23	1	40	36	4
20-24	84	75	9	85	78	7	74	67	7	67	60	7	68	64	4
25-29	95	87	8	74	69	5	62	54	8	64	58	6	55	52	3
30-34	64	58	6	61	58	3	61	50	11	43	38	5	45	39	6
35-39	48	44	4	57	52	5	39	36	3	26	24	2	31	29	2
40-44	37	32	5	34	33	1	40	37	3	27	23	4	39	38	1
45-49	36	34	2	24	20	4	31	26	5	20	17	3	24	19	5
50-54	27	25	2	27	26	1	15	15	0	18	15	3	25	21	4
55-59	22	21	1	13	10	3	11	11	0	18	12	6	11	10	1
60-64	8	7	1	9	7	2	13	10	3	11	11	0	14	14	0
65-69	13	8	5	11	10	1	7	5	2	8	7	1	5	5	0
70-74	9	8	1	3	2	1	9	8	1	5	5	0	7	5	2
75 y +	13	12	1	14	13	1	7	7	1	6	6	0	4	4	0
Desc.													1	1	0

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

En cuanto a la zona geográfica por provincias, la tasa más alta de homicidios se encuentran en la provincia de Limón con una tasa de 19,9 por 100.000 habitantes, seguido por San José con 9.7 lo que se refleja en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4.48
Mortalidad por homicidios según provincia. Costa Rica 2013
(Tasas por 100000 habitantes)

Provincia	N°	Tasa
Costa Rica	372	7,9
San José	148	9,7
Alajuela	43	4,6
Cartago	26	4,9
Heredia	22	4,7
Guanacaste	20	5,6
Puntarenas	28	6,2
Limón	85	19,9

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

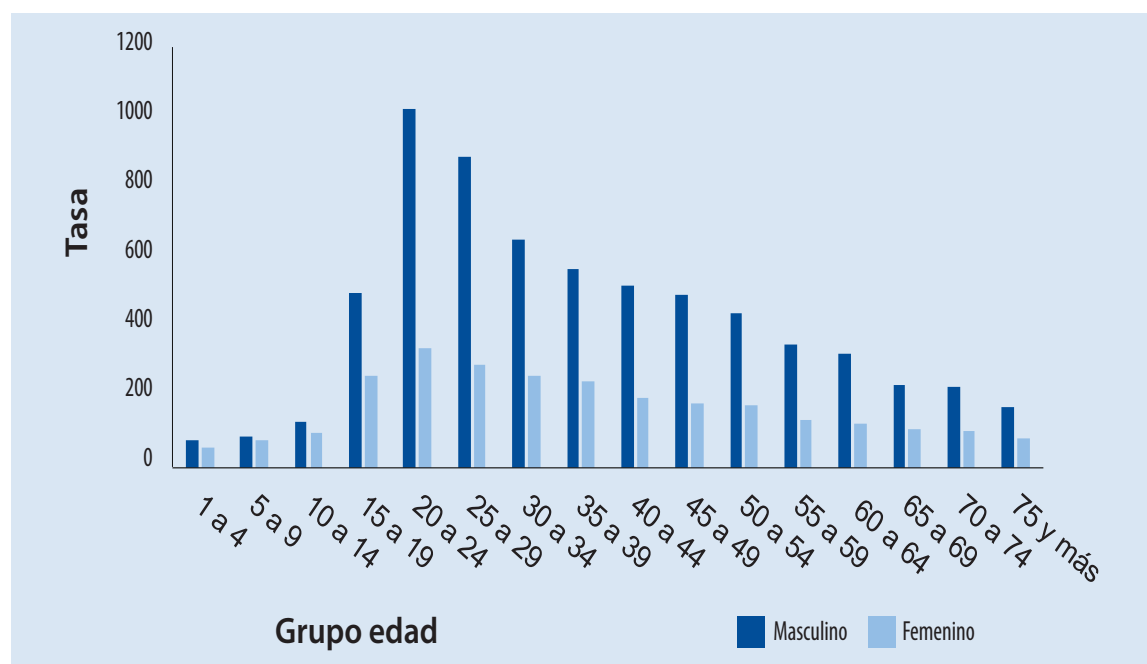
6.4.3 Casos registrados y Mortalidad por accidentes de tránsito

6.4.3.1 Casos registrados por accidentes de tránsito

Las poblaciones con edades comprendidas

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

Gráfico N° 4.66
Incidencia de víctimas de accidentes de tránsito por sexo según grupo de edad. Costa Rica, 2014
(tasa por 100.000 habitantes)



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

Cabe aclarar que la víctima de un accidente de tránsito incluye tanto las personas que van en el vehículo como los peatones que son atropellados.

Mortalidad por accidentes de tránsito

En el año 2013 se registró un total de 605 muertes por accidentes de tránsito de los cuales

el 81.98% corresponde a hombres. El 97% de las muertes se da en mayores de 15 años y de éstos las personas entre los 20 y 34 años son los más afectados. En comparación con el año anterior, el número de muertes son similares.

Cuadro N° 4.49
Mortalidad por accidentes de tránsito según grupos de edad por sexo
Costa Rica- 2009-2013

Grupos de edad	Total	2009 Masc.	2009 Fem.	Total	2010 Masc.	2010 Fem.	Total	2011 Masc.	2011 Fem.	Total	2012 Masc.	2012 Fem.	Total	2013 Masc.	2013 Fem.
Costa Rica	709	593	116	595	509	86	581	463	118	604	496	108	605	496	109
0-4	8	5	3	10	5	5	18	7	11	8	5	3	6	1	5
5-9	11	8	3	5	2	3	6	4	2	10	3	7	3	2	1
10-14	12	8	4	10	8	2	11	8	3	10	7	3	8	4	4
15-19	56	48	8	47	36	11	44	32	12	54	46	8	40	31	9
20-24	104	92	12	87	78	9	61	45	16	77	62	15	75	65	10
25-29	77	66	11	73	64	9	69	60	9	71	60	11	65	60	5
30-34	76	67	9	59	51	8	65	52	13	66	58	8	67	55	12
35-39	54	45	9	52	43	9	43	38	5	52	43	9	49	44	5
40-44	49	44	5	42	37	5	53	48	5	49	43	6	49	41	8
45-49	58	45	13	46	40	6	55	43	12	44	31	13	46	34	12
50-54	53	44	9	37	34	3	47	43	4	38	32	6	43	34	9
55-59	40	34	6	27	25	2	33	24	9	37	33	4	52	46	6
60-64	31	25	6	25	24	1	24	21	3	22	20	2	24	20	4
65-69	27	23	4	18	15	3	16	11	5	17	14	3	26	20	6
70-74	21	13	8	26	20	6	9	6	3	18	16	2	22	17	5
75 Y +	32	26	6	31	27	4	27	21	6	31	23	8	30	22	8
Desc.													1	1	0

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

Con respecto a la provincia de ocurrencia donde suceden las muertes por accidentes de tránsito, la provincia de Guanacaste presenta la mayor tasa de ocurrencia con 21,2 muertes por 100.000

habitantes, le sigue la de Puntarenas con una tasa de 17,5. Cartago es la provincia con menor tasa de mortalidad por esta causa, cuadro que a continuación se detalla:

Cuadro N° 4.50
Mortalidad por accidentes de tránsito según provincia de ocurrencia. Costa Rica 2013
(Tasas por 100000 habitantes)

Provincia	N°	Tasa
Costa Rica	605	12,9
San José	246	16,1
Alajuela	79	8,5
Cartago	24	4,5
Heredia	31	6,6
Guanacaste	76	21,2
Puntarenas	79	17,5
Limón	70	16,4

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

7 DETERMINANTES SOCIALES

7.1 Pobreza y desigualdad

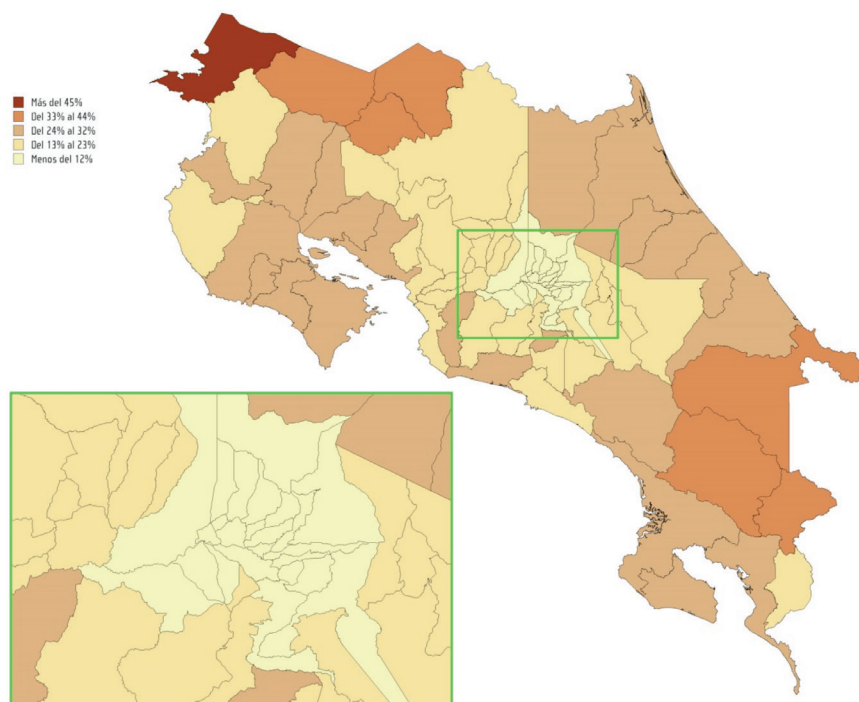
La tasa total de hogares con pobreza en Costa Rica paso de 21,2% en el 2010 a 22,4% en el 2014, (con una pobreza relativa del 15,7%, y 6.7% en pobreza extrema). La pobreza se concentra sobre todo en cantones rurales o semiurbanos y regiones económicamente deprimidas, Región Brunca (36,2%), Chorotega (33,2%), Pacífico Central (29,5%) y Huetar Caribe (28,2%).

El porcentaje de hogares en condición de pobreza de la zona rural (30,3%) es casi el doble que en las zonas urbanas (19,5%). Una

alta incidencia de la pobreza se acompaña de baja ocupación. Así, la región Brunca tiene la pobreza más alta y la tasa de ocupación baja (50,8%); similar situación se encuentra en la Chorotega (49,4%) y la Pacífico Central (50,9%), por otro lado la región Central tiene la incidencia más baja de pobreza (17,2%) y la tasa de ocupación más alta (56,2%). Por el contrario la tasa de desempleo abierto es cuatro veces más alta en los hogares pobres en relación a los no pobres (23,1% frente a 5,7%).

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

Figura 4.9
Incidencia de la pobreza por cantón. Costa Rica 2011
(porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza)



Fuente: INEC, Encuesta Nacional de Hogares, 2014

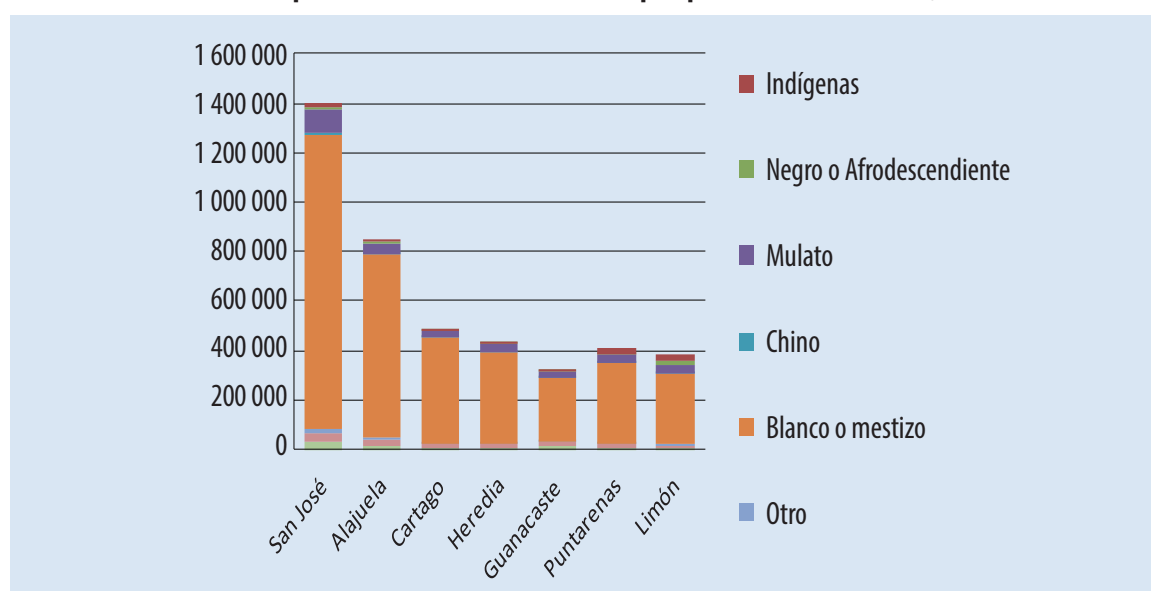
En los hogares en pobreza es menor la escolaridad de sus miembros mayores de 15 años de edad, que en promedio es de 6,48 años mientras que en los hogares no pobres este promedio es de 9,48 años. Asimismo, en promedio los hogares pobres tienen más miembros por hogar que los no pobres (3,67 frente a 3,25); y el 43,3% de estos son jefeados por una mujer mientras que en los no pobres son el 36,1%. El 23,8% de los pobres no está asegurado (11,5% en no pobres) y el 10,7% de estos hogares no cuentan con servicio de agua dentro de la vivienda (5,2 en hogares no pobres).

Según el coeficiente de Gini, en el año 2014 Costa Rica obtuvo un 0,516, cifra similar del año 2011 y 2012. En el contexto latinoamericano, nuestro país es uno de los pocos que muestra una creciente desigualdad de ingresos en la última década.

7.2 Conformación Étnica

Costa Rica ha tenido presencia de diversos grupos étnicos, estos han enriquecido social y culturalmente la conformación de la identidad étnica del país de muchas maneras, por lo que se hace importante tener con mayor claridad cómo está distribuida esta población y así poder entender mejor la dinámica propias de cada región. Según datos del Censo 2011 la mayoría de la población se sigue visualizando como blanco o mestizo, es importante aclarar que dicha pregunta se realizó por medio de la autoidentificación, donde se toma en cuenta el concepto de cada persona y no se aplican criterios basados en su fenotipo o zona de residencia. La población bajo esta categoría se encuentra principalmente en San José.

Gráfico N° 4.67
Población por autoidentificación étnica por provincia. Costa Rica, 2011



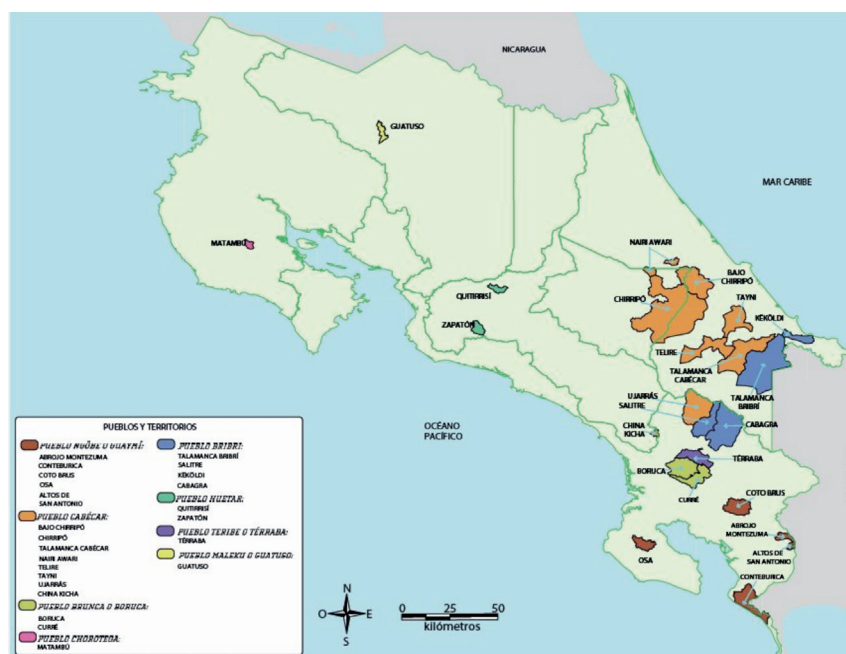
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en INEC, Censo de Población 2011

De las 4.301.712 personas registradas en el país, 104.143 se autoidentificaron como personas indígenas lo que representa un 2,4% de la población nacional.

En Costa Rica existen ocho etnias o pueblos indígenas: Bribris, Cabécares, Térrabas, Ngöbes o Guaymies, Malekus, Chorotegas, Brunca o Boruca y Huetares, estas se encuentran distribuidos en 24 territorios a lo largo de todo el país y hablan en 6 idiomas indígenas.

Respecto a su ubicación geográfica, con excepción de Quitirrisí y Zapatón, los demás territorios indígenas se encuentran fuera del Valle Central, con una riqueza natural muy amplia, algunos de difícil acceso, y la mayoría de ellos son áreas con baja densidad de población (Delgado, 2011) aunque la mayor cantidad de población indígena se encuentra en dos provincias, Limón y Puntarenas.

Figura 4.10
Territorios Indígenas. Costa Rica



Fuente: INEC, Censo de Población 2011

Hay que aclarar que la diferencia que existe entre el concepto de pueblo y territorio indígena. Los territorios indígenas son áreas creadas por ley o decreto y tienen como fin que las poblaciones indígenas se desarrollen según sus costumbres y tradiciones, mientras que pueblo indígena “se refiere a una variable cultural, donde coinciden idioma, comidas, tradiciones, ascendencia,

historia y origen común, religiosidad, creencias, valores, visión de mundo, entre otros aspectos que les caracteriza como pueblo” (INEC, 2013:8).

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.

En relación con el acceso a servicios de salud de esta población hay que señalar que el 61,5% se encuentra asegurada por el Estado, y aunque un 10,8% de los habitantes de territorios indígenas no tenía seguro por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), esta cifra es muy inferior al 32,2% que se encontró para el Censo del año 2000 (Delgado, 2011).

Si observamos los cantones donde se encuentran ubicados los distintos pueblos indígenas del país con respecto al IDS podemos ver que los mismos se encuentran en una posición desventajosa “en general las regiones periféricas tienen un menor inversión social, lo que las hace menos competitivas y con un nivel de vida inferior al de la región Central y tiene comportamiento muy heterogéneo en los indicadores”(Mideplan,2013).

Además al comparar los promedios nacionales en cuanto a natalidad y mortalidad se puede inferir la presencia de inequidad relacionada a los indicadores en salud, ya que estas poblaciones son vulnerables en distintos aspectos de los determinantes sociales de la salud, mismos que no se resuelven únicamente disminuyendo las limitaciones geográficas de acceso si no enfocando acciones a disminuir la brecha en ámbitos como el educativo y económico.

Para esto deben tomarse en cuenta las diferencias no solo culturales, ya que no es lo

mismo tratar un problema en una comunidad Bribri de Talamanca que Chorotega de Hojanca, sino además considerar su ubicación geográfica ya que algunas comunidades poseen mayor acceso a distintos recursos tanto de salud como educativos por mencionar algunos, debido a su cercanía con otras comunidades en mejor condiciones o con mayor inversión social. Por estas razones es importante que los tomadores de decisión contemplen la diversidad cultural en la cosmovisión de los pueblos indígenas para que las acciones que se ejerzan en este ámbito sean dirigidas no simplemente solventar las necesidades en salud de los mismos si no a respetar y perpetuar su acervo cultural.

7.3. 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. Las provincias de Heredia y San José poseen una tasa de alfabetización superior al promedio nacional, mientras que Limón, Puntarenas, Guanacaste y Alajuela están por debajo del promedio nacional y dos puntos porcentuales por debajo de San José y Heredia, sin embargo es interesante notar como las diferencias entre hombre y mujeres son mínimas en cada provincia.

Cuadro N° 4.51
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: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en INEC, Censo de Población 2011.

Las diferencias siguen siendo evidentes cuando se toma en cuenta el nivel de instrucción de la población, como se observa en el siguiente cuadro, 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 centrales 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° 4.52
Población de 15 años y más por nivel de instrucción según región de planificación 2014

Región de Planificación	Total	Nivel de Instrucción							Educación superior de pregrado y grado	Educación superior de posgrado
		Sin nivel de instrucción	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria académica incompleta	Secundaria académica completa	Secundaria técnica incompleta	Secundaria técnica completa		
Central	2 427 267	3%	9%	22%	21%	15%	1%	2%	24%	2%
Chorotega	276 039	5%	14%	26%	22%	13%	2%	2%	15%	1%
Pacífico Central	213 149	5%	13%	26%	22%	12%	5%	3%	13%	1%
Brunca	266 473	5%	16%	29%	19%	10%	3%	2%	13%	2%
Huetar Caribe	313 753	5%	16%	28%	23%	12%	2%	2%	9%	1%
Huetar Norte	279 829	7%	16%	27%	21%	10%	3%	2%	12%	2%
Total del País	3 776 510	4%	11%	24%	21%	14%	2%	2%	20%	2%

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en INEC, Censo de Población 2011.

7.4 Actividad Física

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

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

De acuerdo con la información proporcionada por la CCSS en la publicación de la Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular (CCSS, 2011), el propósito de analizar la actividad física fue determinar el porcentaje de personas adultas que realizan un nivel de actividad física alta, moderada o nula y se logró demostrar que 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.

