



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Estrategia de cooperación con Costa Rica

Organización Panamericana de la Salud
Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud

Estrategia de cooperación con Costa Rica

Enero 2004

Grupo de trabajo

Equipo técnico de la Representación OPS/OMS-Costa Rica

Participantes del proceso

Funcionarios y asesores de las siguientes instituciones y organizaciones: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Planificación Nacional, Universidad de Costa Rica, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Educación, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Ambiente y Energía, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Instituto de Farmacodependencia y Alcoholismo, Instituto Mixto de Ayuda Social, Fondo de Desarrollo y Asignaciones Familiares, Instituto de Fomento y Asesoría Municipal, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición, Patronato Nacional de la Infancia, Universidad Nacional, Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Doctor Raúl Blanco Cervantes, Hospital Nacional de Niños, Secretaria IDESPO/UNA, Casa Presidencial, Comisión Nacional de Emergencias, Consejo de Seguridad Vial, Consejo Económico, Secretaría Técnica del Consejo Social, Consejo Sectorial de Salud, Contraloría General de la República, Defensoría de los Habitantes, Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos, Asamblea Legislativa, Banco Central, Estado de La Nación, Asociación Costarricense de Recursos Hídricos, Colegio de Ingenieros Civiles, Colegio de Químicos, Comisión Nacional de Lactancia Materna, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Empresa de Servicios Públicos de Heredia, Cámara de Comercio, Banco Centroamericano de Integración Económica, Agencia de Cooperación Internacional de Japón, Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fundación de las Naciones Unidas para la Niñez, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Oficina Regional (OPS-Washington) y Oficina mundial (OMS-Ginebra).

WA540.1

O-686e Organización Panamericana de la Salud

Estrategia de cooperación con Costa Rica / Organización Panamericana de la Salud.

— San José, C.R. : OPS, 2004.

170 p. ; 28 cm.

ISBN 92 75 32504 9.

1. COOPERACION TECNICA. 2. COOPERACION INTERNACIONAL. 3. PRIORIDADES EN SALUD. 4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.
5. COSTA RICA.

San José, Costa Rica, Enero 2004

El contenido de este documento puede ser reproducido y traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que no se use para fines comerciales y siempre y cuando se cite la fuente original.

Índice

1. Introducción	1
2. Retos globales y en salud	3
3. Cooperación para la salud	35
4. Cooperación de OPS/OMS	57
5. Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Costa Rica	71
5.1. Cooperación y salud pública internacional	71
5.2. Reducción de la exclusión e inequidades en salud	73
5.3. Política, rectoría y organización del sector salud	77
5.4. Financiamiento de la salud	82
5.5. Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento	86
6. Conclusiones	95
7. Bibliografía	99
8. Siglas	105
9. Anexos	107
9.1. Relación de la estrategia de cooperación con las metas del milenio, mandatos de cuerpos directivos de OPS/OMS, acuerdos subregionales y plan estratégico de OPS.	109
9.2. Concordancia de la estrategia de cooperación con la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006	155
9.3. Análisis de estrategia de cooperación con las funciones de cooperación y el plan de trabajo	177
9.4. Metas del Milenio y sus indicadores	178
9.5. Enfoques funcionales (OPS) y funciones (OMS) de cooperación	182
9.6. Lista de participantes	184

I.

Introducción

2.

Retos globales y en salud en Costa Rica

2.1 Gobernabilidad

En noviembre de 1949 fue promulgada la Constitución Política de Costa Rica que, con algunas reformas parciales, se mantiene vigente hasta la fecha. En términos generales la Constitución recoge en su contenido las bases de un Estado unitario, centralizado que determina que Costa Rica es una república democrática, libre e independiente así como su gobierno es de elección popular, representativo y alternativo.

En la actualidad, el deterioro social sufrido en todo el continente Americano ha acarreado altos costos en términos de gobernabilidad democrática. Costa Rica no ha sido ajena a esta realidad y en los últimos quince años los ex-presidentes de la República se han quejado reiteradamente de la ingobernabilidad progresiva¹ que ha sufrido el entorno costarricense en alusión al sistema jurídico e institucional. Este deterioro continuo ha impedido que la toma de decisiones se realice en plazos razonables y de conformidad con los parámetros constitucionales y las aspiraciones democráticas. Así por ejemplo, en su discurso del 1 de mayo del 2002, el ex presidente de la República, Miguel Angel Rodríguez, planteó la necesidad de pensar en un cambio sustancial del sistema político, con el propósito de fortalecer el sistema democrático y alcanzar mayor eficacia en la gobernabilidad del país, definida como el conjunto de tradiciones e instituciones mediante las cuales se ejerce la autoridad en un país. Esto incluye la rendición de cuentas, la estabilidad política, la efectividad gubernamental, la calidad regulatoria, el estado de derecho, y el control de la corrupción.

Tradicionalmente, Costa Rica se ha caracterizado por su relativa estabilidad política, el apego de la población al sistema democrático y con una trayectoria democrática de logros fundamentales en el campo político y social. Sin embargo, las elecciones del 2002 evidenciaron tres hechos importantes:

- La disconformidad de los ciudadanos costarricenses con el sistema político nacional y la falta de credibilidad en los partidos políticos, mostrada por el alto porcentaje de abstencionismo registrado en las elecciones presidenciales y legislativas de 1998 y del 2002 (30,0% y 31,2% respectivamente).
- La sociedad costarricense exige a los partidos políticos tradicionales mayor compromiso con el bienestar de la población, con la transparencia en la gestión pública y con el desarrollo nacional.
- Se crea un inestable y nuevo equilibrio político, pasando del bipartidismo hacia el pluralismo partidario, abriendo espacios a partidos emergentes como el Partido de Acción Ciudadana (PAC) y en menor medida el Movimiento Libertario (ML), pero sin llegar a otorgarles la presidencia o el dominio de la Asamblea Legislativa.

¹ Jaime Ordoñez. El Financiero.

El surgimiento del nuevo esquema político tradicional obliga a nuevas formas de hacer política, nuevos temas de discusión especialmente de los partidos re-emergentes. El (PAC) introduce el tema de la lucha contra la corrupción, el fortalecimiento de los sistemas de rendición de cuentas dentro del Estado, el apoyo a los productores agrícolas, el desarrollo de nuevas formas de comunicación directa con los electores.

En el ámbito local, las elecciones de regidores y síndicos se enmarcan dentro de un nuevo orden jurídico con las reformas del Código Municipal, las cuales tienen como objetivo fortalecer los distintos gobiernos locales del país. Por primera vez en el país, mediante elección popular directa, el 1 de diciembre del 2002 fueron elegidos los alcaldes, con un mayor compromiso en fomentar la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones de sus cantones. Sin embargo, en la región, Costa Rica es un país con un sistema de municipalización rezagado y con una incipiente descentralización y desconcentración de los recursos del Estado.

El informe de la Auditoría Ciudadana de la Calidad de la Democracia, del Proyecto Estado de la Nación, plantea la existencia de un fuerte apoyo del ciudadano costarricense a la democracia como un valor en sí mismo y en la importancia de la rendición de cuentas en una democracia de calidad. Sin embargo, existe un descontento con el funcionamiento de la mayoría de las instituciones públicas, partidos políticos y organizaciones tradicionales de la sociedad civil. Los costarricenses esperan resultados ágiles de las instituciones del Estado, buen trato, sanción en los actos de corrupción, transparencia en los trámites, participación en las decisiones y otros elementos que dan nuevos atributos a la democracia.

