

II. PRINCIPALES LOGROS INSTITUCIONALES

A continuación se presentan los principales logros de la Institución durante el período mayo 2006 –marzo 2007, según las funciones de rectoría del modelo propuesto y de acuerdo con las cinco acciones estratégicas del Sector Salud del “Plan Nacional de Desarrollo Jorge Manuel Dengo Obregón 2006-2010”

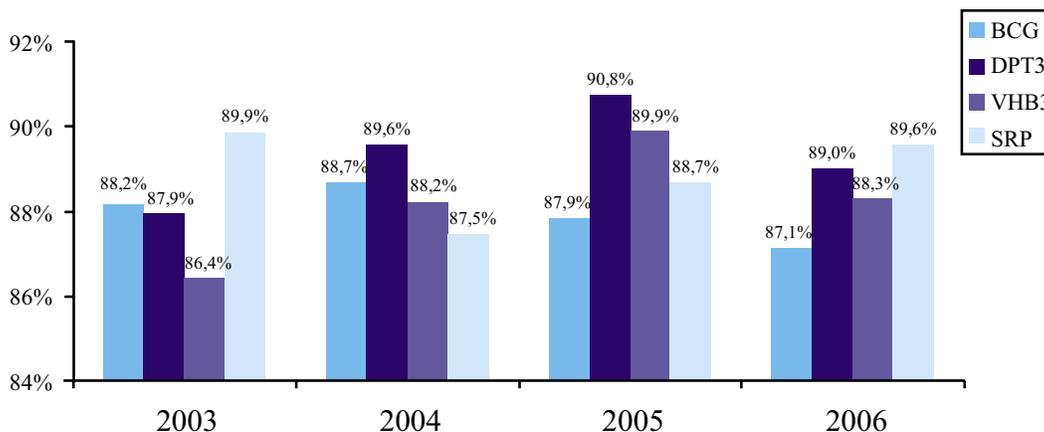
Acción estratégica I: Programa de Fortalecimiento de las Condiciones de Salud de la Población Infantil y Adolescente, Promoviendo Estilos de Vida Saludable.

Armonización de la Provisión de Servicios de Salud

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) e incorporación de nuevas vacunas al esquema básico de vacunación.

El PAI ha mantenido coberturas muy cercanas al 90% para la mayoría de las vacunas a nivel nacional, según se muestra en el gráfico 1.

Gráfico N° 1
Cobertura de vacunación del esquema básico infantil, Costa Rica, 2003-2006



Fuente: Programa Nacional de Inmunizaciones, Ministerio de Salud.

La vacunación para grupos de riesgo contra el virus influenza, se ha mantenido a lo largo de cuatro años consecutivos, y en el 2006, por primera vez se vacunó a los funcionarios de salud que brindan atención directa a pacientes.

Una de las metas de esta acción estratégica es la incorporación de cuatro nuevas vacunas en el esquema básico de vacunación, durante el período 2006-2010, para ello se elabora el Plan Vacunación para el Desarrollo Humano. Las vacunas a incluir son: contra varicela, neumococo, tos ferina para adolescentes y rotavirus.

Las vacunas contra la varicela y el neumococo ya fueron aprobadas por la “Comisión Nacional

de Vacunación y Epidemiología”, la cual, según lo establece la Ley Nacional de Vacunación, es la que define los esquemas básicos de vacunación para la población general. Actualmente se está gestionando la conformación de un grupo interinstitucional, que incluye a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Ministerio de Salud, Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y Junta de Protección Social de San José (JPS), para brindar soporte económico para la compra de las nuevas vacunas propuestas, lo cual sería una primicia a nivel de Latinoamérica, posicionando a Costa Rica como país líder en el área.

Esquema de vacunación oficial infantil de la República de Costa Rica, 2007

Sigla	Edad > Vacuna ▾	Nacimiento	2 meses	4 meses	6 meses	15 meses	4 años	6 o 7 años	c / 10 años
BCG	Antituberculosa	Única dosis							
VOP	Polio oral		1era dosis	2da dosis	3er dosis		Refuerzo		
DPT	Difteria - Pertussis - Tétanos		1era dosis	2da dosis	3er dosis	1er refuerzo	2do refuerzo		dT
VHB	Hepatitis B		1era dosis	2da dosis	3er dosis				
HIB	Haemophilus influenzae		1era dosis	2da dosis	3er dosis	Refuerzo			
SRP	Sarampión Rubéola Paperas					1era dosis		2da dosis	
VAR	Varicela*					1era dosis			
SPn	Antineumococo conjugada*		1era dosis	2da dosis	3er dosis	Refuerzo			
						Influenza (anual) para grupos de riesgo**			
						1 dosis o 2 dosis anuales si no hay antecedente de aplicación anterior ***			

** Niños de 6 meses a 8 años no cumplidos con alguna condición asociada como enfermedad pulmonar, padecimiento cardiaco, afectación renal, afectación hepática crónica, inmunodeficiencia congénica o adquirida, tratamiento crónico con Aspirina desnutrición moderada o sever, hemoglobinopatías.

*** Intervalo de 1 mes entre dosis.

CNV: Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología.

Vigilancia de la Salud

Erradicación del virus de la poliomielitis y vigilancia de parálisis flácida aguda

Con el fin de cumplir con la estrategia mundial para la erradicación del virus de la poliomielitis, coordinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el 2006 se identificó el número de laboratorios nacionales (592) que podrían albergar cepas de poliovirus (vacunal o salvaje). Además se evaluó cuáles de ellos son de riesgo y por lo tanto ameritan de una inspección certificada para garantizar su seguridad, la cual se estará realizando en el 2007. La vigilancia de patologías que se asemejan clínicamente a la poliomielitis paralítica se trata de optimizar año tras año.

En el 2006 se diagnosticaron 19 casos de parálisis flácida aguda.



Vigilancia de sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita

Durante el 2006, al igual que en los últimos tres años, no se presentaron casos confirmados de estas patologías, lo cual es producto de los niveles altos de cobertura de vacunación existentes en nuestro país.

Vigilancia de la tosferina

Desde enero del 2007, se logró detectar un brote de tos ferina que involucraba en su gran mayoría a infantes menores de seis meses procedentes principalmente de Heredia, Cartago y Alajuela. Durante dicho brote ocurrieron muertes, lo que obligó la rápida participación del Ministerio de Salud; con estrategias de divulgación, actualización de los lineamientos de manejo de la enfermedad e implementación de la “estrategia capullo” que consiste en la vacunación de las madres de todos los recién nacidos en el país, la cual iniciará el 30 de abril del 2007 y se extenderá por un año. Los fondos para la compra de dichas vacunas fueron proporcionados por el Ministerio de Salud; esta estrategia es pionera en el área latinoamericana. Durante este período, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), apoyó al sistema de salud en el diagnóstico de dicha enfermedad y la CCSS llevará a cabo la parte operativa de aplicación de la vacuna.