Respecto a la actividad física alta, el sexo masculino fue el que tuvo mayor porcentaje 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 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, en el siguiente cuadro se observa 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° 4.53
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

	Sexo					
	Hombre			Mujer		
	Sí	No	Ns/Nr	Sí	No	Ns/Nr
	%	%	%	%	%	%
Acceso en su comunidad a instalaciones deportivas cerradas (canchas de fútbol, fútbol 5, basquetbol, piscinas, etc.)	55,5%	44,0%	0,5%	36,5%	62,8%	0,7%
Acceso en su comunidad a espacios abiertos para practicar deportes: plazas, canchas, parque	74,8%	25,1%	0,2%	62,0%	37,8%	0,1%
Acceso en su comunidad a clases de alguna actividad deportiva	32,5%	65,6%	1,9%	21,5%	76,4%	2,1%
Acceso en su comunidad a un centro o salón comunal	37,2%	61,9%	0,9%	37,6%	61,9%	0,5%
Acceso en su comunidad a clases/grupos de baile, teatro, pintura, música, etc.	15,3%	82,1%	2,6%	16,2%	81,1%	2,6%

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en CPJ, II Encuesta Nacional de Juventudes, 2012-2013

La Meta Nacional #3 sobre Inactividad Física incluida en la Estrategia Nacional, “Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisible y Obesidad 2013-2021”, publicado en Noviembre del 2014, plantea una reducción relativa del 7% de la prevalencia de insuficiente actividad física. Sin embargo el país no cuenta

con una línea base a nivel nacional en todos los grupos poblacionales, y la forma de preguntar actividad física no se ha estandarizado por lo que se hace necesario enfocar esfuerzos para realizar las mediciones correspondientes en distintos grupos de edad.

CAPITULO V

Logros

LOGROS INSTITUCIONALES

El Ministerio de Salud presenta las principales acciones realizadas durante el 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 hace referencia a los temas que fueron considerados como prioritarios para la Administración Solís Rivera, además expone en forma sucinta los principales aportes de la labor del Ministerio de Salud.

En cada tema presenta 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 año. Todo lo anterior desde la perspectiva de los beneficios que la población percibe a partir de las acciones ejecutadas por la institución.

1 CONTROL INTEGRAL DE VECTORES

Situación del tema:

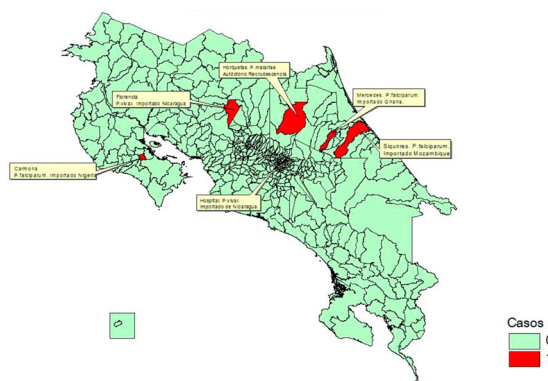
Las enfermedades transmitidas por vectores de mayor riesgo e importancia para la salud pública en Costa Rica son, el dengue, la malaria y la enfermedad de Chagas; debido al impacto individual, colectivo y social y el alto costo que representan para las instituciones la prevención, control y vigilancia de éstas.

A inicios de 1993, el mosquito *Aedes aegypti* se detectó en localidades que históricamente habían estado libres de este vector, como las comunidades de la Meseta Central situadas en

altitudes superiores a los 700 metros sobre el nivel del mar.

Como parte de esta situación, en octubre de 1993, se presentaron los primeros casos de dengue en la Costa Pacífica, extendiéndose en los años siguientes a diferentes áreas del país.

La malaria, por su parte, se ha presentado con características de endemia desde 1990, restableciéndose la transmisión en amplias zonas de la Vertiente Atlántica y dispersándose a otras áreas del país. Se considera área malarica, aproximadamente el 70% de los 51.000 Km² de nuestra superficie territorial, con una población en riesgo estimada para el año 2014 de 1.841.419 habitantes.



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

No obstante, producto de las actividades de control en el marco de la *Estrategia de Atención Integral (EGI)*, la cual involucra la vigilancia de casos, así como vigilancia basada en laboratorio, atención de casos, manejo integrado del vector, manejo del ambiente y participación y comunicación social; se observó una

disminución importante en el número de casos reportados en todas las regiones; destacándose el respaldo político y presupuestario, el abordaje interinstitucional e intrasectorial y la participación comunal.

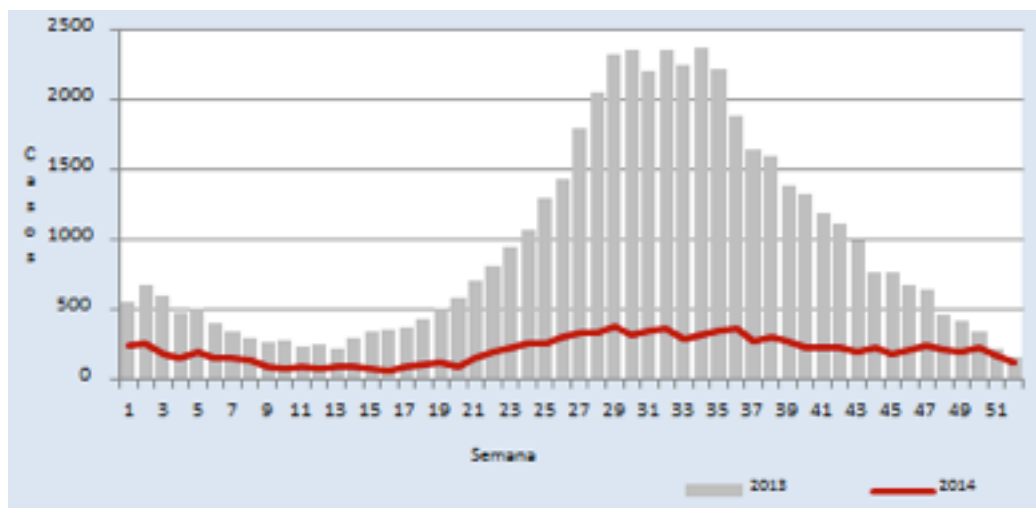
Debido a lo anterior Costa Rica se ubica en la lista de la OPS/OMS para avanzar a corto plazo hacia la eliminación de la malaria. Además nuestro país participa en la iniciativa para la “Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y La Isla Española” (EMMIE) para el año 2020, auspiciada por el Fondo Mundial contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria.

Logros:

- *Control de la transmisión del virus del dengue y reporte de la tasa más baja del último quinquenio.*

En el 2014, se registró la más baja incidencia de dengue de los últimos cinco años con un total de 11.140 casos, manteniéndose prácticamente durante todo el año dentro del corredor endémico, lo que representa una disminución de 77,7 % con respecto al 2013. Además, se registraron únicamente cuatro casos graves de dengue y no se reportó ninguna defunción por esta causa.

Gráfico 5.1
Casos de dengue Costa Rica 2013-2014
Datos a la semana 52



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

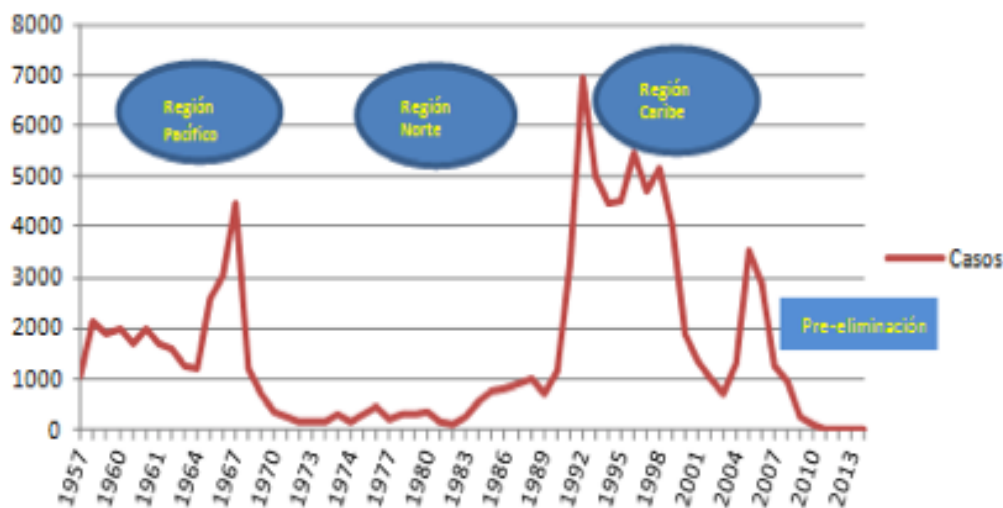
- *El país ha mantenido la tasa de incidencia de malaria durante los dos últimos años, además se encuentra en vías de erradicación de esta enfermedad.*

Con respecto a la malaria, durante el 2014 se registraron solamente 6 casos, manteniendo

la misma incidencia registrada el año pasado de 0.003 de Índice Parasitario Anual, (IPA). De estos casos 05 son importados de los cuales 03 fueron por *P. falciparum* provenientes de África y 02 por *P. vivax* de Nicaragua y el caso de *P. malariae* es una recrudescencia,

todos los casos se confirmaron en el examen microscópico y por la técnica PCR-Tiempo Real en el CNRP-INCIENSA.

Gráfico 5.2
Evolución de la malaria Costa Rica 1957-2014



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

- El país se encuentra en proceso de eliminación del vector de la enfermedad de Chagas.

En cuanto a la enfermedad de Chagas, en el 2014, el Centro Nacional de Referencia en Parasitología(CNRP-INCIENSA) diagnosticaron únicamente treinta casos crónicos y tres casos agudos de Chagas, distribuidos en: La Carpio, San José, Tilarán y otro de Alajuelita. También se logró el tamizaje de esta enfermedad en el 100% de los bancos de sangre.

- Costa Rica se mantiene en la lista de países no endémicos para Filariasis Linfática (FL).

El Programa Global para la Eliminación de la Filariasis Linfática (FL), mantiene clasificado a

Costa Rica en la lista de países no endémicos de FL y en proceso de certificación la eliminación de la transmisión.

Desafíos:

- Fortalecer los recursos humanos en Manejo Integrado de Vectores (MIV), así como capacitar en temas clave, entre ellos la entomología.
- Monitoreo y evaluación de los lineamientos técnicos de vigilancia y control.
- Fortalecer Equipos Locales para que el MIV sea priorizado.

2 MANEJO DE LAS ENFERMEDADES VECTORIALES DESDE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BAJO UN ENFOQUE MULTIFACTORIAL

Logros:

- *Estrategia Gestión Integral Contra el Dengue, Mi Comunidad sin Dengue y Espacios libres de criaderos del mosquito Aedes aegypti*

Se desarrolló el Taller de Trabajo Interinstitucional, para dar continuidad a las acciones de lucha contra el dengue, a raíz del Decreto N°37877-S Declaratoria de Interés Público y Nacional de las Acciones que realizan las Autoridades Públicas para atender la Alerta Epidemiológica por Dengue.

Además se desarrollaron estrategias de participación social, intersectorialidad, comunicación social, información y educación para la salud, con el fin de hacer conciencia en la población sobre la importancia de la participación activa en el control de vectores del Dengue, Malaria y Chikungunya.

Desafíos:

- Lograr una participación activa, consciente, reflexiva, crítica e informada en la población para que incidan en la toma de decisiones del problema.
- Progresar hacia la igualdad de oportunidades, la equidad y la justicia social, desarrollando los medios que permitan a toda la población alcanzar al máximo su salud potencial.

3. GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS

Situación del tema:

Según estimaciones del Censo Nacional 2011, se estimó que para el 2006, en Costa Rica se generaron aproximadamente 3.784 toneladas de residuos ordinarios por día, mientras que para el 2011 se estima que en promedio se produjeron 3.955 toneladas diarias y para el 2014 se generaron 4.000 toneladas diarias.

Como puede observarse, en el cuadro No.5.1, en Costa Rica existen 6 rellenos sanitarios, 2 reconversiones de vertedero a relleno sanitario, 12 vertederos en proceso de cierre técnico, 4 rellenos sanitarios en proceso de cierre técnico y aún funcionan 25 vertederos, de los cual 7 están ubicados en la Región Central Este, 5 en la Región Brunca y 4 en la Región Chorotega.

Cuadro N° 5.1
Depósitos de residuos sólidos, según tipo, condición y región
Costa Rica, 2014

Región	Número de vertederos	Número de reconversiones de vertedero a relleno sanitario	Número de rellenos sanitarios	Número de rellenos sanitarios en proceso de cierre técnico	Número de vertederos en proceso de cierre técnico
Central Sur	0	0	2	1	0
Central Norte	2	0	0	1	1
Central Este	7	0	1	0	0
Central de Occidente	2	0	0	0	0
Huetar Caribe	0	0	1	1	2
Huetar Norte	3	0	0	0	1
Pacífico Central	2	1	2	1	1
Chorotega	4	1	0	0	5
Brunca	5	0	0	0	2
TOTAL	25	2	6	4	12

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

Logros:

- *Incremento en la cantidad de cantones del país con Planes Municipales de Gestión Integral de Residuos (PMGIR)*

Actualmente 64 cantones cuentan con un Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos (PMGIR), lo que representa un 79% de las Municipalidades del país, lo que permite que se dé una adecuada planificación para el manejo de este tema.

- *Manejo de residuos en armonía con el ambiente y sanitariamente seguros.*

Registro de 140 de gestores autorizados, que son aquellas empresas que realizan el manejo de los residuos de manera ambiental y sanitariamente seguras. Esta información está disponible para la población en la página web del Ministerio de Salud.

- *Georeferenciación de sitios de disposición de residuos sólidos.*

Se logró mapear (<http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-informacion/material-publicado/articulos>), la información de los diferentes sitios de disposición (vertederos y rellenos sanitarios), indicando su ubicación georreferenciada, la información general de la actividad, instalaciones presentes en el terreno, características biofísicas del sitio, manipulación de residuos peligrosos y especiales, entre otros aspectos de relevancia para la toma de decisiones.

- *Vigilancia mediante el muestreo de pozos de aguas subterráneas, lixiviados y emisiones de gases.*

Desarrollo de un instrumento regulatorio para establecer parámetros en el tema de olores, para vertederos y rellenos sanitarios. Se inició

con el muestreo de pozos para el monitoreo de aguas subterráneas, lixiviados y emisiones de gases, así como dos rondas de muestreos de emisiones de gases (metano, dióxido de carbono, compuestos orgánicos volátiles carbonilos) en tres rellenos sanitarios.

Desafíos:

- Incrementar el número de municipalidades que cuentan e implementan los PMGIR
- Incrementar los volúmenes de residuos valorizados, con el consecuente impacto positivo sobre el ambiente humano.
- Continuar con las acciones de acompañamiento a las Municipalidades.
- Seguir con la abogacía ante las Municipalidades que aún no cuentan con su respectivo Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos.

4 AGUAS RESIDUALES

Situación del tema:

La legislación costarricense establece que todo ente generador de aguas residuales debe contar con un sistema de tratamiento de sus efluentes cuando son vertidos a cuerpos receptores, alcantarillados sanitarios o reusados una vez que han sido tratadas. Es decir, obliga a los principales contaminadores de las aguas residuales a tratar sus vertidos, estableciendo límites de concentración de los principales contaminantes que no deben ser excedidos para no afectar la salud pública ni el ambiente de nuestro país.

La principal herramienta normativa con que cuenta el país en este sentido lo constituye el Reglamento de Vertido y Reúso de Aguas Residuales, Decreto Ejecutivo N° 33601.S.MINAE publicado el 19 de marzo del 2007. Una de las “novedades” con que cuenta este Reglamento es la posibilidad de que el Ministerio de Salud pueda efectuar muestreos de las aguas residuales descargadas, empleando personal contratado de laboratorios con pruebas acreditadas, que permitan verificar la veracidad de los resultados que se deben suministrar periódicamente a este Ministerio. Este proceso de toma de muestras y su análisis por un laboratorio contratado por el Ministerio de Salud y el informe de inspección respectivo elaborado por funcionarios del Ministerio constituye en términos generales el término denominado “Vigilancia Estatal” que señala el artículo 58 del DE. N° 33601.S.MINAE.

Por diversas razones no es sino hasta el 2014 que se inició, de manera formal, la implementación del procedimiento de Vigilancia Estatal por parte del Ministerio de Salud con la contratación del Laboratorio de Análisis Ambiental de la Universidad Nacional y la selección de un ente generador de aguas residuales en cada una de las 86 Áreas Rectoras de Salud

Logros:

- *Evaluación del desempeño de los Sistemas de tratamientos de aguas residuales.*

Se evaluó el desempeño de los sistemas de tratamiento de aguas residuales de 82 establecimientos seleccionados por las Áreas

Rectoras de Salud, mediante el Proceso de Control Estatal o Control Cruzado de Entes Generadores de Aguas Residuales, lo que permitió sensibilizarlos sobre la importancia y conveniencia de operar y mantener en excelentes condiciones los sistemas de tratamiento de aguas residuales, a fin de ajustarse a los límites establecidos y tratar sus vertidos lo que incide directamente en un menor grado de contaminación de los cuerpos receptores del país (ríos, quebradas, arroyos, lagos, mar y otros) con los beneficios consiguientes en la Salud Pública y el Ambiente.

Desafíos:

- Consolidación de la Vigilancia Estatal en Aguas Residuales que consolide la implementación de esta labor a nivel nacional.
- Contar con la capacitación necesaria del personal que realiza esta labor.

5 AGUA POTABLE

Situación del tema:

Según los resultados del Censo realizado en el 2011, Costa Rica presenta una población total de 4.301.712 habitantes. Las coberturas con instalaciones de saneamiento mejoradas con acceso al 95% de la población y fuentes de agua potable mejoradas, alcanzaron el 98% de la población total, según información de UNICEF. Se estima en un 2% aquella población que carece de acceso a agua intradomiciliar comprendiendo zona rural dispersa y de cuya calidad se desconoce.

Logros:

- *Vigilancia para garantizar la inocuidad del agua a la población.*

Se garantizó la inocuidad del agua a las comunidades de Cairo, Milano y Luisiana cuyas fuentes se contaminaron con residuos de plaguicidas debido a actividad agrícola cercana a ellas. A estas comunidades se les dotó de agua potable por medio de camiones cisterna. Además se realizó monitoreo periódico de la calidad del agua en las fuentes y red de distribución de los acueductos de éstas. Asimismo, la institución da seguimiento a las obras de construcción de los nuevos acueductos que están en proceso. Este logro está asociado a la conducción del Ministerio de Salud de la "Comisión Interinstitucional PLAN UNICO", la cual fue conformada en respuesta a los votos de la constitución N°2009-090040 y N°2009-09041, relacionado con la educación de agua potable a las comunidades antes señaladas.

- *Instalación de filtros Kanchan para remover el arsénico presente en el agua potable de comunidades*

Se instalaron 1.183 filtros Kanchan (Cuadro N°5.2), para remover el arsénico presente en el agua potable de las comunidades de Bagaces y Cañas. Además se coordinó la "Comisión de Agua Segura" la cual facilitó la adquisición e instalación de estos filtros.

Cuadro N° 5.2
Filtros Kanchan instalados según comunidad, en números absolutos
Costa Rica, 2014

Comunidad	N° de filtros instalados
Agua caliente	131
Falconiana	72
El recreo	25
Montenegro	254
Quintas don miguel	52
El chile	151
Bagatzi	45
Bebedero de bagaces	93
Bebedero de cañas	360
Total	1183

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

- *Análisis de factores de riesgo en fuentes y tanques de almacenamiento de acueductos.*

almacenamiento de 189 acueductos seleccionados de seis regiones del país, en los cuales se aplicó la Guía SERSA en cumplimiento de la meta sectorial del Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 y del POA 2014.

Se realizó análisis de los factores de riesgo detectados en las fuentes y tanques de

Cuadro N° 5.3
Guías de Inspección SERSA Aplicadas, según Región del País
Costa Rica 2014

Región	Guías aplicadas	Motivo de inspección				
		Vigilancia	Denuncia	Seguimiento	Psf*	Brote
Central Sur	62	62	3	6	-	-
Central Norte	25	14	8		4	
Central Este	29	29	-	-	-	-
Central Occidente	13	13	-	-	-	-
Chorotega	6	1	-	3	2	-
Pacífico Central	54	34	8	12	-	-
Huetar Caribe	Nd	-	-	-	-	-
Brunca	Nd	-	-	-	-	-
Huetar Norte	Nd	-	-	-	-	-
Total	189	153	19	21	6	

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

(*): Como requisito para otorgar Permiso de Funcionamiento

ND: No hay datos a momento

Desafíos:

- Establecer alianzas estratégicas con diferentes actores sociales con el fin de atender los problemas prioritarios identificados.
- Velar porque las fuentes de agua no estén contaminadas con metales pesados y residuos de agroquímicos, cuyo costo de potabilización es elevado y pone en riesgo la salud de la población.

6 CALIDAD DEL AIRE

Situación del tema:

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 constituye 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; por su parte, las fuentes fijas también dan un aporte

importante en zonas industriales; razón por la cual se debe seguir reforzando las medidas de prevención, control y mitigación en estos aspectos.

La Protección de la Calidad Ambiental en Costa Rica se encuentra establecida desde la Constitución Política, la promulgación de la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ambiente. Además, se ha venido introduciendo normativas específicas relacionadas con la prevención de la contaminación y con el control y monitoreo de los agentes que pueden afectar la calidad del ambiente.