Las instituciones y empresas del Estado, tales como el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), la Refinería Costarricense de Petróleo (RECOPE), el Instituto Nacional de Seguros, y otras afrontan grandes limitaciones para desarrollarse, modernizarse y ejercer su función. Los lineamientos de crecimiento del gasto que fijan el tope presupuestario de las instituciones, restringen la inversión y la mejora en la calidad de los servicios. Por otra parte, estas instituciones autónomas deben cumplir trámites y regulaciones engorrosas que repercuten en sus tiempos de respuestas.

Otro tema importante en la actualidad política del país, lo constituye la forma en la cual fue resuelta la reelección presidencial. A inicios de abril del 2003, la Sala Constitucional, resolvió favorablemente los recursos de inconstitucionalidad contra la reforma del 11 de julio de 1969 al artículo 132, inciso 1) de la Constitución Política, que impedía la reelección presidencial. Este fallo representó un reacomodo del orden constitucional del país, en el cual a la Sala IV se le atribuyen cada vez más, decisiones importantes que como el de la reelección, ha estado en la competencia de la Asamblea Legislativa o en una Constituyente. Esta situación, es un ejemplo del conflicto de intereses creados alrededor de la institucionalidad costarricense dado los desplazamientos de asuntos en los que cada institución debe pronunciarse.

El crecimiento del abstencionismo, la falta de continuidad de los procesos políticos, el deterioro social, y económico del país, agudizado por, la desaceleración económica mundial, ha provocado que el panorama político y social del país, haga necesaria una redefinición del modelo y rol del sector público. Adicionalmente, se arrastran limitaciones importantes en la satisfacción ciudadana, calidad en los servicios y la falta de control, tendencia que de continuar podría afectar la gobernabilidad del país.

Además, los mecanismos disponibles de participación ciudadana son insuficientes para permitir el acceso de los ciudadanos de todas las comunidades del país a las instancias legislativas y jurídicas para escoger, expresar y construir sobre sus derechos y responsabilidades. Esta situación está produciendo un descontento peligroso cada vez mayor sin retroalimentación de las autoridades, situación que podría suponer una amenaza a la gobernabilidad del país.

Respecto a la salud de la población, la gestión del Gobierno especificada en el Plan Nacional de Desarrollo en el eje de creación y desarrollo de capacidades humanas, señala el área temática de salud y deportes con los objetivos de consolidar el proceso de reforma del sector salud, garantizar la atención integral, mejorar la calidad de vida, proteger y mejorar el ambiente humano (recurso agua, alcantarillado sanitario) y modernizar la seguridad social. También, el eje de desarrollo de las capacidades humanas está integrado al Plan Vida Nueva que propicia la movilidad social articulada al crecimiento económico y social del país. Además, el Ministerio de Salud desarrolló el análisis sectorial de salud el cual dio la base para la política nacional de salud y la agenda sanitaria concertada 2002-2006.

2.2 Modelo de desarrollo socioeconómico

El desarrollo de Costa Rica está relacionada históricamente con cuatro factores que son: el tipo de producción, la evolución de la ideología, la organización de la fuerza de trabajo, y el papel del Estado. El desarrollo se inicia en 1828 con el crecimiento de la agricultura a expensas de capital privado y la exportación de café hacia Panamá. Entre 1830 y 1860 se consolida la estructura económica a base de este cultivo y de 1860 a 1950 ocurre el llamado “siglo de oro cafetalero”, el cual recibió fuerte impulso de capital inglés y produjo mayor bienestar de las poblaciones del Valle Central. Hasta principios del siglo XX el Estado había tenido un papel pasivo en el desarrollo económico, pero a partir de 1929 decide asumir un papel más protagónico estimulando la desconcentración, la creación de polos de desarrollo y la mediana producción, así como la inversión norteamericana para la producción agrícola de banano, el cual se convierte en un cultivo alternativo y complementario para promover el desarrollo de las zonas tropicales y subtropicales del país.

En el período 1940-44, el movimiento social cristiano y la izquierda impulsaron la promulgación de la Ley de Garantías Sociales, que apoyó el entonces Presidente de la República Rafael Angel Calderón Guardia, lo que propició que los gremios de obreros y artesanos surgieran como elementos importantes del modelo de desarrollo económico del país. Después de la guerra civil de 1948, se gesta el movimiento social demócrata, el cual estimula la agroindustria de mediana complejidad y de ese modo, se implanta un modelo de desarrollo económico basado en un sistema productivo diversificado, que satisface las necesidades de bienes y servicios de la población. Ese modelo permite al Estado asignar importantes fondos a la educación, la salud y otros elementos de bienestar social, con lo que Costa Rica logra un importante desarrollo social en el contexto latinoamericano.

Sin embargo, la crisis de principios de los años ochenta reveló que Costa Rica tenía limitaciones y contradicciones en su modelo de desarrollo económico, ya que había propiciado el proteccionismo de sus productos y la limitación de importaciones. Durante varios años Costa Rica impuso aranceles muy altos a productos terminados y aranceles cero o muy bajos para pro-

ductos intermedios y de capital, limitando seriamente las importaciones y fomentando el uso de recursos producidos artificialmente para el mercado y consumo internos. La irracionalidad de ese modelo propició que colapsara durante la crisis de inicios de la década de los ochenta y que dejara como herencia una gran deuda externa para el país. La deuda acumulada y el proceso inflacionario propiciaron que en 1982 surgieran programas de emergencia financiados principalmente por Estados Unidos, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Cabe mencionar sin embargo que a cambio de dicha ayuda los Estados Unidos utilizaron a Costa Rica y en general a Centroamérica, como parte de su lucha ideológica conocida como “guerra fría”. El apoyo financiero que recibió Costa Rica estuvo condicionado, como en otros países, a la creación de un nuevo modelo de desarrollo económico de tipo neoliberal, imponiéndose al país requisitos tales como el reordenamiento fiscal, la restricción del gasto estatal y la privatización, los cuales provenían del llamado “consenso de Washington”. El proceso de desarrollo de ese modelo neoliberal aún no concluye, se extiende durante los años noventa y se prolonga hasta el 2003, influyendo en importantes decisiones del Estado como en la negociación del tratado de libre comercio con los Estados Unidos, en los que la eliminación del proteccionismo, la apertura del mercado, la eliminación de la fijación de precios y de las tasas de interés, así como la reforma del sector financiero, son situaciones que están presentes explícita o implícitamente en la mesa de negociación. No es por tanto una causalidad que entre el 2000 y el 2002 diversas entidades bancarias, organizaciones sociales y los diputados hayan presentado planes para modificar la Ley Orgánica del Banco Central y la Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional.

La evolución del modelo de desarrollo económico antes descrita, ha tenido repercusiones en el modelo de desarrollo social adoptado por el país. Se mencionó que el Estado Costarricense ha procurado invertir en factores que propician un desarrollo social, como la educación, la salud, la vivienda y el empleo. Es innegable que esta inversión ha dado sus frutos ya que Costa Rica ocupó en el 2002 la posición 37 a nivel mundial en el índice de desarrollo humano y el segundo lugar entre los países latinoamericanos, solo superado por Chile. Es uno de los países con las menores tasas de pobreza, analfabetismo, desempleo y mortalidad infantil. Sin embargo, esos logros se ven amenazados por el bajo crecimiento económico, la alta dependencia del turismo y la exportación de microchips, así como por la presión de la deuda interna y externa, lo que puede afectar negativamente la asignación de fondos públicos al gasto social. La posición del gobierno parece ser calara en no querer competir con otros países con mano de obra barata, ya que no desea reducir los salarios a la población con la introducción de fuentes de empleo que incorporan mano de obra no calificada. El país se propone estimular la formación de capital humano calificado con altos conocimientos y tecnología, con el fin de ser más productivos, más competitivos y lograr un crecimiento económico más acelerado. Ello obliga a no reducir la inversión pública en la educación y la salud, y a ser más eficientes en el gasto social.