Vigilancia para la preparación ante la pandemia de influenza y gripe aviar

Para la vigilancia de la influenza, se ha coordinado con las instituciones que prestan servicios de salud, el INCIENSA y el Centro Nacional de Influenza de los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, CDC (NIC), la implementación de cuatro sitios centinela para la vigilancia epidemiológica del virus, en el Hospital Nacional de Niños, Hospital Max Peralta de Cartago, Hospital Blanco Cervantes y en la Clínica de Pavas. Además de la elaboración de planes institucionales en los distintos centros de salud para atender los posibles casos de la enfermedad.

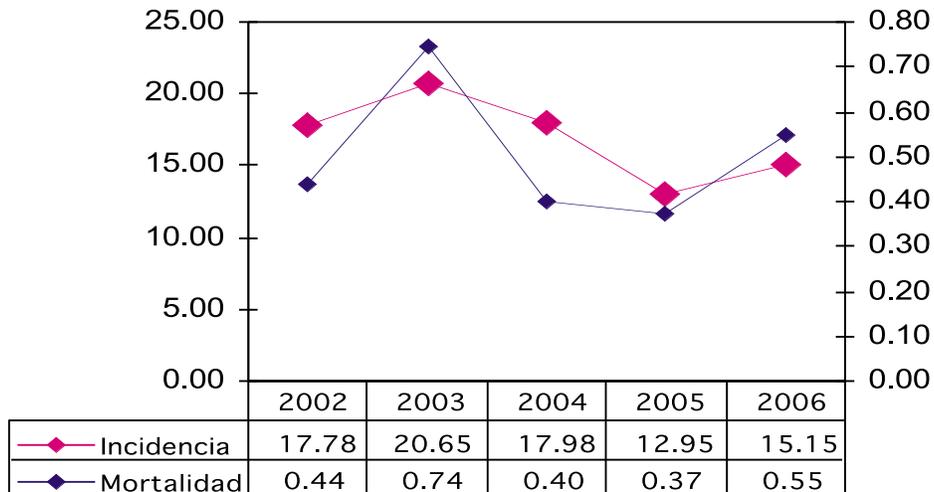
Como logro importante en este campo es el reconocimiento del INCIENSA como parte de la red global de influenza de la OMS (FluNet). Con la colaboración de la OPS/OMS y del CDC, se capacitó a especialistas clínicos y se estimó el impacto de la epidemia con relación a morbilidad y mortalidad.

Con respecto a la influenza aviar, el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) han continuado con las medidas preventivas y cuarentenarias, así como el monitoreo por parte del MAG de alertas o sospechas de la enfermedad en aves importadas o nacionales.

Vigilancia de intoxicaciones agudas con plaguicidas

Durante el año 2006 se registró un total de 617 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas. Con respecto al último quinquenio, la mortalidad y la incidencia presentaron una disminución en los años 2004 y 2005 y se presentó un ascenso en el año 2006.

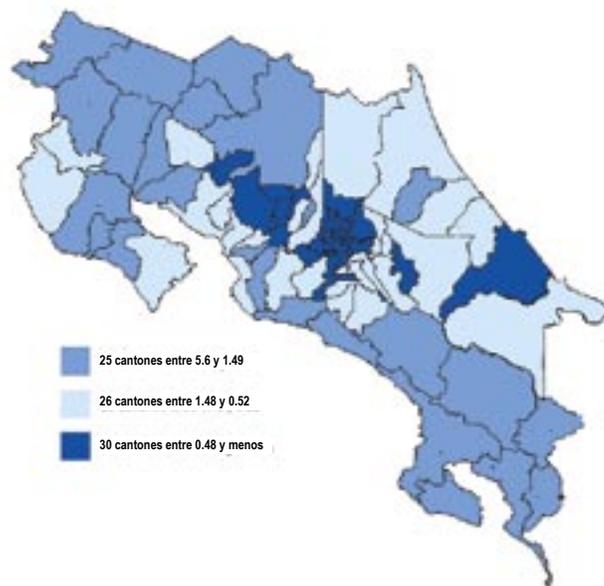
Gráfico N° 2
Incidencia y mortalidad de las intoxicaciones por plaguicidas según año.
Costa Rica, 2002 - 2006
 (Tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Registro de Vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas. Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

En el 2006 el número de personas fallecidas por esta causa fue 24. El modo de intoxicación que causa más muertes en el quinquenio con 86,3% (82 fallecidos), es el de intento de suicidio. El sexo más afectado es el masculino y los grupos de edad con más intoxicaciones son de 15 a 54 años.

Distribución de las intoxicaciones con plaguicidas por cantones
según tasa de incidencia quinquenal. Costa Rica, 2002-2006
 (Tasas por 1.000 habitantes)

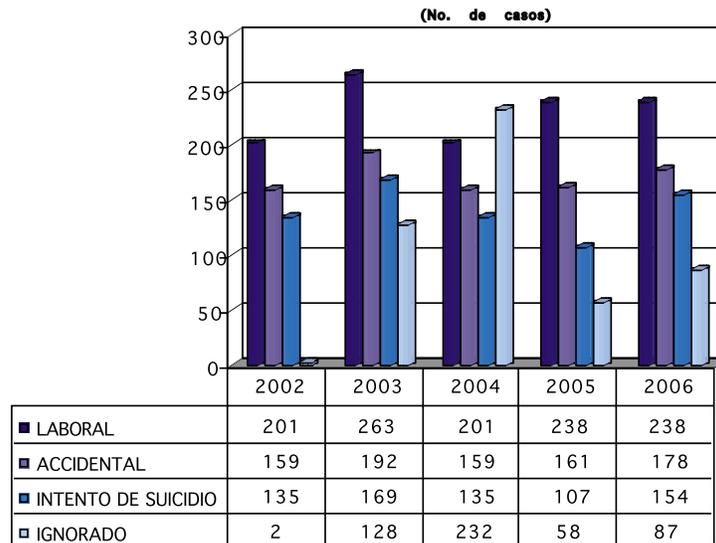


Fuente: Registro de Vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas. Unidad de Vigilancia Epidemiológica.



Los veinticinco cantones con las tasas quinquenales más altas (entre 5,06 y 1,49) se encuentran en las provincias de Guanacaste (8) con la mayor cantidad, Puntarenas (7), Alajuela (7), San José (2) y Limón (1).