Por otra parte, con la promulgación de la Ley No. 9028 "Ley General de Control de Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud" y su Reglamento, se establece la prohibición de fumar en bares, restaurantes y otros sitios.

Desafíos:

- Regulación de la importación de vehículos usados.
- Definición de una política de mejora de combustibles.
- Formulación de un plan integral de intervención que permita entre otros: establecer normas nacionales para las concentraciones de PM 2,5 vigilancia sistemática de este contaminante, en los distintos centros urbanos.
- Fortalecer la vigilancia estatal y aumentar el número de inspecciones a entes generadores de contaminantes

atmosféricos provenientes de calderas y hornos de tipo indirecto.

- Capacitar a los funcionarios de las regiones y áreas rectoras de salud para la implementación de la vigilancia estatal en el tema de aire.
- Determinar la línea base de los contaminantes atmosféricos: nicotina, dióxido de azufre (SO₂), óxido de nitrógeno (NO), dióxido de nitrógeno (NO₂), ozono (O₃) y sulfuro de hidrógeno (H₂S), producidos por la combustión de los cigarrillos de tabaco en los alrededores de los principales centros de reunión.

7 REGISTRO Y CONTROL DE PRODUCTOS DE INTERÉS SANITARIO

Situación del tema:

El aumento del comercio internacional de mercancías así como el desarrollo tecnológico han permitido que exista un incremento en la oferta de productos de interés sanitario; lo cual se evidencia en la variedad de alimentos, medicamentos, productos de higiene, dispositivos médicos, entre otros, en formas y presentaciones que no imaginábamos y procedentes de todas partes del mundo.

A consecuencia de este incremento en la oferta, también aumenta la necesidad de mejorar las acciones de control tanto previas a la comercialización como las que se deben efectuar en aduanas y en el mercado. Es importante que estas acciones no retarden o perjudiquen en forma injustificada o poco racional el comercio de las mercancías, por lo

que debe establecerse un punto de equilibrio, mediante la revisión y ajuste de la normativa en forma permanente.

Logros:

- *Disminución en los tiempos de atención de los trámites de registro de productos de interés sanitario.*

Se ajustaron los tiempos de atención de los trámites de registro sanitario a los plazos establecidos en el decreto N° 38409 Reforma al Reglamento para el Funcionamiento y la utilización del portal “Regístrelo”. Se ha logrado estar “al día” con dichos trámites, lo cual ha producido un aumento en el número de productos registrados y por lo tanto una mayor oferta de los mismos en el mercado y una mayor satisfacción del usuario. El plazo para el registro de alimentos pasó de un mes para la atención de los mismos a menos de una semana, lo cual representa aproximadamente el 75% de reducción del plazo.

- *Análisis y control de productos de interés sanitario.*

Se incrementó en un 10% el número de cosméticos y productos naturales medicinales analizados y controlados.

Como parte del control de productos biomédicos, se inició el análisis de la elongación y permeabilidad de los condones, a fin de medir la seguridad de los mismos.

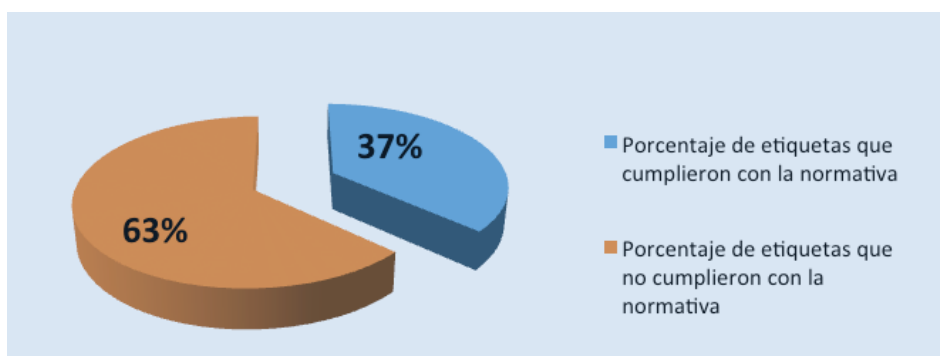
Se amplió el tipo de determinaciones químicas que se realizan para el control del arroz, además de la fortificación del mismo se

realizaron pruebas para medir el contenido de arsénico, el cual puede llegar a ser un riesgo para la salud.

Además se realizó control sobre el etiquetado de los plaguicidas de uso doméstico como complemento al control de etiquetado de

otros productos químicos peligrosos para ello se visitaron 88 establecimientos en todo el territorio nacional, se evaluaron 949 etiquetas y se encontró que 601 de ellas no cumplían con la normativa, lo cual generó actos administrativos para su corrección.

Gráfico 5.3
Porcentaje de cumplimiento de las etiquetas de productos químicos inspeccionadas, 2014



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Regulación y Productos de Interés

La industria de medicamentos, productos naturales medicinales y cosméticos se ha visto afectada en forma positiva, mejorando sus sistemas de gestión de la calidad a través del acompañamiento dado durante las inspecciones de Buenas Prácticas de Manufactura que las han llevado al

mejoramiento de sus instalaciones, formas de trabajo y gestión de la calidad. Se visitaron cerca de 40 industrias de este tipo y todas implementaron planes remediales para alcanzar los estándares establecidos en la normativa nacional.

Cuadro N° 5.4
Ministerio de Salud, Número de Laboratorios Inspeccionados. 2014

Laboratorios	Medicamentos		Productos Naturales Medicinales	
	Cantidad	*Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
total de laboratorios	30	100	10	100
laboratorios inspeccionados	20	67	4	40
laboratorios con plan remedial	20	67	4	40

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Regulación y Productos de Interés Sanitario, 2014.

- *Garantía de la seguridad e información actualizada de las indicaciones, contraindicaciones y advertencias en el uso de medicamentos.*

Como resultado de la fármaco vigilancia, se modificaron las etiquetas de 23 medicamentos, permitiendo al facultativo y al consumidor tomar decisiones sobre la seguridad de los mismos así como información más actualizada y detallada de las indicaciones, contraindicaciones y advertencias en su uso.

- *Control fiscal de productos de interés sanitario.*

Decomiso de productos que trataron de introducir en forma irregular al país mediante la ejecución de operativos coordinados con la Policía de Control Fiscal y la Dirección General de Aduanas.

- *Plataforma virtual “Regístrelo”*

La implementación del portal “Regístrelo” para la realización de los trámites de registro de productos como naturales medicinales, cosméticos y equipo y material biomédico.

Desafíos:

- Contar con los insumos necesarios para incrementar las acciones de registro y control de productos, así como la disminución en los tiempos de respuesta en la atención de las solicitudes de trámites de registro, planes de control y verificación del cumplimiento de la normativa.

•

- Obtener la certificación de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud como Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional.

8 INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Situación del tema:

En el año 2010 se derogó el decreto ejecutivo 31078-S Reglamento para la Investigación en que Participan Seres Humanos, en acato al pronunciamiento de la Sala Constitucional, esto ocasionó la suspensión de la investigación en salud en el país. Cuatro años después, en abril del 2014 se promulgó la Ley 9234: “Ley Reguladora de Investigación Biomédica”, que obliga al Ministerio de Salud a realizar acciones necesarias para la implementación de esta Ley.

Logros:

- *Fortalecimiento de la investigación biomédica*

Se implementó la ley No. 9234 lo que permitió que de una forma regulada se iniciarán las investigaciones científicas en seres humanos para beneficio y protección de la población, dando respuesta a las necesidades del país en el campo de la investigación biomédica.

Se elaboró el Reglamento de la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, mediante consulta pública en la que participaron más de 200 actores sociales.

Conformación y conducción del Consejo Nacional de Investigación en Salud de acuerdo con lo establecido en la Ley 9234.

Mediante este consejo se ha brindado seguimiento a 6 comités ético científicos y a 55 investigaciones biomédicas, a fin de resguardar los principios éticos y los derechos humanos de la población participante.

Conformación y oficialización del Comité Ético Científico del Ministerio de Salud. Este comité es la única instancia en el país que autoriza investigaciones fase I y de aprobar las investigaciones biomédicas que se realicen en la Institución.

Desafíos:

- Debido a que la investigación en seres humanos constituye un tema sensible y controversial, los procesos son complejos y los tiempos de respuesta muy largos, que no responden a las exigencias de los investigadores.

9 PREVENCIÓN DE TABAQUISMO MEDIANTE ADVERTENCIAS SANITARIAS EN EMPAQUES DE PRODUCTOS DE TABACO Y SUS DERIVADOS

Situación del tema:

El tabaco es una de las principales causas de muerte, más que cualquier otra sustancia psicoactiva debido a que se asocia con más de 25 enfermedades, entre ellas, el 30% de

todos los tipos de cáncer (de labios, de la cavidad oral como boca, lengua y garganta y de tráquea), las enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema y asma; además es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares.

En marzo de 2012 se promulgó 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 mismo. El 26 de junio del 2012 se publicó el Reglamento a la Ley.

Para 2013 se hizo entrega de los diseños de Advertencias Sanitarias a los productores, importadores y distribuidores de productos de tabaco y sus derivados inscritos en la base de datos de “Declaraciones Juradas de Contenidos y Emisiones de Productos de Tabaco y sus Derivados”, para ser colocadas en los empaques primarios y secundarios esos productos, de acuerdo a lo establecido en la Ley 9028 y el Decreto Ejecutivo N° 37778-S, Reglamento de etiquetado de los productos de tabaco y sus derivados.

Cuadro N° 5.5
Prevalencia de consumo de tabaco por año, según sexo
Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010. Estimación de años 2013, 2014, 2015

Año	1990	1995	2001	2006	2010	2013	2014	2015
Hombres	29.4	29.6	25.5	23.2	20.5	17.9	17.0	16.1
Mujeres	9.2	9.0	9.2	9.4	10.1		10.8	11.0
Total	19.3	19.3	17.2	16.4	15.1	14.0	13.6	13.2

En el cuadro anterior y los siguientes gráficos se observa que la prevalencia del consumo de tabaco ha ido disminuyendo, en especial en el sexo masculino, por el contrario las mujeres presentan una tendencia ascendente.

La meta anual programada corresponde a una disminución de 0.2 % y con la estimación se observa una disminución de 0.4% a partir de los datos del 2013, superando la estimación planteada al inicio del año 2014.

El Ministerio de Salud, en cumplimiento de su rol rector ha redoblado sus esfuerzos para dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley 9028 mediante la utilización de la tecnología, lo que permitiría el desarrollo de aplicaciones tecnológicas en salud. Según datos del informe del Estado de la Nación el 46% de los hogares cuenta con internet y existe 1,6 teléfonos móviles por persona; lo que hace que estas tecnologías sean accesibles y puedan ser utilizadas en temas de salud.

El Ministerio de Salud cuenta con una plataforma virtual para capacitación, que ha permitido dar cursos en temas importantes de salud a funcionarios de la institución a un costo menor.

Logros:

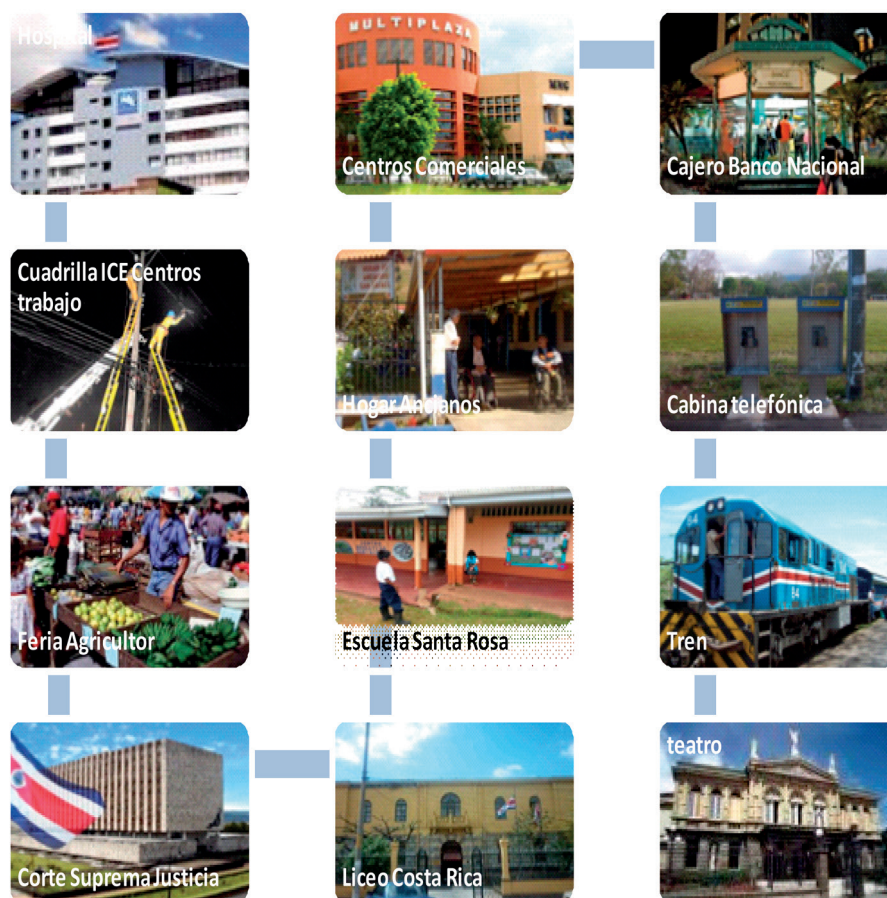
- *Promoción de actividades para disminuir los riesgos de enfermedades atribuibles al tabaco.*

Desarrollo de una cleteada y dos carreras recreativas, con la participación de más de 3500 personas fomentando la actividad física en la población como factor protector.



Alianzas multisectoriales con los actores sociales involucrados en la aplicación de la Ley desde el ámbito de acción de cada institución mediante la capacitación y por medio de operativos institucionales e intersectoriales en diferentes zonas del país para controlar y fiscaliza la ley 9028 optimizando el uso de los recursos y evitando la duplicación de acciones para hacer efectivas las medidas de control tendientes a disminuir el consumo de tabaco.

Promoción de ambientes 100% libres de la exposición al humo de tabaco de acuerdo a la Ley 9028 y su Reglamento, en establecimientos públicos y privadas disminuyéndose los riesgos de enfermedades atribuibles al tabaco. En los sitios prohibidos para fumar se protege a la ciudadanía del humo de segunda mano que se produce en el ambiente o fumar pasivamente, lo que lleva a que la población esté informada y concientizada con respecto a los derechos de contar con espacios libres de humo de tabaco.



- *Formación de especialistas en el tema del tabaquismo.*

Formación de epidemiólogos de los tres niveles de gestión, lo cual permitirá contar con funcionarios con mayor capacidad de análisis de la situación de salud y del tabaquismo en las comunidades y fortalecer la toma de decisiones basadas en evidencia científica.

- *Implementación de las advertencias sanitarias en los paquetes de los productos de tabaco.*

Entrada en vigencia de las Advertencias Sanitarias en los paquetes de los productos de tabaco que circulan en el país, a fin de que

los consumidores estén informados sobre los efectos que los productos de tabaco tienen en la salud. Las advertencias ilustrativas tienen más probabilidad de llegar a los niños/as y adolescentes, especialmente a los hijos de los fumadores, quienes son vulnerables a los efectos producidos por el humo del tabaco.

Implementación de la primera campaña de advertencias sanitarias, las cuales fueron incluidas en cajetillas de cigarrillos al igual que en diversas formas de presentaciones comerciales de productos de tabaco más tradicionales, como cigarros tipo puro, tabacos de masticar, de enrollar y para pipas, tabacos para narguila y vapeadores con contenido de nicotina.



Se cuenta con 204 productos ingresados a la base de Declaraciones Juradas, esto permite a la ciudadanía verificar que el producto que van a adquirir cumple con los requisitos pertinentes para comercializarse en el país.

- *Desarrollo de aplicaciones virtuales para el tema del tabaco.*

Desarrollo de tres aplicaciones móviles, que permiten:

- Remitir la denuncia en tiempo real, por correo electrónico a la instancia correspondiente para su oportuna atención.

- Promover la autoayuda para la cesación de fumado.
- Mediante el uso de juegos didácticos se sensibiliza a la población infantil sobre sus derechos respecto a la Ley 9028.

Diseño y realización de curso virtual dirigido a funcionarios de los tres niveles de gestión orientado al desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas que les permita trabajar con diversos sectores de la población en temas de salud, así como sensibilizar en la implementación de la Ley 9028.

Desafíos:

- Cambios de estilos de vida y ambiente saludable como elemento fundamental de la promoción de la salud
- Acciones de abogacía a fin de que el Poder Ejecutivo remita a la Asamblea Legislativa, el proyecto de ley para que sea ratificado el Protocolo de Comercio Ilícito de Productos del Tabaco.
- Efectuar estudios ambientales de las emisiones de productos del tabaco.
- Participación de todos los actores involucrados en especial de la empresa privada para presentar la Declaración Jurada de contenidos y de productos de tabaco y sus derivados.

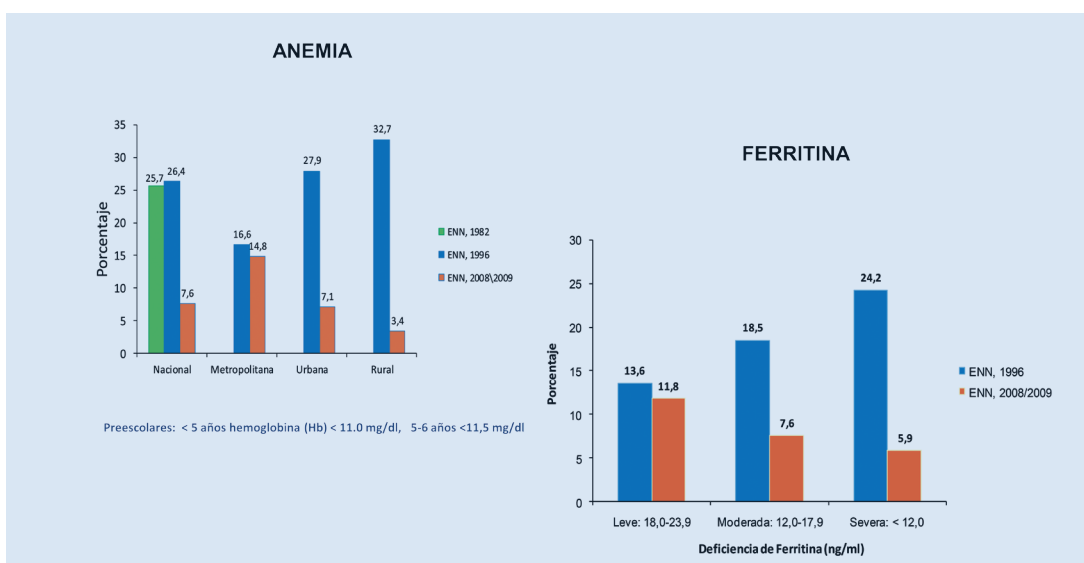
- Mayor utilización de plataformas virtuales para la formación de recursos humanos en salud.
- Mantenimiento adecuado de la plataforma virtual.

10 FORTIFICACIÓN DE ALIMENTOS

Situación del tema:

En la Encuesta Nacional de Nutrición de 1996, se identificaron varios problemas nutricionales como anemia y deficiencia de hierro en población preescolar y mujeres en edad fértil, deficiencia de folatos en mujeres en edad fértil y deficiencia de vitamina A en población preescolar, ante esta situación el Ministerio de Salud implementó la estrategia de fortificación de alimentos entre 1997 y el año 2001 en harina de trigo y maíz con hierro

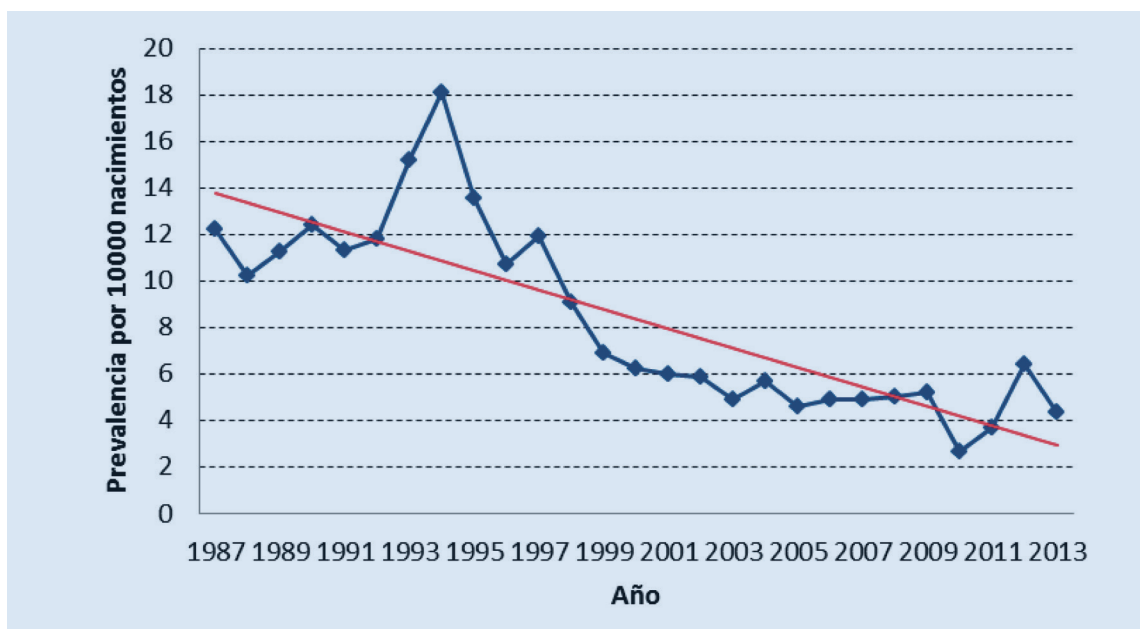
Gráfico 5.4
Prevalencia de anemia y deficiencia de hierro en preescolares
Encuesta Nacional de Nutrición. Costa Rica, 1982-1996-2008 / 2009



y vitaminas del complejo B, leche con hierro, vitamina A y ácido fólico, azúcar con vitamina A y arroz con vitaminas del complejo B, selenio, zinc y vitamina E.