Otro renglón ligado al modelo de desarrollo es el sistema tributario. Recientemente las opiniones internas como de fuera del país han activado las alarmas de una impostergable reforma tributaria, con el fin de contender con el elevado déficit fiscal y el creciente endeudamiento en dólares como producto de la excesiva demanda por créditos en dólares. Una señal de esto último es que en marzo de 2003 el 40% y el 73% de los créditos otorgados por los bancos estatales y privados, respectivamente, se hicieron en dólares. Los expertos señalan que de no efectuarse la reforma tributaria y el ajuste fiscal, la deuda pública seguiría creciendo y su ser-

vicio seguirá aumentando a grado tal que el Gobierno no podrá atender todos los pagos a los que esta obligado, por lo que le quedarían dos opciones posibles. La primera de ellas sería la emisión de moneda con la colaboración del Banco Central, provocando un aumento del circulante pero con las nefastas consecuencias para la población como la inflación en los precios, la reducción de los ahorros y la disminución del poder adquisitivo de los salarios fijados en colones. Ello provocaría un incremento en el ritmo de devaluación del colón frente al dólar, haría difícil el pago de los créditos otorgados en dólares y pondría en aprietos a las personas y empresas que generan ingresos en colones para pagar sus tributos al Estado. La otra opción sería suspender algunos de los pagos a los que esta obligado el Gobierno, ya sea declarando una moratoria en su deuda externa con lo cual cerraría inmediatamente las puertas del financiamiento externo y se tendría que financiar exclusivamente en el mercado interno, ocasionando un incremento de las tasas de interés e induciendo inclusive una recesión. Si en vez de ello declara una moratoria a su deuda interna, los mercados internacionales también reconocería las dificultades financieras del Gobierno e igualmente le cerrarían las puertas y le exigirían el pago de una tasa de interés más alta de la que paga en la actualidad. Tal situación parece obligar al Estado a un impostergable ajuste fiscal y tributario.

2.3 Reducción de iniquidades

En el país, desde hace algunos años se utiliza el índice de Desarrollo Social (IDS) para analizar el nivel de desarrollo de los cantones del país y de forma más reciente se ha ampliado el análisis a distritos. De acuerdo con el IDS promedio, Heredia y Cartago son las provincias que presentan un mayor desarrollo social aunque también una mayor densidad demográfica después de San José, en cuanto al IDS San José y Alajuela continúan en la escala y por último los Puertos y Guanacaste.

Otro de los indicadores macro utilizados para analizar desarrollo es el de kilómetros de carretera asfaltada por cada mil habitantes, en el ámbito de país nos encontramos con una alta variabilidad implícita brindando información respecto a la asimetría existente en la distribución de la población y su poca correspondencia con el espacial, el nivel de concentración de la población en provincias de menor tamaño pero de mayor desarrollo como es el caso de San José, Heredia y Cartago.

Cuadro No. 1
Caracterización socioeconómica de las áreas geográfico-poblacionales.
Costa Rica, 1998

Indicador	Total	Área geográfica			Fuera del valle central	
		En el valle central			Urbana	Rural
		Metropolitana	Urbana	Rural		
% población pobre ¹	18,5	12,7	14,7	12,4	23,2	29,3
% en pobreza extrema	4,9	2,4	3,0	3,0	6,5	9,8
% que no satisface necesidades básicas	13,6	10,3	11,7	9,4	16,7	19,5
Índice de desarrollo social cantonal ²						
Promedio	54,9	70,5	68,5	59,2	53,5	38,6
Mínimo	0,0	63,7	54,6	38,0	36,4	0,0
Máximo	100,0	85,0	100,0	78,5	64,6	59,7
% cantones con alta y muy alta vulnerabilidad infantil ³		0,0	0,0	23,5	50,0	84,6
% población que no asistió a escuela	8,8	5,6	7,9	8,2	10,3	13,0
% desempleo abierto	5,6	6,0	5,2	4,2	6,7	5,4
% PEA femenina	32,7	39,7	32,2	28,8	31,2	26,2
% mujeres jefes hogar	21,4	28,8	18,8	16,3	19,7	18,1
% unión libre	10,3	7,7	6,5	6,4	15,6	16,0
% casados(as)	38,2	37,3	43,5	44,7	34,1	33,3
% divorciados(as)	1,8	3,2	1,6	1,0	1,2	0,9

Fuente: Cálculos a partir de datos de la Encuesta Nacional de Hogares, 1998.

- 1 Pobreza estimada por el método de línea de pobreza. La población en pobreza extrema es aquella que no cuenta con el monto mínimo que permite a un hogar disponer de recursos suficientes para asumir el costo de una canasta básica alimentaria (CBA de 1998 fue de (9498 para zona urbana y (8343 para la rural). La población pobre es la que no dispone del monto de ingreso para satisfacer el costo de una canasta normativa de necesidades alimentarias y no alimentarias (en 1998 fue (20706 para la zona urbana y (16436 para la rural)
- 2 El Índice de Desarrollo Social se mide en función de ocho indicadores sociales referentes a salud, vivienda y educación. A partir de los resultados, se categorizan las áreas según

nivel de desarrollo en mayor, medio, bajo y muy bajo, de acuerdo con una escala continua de 0 a 100.

- 3 Este índice fue construido por un conjunto de 31 indicadores categorizados en seis factores sintéticos intenta clasificar el grado de vulnerabilidad de la infancia, definido como la “presencia de factores que inhiben o pudieran inhibir el desarrollo físico, intelectual y emocional de niños/as y adolescentes, perjudicando su integración social” (Unicef 1998).

Cuadro No. 2
Costa Rica: Algunos indicadores sociales según provincia. Año 2000

Provincia	índice de Desarrollo Social promedio	Tasa de Km. de carreteras con asfalto por 1000 habitantes	Promedio de personas por vivienda	Densidad demográfica
San José	59,60	519,92	4,0	271,3
Alajuela	54,35	1610,28	4,1	73,4
Cartago	63,55	934,53	4,3	137,5
Heredia	71,42	678,05	4,1	133,5
Guanacaste	47,52	2800,53	4,1	30,4
Puntarenas	45,38	1950,69	4,0	31,7
Limón	33,12	1032,80	4,0	36,9
País	46,87	1124,75	4,1	76,69

Fuente: Distintas instituciones del sector. MIDEPLAN, INEC, MOPT.