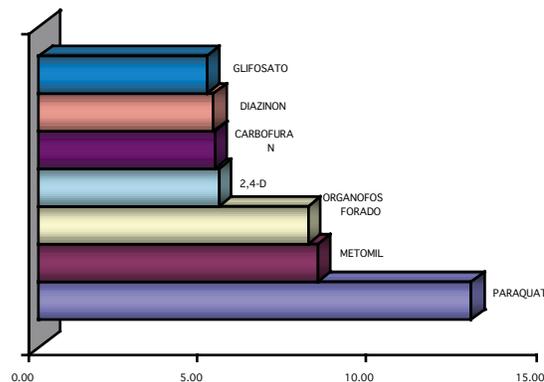
Gráfico N° 3
Intoxicaciones por plaguicidas según modo de intoxicación. Costa Rica, 2002-2006



Fuente: Registro de Vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas. Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

El modo de intoxicación que registra mayor cantidad de casos en el último quinquenio es el laboral con 1130 casos (43%), en segundo lugar el accidental con 862 casos (32%) y en tercer lugar es el intento de suicidio con 680 casos (25%). En todo el quinquenio hubo 2672 personas intoxicadas con plaguicidas.

Gráfico N° 4
Intoxicaciones por plaguicidas más frecuentes según nombre genérico. Costa Rica, 2002- 2006
(Valores porcentuales)



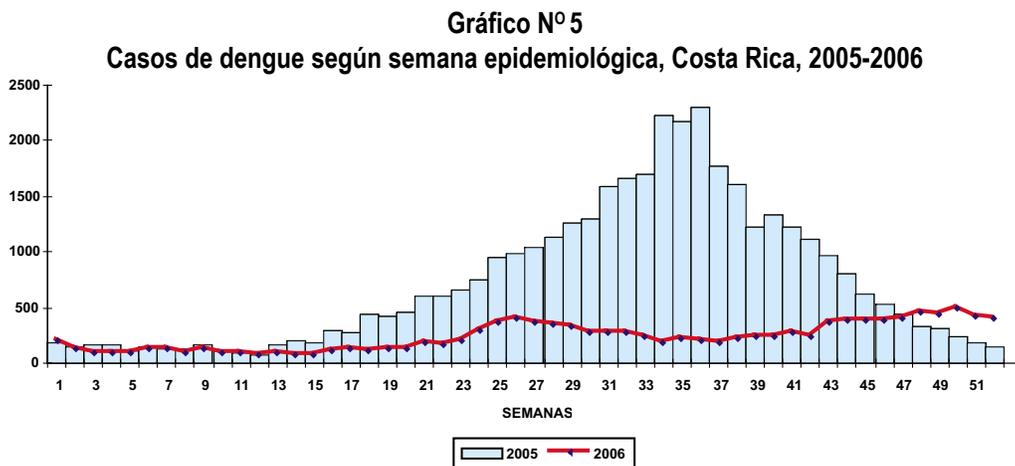
Fuente: Registro de Vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas. Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

Los plaguicidas que con más frecuencia producen intoxicaciones son en primer lugar el paraquat (bipirilos), el segundo puesto es metomil (carbamatos), el tercer lugar lo ocupa un grupo químico mal clasificado en la boleta de declaración obligatoria, los organofosforados, el cuarto lugar es el 2,4 D (ácido orgánico).

Vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores

Dengue clásico

En el año 2006 se notificaron en el país 12.052 casos de dengue para una tasa de incidencia de 273,8 x 100.000 habitantes, observándose una disminución del 68,2 % con respecto al número de casos del 2005 (37.798 casos para una tasa de incidencia de 873,8 x 100.000 habitantes). Gráfico 5.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud

Las regiones que presentaron las tasas de incidencia (por 10.000 habitantes) más altas fueron: Chorotega (149,6), Huetar Atlántica (41,2), Pacífico Central (73,5) y Brunca (53,1), aportando entre todas el 81,2 % de los casos del país. Los cantones con mayor cantidad de casos y que presentaron las mayores tasas de incidencia (por 1.000 habitantes) fueron: Santa Cruz (59,7), Corredores (29,1), Garabito (25,1), Bagaces (17,2), Golfito (13,6), Cañas (12,8), Liberia (11,3) y Carrillo (9,6). Estos cantones aportaron el 50,0 % (6.036) de los casos del país.

Dengue hemorrágico:

En el 2006 se registraron 72 casos, lo cual representa un incremento del 72% con respecto al año 2005 en el cual se presentaron 52 casos. Las regiones de salud más afectadas fueron la Pacífico Central y la Chorotega (Santa Cruz, Puntarenas y Garabito), las cuales aportaron el 76,4% de los casos del país. La distribución por edad muestra que el grupo más afectado fue el de 10 a 54 años, y el sexo masculino con 41 casos (56,9 %). Se detectaron los serotipos dengue 1 y 2. No se registraron defunciones.

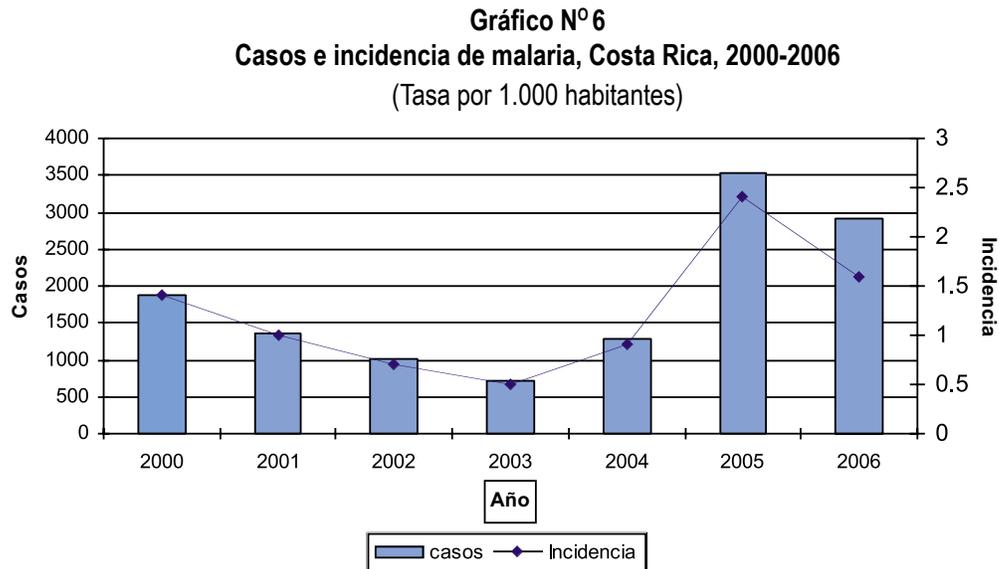
El vector se sigue encontrando en los mismos sitios de reproducción constituidos por depósitos útiles (depósitos de agua para uso doméstico), inservibles (llantas, tarros, chatarra) y, en algunos casos, naturales.

La reducción importante de los casos en el 2006 puede considerarse como un éxito de la salud pública, sobre todo porque la misma se debió en gran parte al fortalecimiento del trabajo en equipo con la CCSS y haber logrado la participación de las comunidades y de las empresas privadas, lo cual es una función clara de la rectoría.



Malaria:

En Costa Rica en los últimos 3 años, se ha detectado un aumento de casos de malaria, principalmente en la Región Huetar Atlántica, específicamente en el cantón de Matina, que ha contribuido el 75,3 % del total de casos del país. Gráfico 6.