Desde 1972 ya se venía fortificando la sal con yodo y en 1987 se le incorporó flúor; de esta forma Costa Rica se convirtió en un país pionero a nivel mundial en utilizar

Gráfico 5.5
Prevalencia al nacimiento de defectos del tubo neural en Costa Rica 1987-2013



la fortificación de alimentos como política pública para atender un problema de salud de la población.

Con los resultados de la Encuesta Nacional del 2008 y los estudios en comunidades centinela, se muestra que Costa Rica se convierte en el primer país a nivel mundial en reducir las anemias nutricionales a nivel poblacional, dado que se observó una notable reducción de las anemias nutricionales en población de 1 a 6 años y en mujeres en edad fértil¹, así como una reducción de la deficiencia

de folatos en mujeres en edad fértil, como resultado de la fortificación de alimentos con hierro, ácido fólico y vitamina A.

No obstante, datos de la Caja Costarricense de Seguro Social muestran que en la población menor de 2 años todavía se observan porcentajes altos de anemias, debido que a este grupo de población por lo general no llegan los alimentos fortificados.

¹ R. Martorell, M. Ascencio, L. Tacsan, T. Alfaro, et al. Effectiveness evaluation of the food fortification program of Costa Rica: impact on anemia prevalence and hemoglobin concentrations in women and children. Am J Clin Nutr, 10.3945/ajcn.114.097709. Noviembre 2014..

Gráfico 5.6
Prevalencia de anemia y deficiencia de hierro en mujeres en edad fértil
Encuesta Nacional de Nutrición. Costa Rica, 1982-1996-2008 / 2009

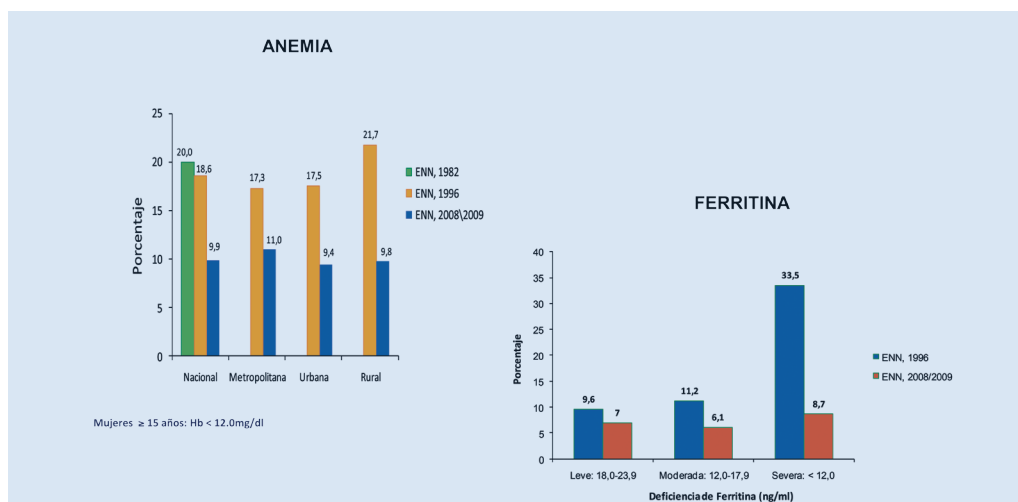
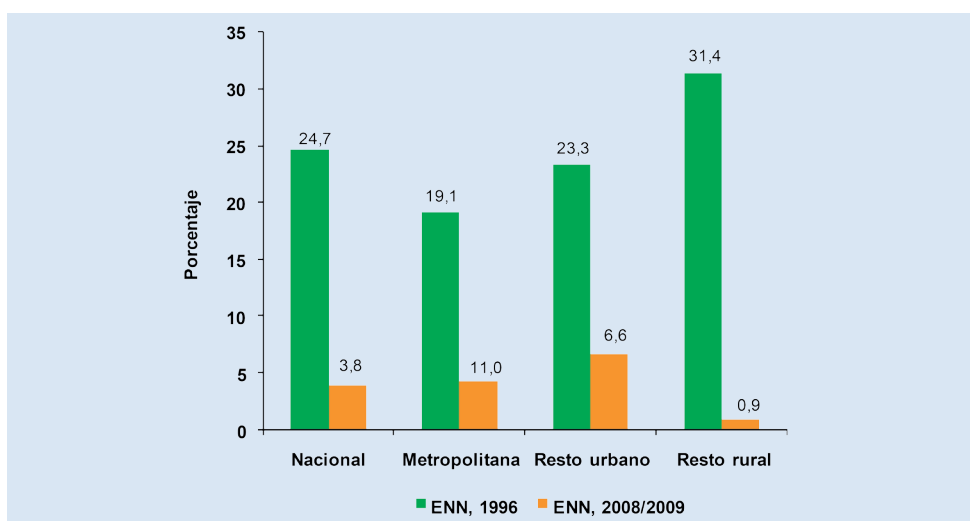


Gráfico 5.7
Prevalencia de deficiencia de folatos en mujeres en edad fértil
Encuesta Nacional de Nutrición. Costa Rica, 1982-1996-2008 / 2009



Logros:

- *Garantía de la fortificación de alimentos*

Alimentos adecuados para el consumo de la población menor de dos años (papillas, sopas y refrescos) fortificados con hierro, vitamina A, zinc y ácido fólico, para ser consumidos por medio de programas sociales, cooperativas

de mujeres y establecimientos comerciales en general a precios accesibles a la población de mayor riesgo. Uno de los productos que es una papilla de avena que se encuentra disponible al público y otros dos productos están siendo valorados por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá.

- *Alianzas estratégicas con el sector privado.*

Fortalecimiento de alianzas estratégicas con el sector privado de la Industria Alimentaria, logrando que ellos asuman los costos de la fortificación.

Desafíos:

- Disponer de los productos de alto valor nutricional en la población de mayor riesgo mediante programas sociales.
- Promover la distribución, disponibilidad y competitividad de estos productos en los comercios a nivel nacional.

11 NEFROPATÍA MESOAMERICANA

Situación del tema:

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública que afecta la población de Centroamérica y República Dominicana. Dada la sobrecarga e incapacidad de respuesta de los servicios de salud, muertes prematuras, deterioro de la calidad de vida y los costos que genera tanto pacientes como a sus familiares sumergiéndolos en un círculo de sufrimiento y pobreza.

Dentro del grupo de las ERC sobresale una entidad clínica de etiología aún no determinada y el análisis de los datos disponibles permite señalar que ésta afecta principalmente a hombres jóvenes que se dedican a trabajos físicos agrícolas.

Logro:

- *Establecimiento de comisiones que regulen las acciones de prevención y reducción en el tema de nefropatía mesoamericana.*

Publicación del decreto ejecutivo No. 38372-S de la Comisión de Gestión Institucional de Nefropatía Mesoamericana y la Comisión Nacional Institucional de Nefropatía Mesoamericana, que regula las acciones de prevención, reducción y atención del problema en beneficio directo de la población.

“Reglamento de Protección de Personas Trabajadoras Expuestas a Factores de Riesgo Asociados con la Enfermedad Renal Crónica de Causas no Tradicionales”, que regula las condiciones de salud de los trabajadores agrícolas, de la construcción y minería que realizan trabajo fuerte expuestos a altas temperaturas lo que ha sido identificado como factor de riesgo.

Elaboración de la Norma Nacional para la Prevención, Detección y Atención a las Personas con Enfermedad Renal Crónica, con el fin de lograr la detección temprana y enfocada a la promoción y prevención de dicho problema de salud pública. Actualmente se encuentra en proceso de validación.

12 ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Situación del tema:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso (altamente asociadas con las enfermedades crónicas) han alcanzado carácter de epidemia a nivel mundial. Más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso y de ellas, al menos 300 millones son obesas. En los niños y adolescentes, el problema se hace más grave ya que, de no tomar medidas a tiempo sobre sus hábitos, existe una alta

probabilidad de que el niño obeso se convierta en un adulto obeso.

En Costa Rica, la Encuesta Global de Salud Escolar (2009) dirigida a adolescentes escolarizados de 13 a 15 años de edad, mostró una prevalencia de sobrepeso de 28,3% en mujeres y de 27,6% en hombres y una prevalencia de obesidad del 7,9% en mujeres y de 9,7% en hombres. Además, reveló que sólo un 31,7% de los estudiantes consume frutas y una proporción menor, 18,7%, consume vegetales. Además, sólo un 27,4% reportó realizar actividades que los mantuvieron físicamente activos por un total de al menos 60 minutos por día. El 44,2% de los estudiantes realizan actividades sentados tres o más horas por día, cuando no están en el colegio o haciendo sus tareas escolares.

Dado lo anterior, el Ministerio de Salud en cumplimiento de su rol rector de posicionar

la salud como valor social en la población, implementó, en coordinación con el Ministerio de Educación Pública, el “Plan *Movéte Disfrutá la Vida* 2012 -2014 ”, con el objetivo de posicionar la alimentación saludable y la actividad física en la población adolescente escolarizada de 13 a 15 años.

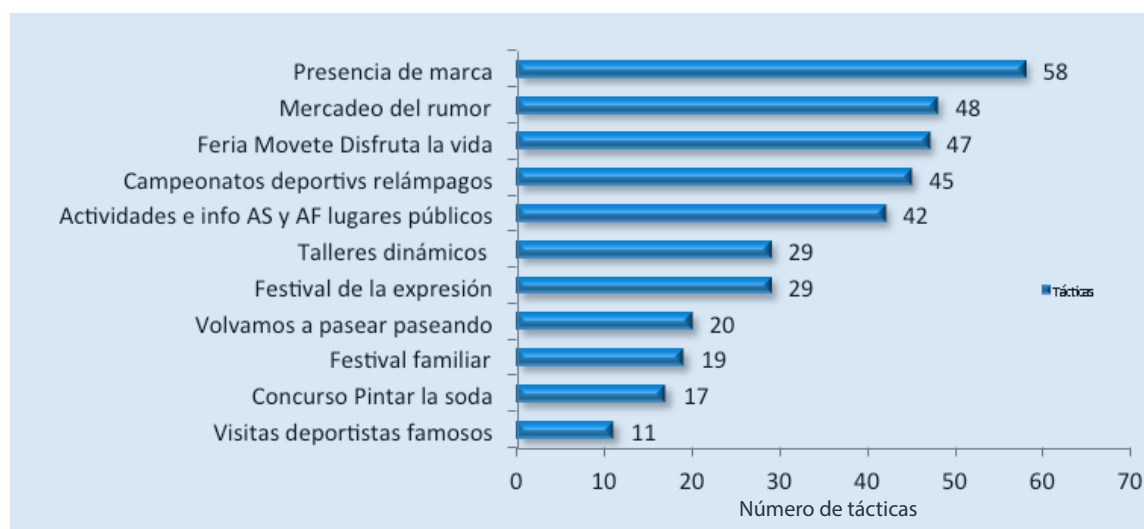
Logro:

- *Desarrollo del “Plan Movéte Disfrutá la Vida 2012 -2014”*

Los colegios beneficiados con el plan fueron 92 por lo que la participación fue de 88.500 estudiantes.

Las tácticas y dinámicas para el desarrollo de este plan tuvieron gran acogida por parte de los estudiantes, personal docente y directores. En el gráfico 5.8 se muestran las tácticas mayormente implementadas.

Gráfico 5.8
Distribución de tácticas más Implementadas Plan Movete Disfrutá la Vida
Ministerio de Salud Informe de Cierre 2013- 2014
(en absoluto)



Una de las tácticas para este plan fue una campaña publicitaria que se realizó tanto en internet, como en medios masivos y las mediciones realizadas para conocer el éxito

de ésta mostraron que los objetivos y metas alcanzadas superaron las metas propuestas, como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 5.8
Mediciones de la campaña

Categoría	Licitados	Obtenidos
Facebook	6.000 “me gusta” 88.582 de alcance	9.407 “me gusta” 94.417 de alcance
Medios masivos		99.48% de alcance 99% afinidad obtenida
Web		+0.15% de CTR

Fuente: Ministerio de Salud Unidad de Entornos Saludables – Dirección de Promoción de la Salud

Como se observa en el cuadro 5.8, la campaña masiva de información tuvo un alcance acumulado de 99.48% del mercado meta definido y los valores de afinidad de los medios de comunicación escogidos tuvieron valores de más del 99%, superando con creces los valores de alcance y afinidad de campañas exitosas.

El CTR, que es una de las métricas más importantes y fundamentales para medir la eficiencia de las campañas publicitarias en internet, fue superior a 0.15%, lo que significa que la campaña fue excelente.

En Facebook, la cantidad de me gusta licitados: 6000, Cantidad de “me gusta” obtenidos: 9407, Alcance licitado: 88582 (en público target) Alcance obtenido: Más de 94,417 mil (Target 13 a 15 años).

En relación con el efecto del plan sobre el comportamiento alimentario y de actividad física en los adolescentes, la última medición realizada por la Dirección de Promoción de

la Salud al cierre del plan en noviembre de 2014, mostró que un 34,9% de los estudiantes consumía 2 o más frutas diaras, un 38% consumía 2 o más vegetales diarios y un 64% realizaba actividad física al menos 3 días a la semana.

Si revisamos el consumo de una o más frutas y vegetales diarios, los porcentajes aumentan considerablemente, ya que un 57% de los estudiantes consumía 1 o más frutas al día y un 61% consumía vegetales 1 o más veces al día.

Estos datos, aunque no son comparables con los de la Encuesta Global de Salud Escolar 2009, que se dirigió a los adolescentes escolarizados de 13 a 15 años de todo el país, muestra un ambiente favorable en los colegios que participaron del plan (92), para continuar realizando de manera sostenida, estrategias que incidan directamente en sus estilos de vida y logren un cambio cultural en el comportamiento alimentario y de actividad física en los adolescentes.

Desafíos:

Lograr un cambio cultural en el comportamiento alimentario y de actividad física de los adolescentes que se refleje en las estadísticas del país.

Alianzas intersectoriales que conlleven acciones integradas e integrales dirigidas entre otros objetivos, a impactar determinantes de la salud.

13 SALUD MENTAL

Situación del tema:

En este tema se busca la transformación de servicios de salud, pasando del modelo tradicional hacia un modelo de promoción y atención integral de la salud mental centrado en la comunidad, por medio de la desconcentración de los recursos materiales, humanos y financieros, apoyado con acciones rectoras del Ministerio de Salud para articular la capacidad resolutive de la red de servicios oportunos y de calidad, con énfasis en el primer nivel de atención.

Logros:

- *Fortalecimiento de la capacidad rectora en salud mental.*

Ley N° 9213, publicada en la Gaceta oficial el 8 de abril del 2014, viene a fortalecer el tema de la salud mental y asigna recursos para el desarrollo de las acciones institucionales en el tema.

Creación Secretaría Técnica de Salud Mental, como el órgano coordinador a nivel nacional en el área de la salud mental.

Presentación del Plan Nacional de Costa Rica contra el Alzheimer en la OMS.

Introducción de la salud mental como un tema prioritario en el Consejo Directivo OPS/OMS.

Alianzas con múltiples actores sociales clave en la producción social de la salud mental.

Validación de la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio.

Posicionamiento de la salud mental como tema prioritario de salud pública, en foros como el Consejo DIRECTIVO DE LA OPS/OMS, COMISCA, RESSCAD, así como un componente básico del modelo de prestación de servicios de salud público y privado.

Capacitaciones a equipos regionales y áreas rectoras en distintos temas relacionados con la salud mental.

- *Reestructuración del modelo tradicional de atención de la salud mental.*

Dirigido a un modelo comunitario de promoción y atención integral de la salud mental de la población que habita en el territorio costarricense a lo largo del ciclo de vida.

- *Mejoras en el registro oportuno y vigilancia de las enfermedades mentales.*

Mejoras en el registro oportuno y vigilancia de la depresión, la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, el intento de suicidio y el suicidio para favorecer la toma de decisiones oportunas en beneficio de la población con estos trastornos de alta prevalencia en el país,

mediante la capacitación y divulgación del Decreto Ejecutivo N°37306.

Desafíos:

Fortalecer el proceso de desconcentración de recursos humanos, materiales y financieros hacia niveles comunitarios para facilitar el acceso, la detección oportuna y la prevención de personas con problemas y enfermedades mentales, así como la reducción del estigma social hacia la enfermedad mental.

14 CUIDADOS PALIATIVOS

Situación del tema:

A nivel nacional existen cincuenta y ocho Unidades de Cuidados Paliativos identificadas a nivel nacional. Cuarenta y siete de ellas pertenecen a la Red Nacional de Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense de Seguro Social liderada por el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, y las 11 restantes, son lideradas por Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

La Ley N° 8718 denominada “Autorización para el Cambio de Nombre de la Junta de Protección Social y Establecimiento de la Distribución de Rentas de las Loterías Nacionales”, establece los mecanismos para la distribución de la utilidad neta de las loterías, los juegos y otros productos de azar, considerando las Unidades de Cuidados Paliativos o de Control del Dolor, como un grupo prioritario.

Esta ley establece como requisito adicional para la emisión oportuna del dinero de las

loterías, que esas Unidades de Cuidados Paliativos deben tener una condición regular ante los requerimientos de fiscalización que establece el Ministerio de Salud.

Logros:

- *Aseguramiento de la calidad de la atención en los centros de cuidado paliativo.*

Durante este año fueron visitadas 38 de estas unidades, por la respectiva Área Rectora de Salud para aplicar el cuestionario Habilitación de Establecimientos que brindan Atención en Cuidados Paliativos, Modalidad Ambulatoria y Domiciliar y emitir los actos administrativos correspondientes para atender las no conformidades que se revelen de la aplicación de dicho cuestionario. Ello representa un peso del 65% del universo total.

Desafíos:

- Alcanzar el 100% de visitas y emisión de actos administrativos correspondientes para atender las no conformidades encontradas en los recintos -sede de las Unidades de Cuidados Paliativos.
- Garantizar la sostenibilidad en las condiciones idóneas de índole físico sanitario de los inmuebles a lo largo del tiempo.
- Unidades de Cuidados Paliativos, como estrategia de acompañamiento o asesoría técnica en el tema específico.
- Revisión con la Junta de Protección Social, de posibles opciones de financiamiento en el tema.

15 RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Situación del tema:

El Ministerio de Salud como ente Rector en salud, debe ejercer un seguimiento y control sobre la disponibilidad de los recursos humanos en el campo de la salud. Dentro de las funciones esenciales de salud pública, es necesario que se lidere en este campo, ya que se requiere contar con los datos sobre la cantidad y distribución de los profesionales en salud, realizar evaluaciones sobre las necesidades y calidad de éstos y propiciar el mejoramiento de las competencias de esos recursos.

Todo lo anterior conlleva a la planificación de recursos humanos y a la formulación de políticas públicas en este campo. Si bien es cierto se cuenta con la información en diferentes entes e instituciones públicas, el Ministerio tiene la obligación de tenerla a disposición a fin de generar información oportuna y confiable para el país. Por lo tanto, el tema de los recursos humanos en salud dentro del contexto nacional, debe fortalecerse a fin de que los servicios en salud mejoren su calidad, mediante una distribución equitativa de los profesionales en salud.

Gráfico 5.9
Funciones esenciales de salud pública, Costa Rica
Mediciones 2014 y 2001



Logros:

- *Desarrollo y fortalecimiento del Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud (SINARHUS)*

Se obtuvo un aumento del 50% el ingreso al sistema por parte de las instituciones prestadoras de servicios en salud y del 90 % de los Colegios Profesionales en Salud, así como 25% de los entes formadores en salud públicos y privados en salud.

Desafíos:

- Integrar el 100% de los actores que se definieron para su ingreso en el Sistema, así como también mejorar el software, y realizar los análisis correspondientes una vez que se genere la información.

16 HOSPITALES SEGUROS ANTE LOS DESASTRES

Situación del tema:

Los países de América y de todos los otros continentes, acordaron adoptar “hospitales seguros frente a los desastres”, como una política nacional de reducción de riesgos, con el fin de lograr que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de protección que garantice mejor su capacidad de seguir funcionando en las situaciones de desastre y que implanten medidas adecuadas de mitigación para reforzar los establecimientos de salud existentes, especialmente los que brindan atención primaria. Congruente con lo anterior en el 50° Consejo Directivo de la OMS,

62° sesión, se establece el Plan de Acción de Hospitales Seguros (HS).

Logros

- *Evaluación de los hospitales del país y sus condiciones de funcionamiento ante un desastre.*

Se evaluaron 23 de los 29 hospitales del país y se logró determinar que el 67% de éstos están ubicados en zonas de riesgo. Además los resultados de la evaluación indican que solo el 39% de hospitales tiene la probabilidad de seguir funcionando después de un desastre y que el 15% requiere medidas urgentes.