En resumen podemos plantear que cualquier iniciativa en el país, para la superación de la pobreza y desarrollo de las capacidades humanas deberá enfrentar el panorama siguiente:

- Una quinta parte de la población es pobre por ingresos insuficientes (200.000 familias no tienen acceso al conjunto de bienes y servicios básicos). Es decir que aproximadamente 900.000 personas en el país son pobres. Además un 6% de esas familias están en situación de pobreza extrema (262.000 personas).
- Más de una tercera parte de la población sufre de una o más carencias críticas: acceso a una vida saludable, a un albergue digno, al consumo de bienes y servicios y al acceso al conocimiento.
- Desde el año 1994, la incidencia de la pobreza se ha estancado alrededor del 20% de las familias, y la situación de familia en pobreza extrema alrededor del 6%. Esta situación se da por un crecimiento económico débil e inestable lo que no ha permitido una vinculación entre crecimiento económico y disminución de la pobreza.
- La pobreza rural continua siendo más intensa, pues dos de cada tres familias en situación de pobreza extrema habita en el área rural. Se puede afirmar que la pobreza urbana ha aumentado y la rural ha disminuido. Para las familias vinculadas con las actividades agrí-

colas, que representan el 25% de las familias pobres y el 29% de las familias en pobreza extrema, el acceso más que la propiedad de la tierra es lo importante para superar los umbrales de pobreza.

- La protección de los adultos mayores en situación de pobreza es otro desafío, debido a que se ha venido generando un paulatino envejecimiento de la población y por ende de las familias. Un 25% de los hogares pobres y un 35% de los de extrema pobreza, tienen al menos una persona incapacitada para trabajar y sin cobertura apropiada de la seguridad social.
- La pobreza impacta con mayor intensidad a la población infantil, casi un tercio de ellos son miembros de hogares pobres y tienden a reproducir la pobreza entre las generaciones.
- Una parte significativa de lo que se gasta en políticas selectivas no está llegando a los grupos más pobres.
- Históricamente Costa Rica ha sido un país caracterizado por recibir población proveniente de otros países del área y de fuera de la región. En la actualidad el país experimenta dos tipos de inmigración internacional: (1). Grupos de inmigrantes que se asientan de manera permanente sobre el territorio y (2). La movilidad temporal propiciada por razones fundamentalmente laborales, de tránsito, parentesco, políticas, etc.
- Según el Censo Nacional de Población (2000), un total de 296.461 personas residentes ese año en Costa Rica nacieron en algún país en el exterior, representando el 7,8% de la población. El origen del segmento poblacional es variado pero está distribuido principalmente en cuatro países: Nicaragua (75%), Panamá (4%), Colombia (2%) y EEUU (< 1%).
- En relación a los niveles educativos presentados por la población migrante, las poblaciones nicaragüenses y panameñas indican bajos niveles de escolaridad y la población colombiana presenta mayores niveles de escolaridad (profesionales y técnicos). La estructura familiar de los grupos migrantes se ha conformado de manera de un componente binacional en un importante porcentaje de hogares.
- Los migrantes de origen nicaragüense representan el 4,9% del total de familias en condición de pobreza, un 4,6% de las familias en pobreza extrema y un 5,1% de las familias con necesidades básicas insatisfechas.
- Según el Censo Nacional de Población (2000), la población indígena ascendió a 63.876 personas (1,7% de la población total). El 42% de esta población está ubicada en territorios indígenas (zona de Talamanca y zona sur frontera con Panamá). El 92,4% de los indígenas reportan carencias críticas en comparación al 85,6% de los no indígenas que viven en los territorios.

2.4 Reducir las brechas en salud existentes entre zonas y regiones

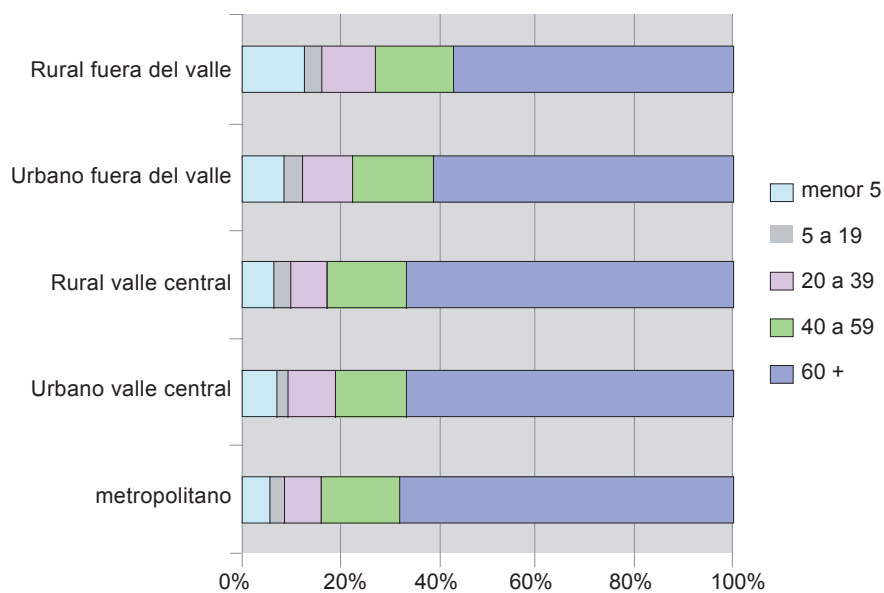
Es posible identificar en Costa Rica diversos esfuerzos dirigidos a seleccionar zonas hacia las cuales priorizar los recursos. La identificación de cantones rezagados a partir de las tasas de mortalidad infantil, la construcción de mapas según nivel de pobreza y la elaboración de "índices" representan algunas de estas iniciativas. En 1987, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) diseñó el Índice de Desarrollo Social, que es medido en función de ocho indicadores sociales referentes a la salud, vivienda y educación: % población analfabeta, % población con primaria o menos, % población no asegurada, % niños de primer grado con baja talla, % viviendas sin electricidad, % viviendas sin agua domiciliar, % viviendas

en regular o mal estado y minutos promedio para llegar al centro de salud más cercano. (MIDEPLAN 1991).

El promedio del índice de desarrollo social es inferior en las áreas ubicadas fuera del valle central, y esa diferencia es más acentuada en el área rural, en la que se ubican cantones que, como Talamanca, tienen un índice con valor "cero". Coincidiendo con esa distribución, las áreas metropolitana y urbana del valle central no tienen cantones ubicados en las categorías de alta y muy alta vulnerabilidad infantil, mientras que, por el contrario, en la zona urbana fuera del valle central, el 84,6% de los cantones pertenecen a las categorías de vulnerabilidad más altas.

La pobreza es mayor en las áreas ubicadas fuera del valle central, particularmente las zonas más rurales y alejadas del centro de la capital. La pobreza rural continúa siendo más intensa, pues dos de cada tres familias en situación de pobreza extrema habita en el área rural. Se puede afirmar que la pobreza urbana ha aumentado y la rural ha disminuido.

Gráfico No.1
Mortalidad proporcional de la población según grupo de edad y área geográfica. Costa Rica, 1998.