Fuente: Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Durante el año 2006, se registraron 2.903 casos de malaria (tasa de 1,8 por 1.000 habitantes), lo cual representa una disminución del 18% con respecto al 2005 en el que se detectaron 3.541 casos. Para la semana 14 de este año, la reducción fue del 50% comparado con la misma semana del año 2006.

La Región Huetar Atlántica (cantones de Matina, Talamanca, Guácimo y Limón) presentó el mayor porcentaje de casos del país (96,7 %) y la mayor tasa de incidencia por 10.000 mil habitantes (68,7). El cantón de Matina aportó el 84,4 % de los casos de la región y el 81,6 % de los casos del país. A pesar de lo anterior, se observó una disminución del 16,5% con respecto al año 2005.

El *Plasmodium vivax* fue el principal agente etiológico, en 2.667 casos (91,9 %); 236 casos (8,2%) fueron causados por *P. falciparum*, el 88,1% fueron causados por infecciones mixtas de *P. vivax* y *P. falciparum* y el 13,5% por *P. falciparum* como única especie.

La distribución de casos por edad muestra que el grupo más afectado fue el de 20 a 24 años y la distribución por sexo muestra que el sexo masculino fue el más afectado 60,0%. El 83,2 % de los casos de malaria por *P. falciparum* se presentó en costarricenses de sexo masculino (54,2%) en edades comprendidas entre los 10 y 49 años (66%), el 16,0 % en nicaragüenses y el 0,4 % en salvadoreños y colombianos. Según ocupación, el 37,1 % de los casos se presentó en jornaleros de las fincas bananeras.

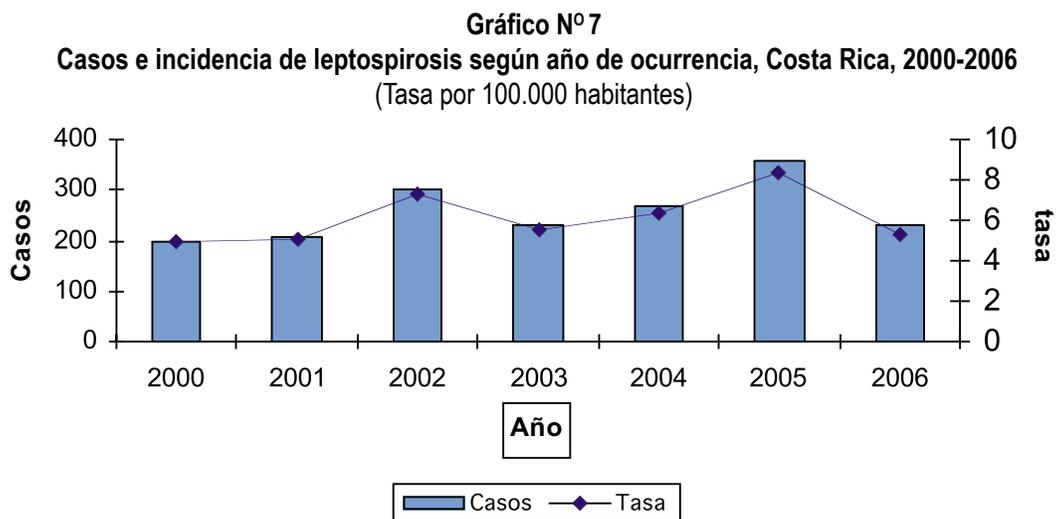
Se logró una reducción significativa en el número de casos en el 2006 e inicios del 2007, a través de una estrategia agresiva y constante, que tomó en consideración la formación de tres grupos de trabajo; un grupo clínico de búsqueda activa de casos, casa por casa y supervisión de la toma del medicamento en los casos ya diagnosticados, un segundo grupo encargado del control del vector por medio de la fumigación, el control biológico y la destrucción de los criaderos, y un tercer grupo de diagnóstico de laboratorio y capacitación de personal. Aunque esta es una función operativa, la misma sigue siendo responsabilidad de este Ministerio, por lo que el liderazgo asumido fue pieza fundamental del éxito. Se analiza la necesidad de trasladar este tipo de actividades a la CCSS, pero de una manera adecuada que no incida negativamente en el control de la epidemia.

Un logro importante para realizar la vigilancia epidemiológica conjunta en el cordón fronterizo Costa Rica-Panamá, ha sido la implementación de un programa de cómputo que facilita el intercambio de información entre ambos países, para la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.

Vigilancia de otras enfermedades infecciosas

Leptospirosis

En el año 2006 se registró una disminución del 35,8% de los casos de leptospirosis (229) con relación al año 2005 (357) (Gráfico 7). La distribución por sexo muestra que el 74,7 % de los casos son del sexo masculino con una razón de masculinidad de 3:1. Los grupos de edad más afectados fueron el de 10 a 29 años (52,8 %) y el de 35 a 49 años (23,1 %) relacionados con labores agroindustriales.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud

Diarreas:

La enfermedad diarreica aguda (EDA) viene ocupando desde 1998, la segunda causa de morbilidad en el registro colectivo del grupo de enfermedades de declaración obligatoria. Por este motivo, y ante la preocupación de las autoridades del Ministerio de Salud, se conformó una comisión para



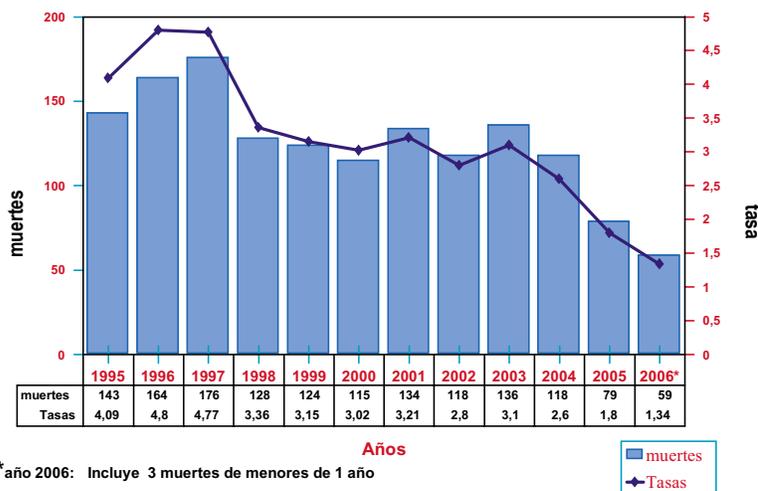
la vigilancia epidemiológica de este evento, integrada por funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud, y el INCIENSA. Durante el año 2006 se observó una disminución en el número de casos de diarrea en las regiones de salud, con excepción de la Chorotega y Central Norte (Cuadro 1).