- *Implementación de instrumentos para control de estructuras hospitalarias.*

Se están implementando hojas electrónicas de control estadístico y programas de diseño con las consideraciones del instrumento de revisión de estructuras hospitalarias, así como en los hospitales privados y de la CCSS.

Desafíos:

- Desarrollar sistemas de información para incorporar las medidas de Hospital Seguro en construcciones nuevas, reparaciones o mejoras.
- Uso de reglamentos concomitantes, uno de ellos, Código Sísmico de Costa Rica.
- Actualizar las normas de diseño, construcción y funcionamiento en establecimientos de salud.

17 MEDICIÓN DEL GASTO ANTE LA RESPUESTA DEL VIH-SIDA “MEGAS 2012”

Situación del tema:

La epidemia de VIH/Sida constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial y tiene implicaciones importantes a nivel social, laboral y económico y Costa Rica no escapa de esta situación. Esta epidemia se sigue expandiendo rápidamente, causando sufrimiento en numerosas familias, e impactando las economías y en los servicios de salud del país.

La situación epidemiológica del VIH y Sida en el país es concentrada y de baja prevalencia. Tiene una tendencia a la disminución de la relación entre hombres y mujeres y está ubicada mayoritariamente en las zonas urbanas de la Gran Área Metropolitana (GAM). Por otra parte, su vía principal de transmisión es la sexual y la epidemia predomina en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, principalmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadores del sexo (TS).

De manera que, la población más afectada por la epidemia es los HSH, sin embargo es la categoría que menos recursos recibe, siendo esta una de las más vulnerables, y la que más casos nuevos presenta, a esta población se asignó solamente un 5,6% (¢93.584.661), donde se evidencia que el país está gastando más en tratamiento y atención que en programas preventivos dirigidos a poblaciones vulnerables, lo que debe llevar a una reflexión nacional por parte de todos los sectores, con

el fin de propiciar un aumento en la inversión destinada a estas poblaciones vulnerables.

Cabe resaltar que una de las acciones estratégicas realizadas para lograr este objetivo ha sido el tamizaje a mujeres embarazadas. Actualmente, la cobertura de este tamizaje es de solamente un poco más del 50%, con diferencias importantes en las distintas zonas del país.

La Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2012 “MEGAS”, constituye una herramienta importante como evidencia del gasto nacional en la respuesta a la epidemia para la toma de decisiones.

Logros:

- *Medición del gasto de la respuesta nacional ante el VIH y SIDA.*

Se concluyó el estudio de MEGAS, lo que permitió conocer el gasto total en VIH-Sida para el año 2012, el cual fue de ¢11.365 millones (\$22,6 millones, según tipo de cambio ¢502,90/US\$), lo que corresponde a un 0,05% del producto interno bruto y a un 0,46% del gasto en salud, lo que significa un gasto de ¢2363,63 por habitante.

- *Disminución de la transmisión materna infantil del VIH y SIDA.*

Uno de los más importantes logros del país ha sido disminuir la transmisión materna infantil, a tal punto, que desde el año 2010 no se ha registrado ninguna muerte en niños menores de 2 años por esta patología.

Desafíos:

- Aumento en la inversión mediante el desarrollo de nuevos programas preventivos para las poblaciones con más alto riesgo, como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la población transgénero y los trabajadores (as) sexuales

18 NORMALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**Situación del tema:**

La Regulación Sanitaria se define, como el conjunto de acciones preventiva, que lleva a cabo el Estado, mediante su función rectora, ejercida por el Ministerio de Salud le corresponde normar y controlar las condiciones sanitarias del hábitat humano, los establecimientos, las actividades, los productos, los equipos, los vehículos y las personas que puedan representar riesgo o daño a la salud de la población en general, así como para fomentar paralelamente el cuidado de la salud, a través de prácticas de repercusión personal y colectiva. Parte del ejercicio de esta función consiste en elaborar y controlar el marco normativo que se debe acatar.

Logro:

- *Oficialización de normas que establecen los criterios mínimos para que los establecimientos y servicios de salud puedan optar por el Permiso Sanitario de Funcionamiento o como proceder en la atención de patologías específicas, entre ellas:*

1. Decreto 38515-S, Norma Nacional para la Prevención y Atención Integral de las Personas con Cáncer de Piel.
2. Decreto 38514-S, Norma Nacional para la Atención a Personas con Enfermedad Celiaca.
3. Decreto 38377-S, Norma para la Atención Integral a Personas con Cáncer de Mama.
4. Decreto 38376-S, Norma para la Atención a Personas con Cáncer de Pulmón.
5. Decreto 38375-S, Norma Nacional de Soporte Nutricional en la Persona con Cáncer.
6. Decreto 38374-S, Norma para la Atención Integral a Personas con VIH-SIDA.
7. Decreto 38373-S, Norma para la Atención a Personas con Cáncer de Próstata.
8. Decreto 37553-S, Norma para la Habilitación de Establecimientos que brindan Atención en Medicina Quiropráctica Ambulatoria.
9. Decreto 38508-S, Manual de Normas para la Habilitación de Hospitales Generales y Servicios Especiales.

Desafíos:

- Uso de la evidencia científica en la elaboración de la normativa.

- Necesidades de normalización no identificadas.

19 MATERNO INFANTIL

Situación del tema:

Costa Rica muestra una de las tasas de mortalidad infantil más bajas de la región, ocupando el cuarto lugar después de Chile.

La mortalidad infantil en Costa Rica para el 2014 es de 8.01 por mil nacidos vivos, esto quiere decir que por cada 1000 nacidos vivos fallecieron 8 niños menores de un año. Las principales causas son: las originadas en el periodo perinatal como inmadurez extrema con un 28.4% y el Síndrome de Dificultad Respiratoria del recién nacido con un 11.3% y las malformaciones congénitas.

Nuestro país ha mostrado un comportamiento descendente desde hace varias décadas; este descenso se debe en gran parte a los esfuerzos que ha realizado el Ministerio de Salud y la CCSS por medio de diversas acciones como, Mejoramiento en la cobertura y la calidad de la atención prenatal, parto y pos-parto, y del recién nacido, fortalecimiento del Sistema de Análisis de Mortalidad Infantil, mediante el proceso de análisis de los eventos de muertes infantiles que emiten recomendaciones hacia el mejoramiento en la atención de la gestante y del recién nacido, así como la implementación de los programas de vacunación, promoción de la lactancia materna y del Proyecto Mesoamericano-2015 (SM2015) para las regiones Huetar Caribe y Brunca.

El país sigue manteniendo tasas de mortalidad infantil de una cifra, para el 2013 se obtuvo una tasa de 8,66 por mil nacidos vivos y se espera que para el 2014 disminuya aún más. En relación con la mortalidad neonatal, pasó de 6,45 en el 2013 a 6,10 en el 2014, por mil nacidos vivos y la mortalidad postneonatal disminuyó, pasando de 2.21 en el 2013 a 1.85 en el 2014, por mil nacidos vivos (INEC, 2014).

En el caso de la mortalidad materna, la razón alcanzada para el 2013 fue de 1,70 defunciones por cada diez mil nacimientos. Estas cifras colocan al país con muchas posibilidades para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Logros:

- *Reducción de la tasa de mortalidad infantil con respecto al 2013*

La tasa de mortalidad infantil fue de 8.01 por mil nacimientos para el año 2014.

- *La razón de mortalidad materna tuvo un leve incremento durante el 2014 para un 2.9 por 10.000 nacidos vivos.*

Sin embargo, la tendencia de muertes maternas prevenibles se mantiene en un 80%.

- *Oficialización de la Norma Nacional para Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes con Énfasis en Salud Sexual y Reproductiva-Proyecto Salud Mesoamérica SM2015.*
- *Elaboración de la Norma de Atención a las Mujeres Durante el Pos-parto Hospitalario y Ambulatorio.*

Desafíos:

- Continuar y fortalecer el trabajo articulado y las acciones para mantener las tasas de mortalidad infantil y materna.
- Desarrollar acciones conjuntas a fin de erradicar la violencia obstétrica.

20 LACTANCIA MATERNA**Situación del tema:**

La situación actual de la lactancia materna en nuestro país refleja que al nacer un 97,3% de los niños y niñas recibe lactancia materna, y sólo un 21,20% logra recibir lactancia materna de manera exclusiva hasta los 6 meses, esto según los datos de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples del 2010.

Logros:

- *Desarrollo de procedimientos y normativa sobre trámite de publicidad sucedáneos, alimentos complementarios y utensilios conexos.*
- *Certificación del Hospital de Guápiles como Hospital Amigo del Niño, la Niña y la Madre.*

Esta certificación permite fortalecer la promoción de la lactancia materna y sus beneficios en la población.

- *Creación de Salas de Lactancia Materna.*

Veinticuatro hospitales y nueve clínicas de la CCSS y al menos nueve instituciones públicas y establecimientos comerciales cuentan hoy con salas de lactancia materna.

Desafíos:

- Dotar a la Comisión Nacional de Lactancia Materna de los recursos humanos, financieros y materiales.
- Conocer el estado de situación real de la lactancia materna y sus factores condicionantes en nuestro país para la definición de políticas, planes y proyectos.

21 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**Situación del tema:**

La Dirección Nacional de CEN-CINAI es parte de las instituciones que implementan en la actualidad el Proyecto Salud Mesoamérica SM2015 el cual es una iniciativa para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia. De esta manera, se han fortalecido las acciones que la institución realiza con las adolescentes embarazadas, adolescentes madres y sus hijos e hijas, en cantones de bajo Índice de Desarrollo Social (IDS) de las regiones Brunca y Huetar Caribe; para un total de 37 establecimientos CEN-CINAI seleccionados.

El proyecto se desarrolla con apoyo y asistencia técnica del BID y la cooperación financiera de la Iniciativa Salud Mesoamérica SM2015.

Como parte de las actividades, de CEN CINAI se incluye el acompañamiento a las adolescentes embarazadas y adolescentes madres en la tarea de crianza, orientada a la promoción del crecimiento y desarrollo de sus hijas e hijos, así como la educación en temas de Salud Sexual Reproductiva, habilidades para la vida,

alimentación saludable, para contribuir con la prevención de embarazos subsecuentes; apoyando en todo este proceso, su inserción o continuidad en procesos educativos y /o laborales (en caso de que cuente con la edad para ello).

Logros:

- *Capacitación y sensibilización a 110 funcionarios y funcionarias*

En las acciones y estrategias de atención a adolescentes madres.

- *Adquisición de equipo, mobiliario y materiales.*

Con el fin de fortalecer las acciones de vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, readecuar los espacios para grupos de adolescentes y producción de materiales para sesiones educativas para 37 establecimientos de CEN-CINAI.

Desafíos:

- Cumplir satisfactoriamente los indicadores de la primera operación del Proyecto SM2015 que concluye en mayo 2015.
- Contar con los recursos financieros y capacidad técnica para el desarrollo de la segunda etapa a partir del 2016.

22 NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Situación del tema:

En Costa Rica se cuenta con el Código de la Niñez y la Adolescencia.

Logros:

- *Desarrollo del “Manual para la Atención Integral Interinstitucional de Personas Menores de Edad, Víctimas de Trabajo Infantil y sus Peores Formas: Explotación Sexual Comercial y Trata de Personas.*

En coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el PANI, la Dirección General de Migración y la CCSS, se desarrollo el manual para mejorar la detección de situaciones de vulnerabilidad para las personas, niñas, niños y adolescentes.

Desafíos:

- Continuar con las alianzas estratégicas y el apoyo de la cooperación internacional (BID y de la Iniciativa SM2015).
- Fortalecer y articular la asignación de recursos humanos y financieros, así como de los esfuerzos por medio de las comisiones de niñez y adolescencia inter e institucional.

23 ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Situación del tema:

Desde el 2013, se inicia en nuestro país El Programa de Alimentación Escolar y Posibilidades de Compra Directa de la Agricultura Familiar Local, Costa Rica. El programa cuenta con la cooperación internacional Brasil-FAO y tiene como objetivo, fortalecer el proceso de institucionalización de los Programas de Alimentación Escolar (PAE) y las Políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Por otro lado, la reducción de sodio en los alimentos es una medida importante para contribuir a la reducción de la hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. Costa Rica tiene una alta prevalencia de hipertensión arterial en el país que es de 37,8%, según datos de la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular de la CCSS en el 2010. Por esta razón, una de las estrategias de mayor costo efectiva es la reducción del consumo de sal/ sodio en la población, de ahí que se tiene un “Plan Nacional de Reducción del Consumo de Sal/Sodio en la Población, 2011-2021”, con estrategias para lograr la reducción de este componente.

Logros:

- *Fortalecimiento de los programas de alimentación preescolar y escolar.*
- Mediante el desarrollo del plan piloto “Escuelas y CEN-CINAI Sostenibles” el cual fue realizado en 8 escuelas, 4 CEN-CINAI y 4 organizaciones de agricultores familiares de Frailes de Desamparados, San Isidro de Pérez Zeledón y San Vito de Coto Brus.
- *Fomento de estilos de vida saludables asociados particularmente al consumo de sodio.*

Mediante la alianza entre el Ministerio de Salud y la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA) se definieron acciones que incluyen una alimentación saludable y equilibrada, nutricionalmente adecuada. Se identificaron los siguientes grupos de

alimentos como prioritarios: condimentos, salsas, mayonesas, aderezos, repostería, panes, galletas y embutidos.

Desafíos:

- Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud en alimentación y nutrición.
- Alcanzar la reducción de un 15% en el consumo de sodio en nuestro país.
- Disponer de financiamiento nacional como de la cooperación internacional (IDRC-Canadá) a partir del 2016.
- Desarrollar sistemas de información sobre el estado nutricional de los beneficiarios de los programas de alimentación y nutrición infantil, que faciliten el control, la fiscalización y la ejecución óptima para la toma de decisión.

24 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y OBESIDAD

Situación del tema en el país:

Las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), son la principal causa de mortalidad a nivel nacional. Las muertes prematuras (que ocurren entre los 30 y 69 años de edad) por las ECNT, representan el 20% del total de muertes ocurridas en el año 2012, y el 55% del total de muertes en este grupo de edad. Dentro de las muertes prematuras por las ECNT, el cáncer aporta el 50% de las muertes prematuras, seguido de la enfermedad isquémica del corazón con un 26% y la enfermedad cerebro vascular con un 9%.

Logros:

- *Implementación de la “Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Obesidad 2013-2021”*

Esta estrategia tiene como propósito reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las principales enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, diabetes, hipertensión, obesidad, así como sus principales factores de riesgo como el sedentarismo, consumo nocivo de alcohol, consumo de tabaco, estados nocivos a la salud mental: depresión, estrés y contaminantes ambientales. El acuerdo para la implementación de la Estrategia fue firmado en Consejo de Gobierno por 16 jerarcas de Ministerios e instituciones autónomas y afines.

Desafíos:

Movilización de recursos hacia las instancias comprometidas para el desarrollo de capacidad institucional para la vigilancia del cumplimiento de los reglamentos existentes, la calidad de la atención en pacientes con ECNT, así como la habilitación de espacios y recursos.

25 MEJORA REGULATORIA Y SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES

Situación del tema:

La globalización y modernización a nivel mundial han obligado a los estados a

experimentar transformaciones en sus instituciones públicas de manera que sean implementadas estrategias para la consecución de formas más ágiles y simples en la gestión pública.

La población es cada vez más exigente y demanda la eliminación de requisitos innecesarios además, solicitando más claridad en la información que requiere así como, la disminución de los plazos de respuesta.

Logros:

- *Nombramiento del Oficial de Simplificación de Trámites*
- *Nombramiento del Oficial de Simplificación de Trámites.*
- *Conformación de Comisión de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria institucional*
- *Elaboración de Hojas de Ruta para la simplificación de los trámites prioritarios, las cuales están publicadas en la página web oficial del Ministerio.*
- *Ampliación del horario a veinticuatro horas los siete días de la semana (24/7), para la presentación de solicitudes relacionadas con el registro de productos de interés sanitario en el sistema REGISTRELO.*

Desafíos:

- Fortalecimiento de la plataforma informática a fin de que la tramitología y la información a los usuarios sea más eficientes y accesibles.

26 GESTIÓN DEL RIESGO

Situación del país:

El incremento de desastres y de sus víctimas hace que se constituyan en un importante problema de salud pública. Los desastres suelen constituirse cada vez más, en un factor que afecta el desarrollo social, económico y cultural de una nación en la mayoría de los casos, exceden la capacidad de respuesta de las instituciones responsables de atender lo correspondiente. Algunos afectan sensiblemente el medio ambiente, tales como los desastres tecnológicos, sean estos de origen químico, biológico o radiológico, convirtiéndose en verdaderos riesgos para la salud y el ambiente. Costa Rica con su geografía, el desarrollo industrial, la infraestructura vial e institucional existente, así como el ordenamiento territorial, no es la excepción a la regla.

Además, el país debe hacer frente a otro factor determinante que, irremediablemente, incrementa los desastres en el ámbito mundial; los efectos del Cambio Climático reflejado en las inundaciones recurrentes, deslizamientos, sequías, incendios forestales, tornados y huracanes, sin dejar de mencionar los efectos que causan los eventos de origen geotectónico.

A pesar de que el país cuenta con el marco legal que le permite articular los esfuerzos en la aplicación de la Gestión del Riesgo, el Ministerio de Salud y sus esfuerzos

en institucionalizar el tema se han visto limitados. La Administración Solís Rivera, construye el andamiaje necesario para generar los insumos y recursos requeridos para la institucionalización del tema de Gestión Integral del Riesgo y Adaptación al Cambio Climático en el Sector Salud Nutrición y Deporte, para que este sea permanente y sostenible de acuerdo con los postulados de la “Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Reducción del Riesgo de Desastres”, celebrada del 14 al 18 de marzo de 2014 en Sendai (Miyagi, Japón).

Logros:

- *Conformación del Comité Institucional de Gestión del Riesgo, con la participación de Direcciones Nivel Central y Regional.*
- *Activación del equipo de comunicación del riesgo.*
- *Desarrollo de lineamientos, guías, protocolos y planes de contingencia como preparativo para la respuesta ante diferentes tipos de emergencias*

Desafíos:

- Consolidar la estructura organizacional de carácter técnico, político y estratégico, denominada: “Dirección de Gestión Integral del Riesgo y Adaptación al Cambio Climático” para conducir al Sector Salud en situaciones de emergencia y desastres.

LOGROS DE LOS ENTES ADSCRITOS

1. DIRECCIÓN NACIONAL DE CEN-CINAI

POBLACIÓN INSCRITA EN SERVICIOS DE SALUD EN NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL

Situación del tema:

La Encuesta Nacional de Hogares del 2014 estima que cerca de 318.810 hogares (22,4%)

se encuentran en condición de pobreza, al no contar con ingresos propios suficientes para satisfacer las necesidades básicas, lo que refleja un aumento de 32 727 hogares con respecto al año 2013. La cantidad de hogares en pobreza extrema también presentó un incremento respecto al año 2013, pasando de 88.835 a 94.810 hogares en el 2014.

Cuadro N° 5.9
Porcentaje de hogares pobres según región de planificación, 2014

Regiones	Nivel de pobreza (%)
Brunca	36.2
Chorotega	33.2
Pacífico Central	29.5
Huetar Caribe	28.2
Central	17.2
Huetar Norte	26.8

Aunado a lo anterior el estudio señala que la intensidad de la pobreza sigue siendo mayor en la zona rural, lo que significa una gran desigualdad pues se requiere una mayor cantidad de dinero para sacar a las familias de la pobreza. Estas familias pobres se caracterizan según el estudio por presentar un mayor nivel de empleo informal, un menor promedio de escolaridad en la población de 15 años y más, menor asistencia a la educación regular entre los adolescentes, menor porcentaje de acceso al agua dentro de la vivienda, mayor porcentaje de viviendas sin servicio de internet y un mayor porcentaje de hogares sin acceso a subsidios o pensiones.

Al comparar las familias según zona de procedencia, se encontró que en la zona urbana la proporción de hogares con jefatura femenina es mayor (48,2%) que hay un

mayor desempleo abierto (25,2%) y que existe un mayor porcentaje de hogares sin vivienda propia (33,6%). (INEC-ENAH0-2014, Resultados Generales ENAH0 2014).

La Ley 8809 se convierte en un instrumento legal muy importante al crear Ley de Creación de la Dirección Nacional de CEN-CINAI, como un ente adscrito al Ministerio de Salud con la responsabilidad de contribuir a mejorar el estado nutricional de la población materno infantil en condición de pobreza extrema o riesgo social y brindar 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.

Por lo anterior, la Dirección Nacional de CEN-CINAI se ha dado a la tarea de mejorar el proceso de selección de clientes y beneficiarios, incluyendo variables socio económicas sensibles, a fin de hacerlo más inclusivo, de tal forma, que se priorice a la población que se encuentra en condición de pobreza y vulnerabilidad social.

El informe realizado en enero del 2014 ha permitido caracterizar las familias seleccionadas en el período 2006-2013, mostrando hallazgos importantes con respecto a los criterios de selección utilizados y permitiendo concluir que:

- Los grupos familiares atendidos son prioritarios y cumplen con los criterios de pobreza y vulnerabilidad social.
- Los grupos familiares de los servicios extramuros tienen una mayor vulnerabilidad con respecto a los intramuros, en relación a variables económicas mientras que por el contrario los clientes de los servicios intramuros son más vulnerables al considerar variables de riesgo social.