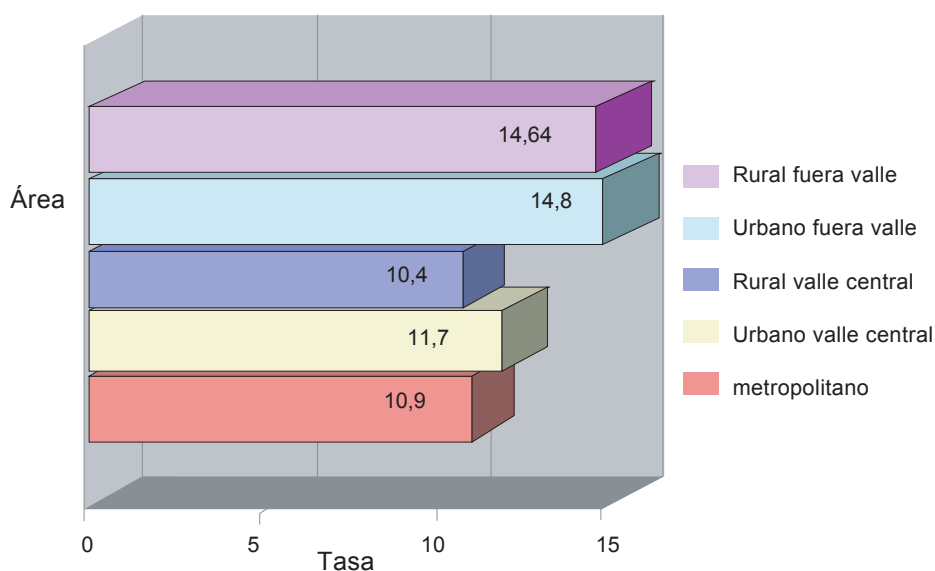


Fuente: Cálculos a partir de defunciones reportadas en el Programa Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio de Salud.

La mortalidad de menores de cinco años representa el 12,9% del total de defunciones en el área rural fuera del valle central, mientras que ese valor es de 5,4% en el área metropolitana. Coincidiendo con esa mayor mortalidad prematura en las zonas ubicadas fuera del valle central, un 61,7% y 5,2% de las defunciones ocurren en personas de 60 años y más en las áreas urbana y rural de esta zona, mientras que el 67,7% de las muertes ocurren en ese grupo de edad en el área metropolitana.

La mortalidad en el menor de cinco años es superior en el área urbana fuera del valle central (tasa de mortalidad de 341,2 por 100.000) si se compara con el área metropolitana (Tasa de mortalidad de 264,5 por 100.000). Interesa señalar que el área rural del valle central es la que logra las tasas menores de mortalidad en los grupos de menor edad, con una tasa bruta de mortalidad de 3,6 por 1000, cifra que solo es superada por el área rural fuera del valle (3,3 por 1000) y que es inferior a la nacional y a la de las demás áreas.

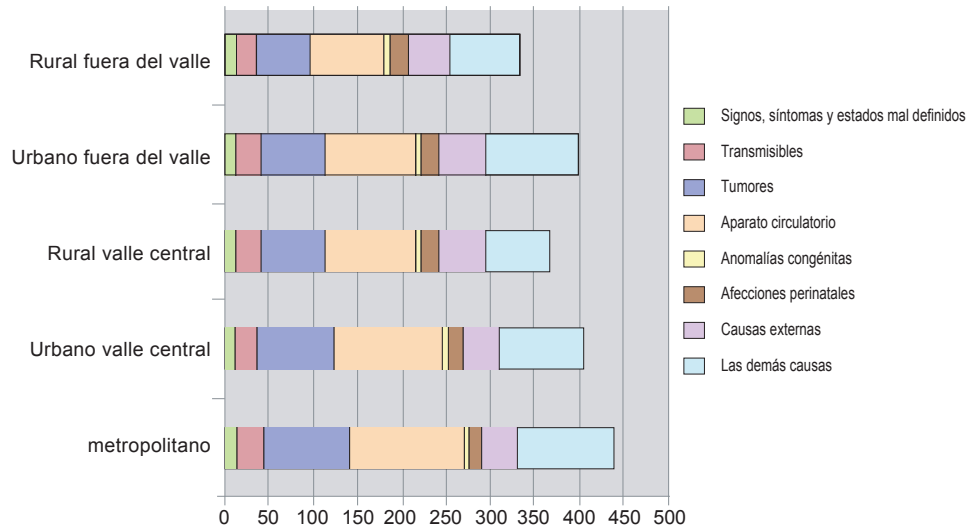
Gráfico No.2
Mortalidad Infantil según área geográfica. Costa Rica, 1998.
Tasa por 1000 n.v.



Fuente: Cálculos elaborados a partir de datos de la Dirección General de Estadística y de Unidad de Información Estadística del Ministerio de Salud.

El análisis de las tasas de mortalidad infantil muestra una tendencia similar con un riesgo mayor de morir en el menor de un año (tasa de mortalidad infantil de 14,6 y 14,8 por 1000 nv en el área rural y urbana fuera del valle central respectivamente), mientras que en el área metropolitana alcanza un tasa de 10,9 por 1000 nv, cifra que solo es superada por el área rural del valle central (10,4 por 1000 nv).

Gráfico No.3
Tasas de mortalidad según área. Costa Rica, 1998.
Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Cálculos a partir de defunciones reportadas en el Programa Centroamericano de Población, Instituto Nacional de Estadística y Censos y el Ministerio de Salud.

Se observan diferencias importantes en la mortalidad por tumores y enfermedad cardiovascular en las diversas áreas geográficas, donde en el área metropolitana, el riesgo de morir por tumores de tráquea, bronquios y pulmón es 1,92 veces mayor que el de la población del área rural fuera del valle central. Por el contrario, el riesgo de morir por un cáncer uterino es superior en el área urbana fuera del valle central.

Con respecto a las patologías del aparato circulatorio, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón es 1,8 veces superior en el área metropolitana si se compara con el área rural fuera del valle central y esa relación es similar en lo que respecta a la hipertensión arterial (1,3 veces mayor). Por el contrario, la mortalidad por afecciones perinatales y causas externas es más elevada en las áreas que se encuentran fuera del valle central.

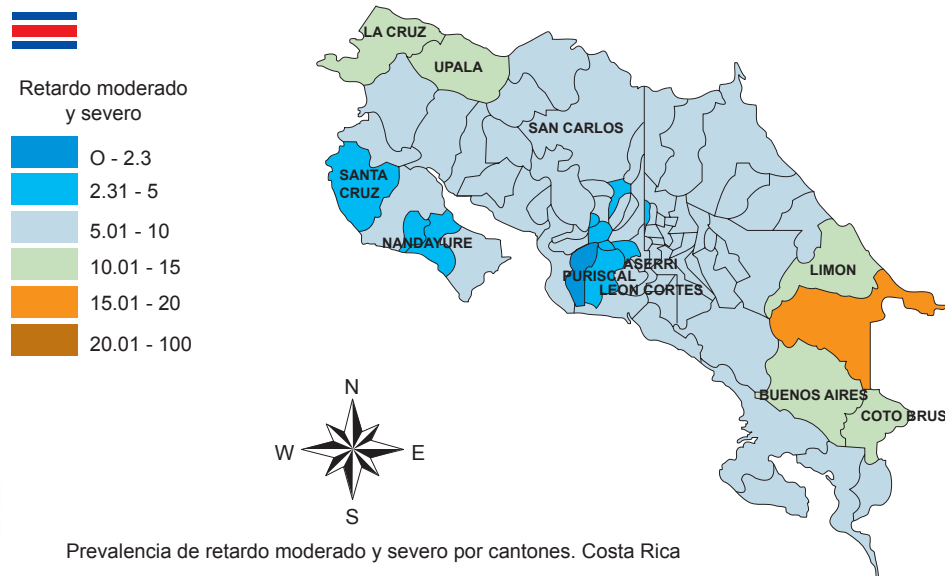
La diabetes, es una enfermedad cuya etiología está asociada con factores como la obesidad, sedentarismo y dietas bajas en fibra y altas en grasa, condiciones que son más prevalentes en las áreas urbanas. Los datos recolectados mediante la encuesta nacional de hogares, muestran que la prevalencia de diabetes es más baja en las áreas rurales, tanto dentro como fuera del valle central.