Cuadro N° 1
Incidencia de diarrea aguda, según región de salud, Costa Rica 2005-2006

Región de Salud	Número de casos	
	2005	2006
Huetar Atlántica	4068.6	36.9
Central Sur	3010.0	1007.5
Huetar Norte	1415.0	1231.4
Central Este	3799.0	2840.2
Occidental	3887.0	3372.3
Pacífico Central	6960.0	4015.3
Brunca	4858.0	4453.4
Chorotega	4347.0	4776.4
Central Norte	4778.0	5234.8

En el año 2006 se presentó un total de 59 muertes por diarreas, para una tasa ajustada de 1,34 por 100.000 habitantes, lo que representa una disminución del 33,9% de las muertes con respecto al año anterior.

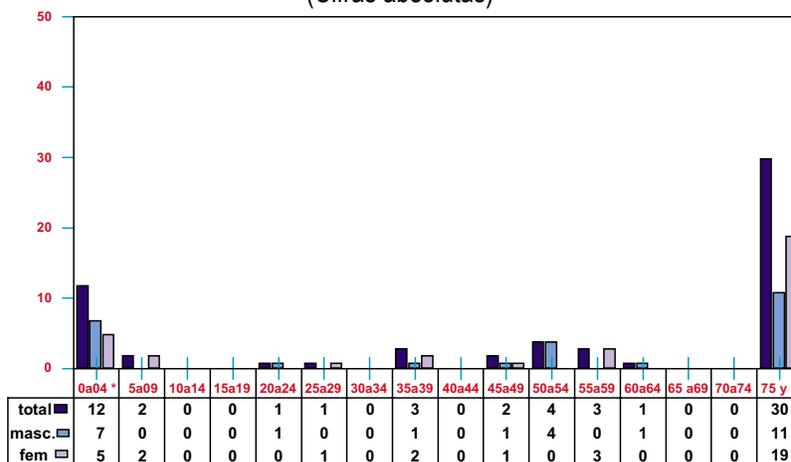
Gráfico N° 8
Mortalidad por diarreas según año. Costa Rica 1995-2006
(Tasa ajustada por 1.000 habitantes)



Año 2006: Incluye 3 muertes de menores de 1 año
Fuente: INEC-Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

El 56% de las muertes correspondió a mujeres. El grupo de edad más afectado es el de 75 y más años con un total de 30 muertes (28,77 por cada 100.000 habitantes). Este último hallazgo es motivo de preocupación por lo que ya se está coordinando la realización de un estudio epidemiológico con las instancias correspondientes que identifiquen los factores de riesgo asociados a estas muertes en la población de adultos mayores.

Gráfico N° 9
Mortalidad por diarreas según grupo de edad y sexo. Costa Rica 2006
 (Cifras absolutas)



*Incluye 3 muertes de menores de 1 año
 Fuente: INEC-Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Un logro importante ha sido el reconocimiento regional del INCIENSA en el campo de la vigilancia de la inocuidad de alimentos por bacterias como la *Salmonella sp.* con posibilidad de convertirse en el Centro Regional de un programa de la OMS que brindaría apoyo a Centro América, Panamá, Cuba, República Dominicana y México. Esto, contribuirá a mejorar la vigilancia y el control de la enfermedad diarreica aguda, así como de otros padecimientos relacionados con esta bacteria.

Tuberculosis:

En cumplimiento del Plan Nacional para el Control de la Tuberculosis (PNTB), el Ministerio de Salud en coordinación con la CCSS realizaron en el 2006 el primer análisis longitudinal a nivel nacional, de la cohorte de casos de tuberculosis del 2004, a fin de obtener información acerca de la atención, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas. A continuación se presentan los logros del programa:

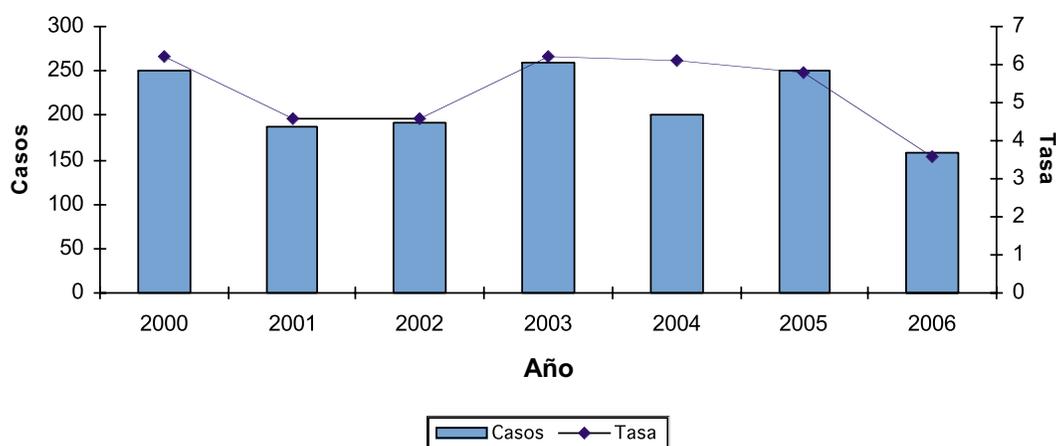
- a) Fortalecimiento del recurso humano que permite garantizar la captación oportuna del paciente sintomático respiratorio (SR)
- b) Fortalecimiento de la infraestructura de los laboratorios que permita el acceso al diagnóstico bacteriológico.
- c) Dotación de medicamentos antifimicos a todos los establecimientos de salud y el tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos, implementación de estrategia DOTS (tratamiento supervisado dosis oral en inglés) en un 100%.
- d) El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis tiene continuidad y cobertura nacional.
- e) La creación de la Fundación Pro-ayuda al Enfermo Tuberculoso
- f) Elaboración de la guía de Manejo de la Coinfección de TB-VIH y sida
- g) Evaluación por primera vez en Costa Rica del Proyecto DOTS PLUS (DOTS más) en pacientes multidrogoresistentes por consultores de la OMS.



VIH y sida

Durante el año 2006 se registraron 157 casos de VIH y sida (cifras preliminares), para una incidencia de 3,6 /100.000 habitantes. El 85,3 % (134 casos) corresponden al sexo masculino. La razón de masculinidad fue de 5,8:1. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 44 años (79,7 %). Gráfico 7.