Paralelamente, se crea mediante la Ley 9220 la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (REDCUDI), con fines como:

- Garantizar el derecho de todos los niños y las niñas, prioritariamente los de cero a seis años, a participar en programas de cuido, en procura de su desarrollo integral, según las distintas necesidades y de conformidad con las diferentes modalidades de atención que requieran.
- Promover la corresponsabilidad social en el cuido mediante la participación de los diversos sectores sociales.
- Articular los diferentes actores, alternativas y servicios de cuido y desarrollo infantil.
- Procurar que los servicios de cuido y desarrollo infantil permitan la inserción laboral y educativa de los padres y las madres.

En este escenario, la Dirección Nacional de CEN CINAI está comprometida a compartir normas, procedimientos e instrumentos con programas afines en el campo de su especialidad.



Logros:

- *Se brindó atención a 138.188 niños, niñas, mujeres embarazadas y en período de lactancia en condición de pobreza y riesgo social de todo el país, mediante las estrategias intramuros y extramuros.*

En la estrategia intramuros, se atendió diariamente en los establecimientos CEN

o CINAI a 34.660 niños, niñas, mujeres embarazadas y en período de gestación o lactancia, en el servicio de comidas servidas. De los cuales 20.176 fueron niños atendidos en el servicio de Atención y Protección Infantil (API).

En la estrategia extramuros, por la lejanía al establecimiento y la dificultad para acceder a los servicios cotidianos, las y los funcionarios de CEN CINAI se desplazan una vez al mes



a las comunidades más dispersas para entregar los alimentos y brindar sesiones educativas, acompañadas de un almuerzo. Esta actividad realizada en forma periódica ha permitido atender con paquetes de leche integra en polvo a 103.528 niños, niñas, mujeres embarazadas y en período gestación o lactancia, de los cuales 9.270 familias recibieron paquetes de alimentos, por presentar uno de los niños de la familia condición de desnutrición o retardo en talla.



- *Incorporación del Programa “Música para la niñez”, en el modelo educativo.*

Capacitación de docentes y equipos interdisciplinarios en dos Regiones de Salud, lo que permitió favorecer a los niños en sus primeros años de vida en desarrollar aspectos relacionados a las áreas neuro-psicológicas, sociales y afectivas, de sensibilidad artística, cognocitiva, en poblaciones de mayor vulnerabilidad por pobreza y riesgo social.

- *Desarrollo e implementación de la estrategia “Somos Familia”*

Para dar acompañamiento a las familias en la crianza y socialización de sus hijos, la Dirección Nacional de CEN-CINAI desarrolló esta estrategia, que tiene como línea de partida el hecho de que una parentalidad responsable, respetuosa y retadora para

el desarrollo particular de las niñas y los niños requiere ser estimulada y promovida mediante procesos de formación parental. Es por ello que en su primera etapa los docentes de CEN-CINAI fueron capacitados como mediadores en éste proceso, con un total de 665 funcionarios entre Asistentes de Salud del Servicio Civil 2, Asistentes de Salud del Servicio Civil 3 y profesionales, utilizando para ello metodologías lúdicas que les permitan a través del juego transmitir las competencias requeridas para el ejercicio de la parentalidad democrática. Trasciende luego a la constelación familiar para generar vínculos seguros y redes de apoyo estables, que en su conjunto, contribuyen a crear un sentido de pertenencia a una comunidad-familiar o comunitaria- basada en principios de participación e igualdad.

Cuadro N° 5.10
Aplicación de Proyecto “Somos Familia” según la modalidad de servicio, CEN-CINAI, 2014

Región	Modalidad API		Modalidad Extramuros	
	Total de centros	Centros aplicando (%)	Total de comunidades	Comunidades aplicando
Chorotega	81	81 (100)	86	86 (100)
Brunca	43	35 (81)	55	47 (85)
Huetar Caribe	26	26 (100)	63	70
Central Norte	46	46 (100)	73	
Central Este	56	56 (100)	100	
Pacífico Central	30	21 (70)	13	4 (30)
Central Sur	91	71 (78)	sin dato	0
Central Occidente	32	30	sin dato	14
Huetar Norte	Pendiente de capacitar			
Total Regiones	405	366 (90%)	208	154 (74%)

Fuente: PANIAMOR, Informe trimestral, 2015

- El proyecto “Somos familia” contó, con la participación de 22.411 miembros de familias y 11.862 niñas y niños. Se implementa a nivel nacional una metodología de capacitación y acompañamiento a las familias con gran aceptación de los miembros de familias y comunidad.
- Paralelamente, con el apoyo de UNICEF y de la Universidad Nacional se implementa un proceso de formación de 33 profesionales de los equipos

interdisciplinarios (educación preescolar, psicología, terapeutas de lenguaje, nutricionistas) de los diferentes niveles de gestión en CEN-CINAI, en el tema “Orientando Familias en Prácticas de Parentaje” empleando una metodología sistémica para ampliar la formación de competencias profesionales y bases teóricas, que permita la atención de las familias de niños y niñas que se encuentran en contextos vulnerables de pobreza y riesgo social.



- *Implementación de nuevas modalidades de atención.*

Ampliación de horarios (nocturno). Se inició en el CEN de Guararí de Heredia, con la atención de 80 niños de los cuales 60 son preescolares y 20 escolares. Permitiendo la seguridad de estos en zonas de alta vulnerabilidad y a sus

madres asistir al colegio nocturno.

Diversificación de espacios de atención y desarrollo integral en la primera infancia mediante la implementación de la estrategia Madre- Bebé donde se atendieron 273 bebés.

Atención y apoyo a 1507 escolares luego de

la escuela mediante la apertura de servicios de API a escolares en los CEN de San Rafael de Siquirres, Jardín y CEN de Esparza.

Desafíos:

- Fortalecimiento de alianzas estratégicas con actores sociales clave que permitan favorecer la extensión y calidad de los servicios .
- Nombramiento de plazas nuevas para ubicarlas en las regiones más vulnerables como la Huetar Caribe, Huetar Norte y Brunca.
- Consolidación de la Dirección Nacional de CEN-CINAI acorde a la Ley.
- Coordinar con el SINEM la posibilidad de contar con un asesor musical en cada Región, para que dé seguimiento y acompañamiento a las funcionarias encargadas del programa en cada uno de los establecimientos.
- Incorporar el Programa de “Música para la Niñez” en la cuatro Regiones pendientes: Brunca, Chorotega, Central Sur y Huetar Norte.
- Contar con instrumentos musicales en cada establecimiento.

FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CEN Y CINAI

Situación del tema:

La infraestructura física de los establecimientos CEN y CINAI ubicados en todo el territorio

nacional presenta en su mayoría un rezago de 30 años y no han recibido los recursos necesarios para dar una atención preventiva que evite los deterioros del tiempo, lo cual provoca que las condiciones físicas de los establecimientos no se ajuste a los requerimientos para brindar un servicio con los máximos estándares en calidad.

El cumplimiento a las disposiciones de la Ley 7600, propicia que muchos establecimientos no cuentan con condiciones de accesibilidad universal.

La Dirección Nacional de CEN CINAI ha buscado diferentes estrategias para solventar la problemática de infraestructura tales como coordinación con instituciones públicas y privadas que pueden aportar recursos y mano de obra en la recuperación y mejoramiento de los establecimientos, así como incentivar a las Asociaciones Específicas de Desarrollo en la consecución de recursos para la ejecución de obras.

Logros:

- *Ejecución de 32 obras de infraestructura*

Se ejecutaron un total de 32 obras mayores en las diferentes regiones del país, interviniéndose 9 distritos de los 75 prioritarios de atención definidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018. Los distritos impactados con las mejoras de infraestructura son: Laurel de Corredores, Palmar de Osa, San Isidro del General, Hatillo, Sixaola, Cahuita, Cariari, Río Cuarto y Barranca. Estas mejoras permiten brindar los

servicios en los CEN y CINAI bajo condiciones de seguridad, accesibilidad y acordes a los requerimientos de las diferentes actividades que implican los servicios brindados por la institución.

En el siguiente cuadro se muestra un resumen de la obra pública para la Dirección Nacional de CEN CINAI, en el periodo 2014:

Cuadro N° 5.11
Ejecución meta de obra civil en CEN CINAI por región e inversión 2014

Región	Meta	Ejecutado al diciembre 2014	Cumplimiento	Total Ejecutado
Central	18	20	111%	923589953,79
Brunca	2	6	300%	278055643,76
Chorotega	26	4	15%	48020895,44
Pacífico Central	10	2	20%	48746034,47
Huetar Caribe	4	2	50%	213221056,30
Huetar Norte	2	3	150%	192050044,79
--	--	--	----	----

Fuente: Dirección Nacional de CEN CINAI

Desafíos:

- Mejorar la ejecución de los recursos disponibles para obra pública, mediante la dotación del recurso técnico necesario para el diseño, supervisión, control y mantenimiento de la infraestructura de CEN CINAI.
- Agilizar los procesos de contratación administrativa, mediante una definición acertada, pertinente y actualizada de los requerimientos y los costos de la obra pública así como la aprobación de contratos.
- Agilizar los mecanismos de inscripción de inmuebles a nombre del Estado, mediante una coordinación efectiva con las instituciones relacionados con el tema.

2 INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FAMACODEPENDENCIA (IAFA)

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (DROGAS)

Situación del tema:

El consumo de tabaco se ha explorado en muestras representativas de la juventud escolarizada de Costa Rica y desde 2006 se registra una disminución significativa en la prevalencia de vida. En el 2012 un 23% de los estudiantes indicaron haber fumado alguna vez en la vida y la prevalencia de consumo en los últimos doce meses fue igual a 10,3%. El consumo activo pasó de un 8,9% en el 2009 a un 6,0% en el 2012, obteniéndose el registro más bajo de las tres rondas de encuestas. En general los hombres presentan una prevalencia de consumo de tabaco más alta que las mujeres (7,5% y 5% respectivamente).

En cuanto a la prevalencia de vida del consumo de alcohol, si bien se mantuvo estable en comparación con 2009, el consumo en los últimos doce meses (consumo reciente) disminuyó, estos aspectos son significativos en los que probablemente incidieron, entre otros factores, las acciones de prevención que se desarrollaron. El consumo activo está presente en todos los niveles educativos (60 mil estudiantes, hombres y mujeres por igual).

En relación con el consumo de marihuana, hombres y mujeres se inician entre los 14 y 15 años, siendo mayormente consumida por los hombres, especialmente en los niveles académicos más altos de la educación secundaria, llegando a registrar para los 10° y 11° en el 2012, un consumo reciente en el orden de 14% y 13% respectivamente. La marihuana es la tercera droga de mayor consumo entre estudiantes de secundaria, ubicándose en niveles de consumo muy cercanos a los del tabaco.

Logros:

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

Este programa va dirigido a escolares de la educación general básica y población de preescolar, basado en el enfoque de habilidades para la vida, que permite ofrecer a los niños y a las niñas, herramientas adicionales y complementarias a su educación formal, para que a una edad temprana desarrollen actitudes que le permitan asumir estilos de vida saludables, por medio de aprendizajes

significativos fortaleciendo los factores de protección.

Durante el 2014, se alcanza la participación en el programa “Aprendo a valerme por mí mismo” de 337.033 niños y niñas en los niveles de Preescolar, I, IV, V y VI grado de la escuela primaria pública, pertenecientes a 190 circuitos educativos del MEP.

Desafíos:

- Implementar una evaluación integral de los resultados obtenidos por el “Programa de Prevención Universal Aprendo a Valerme por Mí Mismo”, a realizar durante el 2015 a cargo del IAFA.

TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (DROGAS)

Situación del tema:

El problema de acceso a los servicios de salud para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, es de gran importancia ya que un porcentaje de la población que demanda atención, en diferentes grados, se encuentra excluida del sistema de Salud por razones geográficas, económicas y de estigma social.

El IAFA ha estimado brechas de cobertura de los servicios de salud para atender a la población con trastornos por consumo de drogas, que califica como “necesitada de tratamiento”

Por otra parte, se ha presentado un alza en las prevalencias de consumo activo de drogas ilícitas, como la marihuana, el crack y la cocaína, en jóvenes privados de libertad y colegiales.

Logros:

- *Durante el año 2014, se atiende a 20.715 personas con trastornos por consumo de drogas, de las cuales 7.419 son consultas por primera vez.*

El IAFA ha posibilitado la atención integral de la población masculina y femenina, adulta y menor de edad, con trastornos por consumo de drogas, en los servicios bajo modalidad ambulatoria y residencial.

- *1.913 pacientes atendidos en servicios ambulatorios a nivel de la Sede Central de San Pedro de Montes de Oca y 3.860 consultas realizadas en los CAID en diferentes regiones del país.*

En el año 2014, se obtuvo un incremento en la cobertura de 3,71%, superando el 3% programado en la atención de personas que acuden por primera vez a servicios del IAFA.

Desafíos:

- Implementación de la Política del Sector Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Apertura de nuevos establecimientos de salud y servicios.
- Incorporación de tecnologías de información y comunicación.
- Desarrollo de alianzas estratégicas y el trabajo en Red.

3 INSTITUTO COSTARRICENSE DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN NUTRICIÓN Y SALUD.

Situación del tema:

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) es responsable de la vigilancia epidemiológica basada en el laboratorio, la puesta en práctica de programas de evaluación externa para mejorar el desempeño de las redes de laboratorios, la generación de conocimiento derivado de la investigación y la ejecución de actividades de enseñanza derivadas de su quehacer. Para cumplir con su misión, el análisis de la situación y sus determinantes de la salud, el marco político-estratégico y las regulaciones nacionales e internacionales, constituyen el punto de partida que orienta la implementación de nuevas estrategias de vigilancia y la ejecución de proyectos de investigación, que aporten información estratégica para ejecutar intervenciones efectivas, acordes con las necesidades y realidad de Costa Rica.

Durante el año 2014 el INCIENSA dio respuesta a emergencias epidemiológicas como la introducción del virus de chikungunya (CHIKV) en el país y la alerta global ante la epidemia por virus ébola. Para enfermedades endo-epidémicas como el dengue y otros agentes infecciosos como el virus influenza, la tuberculosis, lepra, malaria y leptospirosis se incorporaron cambios en técnicas diagnósticas y estrategias de vigilancia. Durante el 2014 se generaron alertas por casos autóctonos o importados de infecciones

bacterianas resistentes a los antimicrobianos que se detectaron y se documentó un incremento significativo de casos de shigellosis, por lo cual, el INCIENSA difundió información y recomendaciones para abordar la situación de las diarreas por esta bacteria en el país. El contexto epidemiológico y la factibilidad de lograr la meta de eliminación de la malaria en Costa Rica también orientó nuestro quehacer durante el 2014.

En el ámbito de la prevención de enfermedades no transmisibles como la hipertensión y la diabetes mellitus y sus factores de riesgo, como los hábitos no saludables de alimentación, el sedentarismo y la obesidad, el INCIENSA ejecutó investigaciones y proyectos dirigidos a reducir el consumo de sal/sodio en el país.

Logros:

- *Certificación externa por parte del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), para la aplicación de la técnica PCR para CHIKV*

Se implementaron las técnicas serológicas mediante ELISA IgM y molecular para identificar el genoma del virus chikungunya.

- *Preparación de lineamientos y algoritmos para la eventual llegada del ébola al país.*
- *Incorporación de metodologías de laboratorio para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en malaria, tuberculosis y leptospirosis.*
- *Mejoramiento de la calidad en las determinaciones de colesterol total,*

triglicéridos, HDL-colesterol, glucosa, nitrógeno ureico y creatinina de la red de laboratorios clínicos del país. Con la participación de 175 laboratorios clínicos, de los cuales un 83% obtuvieron un desempeño satisfactorio.

- *Un logro del 2014 fue concretar una alianza público-privada que busca establecer acuerdos para ofrecer alimentos con menor contenido de sodio y una composición de nutrientes más saludables para la población.*
- *Un logro importante que contribuye a la toma decisiones en salud es la publicación de los diversos artículos científicos elaborados en esta institución.*
- *Mejora de la infraestructura de los laboratorios del INCIENSA*

Con la instalación de un transformador de pedestal de 500 kVA, Re-adequación de un área de 360 m² donde se ubica el Centro Nacional de Referencia de Bacteriología, y se concluyó la re-adequación del laboratorio del Centro Nacional de Referencia de Virología para contar con un área física de 400 m² remodelada y actualizada según las normas de bioseguridad

Desafíos:

- *Incorporación de la construcción del Laboratorio de Inocuidad Microbiológica de los Alimentos como una meta del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018. Este proyecto se enmarca en la Política de Inocuidad de Alimentos (Decreto Ejecutivo N° 35960-S-MAG-MEIC-COMEX, mayo 2010).*

CAPITULO VI

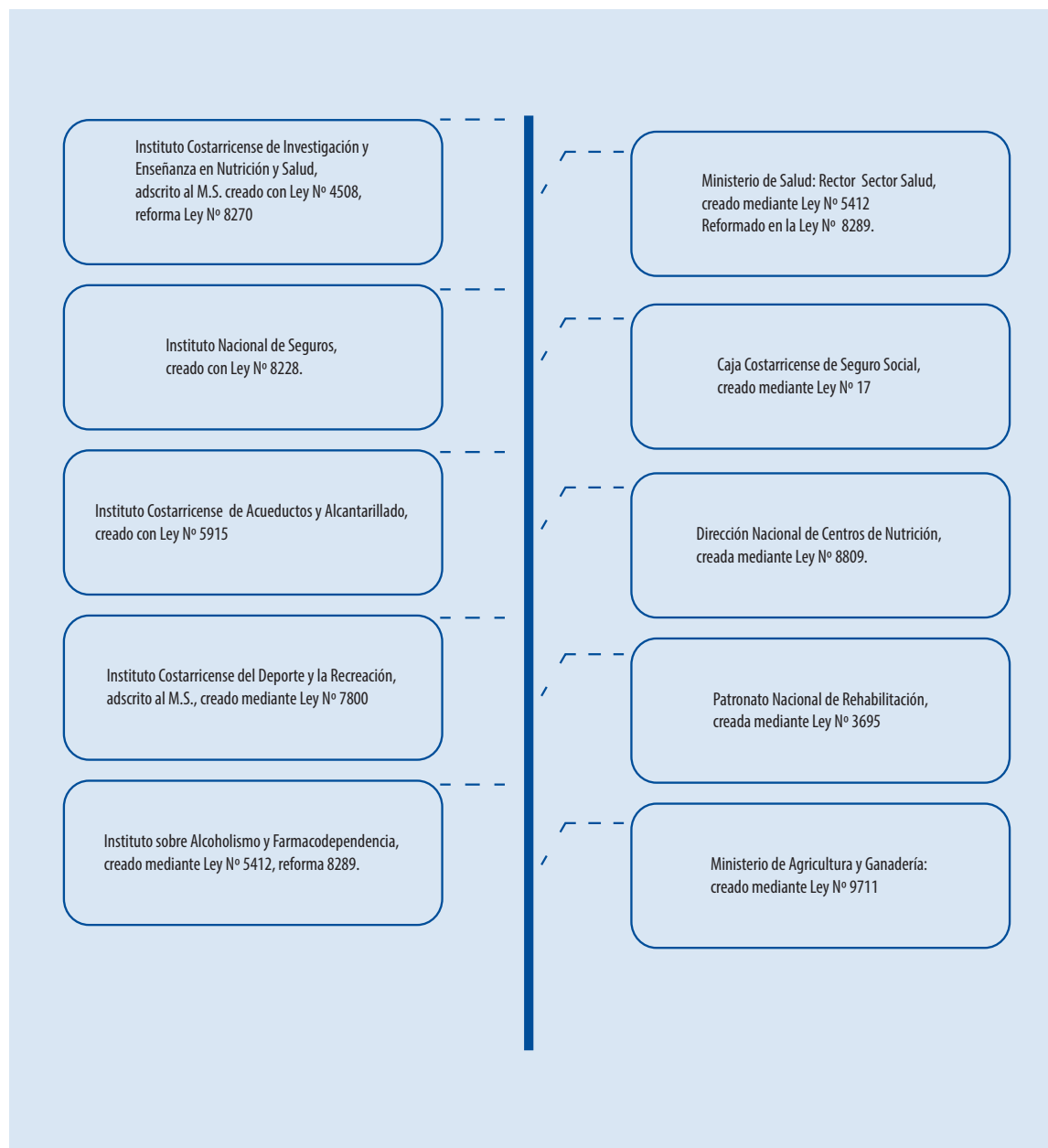
INVERSIÓN EN SALUD

1. INVERSIÓN Y GASTO EN SALUD

Este apartado tiene como finalidad presentar los montos presupuestarios

destinados al sector salud y a los organismos presupuestarios del Ministerio de Salud, se detalla a continuación la conformación de los mismos:

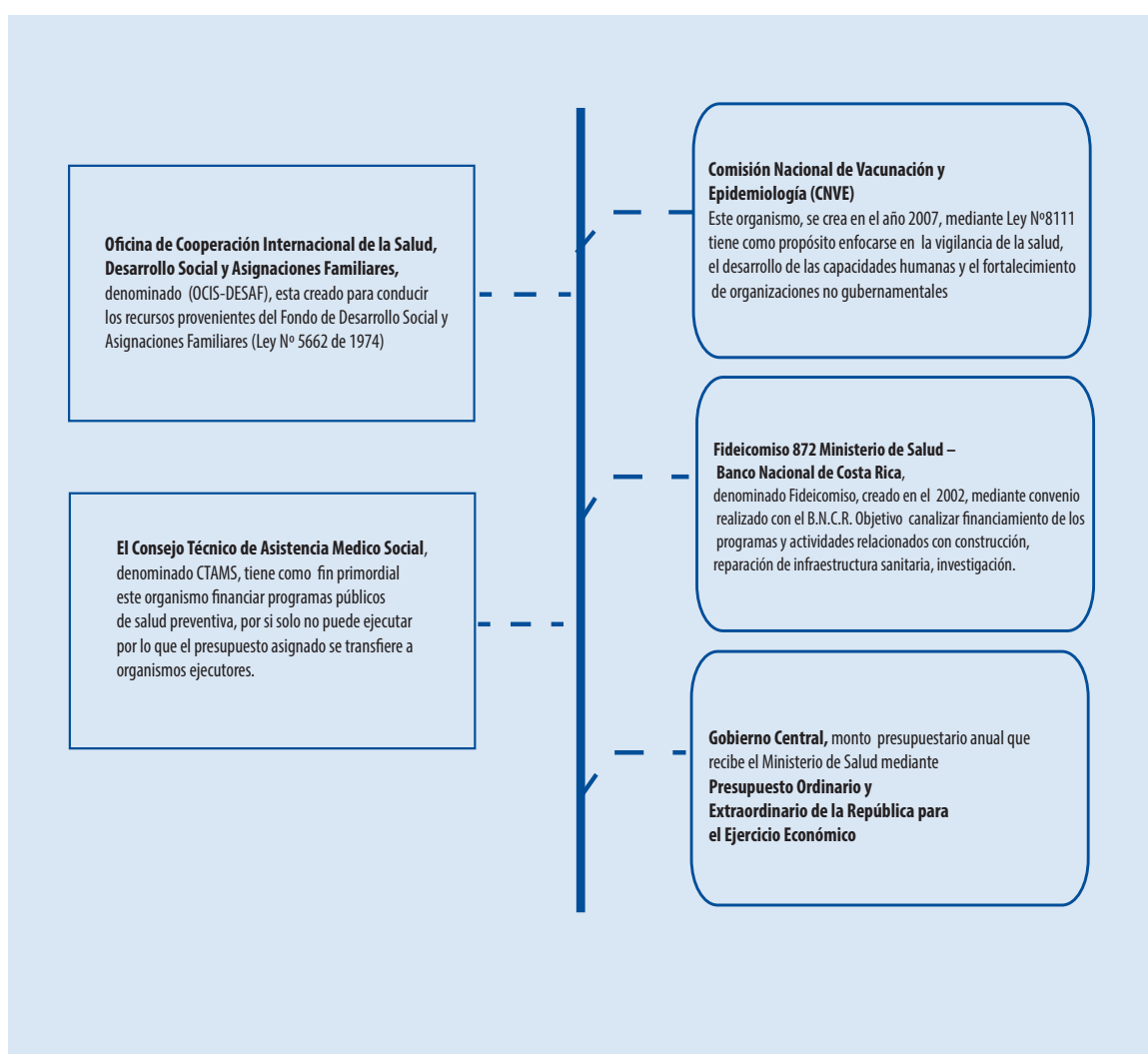
Figura 6.1
Sector Salud según Decreto N° 38536-MP-PLAN



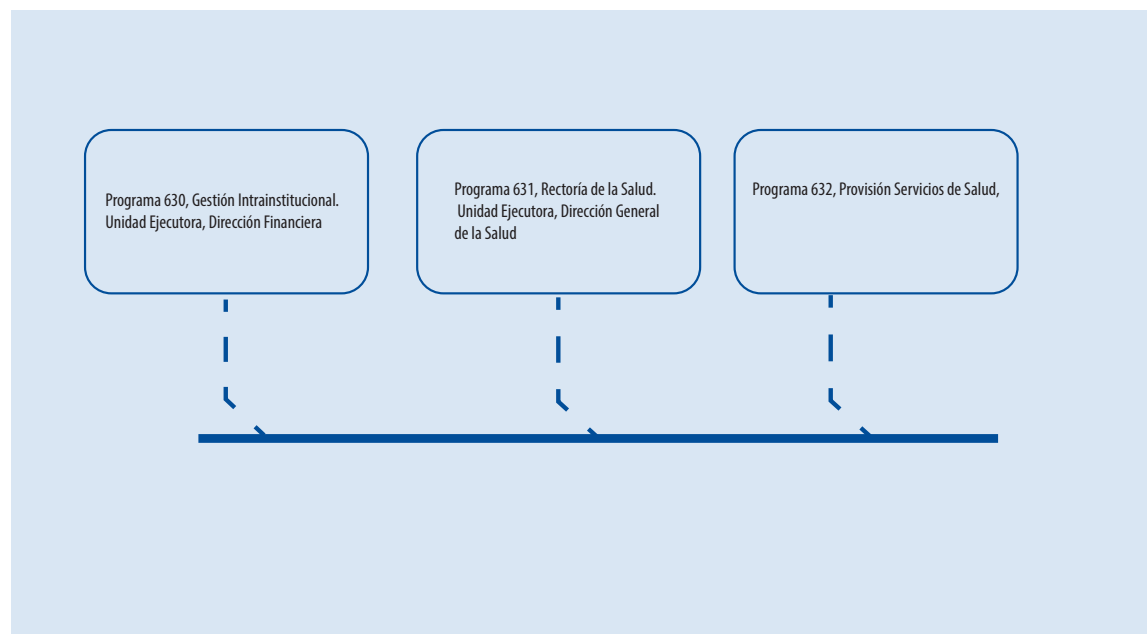
Es necesario aclarar que este informe no considera la información del Ministerio de Agricultura y Ganadería, ni la del Patronato Nacional de Rehabilitación, por cuanto al momento de realizar el trabajo no se contaba con la información.

De la misma manera no se incluye la información de la Dirección Nacional de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, por cuanto hasta el 2015 se les autorizó presupuesto.

Figura 6.2
Conformación de los organismos presupuestarios del Ministerio de Salud



Adicionalmente cada organismo presupuestario se desagrega en tres programas presupuestarios a saber:



El programa 631, Producción Social de la Salud, se sub divide en dos sub programas:

- 1- Rectoría de la Producción Social de la Salud, su objetivo, "Garantizar en las personas adolescentes el derecho a la salud con calidad y equidad mediante el desarrollo de estrategias focalizadas en las zonas de riesgo social".
- 2- Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud, su objetivo, reducir la dependencia de la población al tabaco y sus derivados mediante acciones de vigilancia, promoción y regulación de la salud.

A continuación se expondrán los montos recibidos por el Ministerio de Salud para cumplir a nivel nacional con su función rectora, posteriormente se anexara la información de las instituciones que conforman el sector salud y su participación en este campo.

Para esta finalidad se ha preparado el siguiente cuadro, el cual muestra los datos de los recursos asignados por organismo presupuestario y partida, durante el periodo 2014, incluye las diferentes fuentes de financiamiento.

Cuadro N° 6.1
Presupuesto del Ministerio de Salud según organismo y partida presupuestaria
Costa Rica 2014 (en millones de colones)

Partida Presupuestaria	GOBIERNO		C.T.A.M.S.		OCIS-DESAF		FIDEICOMISO		CNVE		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
0. Remuneraciones	65.412,16	85,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	65.412,16	55,85
1. Servicios	7.422,94	9,68	0,00	0,00	1.399,83	5,16	4.669,30	49,17	50,00	2,58	13.542,07	11,56
2. Mater. Y Suministros	1.158,22	1,51	0,00	0,00	12.072,93	44,50	604,59	6,37	1.799,18	92,82	15.634,92	13,35
5. Bienes Duraderos	830,76	1,08	0,00	0,00	4.175,95	15,39	4.116,40	43,35	85,37	4,40	9.208,48	7,86
6. Transferencias. Corrientes	1.827,32	2,38	1.910,46	100,00	9.479,44	34,94	105,26	1,11	3,86	0,20	13.326,34	11,38
SUB TOTAL	76.651,39	65,44%	1.910,46	1,63	27.128,15	23,16%	9.495,55	8,11	1.938,41	1,66	117.123,96	33,74
6. Otros Organismos Nacionales e Internacionales.	505,96	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	505,96	0,15
6. Organizaciones sector Salud	132.080,74	58,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	132.080,74	38,05
6. Organizaciones Privadas sin fines de lucro	2.079,15	0,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.079,15	0,90
6. Instituciones Adscritas	28.821,81	12,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	28.821,81	8,30
7. Transferencias de Capital	62.351,58	27,50	0,00	0,00	350,91	1,20	0,00	0,00	0,00	0,00	62.702,49	18,06
9. Cuentas Especiales	919,81	0,41	0,69	0,04	1.715,96	6,33	966,24	10,18	235,99	12,17	3.838,69	3,28
SUBTOTAL	226.759,04	98,58	0,69	0,00	2.066,87	0,90	966,24	0,00	235,99	10,85	230.028,83	66,26
TOTAL	303.410,44	87,40	1.911,15	0,55	29.195,02	8,41	10.461,78	3,01	2.174,40	0,63	347.152,80	100,00

Fuente: Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2014, sistema SIGAF y SIAF

Cálculo realizado: Columna % = gasto por partida / total del organismo (excepto la fila de sub totales y totales que va en función del total general)

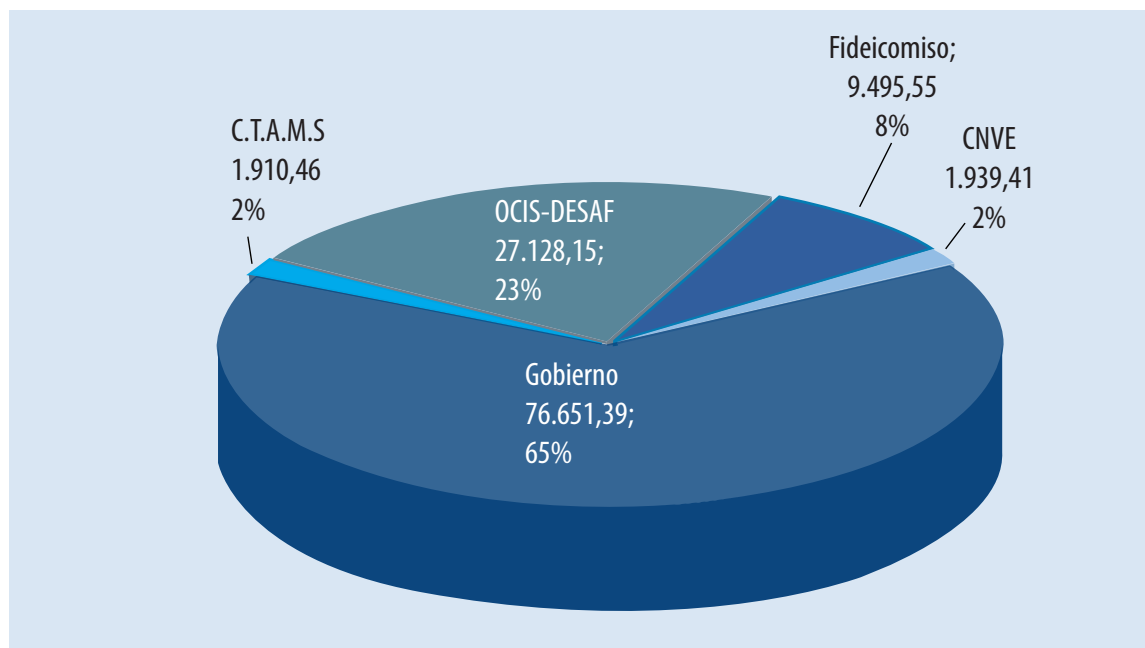
Es importante destacar que del monto asignado al Ministerio de Salud mediante Presupuesto Ordinario y Extraordinario de la República para el Ejercicio Económico 2014 Ley N° 9193, solo ₡76.651,39 son ejecutados por esta institución equivalente al 25,26%, los ₡226.759,04 restantes se utilizan para dar financiamiento mediante transferencias corrientes a instituciones adscritas del Sector Salud, así como también para organizaciones internacionales y nacionales privados sin fines de lucro, tal como se desglosa en el cuadro, este rubro equivale al 74,74%.

Como se observa en el cuadro anterior, la

suma presupuestada en los cinco organismos que conforman el Ministerio de Salud para el ejercicio económico 2014, asciende a la suma de ₡117.123,96 millones.

Esta suma se desglosa de la siguiente manera, Gobierno Central ₡76.651,39 millones, equivalente al 65%, OCIS-DESAF aporta ₡27.128,15 millones, equivalente a 23%, Fideicomiso ₡9.495,55 millones, equivalente al 8%, CNVE ₡1.938,41 millones, equivalente al 2% y CTAMS aporta ₡1.910,46 millones, equivalente a 2%, gráficamente lo podemos apreciar de la siguiente manera:

Gráfico N° 6.1
Presupuesto por Organismo Diciembre 2014
(en millones de colones)



Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Financiera, Bienes y Servicios. 2014

De la misma forma que con los ingresos, se ha preparado el siguiente cuadro para mostrar

la ejecución presupuestaria realizada, según partida presupuestaria y organismo.

Cuadro N° 6.2
Inversión del Ministerio de Salud según organismo y partida presupuestaria para el año 2014
Costa Rica (en millones de colones)

Partida Presupuestaria	GOBIERNO		* C.T.A.M.S.		* OCIS-DESAF		* FIDEICOMISO		* CNVE		TOTALES	
	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%	₡	%
0. Remuneraciones	61.804,13	90,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	61.804,13	64,45
1. Servicios	3.877,08	5,66	0,00	0,00	554,01	3,23	4.038,58	60,06	13,62	0,87	8.483,30	8,85
2. Materiales y Suministros	844,18	1,23	0,00	0,00	9.700,49	56,58	319,53	4,75	1.474,15	94,01	12.338,34	12,87
5. Bienes Duraderos	410,66	0,60	0,00	0,00	414,11	2,42	2.286,68	34,01	76,43	4,87	3.187,88	3,32
6. Transferencias Corrientes	1.613,83	2,35	1.910,46	100,00	6.475,73	37,77	79,44	1,18	3,86	0,25	10.083,32	10,51
SUB TOTALES	68.549,87	71,48	1.910,46	1,99	17.144,34	17,88%	6.724,24	7,01%	1.568,07	1,64%	95.896,98	35,40
6. Otros Organismos Nacionales e Internacionales	505,96	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	505,96	0,29
6. Organizaciones sector Salud	132.080,74	75,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	132.080,74	75,47
6. Organizaciones Privadas sin fines de lucro	2079,15	1,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.079,15	1,19
6. Adscritas	24.443,83	13,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24.443,83	13,97
7. Transferencias de Capital	15.652,90	8,96	0,00	0,00	246,91	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15.899,81	9,09
9. Cuentas 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
SUBTOTAL	174.762,58	99,86	0,00	0,00	246,91	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	175.009,49	64,60
TOTAL	243.312,45	89,81	1.910,46	0,71	17.391,24	6,42	6.724,24	2,48	1.568,07	0,58	270.906,46	100,00

Fuente: Liquidaciones Presupuestarias al 31 de diciembre del 2014.

Cálculo realizado: Columna % = gasto por partida / total del organismo (excepto la fila de subtotales que va en función del total general)

* Incluye compromisos al 31 de diciembre

Como puede apreciarse en el cuadro N° 6.2, podemos detallar con más exactitud la ejecución presupuestaria del periodo 2014 por lo cual procedemos a explicar cada una de estas sub partidas.

La Partida de Remuneraciones en términos generales ejecuto ¢61.804,13 millones equivalente al 94.48%, en relación al monto presupuestado.

Esta ejecución comprende las siguientes sub partidas, sueldos para cargos fijos ¢24.180,62 millones, suplencias ¢81,64 millones, tiempo extraordinario ¢227,6 millones, retribución por años servidos ¢10.107,02 millones, retribución del ejercicio liberal ¢5.788,95 millones, decimotercer mes ¢4.069,72 millones, salario escolar ¢3.379,74, otros incentivos salariales ¢4.719,50 millones y cargas sociales ¢9.249,1 millones.

Es importante mencionar que se pudo haber logrado un promedio más alto de ejecución, de no haber sido por dos efectos colaterales que incidieron, a saber:

- 1) Las economías salariales generadas por los puestos en condición de vacantes, no afectados por la Directriz Presidencial 009-H, entre el 1 de enero del 2014 y el 31 de diciembre del mismo año.
- 2) Las economías salariales generadas por los puestos en condición de vacantes afectados a partir del 17 de julio del 2014 y hasta el 31 de diciembre del mismo año por los alcances de las Directrices 009-H y 014-H.

Pese a las condicionantes anteriores, se denota un nivel de ejecución positivo, tomando en cuenta que algunas de las variables que incidieron en este comportamiento, estuvieron ajenas a nuestro control.

Para el análisis de las partidas 1 Servicios, 2 Materiales y 5 Bienes Duraderos, se procede a detallar solo las sub partidas más significativas.

En la partida 1 Servicios: se ejecutó ¢8.483,3 equivalente al 62.64% del monto presupuestado, sobresaliendo las sub partidas: alquiler de edificios con ¢377,58 millones, servicios de agua y alcantarillado con ¢341,03 millones, servicio de energía eléctrica ¢427,18 millones, servicio de telecomunicaciones ¢229,19 millones, servicios de información ¢864,82 millones, servicio de desarrollo de sistemas ¢356,78 millones, servicios médicos y de laboratorio ¢106,95 millones, servicios generales ¢2.522,83 millones, servicios de gestión y apoyo por ¢153.89 millones, viáticos dentro del país ¢866,24 millones, seguros por ¢514,95 millones y actividades protocolarias ¢100,95 millones, mantenimiento y reparación de equipo ¢153,53 millones.

En la partida 2 Materiales: se ejecutó ¢12.338,34 millones, equivalente a 78,92% del monto presupuestado, siendo las sub partidas más significativas, alimentos y bebidas ¢9.577,27 millones, destinados al programa de compra de raciones alimenticias y leche en polvo para lograr la igualdad de oportunidades que merecen las ciudadanas y ciudadanos, en especial aquellos que se encuentran en condiciones de pobreza. Combustibles y lubricantes ¢428,38 millones.

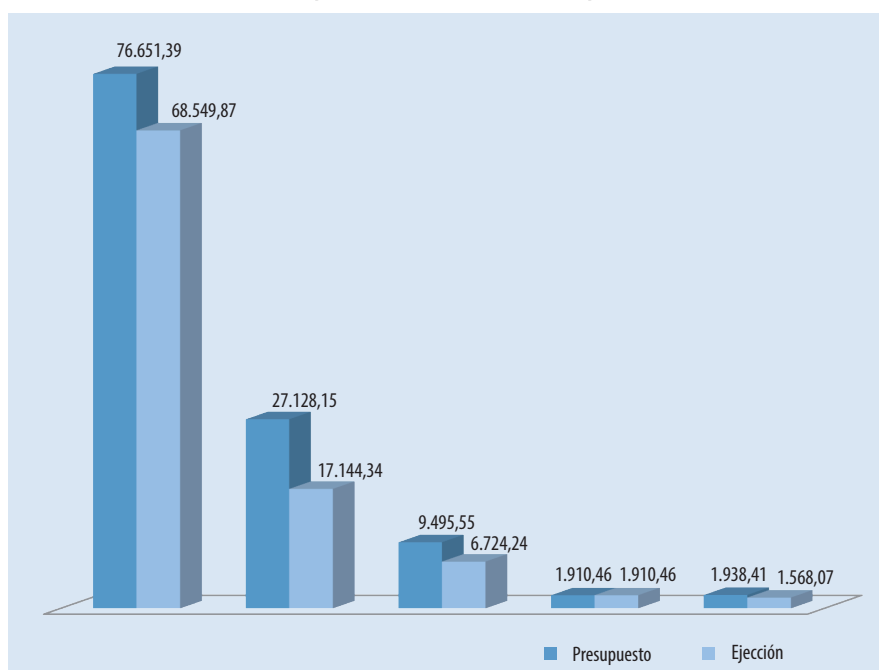
Tintas pinturas y diluyentes ¢187,27 millones. Productos farmacéuticos y medicinales ¢1.159,92 millones.

De la partida 5 Bienes Duraderos: se ejecutó ¢3.187,88 millones, equivalente el 34,62 % del total presupuestado, destacándose aquí la sub partida equipo y programas de cómputo ¢260,62 millones. Equipo y mobiliario de oficina con ¢144,88 millones y la sub partida de equipo sanitario y de laboratorio ¢226,02 millones. Maquinaria, equipo y mobiliario diverso ¢404,03 millones. Edificios ¢307,45 millones, otras construcciones, adiciones y mejoras ¢1.269,11 millones.

Transferencias corrientes, la ejecución de esta partida fue de ¢10.083,32 millones equivalente al 75,66 % del monto presupuestado, las sub partidas más significativas fueron, CCSS contribución estatal al seguro de salud y pensiones por ¢318,4 millones, prestaciones legales ¢915,31 millones. Otras prestaciones ¢324,85 millones. Transferencias a otras personas ¢60,73 millones. A CEN CINAI ¢16,83 millones y transferencias a asociaciones por ¢6.391,82 millones para la compra de alimentos frescos, este rubro es de suma importancia para la compra de alimentos frescos del programa de la Dirección de Centros de Desarrollo Infantil.

Mostramos gráficamente el comportamiento de la ejecución por partida del periodo 2014.