El área urbana fuera del valle, a pesar de encontrarse lejos de la zona metropolitana enfrenta la dificultad de atender tanto este tipo de enfermedades crónicas, como afecciones de índole

infecciosa vinculadas con la pobreza y otras patologías sociales como es la tuberculosis y la sífilis congénita. Además, la disponibilidad de recursos constituye otra dificultad, pues la mayor concentración de infraestructura y personal se ubica en las áreas cercanas a la capital del país, por lo que el área urbana fuera del valle central deberá afrontar el desafío de atender patologías complejas con mayor restricción de recursos.

La distribución geográfica de la desnutrición también varió según se muestra en el mapa, donde puede apreciarse la difícil situación nutricional de la mayoría de los niños del país en 1997, donde solo el cantón de Talamanca reflejaba estancamiento nutricional. Los demás cantones fronterizos aunque presentaban en 1997 una situación de déficit nutricional, la misma fue inferior a la señalada por los resultados de los censos anteriores (Ministerio de Salud, 2002).

Mapa No.1
Prevalencia de retardo moderado y severo por cantones
Costa Rica, 1997.



El país ha implementado dos iniciativas dirigidas a enfatizar el ataque a la pobreza:

- **El Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006**, que tiene como propósito impulsar una vigorosa política social que promueva el desarrollo integral de la población costarricense, reactivar la economía, aumentar la competitividad de los sectores productivos en un ambiente macroeconómico estable y promover mecanismos transparentes, ágiles y efectivos de participación ciudadana, rendición de cuentas y evaluación para mejorar la gestión y servicios públicos.
- **El Plan Vida Nueva:** Superación de la pobreza y desarrollo de las capacidades humanas, es una iniciativa que se propone enfatizar el ataque de las causas generadoras y perpe-

tuadotas de la pobreza en el país durante el periodo 2002-2006, mediante la implementación de una estrategia nacional compuesta de tres ejes: Creación de oportunidades, generación de capacidades y redes de protección y asistencia social. Esta estrategia nacional sería focalizada en los 32 cantones más pobres del país y para cada eje se han definido objetivos y acciones prioritarias. Las principales acciones de este plan son: (1). avanzar en la atención universal de las necesidades de vivienda, salud, educación, cultura, con énfasis en las poblaciones excluidas y en territorios prioritarios por su menor desarrollo (32 cantones), (2). Dirigir los recursos de los ministerios e instituciones autónomas, en forma prioritaria, para equiparar los servicios de los cantones pobres con aquellos en mayor desarrollo. (3). Contribuir a la generación y distribución de la riqueza por medio de la creación de empleo y el apoyo a la producción en las zonas de desarrollo prioritario. (4). Reorganizar los programas sociales con el fin de lograr una mayor eficiencia e impacto en el desarrollo humano y reducción de la pobreza.

2.5 Mantener y mejorar los logros alcanzados en los indicadores de salud

A pesar de los logros que Costa Rica ha alcanzado en términos de desarrollo humano, persisten diferencias importantes en el nivel de avance que han logrado las diferentes poblaciones al interior del país. La formulación e implementación de políticas requiere de un profundo conocimiento de las dinámicas sociales y económicas de las poblaciones y del rezago o avance en el que ellas se encuentran.

La posibilidad de elevar la esperanza de vida al nacer dependerá del descenso que se logre, no solo en la mortalidad infantil, sino en las defunciones asociadas con las enfermedades crónicas no transmisibles. Continúan ocurriendo muertes evitables y prematuras, pues muchas enfermedades solamente han desplazado el momento del deceso hacia los grupos de mayor edad. Existe evidencia de que es posible reducir la proporción de estas defunciones prematuras e incluso evitar la ocurrencia de nuevos casos mediante estrategias dirigidas a modificar factores de riesgo relacionados con condiciones de vida.

En el campo de la salud, Costa Rica se ha destacado por la elevada cobertura de servicios y la asignación de una proporción del PIB en salud que, a pesar de la crisis que enfrenta el país en el ámbito económico, permanece en cifras cercanas al 6%.

Desde los años setenta el país formuló e implementó una política integral de salud que estableció principios fundamentales como la universalidad, solidaridad y equidad en salud. La extensión de servicios, en todos los niveles de atención de la salud permitió elevar las coberturas de los programas fundamentalmente preventivos de salud rural y comunitaria - a cargo del Ministerio de Salud-, y de atención de la enfermedad, como responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Ello se reflejó en el incremento de las coberturas de atención primaria de la salud, del seguro de enfermedad y maternidad, de atención hospitalaria del parto, de pensiones por invalidez, vejez y muerte, entre otros.

En la década de los 90, como parte del proceso de reforma del sector salud, el ministerio de salud asume la rectoría, vista hoy como un proceso participativo que da cabida a las organi-

zaciones de la sociedad civil y política en la identificación de problemas de salud y en el diseño y ejecución de las intervenciones respectivas.

En las regiones, el impacto de la reforma ha sido notorio, en especial en aquellas conocidas como periféricas, donde se dio prioridad a la apertura de áreas de salud y EBAIS en las cuales de 1995 a la fecha, la cobertura de servicios paso de 25,7% de la población nacional a casi 90% en el año 2002. La meta de 800 EBAIS para el año 2002, tiene un avance del 81,5%.

En relación a la medición de las funciones esenciales en el país, la función de evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, obtuvo el resultado mas alto respecto al resto de funciones (0,75), en segundo lugar se ubico la función relacionada con reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (0,72), llamo la atención el bajo desempeño de las funciones de: investigaciones (0,26) y recursos humanos (0,36). El resto de las funciones estuvieron entre el cuartel de desempeño medio inferior y superior.

En el marco de los indicadores nacionales también se ubican resultados positivos, entre ellos destacan: la mortalidad general, mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, la cobertura de servicios preventivos y de atención a la enfermedad, sitúan al país a la par de países desarrollados. A continuación se describe cuadro con principales indicadores planteados:

Cuadro No. 3
Principales indicadores de salud 1980 - 2001

	1980	1985	1990	1995	2000	2001
Mortalidad general			3,8	4,2	4,0	
Mortalidad infantil	19,52	17,63	15,12	13,24	10,23	10,82
Mortalidad materna		34	18	20	36	
Esperanza de vida	74,2		76,7			77,7

Fuente: Datos de INEC.

Al analizar la mortalidad por los cinco grandes grupos de causas durante los años 1980-2001, se observa la misma tendencia es decir, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ocupa el primer lugar, le siguen los tumores malignos, en tercer lugar las causas externas, seguido por las enfermedades infecciosas y las afecciones perinatales.

Cuadro No. 4
Tasas ajustadas por edad según causas y mortalidad proporcional, Costa Rica
1980-2001

	1980		1985		1990		1995		2000		2001	
	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa	%
Cardiovasculares	146,5	30,5	147,9	33,2	131,6	32,1	144,6	32,8	122,3	32,5	138,4	33,2
Neoplasias	96,7	20,1	95,2	21,3	87,2	21,3	92,3	20,9	77,8	20,7	91,8	22,0
Causas externas	66,4	13,8	46,8	10,5	47,5	11,6	49,5	11,2	49,2	13,1	44,9	10,8
Infecciosas	44,7	9,3	30,3	6,8	28,9	7,1	32,7	7,4	20,2	5,4	21,9	5,3
Perinatales	18,6	3,9	18,3	4,1	13,0	3,2	12,8	2,9	9,2	2,5	9,2	2,2
Otras causas	107,6	22,4	107,6	24,1	101,1	24,7	109,5	24,8	97,4	25,9	111,1	26,6
Total	480,5	100	446,1	100	409,3	100	441,4	100	376,1	100	417,4	100

Fuente: Datos de INEC. Tasas por 100.000 habitantes

Si bien se han eliminado obstáculos importantes, también se evidencia un perfil epidemiológico en el que prevalecen enfermedades típicas de países desarrollados, las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio y los tumores, representaron durante el año 2001 el 55,2% del total de las causas de muerte y aunque las infectocontagiosas dejaron de ocupar los primeros lugares de morbilidad y muerte aun persisten en el panorama actual.