Gráfico N° 10
Casos e incidencia de VIH/SIDA según año de ocurrencia. Costa Rica, 2000-2006
 (Tasa por 100.000 habitantes)

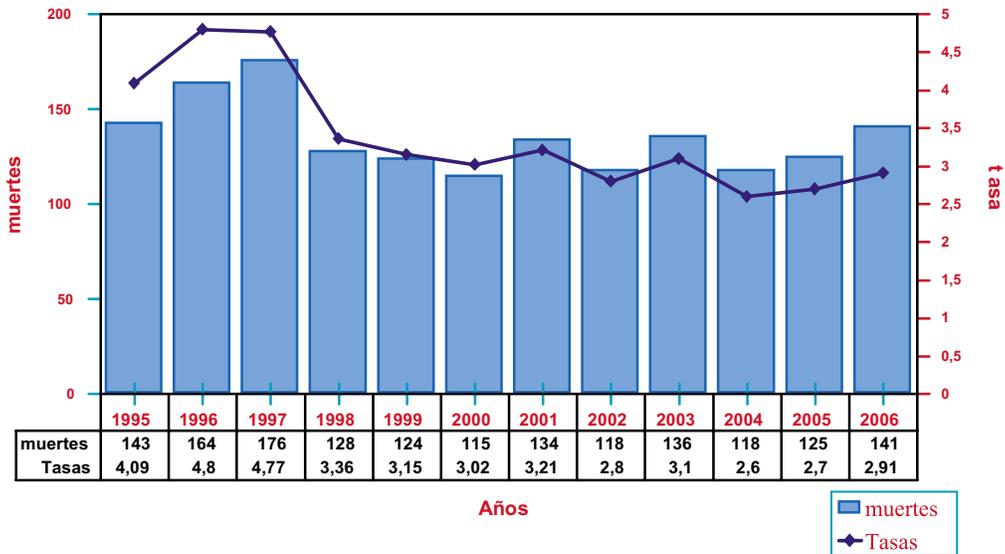


Fuente: Unidad de Análisis Estadístico. Ministerio de Salud

Las provincias que registraron la mayor cantidad de casos fueron: San José (88), Heredia (21) y Alajuela (17), generando el 80,2 % del total registrados en el país. Los cantones con mayor cantidad de casos registrados fueron: San José (38), Alajuela (11), Goicoechea (11), Heredia (8) y Tibás (7), generando el 47,8 % de los casos del país.

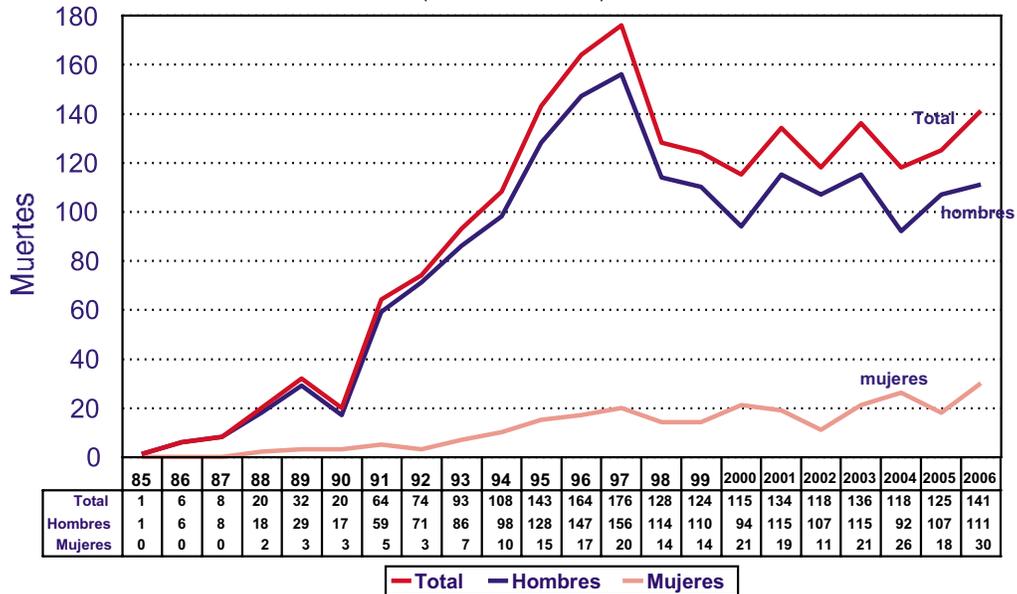
En el año 2006 se registró un total de 141 muertes por VIH y Sida, con una tasa ajustada de 2,91 por 100.000 habitantes, lo que representa un incremento del 11,35 % con respecto al año anterior. Ciento once muertes correspondieron al sexo masculino, lo que representa un 7,8%, las restantes 30 muertes se dieron en personas del sexo femenino

Gráfico N° 11
Mortalidad por VIH y sida según año. Costa Rica 1995-2006
 (Tasa ajustada por 1000 habitantes)



Fuente: INEC-Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud

Gráfico N° 12
Mortalidad por VIH y sida según año sexo. Costa Rica 1985-2006
 (Cifras absolutas)



Fuente: INEC-Unidad de Análisis Estadístico, Ministerio de Salud



Vigilancia nutricional

Canasta Básica Alimentaria.

En coordinación con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) se desarrolló la metodología y la definición de lineamientos técnicos para elaborar la estructura de la canasta básica alimentaria con base en la Encuesta de Ingresos y Gastos del 2004. Esta nueva estructura permitirá una mejor identificación de las líneas de pobreza del país.

Patrones de crecimiento

Se condujo la elaboración de instrumentos y acciones para mejorar la atención en salud y nutrición de grupos prioritarios de población mediante la coordinación interinstitucional, lo cual condujo a la oficialización de las nuevas gráficas para la vigilancia del crecimiento y estado nutricional de la población menor de 20 años.

Para los niños y niñas menores de cinco años de edad se diseñaron las gráficas de peso para edad, peso para talla y talla para edad según sexo, utilizando como referencia el nuevo patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud.

En el caso de hombres y mujeres de cinco a diecinueve años de edad se elaboraron las gráficas de índice de masa corporal según sexo y edad, utilizando como patrón de referencia el del National Center for Health Statistics (NCHS).

Vigilancia de la mortalidad materna e infantil

Los resultados para el 2006, señalan que la tasa de mortalidad infantil se estabilizó en 9,7 por mil nacimientos, con una disminución en el número total de defunciones infantiles de 700 en el 2005 a 692 en el 2006.

La tasa de mortalidad materna, disminuyó en el año 2006. Se registraron 28 defunciones para una tasa de 3,93 por mil nacimientos, la cual fue inferior a la registrada en el 2005 en el cual ocurrieron 29 muertes maternas, con una tasa de 4,05 por mil nacimientos.

Gracias a la coordinación establecida con el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) se logró reducir el subregistro a casi cero en la mortalidad materna y a menos de un 5% en la mortalidad infantil.

Vigilancia de la población migrante

Por segundo año consecutivo se realizó el análisis de las necesidades en salud familiar de la población migrante y de la respuesta que los servicios de salud le ofrecen a este grupo. Las nueve regiones del Ministerio de Salud fueron capacitadas sobre los temas mencionados

Instrumentalización de la Promoción de la Salud

Desde 1986 con la firma de la carta de Ottawa que destaca los compromisos adquiridos por los países participantes durante la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Costa Rica, al igual que los demás países, se comprometió a impulsar la promoción de la salud para actuar sobre los determinantes de ésta.