Gráfico N° 6.2
Comparativo por partida Presupuesto-Ejecución al 31 de Diciembre 2014
(en millones de colones)



Fuente: D.F.B.S. Informes Ejecución Período 2014, Sistema SIAF y SIGAF.

En este cuadro se puede visualizar el porcentaje de ejecución, el cual alcanza el 81.88%, esta ejecución se puede calificar como buena, logrando con esto realizar las actividades principales del Plan Anual Operativo del periodo, cabe destacar dos aspectos importantes:

- 1) Comparando el presupuesto periodo 2014 en relación con el 2013 podemos decir que el aumento promedio es de un 2,95%.
- 2) Si se realiza el mismo ejercicio con la ejecución, se logra identificar que el aumento es de 5,49%.

Cuadro N° 6.3
Comparativo Presupuesto-Ejecución. Período 2013-2014

Período	Monto Presupuestado	Monto Ejecutado	
		Números Absolutos	Números Relativos
2014	117.123,96	95.896,98	81,88%
2013	113.763,02	90.906,48	77,26%
Aumento	3.360,94	4.990,5	
Porcentaje	2,95%	5,49%	

Fuente: D.F.B.S. Informes Ejecución Período 2014, Sistema SIAF y SIGAF.

Cuadro N° 6.4
Ministerio de Salud
Presupuesto y Ejecucion
Según organismo y partida presupuestaria período 2013
(en millones de colones)

Partida Presupuestaria	Monto presupuestado	Monto ejecutado	Porcentaje (%)
0. Remuneraciones	65.412,16	61.804,13	94,48
1. Servicios	13.542,07	8.483,3	62,64
2. Mat. y Suministros	15.634,92	12.338,34	78,92
5. B. Duraderos	9.208,48	3.187,88	34,62
6. Transferencias Corrientes	13.226,34	10.183,32	75,66
TOTALES	117.123,96	95.896,98	81,88

Fuente: Fuente: D.F.B.S. Informes Ejecución Período 2014, Sistema SIAF y SIGAF.

Esto nos lleva a dos conclusiones, las políticas presupuestarias del gobierno central están realizando disminuciones en uno de los sectores que más afecta a la población nacional, lo cual tiene repercusiones negativas. Adicionalmente, con menos recursos se ha logrado una inversión más alta en la salud de la población.

2. INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD

Por medio del Decreto 38536-MP-PLAN, Artículo 15. "Integración de los sectores. Los sectores estarán integrados por las siguientes instituciones" inciso e) "Salud, Nutrición y Deporte: estará conformado por las siguientes instituciones centralizadas y descentralizadas: Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), Instituto Nacional de Seguros (INS), Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

(IAFA), Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE)".

No esta demás mencionar que la Universidad de Costa Rica y las Municipalidades tienen su aporte en el campo de la salud pero no son considerados en el informe por no formar parte del sector.

A continuación, con la información de las instituciones que conforman el Sector Salud, Nutrición y Deporte, se expondrán los montos invertidos en este campo, para esta finalidad se ha preparado el siguiente cuadro, el cual muestra los datos de los recursos asignados por institución, durante el periodo 2014.

Tal y como se mencionó anteriormente no se contó con la información del Ministerio de Agricultura y Ganadera, ni la del Patronato Nacional de Rehabilitación, tampoco se incluye la información de la Dirección Nacional de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, por cuanto hasta el 2015 se les autorizo presupuesto, otro detalle a considerar es que para el periodo 2010 y 2011 no se contaba con la información de las adscritas del Ministerio.

Cuadro N°6.5
Inversión del Sector Salud y sus Instituciones. Costa Rica 2010-2014 (en millones de colones)

AÑO	MINISTERIO DE SALUD		C.C.S.S.		I.C.A.A.		IAFA		ICODER		INCIENSA		I.N.S.		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
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	0,00	0,0	1.238.179,05	15,81
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	0,00	0,0	1.456.951,09	18,61
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	0,00	0,0	1.587.773,33	20,28
2013	90.906,48	5,6	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	0,0	0,0	1.709.568,44	21,83
2014	95.896,98	5,2	1.551.169,10	84,4	144.227,62	7,8	7.590,68	0,4	14.338,35	0,8	3.528,44	0,2	21.639,90	1,2	1.838.391,07	23,48
TOTALES	438.929,89	5,6	6.830.146,68	87,22	471.032,01	6,02	23.010,33	0,29	35.532,46	0,45	10.571,71	0,14	21.639,90	0,28	7.830.862,98	100,00

Fuente: Informes de Liquidación presupuestaria de cada institución al 31 de diciembre 2014.

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.

Como se puede observar en el cuadro anterior, el total ejecutado para el periodo 2014 es de ₡1.838.391,07 millones, al igual que en años anteriores el presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social, es el aporte más significativo para este sector, alcanzando la cifra de ₡1.551.169,1 millones de colones equivalente al 84.4%, bajando en 1,5% con relación al aporte del periodo 2013.

Este esfuerzo se realiza con el fin de proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la CCSS: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad, Equidad y Subsidiaridad.
- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo de los funcionarios de la institución.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.
- La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.
- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.
- El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.

- La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.

El ICAA, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados aporta ₡144.227,62 millones, equivalente al 7.8%, esta inversión la realiza en función de su misión la cual es “Normar y garantizar los servicios de agua potable, alcantarillado sanitario y tratamiento, según los requerimientos de la sociedad y de nuestros clientes, contribuyendo al desarrollo económico y social del país”

El Ministerio de Salud por su parte realizó un aporte de ₡95.896,98 millones, equivalente a 5.2 % de la ejecución total del sector, su misión consiste en “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”.

Sin perder de vista sus objetivos estratégicos los cuales son:

- Promover en la población estilos de vida saludable, mediante la participación de actores sociales en la implementación de diversas estrategias para el mejoramiento de las condiciones del estado de salud de la población.
- Mejorar el acceso a servicios de salud y productos de interés sanitario seguros y de calidad, mediante el desarrollo, la

vigilancia y control de la normativa, que contribuya al bienestar de la población.

El Instituto Nacional de Seguros con un aporte de ₡21.639,9 millones, equivalente al 1,2% del total ejecutado por el Sector Salud, este rubro se utiliza según su misión institucional la cual es “Brindar servicios de seguros en forma eficiente, competitiva, rentable y con responsabilidad social, complementados con servicios financieros y auxiliares de seguros que atiendan las necesidades de los clientes, tanto en el mercado local como internacional; promoviendo la prevención de daños personales, materiales y ambientales”.

Por su parte el ICODER ejecutó la suma de ₡14.338,35 millones equivalente al 0.8% del total ejecutado por el Sector Salud, esta suma es asignada a cinco direcciones cumpliendo cada una de estas con su objetivo primordial como según se detalla a continuación:

- Dirección Nacional se encargará de ejecutar las políticas, los acuerdos, planes y programas que aprueben el Consejo Nacional y el Congreso.
- Dirección de Deportes promueve el deporte competitivo y de alto rendimiento a nivel nacional.
- Dirección de Promoción Recreativa encargada entre otras de:
- Impulsar manifestaciones recreativas y de deporte.

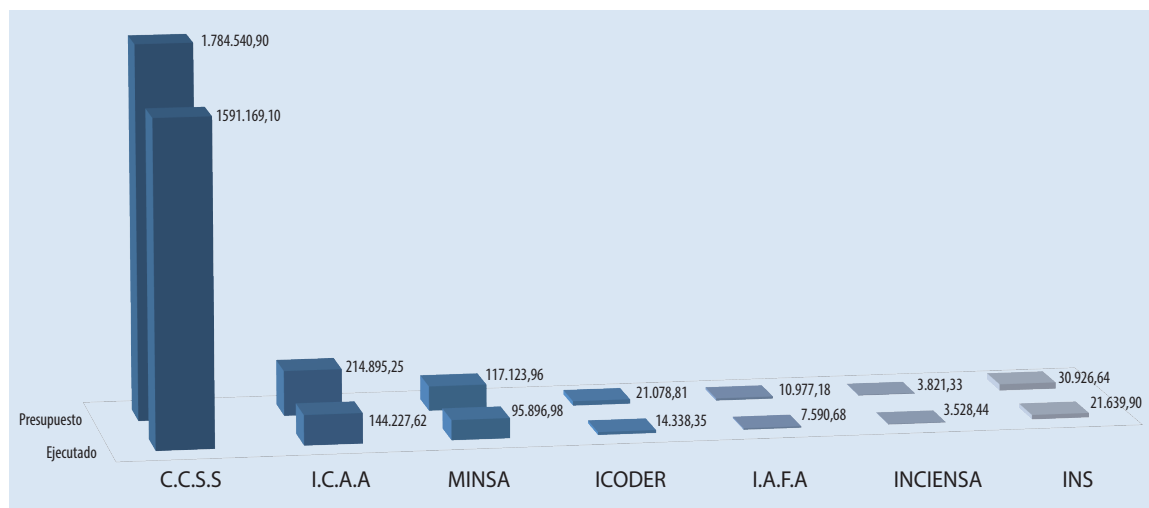
- Propiciar la participación de sectores marginales con problemas sociales de salud.
- Fomentar la integración de personas discapacitadas.
- Dirección Administrativa encargada de generar productos administrativos cuyos indicadores demuestran la calidad del servicio.
- Dirección de instalaciones dedicado a atender los Antecedentes de Gestión de Instalaciones Deportivas y Recreativas.

Otro participante activo en el Sector de Salud es el IAFA con un aporte de ₡7.590,68 equivalente al 0,4%, este dinero se utiliza en la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, al tabaco y a otras drogas lícitas o ilícitas, así como la coordinación y aprobación de todos los programas públicos y privados orientados a aquellos mismos fines de la ley.

El INCIENSA, con un aporte de ₡3.528,44 millones equivalente al 0.2% de la inversión del Sector Salud, este dinero se dedica a cumplir con su misión principal la cual es “Generar y difundir conocimiento e información estratégica para la toma de decisiones en salud pública, mediante la vigilancia epidemiológica basada en laboratorio y especializada, la investigación, la enseñanza, el aseguramiento de la calidad y la verificación del cumplimiento de la normativa en productos de interés sanitario”.

Gráficamente se logra visualizar en forma general la ejecución realizada, con el presupuesto asignado a cada institución, en los últimos cinco años.

Gráfico N° 6.3
Comparativo Presupuesto Vs Ejecucion Sector Salud. Último quinquenio 2014



Fuente: Informe de liquidación presupuestaria y proyecciones al 31 de diciembre 2014 de cada institución de los últimos 5 años

El total presupuestado de este periodo fue la suma de \$2.183.994,07 y el total invertido en el Sector Salud asciende a la suma de \$1.838.391,07 millones lo que equivale a una ejecución del 89.75%, esta inversión social estuvo dirigida a las siguientes acciones:

- Mejorar el estado de salud de las personas.
- Integración de los tres componentes que determinan una buena salud de la población, como lo son salud, nutrición y deporte.
- Fortalecer ambientes que promuevan los estilos de vida saludable de manera

tal que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

- Garantizar el acceso a los servicios de salud con calidad.
- Garantizar el acceso a los servicios de salud de protección, restauración y uso sostenible del hábitat humano con equidad, calidad y seguridad.

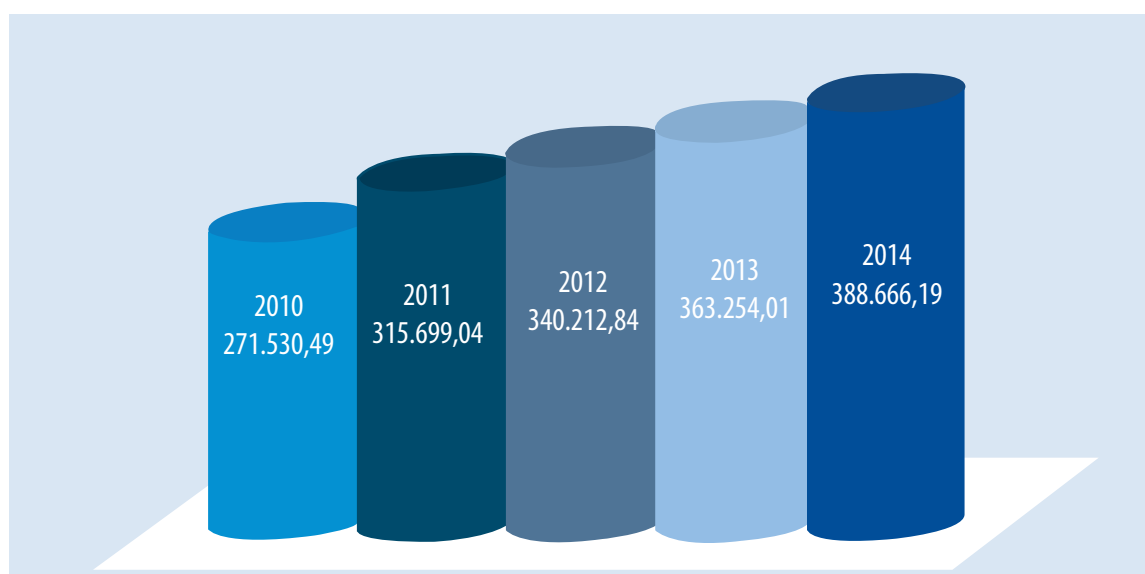
Lineamientos establecidos para el Sector Salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2011 -2014 "María Teresa Obregón Zamora" y convergiendo hacia el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2015 – 2018 "Alberto Cañas Escalante".

3 INVERSIÓN PER CÁPITA DEL SECTOR SALUD

Para el período comprendido entre enero y diciembre del año 2014, basados en el desglose de inversión realizado por las

instituciones del Sector Salud, se logró determinar la inversión per cápita, facilitando visualizar el incremento que se ha obtenido en los últimos cinco años, mismo que se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 6.4
Gasto per Cápita del Sector Salud 2010-2014
(en colones corrientes)



Fuente: Banco Central de Costa Rica, Indices Informativos, 2014

4. PIB DEFLACTADO Y GASTO

Con el objetivo de tener una perspectiva más real procedemos a deflactar el producto interno bruto y el gasto en el Sector Salud.

Para ello se toma en cuenta el Índice Subyacente de Inflación que brinda una noción de los esfuerzos institucionales destinados a la comunidad nacional, en cuanto a la atención de la salud relacionada

con la disponibilidad total de los recursos reales.

Con el propósito de obtener un panorama del incremento continuo de los bienes y servicios que conforman este sector y compararlo con el crecimiento del rubro utilizado en salud, así como también de obtener un panorama del comportamiento de los últimos años, se resume la información en el siguiente cuadro:

Cuadro N°6.6
Inversión del Sector Salud con relación al PIB (Deflatado)
Costa Rica 2010- 2014

SECTOR SALUD						
AÑO	Gasto en millones de colones	Gasto en millones de colones (deflatado)	% PIB	PIB DEFLATADO	PIB*	ÍNDICE SUBYACENTE DE INFLACIÓN*
2010	1.238.179,05	8.924,46	6,51	137.027,77	19.011.233,40	138,74
2011	1.456.951,09	10.050,02	7,03	143.034,79	20.735.753,00	144,97
2012	1.587.773,33	10.600,00	7,00	151.442,60	22.684.587,50	149,79
2013	1.714.558,94	11.198,22	6,91	161.968,34	24.798.973,10	153,11
2014	1.838.391,07	11.677,39	6,89	169.438,63	26.675.006,40	157,43
TOTALES	1.567.170,70	10.531,47	6,90	152.582,43	22.781.110,68	148,81

Fuente: Informes de ejecución al 31 de diciembre 2014, de cada Institución del Setor Salud en los últimos 5 años.

Cálculos realizados: Total Gasto en Salud %= Sector Salud Deflatado ¢ / PIB deflatado.

Total Sector Salud columna %= Gasto anual / PIB deflatado.

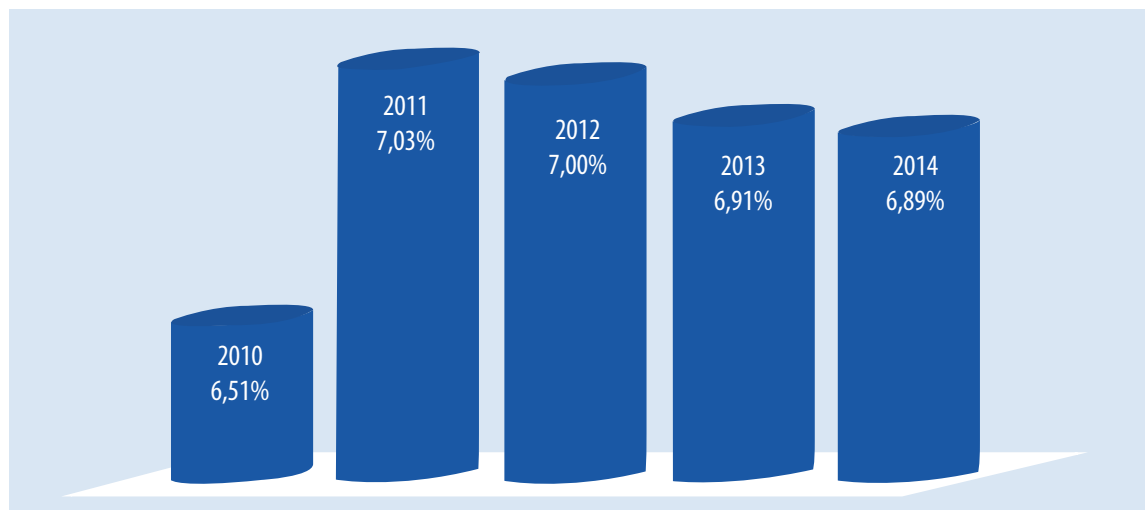
Línea de totales en función del promedio de los últimos cinco años.

* **Datos del Banco Central de Costa Rica.**

Tomando en cuenta que los servicios del Sector Salud, forman parte del IPC (Índice de Precios al Consumidor), el cual está calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), se puede observar según el gráfico "Participación del PIB en el gasto del Sector

Salud 2010-2014, el cual refleja que hasta ese último año se percibe un decrecimiento de 0.02 centésimas porcentuales, situación preocupante ya que por primera vez en muchos años la inversión en salud no logra aumentar.

Gráfico N° 6.5
Participación del P.I.B. en la Inversión del Sector Salud
(en millones de colones)
2010-2014



Fuente: Banco Central de Costa Rica, Índices Informativos, 2010-2014

Para mostrar el comportamiento presupuestal asociado al crecimiento del producto interno bruto, se deflactan los datos en relación al último quinquenio, con este resultado, trataremos visualizar el monto destinado a la atención en salud según la disponibilidad de los recursos reales.

Para tener un horizonte más amplio de esa relación, se puede afirmar, con base en la información suministrada en el cuadro inferior, "Gasto Per Cápita del Sector Salud y del Ministerio de Salud", que en el año 2014 el aporte por habitante que realiza el Sector Salud es de ₡388.666,19 colones por

individuo, de los cuales el Ministerio de Salud aporta ₡20.274,2 colones, participación que a lo largo de los años tiene una tendencia de aumento.

Es trascendental hacer ver que el comportamiento presupuestal y la inversión en salud es ascendente, no es sinónimo de más inversión en salud ya que el monto invertido no logra establecer o garantizar un conjunto de servicios requeridos por nuestra población y se encuentra muy distante de obtener su grado máximo de calidad que se merecen los ciudadanos de nuestro país.

Cuadro N°6.7
Gasto Per Cápita del Sector Salud y del Ministerio de Salud. Costa Rica 2010-2014
 (en millones de colones)

Año	Gasto Sector Salud	Gasto Ministerio de Salud	Gasto Per cápita Sector Salud	Gasto Per cápita Ministerio Salud	Población (en millones de habitantes)
2010	1.238.179,05	70.809,14	271.530,49	15.528,32	4,56
2011	1.456.951,09	80.562,15	315.699,04	17.456,59	4,62
2012	1.587.773,33	100.755,14	340.212,84	21.588,85	4,67
2013	1.714.558,94	90.906,48	363.254,01	19.259,85	4,72
2014	1.838.391,07	95.896,98	388.666,19	20.274,20	4,73
TOTALES	1.567.170,70	87.785,98	336.418,23	18.844,66	4,66

Fuente: INEC. Población total por sexo, según años calendario

Cálculos realizados: Gasto per cápita= Gasto del año / Población total

Créditos

María Elena López Núñez
MINISTRA DE SALUD

Fernando Llorca Castro
VICEMINISTRO DE SALUD

María Esther Anchía Angulo
VICEMINISTRA DE SALUD

Priscilla Herrera García
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

EQUIPO CONDUCTOR Y EDITOR

Rosibel Vargas Gamboa
PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

Marcela Vives Blanco
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Ana León Vargas
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Ricardo G. Ulate Carranza
UNIDAD DE MERCADOTECNIA INSTITUCIONAL

Mariano Zúñiga Garro
UNIDAD DE MERCADOTECNIA INSTITUCIONAL

Rosa María Vargas Alvarado
DIRECCIÓN VIGILANCIA DE LA SALUD

Diseño y Diagramación

Ana María González Reyes
Andrés Álvarez Bejarano

Impresión

Producción Documental

**UNIDAD MERCADOTECNIA INSTITUCIONAL
MINISTERIO DE SALUD**

Abril 2015

Este documento puede ser consultado en:

www.ministeriodesalud.go.cr

el Centro de Documentación Ministerio de Salud
y Biblioteca Nacional de Costa Rica