La situación de Costa Rica ofrece alternativas interesantes para el análisis de esas tendencias pues:

- Mostró una reducción importante de la incidencia de las enfermedades infecciosas a partir de la década de los setenta, pero durante la presente década no ha podido avanzar en la reducción de la mortalidad por patologías de índole infecciosa que, como las infecciones respiratorias, países desarrollados han logrado controlar.
- Ante la disminución en el número de defunciones asociadas a infecciones, la mortalidad proporcional por enfermedades de tipo crónico y relacionado con patologías sociales se ha incrementado. Las tasas de mortalidad de algunas enfermedades, como las cardiopatías y el cáncer de útero, parecen demostrar un estancamiento.
- La expectativa de vida de la población se ha estabilizado, por lo que es indispensable identificar posibilidades que, a corto, mediano y largo plazo, permitan que el país avance en el incremento de la esperanza de vida al nacer y el mejoramiento de la calidad de vida.
- La prevalencia de factores de riesgo asociados con enfermedades crónicas, como el tabaquismo y consumo de grasa, no es tan elevada como en países desarrollados, pero algunos determinantes, como la obesidad, muestran una tendencia hacia el incremento.

- El país dispone de registros de cobertura nacional que poseen controles de calidad que facilitan su uso para el análisis integrado de los datos. El empleo de una identificación única, como es el número de cédula, permitiría unir los diferentes registros y realizar análisis individual.
- El estancamiento en la frecuencia de las enfermedades infecciosas prevenibles, como la infección respiratoria y la diarrea, el resurgimiento de enfermedades infecciosas que se creían superadas como el dengue y el cólera y el surgimiento de nuevas enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana y ciertas enfermedades febriles hemorrágicas, señalan la complejidad de la situación de salud que enfrentan los países. Es importante integrar los resultados de estos estudios con información sobre morbilidad y mortalidad para poder facilitar el monitoreo y evaluación de las estrategias que se identifiquen como costo-efectivas.
- El país ha obtenido logros en la reducción de la desnutrición y en el control de los problemas carenciales de micronutrientes, principalmente ácido fólico, yodo y vitamina A en la población. El descenso en los indicadores de talla/edad a los 7 años de edad, reflejado en los datos de los censos de talla realizados entre 1979 y 1996 muestra el efecto de la mejora en las condiciones sociales en la salud y nutrición de la población hasta los siete años de edad ya que el porcentaje de niños con retardo en talla disminuyó de 20,4% en 1979 a 7,4% en 1997, además se produjo un aumento de la talla promedio de 2,0 cms desde 1981 (Ministerio de Salud, 2002).

Por esto el país debe de:

- Mantener las estrategias de atención primaria para la reducción de enfermedades infecciosas (malaria, dengue) y carenciales, así como avanzar en el mejoramiento de factores estructurales relacionados con las condiciones de saneamiento básico y vivienda.
- Analizar e implementar estrategias innovadoras para prevenir el incremento en la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Para ello, es indispensable avanzar en el control de los determinantes de estas patologías, por lo que la promoción de la salud representa una condición indispensable. Además, la investigación resalta como una herramienta indispensable, dado que aún enfrentamos muchos vacíos de conocimiento con respecto a los factores de riesgo y su distribución epidemiológica, así como la efectividad de las intervenciones que permitirían controlar estos problemas de salud. Los grupos de riesgo de padecer de estas patologías han ido cambiando a través del tiempo, por lo que es indispensable implementar sistemas de vigilancia que nos permita conocerlos.
- A partir de la demanda, aplicar el principio de equidad en función con las necesidades de salud. El estancamiento en la prevalencia de problemas de tipo agudo y carenciales que, como en el caso de la anemia ferropénica se documentó en Costa Rica, indica la importancia de priorizar en las acciones que permitirían reducir estas enfermedades y planificar recursos en función de criterios de costo-beneficio, si se desea lograr más efecto con los recursos que se dispone.
- Debido a los continuos cambios demográficos que afectarán la estructura poblacional del país en los años venideros, la acción de vigilancia y monitoreo será crucial en la función

rectora en nutrición y alimentación. El establecimiento de las funciones rectoras en alimentación y nutrición constituye un reto por estructurar e implementar en el país tanto en el nivel central como regional y local. También, la contribución de los distintos sectores en el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de las familias más pobres del país será una gran misión para el siglo XXI.

2.6 Reducir la exclusión social en salud

En Costa Rica la protección social en salud se realiza a través de dos mecanismos de aseguramiento, los cuales son independientes desde el punto de vista organizacional y financiero. El seguro de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito lo administra el Instituto Nacional de Seguros (INS) mediante dos pólizas obligatorias, la primera de las cuales la financian el empleador y el trabajador, en tanto que el seguro automotor es pagado solo por el propietario del vehículo, sin embargo, por diversas razones estos seguros aún no cubren a la totalidad de trabajadores ni de conductores. El seguro de maternidad y enfermedad lo administra la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) quien ha establecido cinco modalidades de afiliación (asalariado, voluntario, pensionado, convenios especiales y por cuenta del Estado) que utilizan diferentes fuentes de financiamiento, pero que al igual que en el caso anterior, la cobertura no es total y solo alcanza al 81% de la población. De lo anterior se puede aseverar que en Costa Rica aún existe exclusión social en salud, por lo que es necesario caracterizarla con el fin de buscar posibles soluciones.

El aseguramiento de la salud se inició formalmente en Costa Rica en 1941 con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Esta institución, con el aporte financiero de trabajadores, patrones y el Estado, estableció el seguro de enfermedad y maternidad así como el pago de incapacidades, beneficiando en un principio solo a los trabajadores asalariados y posteriormente a sus familiares. En 1961 se promulgó la Ley de Universalización de los Seguros Sociales, que establece la obligatoriedad del Estado a extender el seguro de salud a toda la población. En 1974 se autorizó incorporar a los trabajadores no asalariados mediante el seguro voluntario; en 1976 se incorporaron los pensionados de la CCSS y de los regímenes especiales; en 1984 se estableció el aseguramiento colectivo con organizaciones de trabajadores no asalariados de bajo ingreso mediante convenios especiales y; en ese mismo año, se determinó el aseguramiento subsidiado de la población indigente mediante la modalidad de asegurado por el Estado. Resumiendo, la protección social en salud en Costa Rica se realiza a través de dos mecanismos:

- Régimen Contributivo. Incluye a trabajadores asalariados, trabajadores no asalariados mediante seguro voluntario, afiliados a gremios (mediante convenios especiales) y a los pensionados.
- Régimen No Contributivo. Incluye a población indigente mediante subsidio estatal.