Tomando en consideración los compromisos adquiridos por el país en los diferentes foros, conferencias y convenios internacionales relacionados con la salud y sobre todo con promoción de la salud, así como los compromisos de las autoridades de gobierno para el período 2006-2010; el Ministerio de Salud dirige sus esfuerzos a hacer efectivo el compromiso de situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas.

Además, la presente administración, asume el compromiso de hacer de la promoción de la salud, el eje transversal de todas sus actividades, donde la responsabilidad esencial gubernamental consiste en proporcionar a las comunidades las herramientas necesarias para ejercer con participación ciudadana inteligente su derecho a la salud, fomentando la participación no sólo de las comunidades, sino también de la sociedad civil y que sea un requisito de las buenas prácticas empresariales.

Bajo el lema “De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud” el Ministerio de Salud asume el reto de hacer de promoción de la salud, la estrategia maestra para el ejercicio de la rectoría sobre el Sistema Nacional de Producción Social de la Salud tal como se planteó anteriormente.

El cambio de paradigma, de pasar de la atención de la enfermedad a la promoción de la salud, requiere aceptar por parte de la sociedad que la salud es un derecho de todos y una responsabilidad del Estado. Además de un cambio en la forma de hacer las cosas, es pensar en salud como bienestar e incorporar la promoción de la salud en cada una de las funciones rectoras; posicionando la promoción de la salud con sus líneas de acción en la agenda de los tomadores de decisión a todo nivel y en todos los sectores. Consiste, en conceptualizar a la salud como el producto de todas las interacciones y actividades humanas, donde sus determinantes van más allá de la esfera propia del Sector Salud e involucra las acciones de las instituciones fuera del sector.

Promoción de la actividad física

Se conformó la Red Costarricense de Actividad Física y Salud (RECAFIS) como parte del esfuerzo de abogacía, con el fin de contribuir a reducir las enfermedades crónicas no transmisibles y tener una población más saludable.

Esta red está constituida por Decreto Ejecutivo N° 32886-S-C-MEIC-MTSS-MP-G del año 2006 y representa un esfuerzo de articulación de instituciones gubernamentales, Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) y de la sociedad civil para promover la actividad física en todas sus modalidades, como uno de los componentes fundamentales de estilos de vida saludables.



Otro logro importante es la elaboración del Plan Estratégico Nacional 2006-2010 para la Promoción de la Actividad Física para la Salud el cual está alineado a la Estrategia Mundial de Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud promovido por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud. Este plan impulsado, por el Despacho del Viceministro de Salud, está alineado con el nuevo modelo conceptual estratégico planteado.

Además en los planes programas y proyectos derivados del plan estratégico nacional se hace clara integración con otros componentes como la alimentación saludable, la salud mental y prevención del tabaquismo y otras adicciones.

Programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo”

El programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo” desarrollado por el Instituto de Alcoholismo y Fármaco Dependencia (IAFA) logró una cobertura total de 105.523 personas, durante el año 2006, permitiendo capacitar a niños, niñas y personal docente de los niveles de cuarto, quinto y sexto grado de 300 escuelas primarias, localizadas en 52 cantones del país. Para ello se contó con el apoyo de 2.982 agentes multiplicadores, los cuales reproducen los conocimientos adquiridos.

Recientemente se firmó un convenio con el Ministerio de Educación Pública (MEP) el cual permitirá capacitar a todos los docentes de segundo ciclo para la reproducción de este programa.

“Espacios Libres de Humo del Tabaco”

Esta estrategia, la cual se lleva a cabo en los tres niveles de gestión del Ministerio de Salud, promueve la creación de espacios libres de humo en distintos escenarios tales como: empresas, centros educativos, establecimientos de salud, establecimientos comerciales, instituciones gubernamentales entre otras. Como parte de la estrategia se impulsa la cesación del fumado en la población general. Un logro importante del período es la creación de la Red de Espacios Libres de Tabaco de Limón.

Además se certificaron como “Espacios Libres de Humo de Tabaco” a nivel nacional 103 nuevos establecimientos.

Red de “Cantones Ecológicos y Saludables”

Para controlar los determinantes de la salud se requiere de procesos que integren acciones de las instituciones del Estado, las ONG's, y la sociedad civil. El Ministerio de Salud ha implementado acciones para abogar ante los Consejos Municipales y sus Alcaldes para que asuman la estrategia de Cantones Ecológicos y Saludables impulsada por la OPS/OMS, a la vez que ha promovido la participación social real, conciente, activa e informada.

En el año 2006 se implementó el “Plan Estratégico Nacional de la Red de Cantones Ecológicos y Saludables” que busca facilitar los espacios de coordinación y concertación intersectorial en los cantones del país que integran la red para el logro de una mejor calidad de vida y el desarrollo humano sostenible en el marco de la promoción de la salud y en cumplimiento de las Metas de los Objetivos del Milenio.

Abogacía para educación formal

El Ministerio de Salud realizó diversas gestiones para lograr la incorporación de los contenidos en alimentación saludable, salud mental y actividad física en el tema transversal “salud” de la currícula del programa de la educación básica del primer y segundo ciclo.

Estrategia 5 al Día-Costa Rica

En el marco de la Estrategia Mundial Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se concretó el desarrollo de la “Estrategia 5 al Día- Costa Rica” como un componente clave para promover la salud y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles.

Esta estrategia consiste en promover el consumo de frutas y vegetales en al menos cinco porciones diarias por parte de toda la población.

Alimentación y nutrición

Metas Nutricionales Nacionales

Uno de los logros obtenido ha sido la actualización de las Metas Nutricionales para Costa Rica que ha sido un producto coordinado por la Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias para Costa Rica la cual tiene su coordinación en el Ministerio de Salud. Este ha sido un esfuerzo conjunto de diversas instituciones y sectores y que posiciona a Costa Rica como país líder en la región centroamericana en la temática de guías alimentarias.

Seguridad alimentaria y nutricional

Actualmente funcionan 42 Consejos Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional (COSAN) distribuidos en todo el país. Entre ellos destaca el COSAN de Upala el cual ha desarrollado entre otros proyectos:

- Mejoramiento de la disposición de excretas: en 35 comunidades del cantón, 500 familias beneficiarias. Proyecto aprobado por el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) por la suma de ₡80.191.915 para el 2007.
- Huertos Mixtos (Proyecto Amigable con el Ambiente): en 10 comunidades fronterizas (100



familias beneficiadas), con una inversión de ¢63.000.000 en el 2006.

- Productos derivados del maíz y microinvernadero: gestionados por el INCAP/OPS para ser financiados con fondos de la cooperación del Gobierno de Bélgica, por un monto de ¢1.200.000 y ¢3.490.634 respectivamente.

Un logro importante en el campo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades infectocontagiosas fue el proceso de sensibilización y capacitación a directores de los principales medios de comunicación nacional, a fin de promover el protocolo para el lavado de manos y el protocolo del tosido y el estornudo y la elaboración de un plan estratégico de comunicación, como acciones preparatorias para una eventual epidemia de gripe aviar y la pandemia de influenza.

Regulación de la Salud

Regulación de alimentos

Ácidos grasos-trans

Estudios realizados por la Universidad de Harvard en el año 1994 detectaron la presencia de un alto contenido de ácidos grasos trans en los aceites de consumo nacional, cuyo consumo constituye un alto riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Debido a lo anterior el Ministerio de Salud en conjunto con el INCIENSA negociaron con los representantes de la industria de grasas y aceites la reducción, de manera significativa, el contenido de estos ácidos grasos de manera que no representen un riesgo para la salud de la población.

Otro logro importante en este campo consiste en la elaboración de una tabla de composición de alimentos, que incluye el contenido de ácidos grasos trans y micronutrientes de consumo nacional. Esta tabla es la primera de este tipo en Centroamérica, y su elaboración fue coordinada por el INCIENSA. Su utilización permitirá a la población mejorar la calidad de su alimentación.

Fortificación de alimentos.

En coordinación con la industria alimentaria y el INCIENSA, se monitorea la calidad de los alimentos fortificados por ley, como la harina de trigo y de maíz, la leche, la sal y el azúcar. Estas acciones han permitido que la población reciba los nutrientes (hierro, folatos, yodo y vitamina A), que están deficientes en su alimentación y han contribuido a la reducción de más del 60% de los defectos congénitos del tubo neural, así como un descenso en las anemias que afectan a las mujeres en la edad reproductiva. Mediante el decreto No 33124-S se modifica el decreto No 30031-S sobre la fortificación de arroz, en el cual se introduce el agregado de vitamina B12, zinc, selenio y vitamina E, además de ácido fólico, tiamina y niacina.

Para lo anterior fue necesario coordinar con el sector industrial el desarrollo de una tecnología de fortificación resistente al lavado del arroz por ser ésta una práctica común en la población costarricense.

El programa de fluoración y yodación de la sal que coordina el INCIENSA, único en Latinoamérica, ha tenido un impacto importante en la salud oral de los niños y niñas menores de doce años, el cual se evidenció mediante una encuesta realizada por la Universidad de Costa Rica, la cual mostró una disminución en la prevalencia de caries dentales, al obtenerse un índice CPOD de 2,5 en estas poblaciones (OPS/OMS recomienda un índice menor de 3).

Por otra parte, y dentro del marco del proceso de integración centroamericana, Costa Rica, en conjunto con la OPS/OMS, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y el CDC de los Estados Unidos, logró que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) aprobara un proyecto para el fortalecimiento de los programas de fortificación de alimentos y suplementación con micronutrientes en el área centroamericana. Esto, con el propósito de reducir la mortalidad infantil y las deficiencias de vitaminas y minerales en la población, cuya ejecución se hará en el transcurso de este año.

Provisión de Servicios de Salud de Atención a las Personas

Fortalecimiento y modernización de los CEN y los CINAI

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 establece la articulación de las políticas de atención integral a la niñez y adolescencia en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión social, mediante programas y acciones orientadas por criterios de corresponsabilidad, equidad de género e interés superior de niños, niñas y adolescentes.

En ese contexto, se planteó el fortalecimiento y modernización de los CEN y los CINAI, de acuerdo al siguiente modelo conceptual:

Nutrición preventiva: Desarrollo de estrategias, servicios y proyectos para la prevención de malnutrición (carencias ó exceso de nutrientes), así como la adopción de conocimientos, actitudes y prácticas saludables en clientes y beneficiarios.

Atención y protección diaria: Servicios cotidianos en establecimientos CEN-CINAI, donde los niños/as en riesgo de salud permanecen en un entorno favorable, sano, seguro y estimulante; y reciben atención por medio de relaciones afectuosas, para propiciar su óptimo desarrollo.

Promoción del crecimiento y desarrollo: Implementación de estrategias, servicios y proyectos que aseguren la atención óptima del niño/niña menor de 13 años para el desarrollo de su potencial como sujeto integral de derechos.

Para favorecer lo anterior y fortalecer el Programa, se presentó a la Asamblea Legislativa el proyecto de creación del Instituto Nacional de Desarrollo Infantil (INDI) adscrito al Ministerio de Salud. Además se acaba de concluir un proceso de desarrollo organizacional para alinear la organización del ente adscrito al marco estratégico y conceptual del Ministerio de Salud.



Otro logro importante para el cumplimiento de las metas del PND 2006-2010, lo constituye la transferencia de ¢1,608 millones de FODESAF al Ministerio de Salud para realizar las obras de remodelación, ampliación y construcción de los CEN y los CINAI.

El fortalecimiento de estos centros, permite al MS proyectarse a largo plazo mediante la preparación adecuada de los adultos y adultas del futuro, la introducción de conceptos de equidad, oportunidad, disminución de la violencia, prevención de la drogadicción, y le da un enfoque de género al permitir que madres jefas de hogar puedan trabajar mientras un equipo interdisciplinario prepara a sus hijos e hijas de cara a los retos del futuro. Por ende este proyecto contribuye a la reducción de la pobreza.

Centro de atención integral para la prevención y control del uso de drogas psicoactivas, en personas menores en condición de exclusión social.

Para el año 2007, se programó la construcción y equipamiento del inmueble que albergará el centro de atención, contándose con la aprobación para la contratación directa de parte de la Contraloría General de la República. El concurso para la construcción de la obra, no ha sido adjudicado aún, ya que se encuentra en una fase de revisión interna y externa de la única oferta recibida.

El IAFA cuenta con el presupuesto para la construcción del Centro que albergará 60 camas para niños y niñas en alta vulnerabilidad social.

Acción estratégica II: Acciones de Promoción y Protección del Hábitat Humano para un Mayor Bienestar y Calidad de Vida de la Población

Regulación de factores de riesgo ambiental

Desde el inicio de la presente Administración, el problema de la gestión de residuos sólidos en diversas comunidades ha sido prioridad para el Despacho Ministerial. Con el fin de fungir como mediador y facilitador, el Ministerio de Salud ha realizado gestiones para resolver este problema en coordinación con las municipalidades, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM) y la Defensoría de los Habitantes.

En el caso del problema del Cantón de Tibás, el Ministerio de Salud, ha dado seguimiento dentro del marco de la Ley General de Salud y el Decreto 22518-S (Emergencia Nacional para Vigilancia y Control del mosquito *Aedes aegypti*). Del mismo modo, se han atendido y canalizado múltiples denuncias de tibaseños preocupados por este problema cantonal, a pesar de que a la fecha el problema aún no se ha resuelto.

Relleno sanitario de Río Azul:

Con el objetivo de encontrar una solución a la problemática del Relleno Sanitario de Río Azul, el 19 de setiembre del 2005, se firmó el Convenio de Cooperación Ministerio de Salud, Municipalidad de Curridabat, Municipalidad de La Unión y la Federación Municipal Regional del Este para el cierre