La evolución de la tasa de aseguramiento con base en los censos de 1984 y el 2000 se muestra enseguida:

Cuadro No. 5
Población nacional según tipo de aseguramiento.
Censos 1984 y 2000

Modalidad de aseguramiento	1984			2000		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres
Asalariado	19,2	26,5	11,9	18,7	25,0	12,5
Seguro Voluntario	4,5	6,7	2,3	6,6	10,0	3,2
Asegurado Familiar	44,6	33,6	55,7	43,2	32,0	54,3
Por Cuenta del Estado				8,5	7,4	9,6
Otro tipo	2,8	2,7	3,0	4,7	4,9	4,5
No tiene	28,8	30,4	27,1	18,2	20,6	15,9
Principales Indicadores						
Tasa de aseguramiento	71,2	69,6	72,9	81,8	79,4	84,1
Dependencia contributiva	3,0	2,1	5,1	3,2	2,3	5,4

Fuente: Gustavo Picado y Salazar, CCSS

Si bien en esos 16 años se observa un aumento en la tasa de aseguramiento, 71,2% a 81,8%, al analizar su impacto económico varios hechos deben llamar la atención:

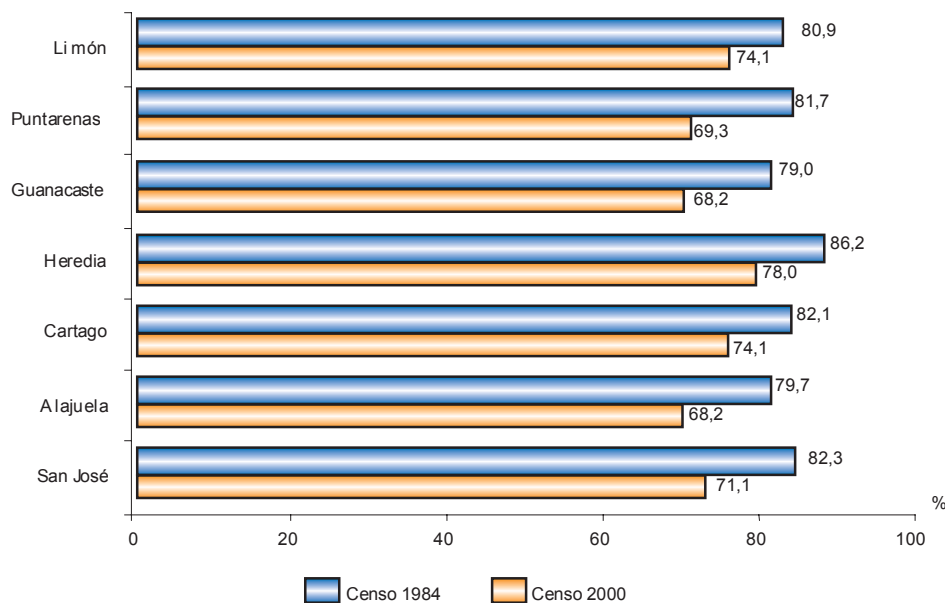
- **Reducción de la proporción de trabajadores asalariados**, de 19,2% a 18,7%. Además de traducir un deterioro en el empleo, ello impacta negativamente en los ingresos de la CCSS, debido a que esa categoría produce la mayor recaudación (15% sobre el salario). Pese a que los trabajadores públicos y privados asalariados que se encuentran afiliados al Seguro de Salud, sólo representan un 18,7% del total de la población nacional, sus contribuciones en el período 1997-2000 representaron el 86,5% del total de ingresos.
- **Aumento del número de asalariados voluntarios**. Este seguro diseñado fundamentalmente para trabajadores independientes y patronos, aumentó de 4,5% a 6,6%. Si bien se calcula que apenas son el 45% de los que debieran estar afiliados al seguro social, también hay que tomar en cuenta que los fondos que administra la CCSS deben subsidiar parcialmente su atención, ya que su tasa de contribución es del 4,75% sobre el 70% del salario mínimo establecido para su categoría y el Estado debe subvencionar un 3,25%, por lo que la contribución total al sistema apenas llega al 8,0%. El problema es doble, ya que por una parte ellos representan el 25% del total de asegurados directos activos pero solo aportan el 2% de los ingresos totales del Seguro de Salud, y por otra parte, el Estado no siempre cumple con sus obligaciones.
- **Aumento de asegurados pensionados**. La categoría de otros, compuesta principalmente por pensionados y sus familiares, también aumentó de 2,8% a 4,7%. La contribución de esta categoría también es menor que la de los asalariados.
- **Surge una nueva categoría de asegurados subsidiados por el Estado**. El censo del 2000 refiere que esta categoría representa el 8,5% del total de asegurados y dado que

esa categoría no existía en 1984, es la que más impacta en el aumento de la tasa de aseguramiento. Sin embargo, el Estado, como ente responsable de financiar el complemento de la contribución de los asegurados voluntarios y de los asegurados por cuenta del Estado, no ha cumplido con su rol. En el año 2000 el grado de cumplimiento con la CCSS fue de tan sólo un 51,6%.

En síntesis, todo parece indicar que la estructura del financiamiento y el gasto del seguro de salud a cargo de la CCSS se debe revisar cuidadosamente. Sin deteriorar el principio de solidaridad que debe prevalecer en el sistema de seguridad social, es necesario identificar los mecanismos que contribuyan a su estabilidad financiera.

Otro tema relevante es el de la inequidad del aseguramiento en Costa Rica. En efecto, el promedio nacional no refleja dos tipos subyacentes de inequidades: la primera es la inequidad geográfica, ya que en tanto que el cantón de Montes de Oro tienen una tasa del 90,8%, 10 puntos porcentuales arriba del promedio nacional, Upala solo logra el 53,3%. La segunda es la inequidad étnica, ya que la tasa de aseguramiento de la población indígena es de solo el 70,1%, 10 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional. En la siguiente gráfica se muestran la desigualdad del aseguramiento entre las Provincias, la cual no refleja aún las marcadas diferencias que se dan a nivel cantonal.

Gráfico No.4
Tasa de afiliación al seguro de salud por provincia,
Censos 1984 y 2000



Se puede observar que al comparar los resultados de 1984 y el 2000, Heredia continúa siendo la provincia con la tasa más alta de afiliación, en tanto que Alajuela y Guanacaste conservan las tasas más bajas. En las posiciones intermedias, el cambio de mayor importancia es que San José del cuarto lugar en 1984 pasa a ocupar el segundo lugar y en contraposición, Limón del segundo lugar es desplazado al quinto puesto.

En el siguiente cuadro se muestra la desigualdad de las tasas de cobertura a nivel cantonal, la cual se acompaña de otras variables con las cuales es necesario correlacionar dichas tasas, con el fin de buscar estrategias de intervención más apropiadas.

Cuadro No. 6
Cantones con mayor y menor nivel de afiliación del seguro de salud

Cantón	Tasa de Cobertura		Posición	IDS 2000	% Población		% Aseg. Cta. Estado
	2000	1984			Extranjera	Pobre	
MAYOR COBERTURA							
Montes de Oro	90,8	78,8	1	63,9	2,8	29,7	13,2
Flores	90,4	81,5	2	100,0	4,6	1,0	6,3
Jiménez	90,0	83,7	3	59,3	1,9	19,3	5,4
León Cortés	89,4	57,1	4	38,0	3,0	30,2	6,4
Barva	89,3	78,9	5	63,3	4,0	17,2	10,1
Santa Bárbara	88,9	76,6	6	69,4	5,0	14,1	10,0
Pérez Zeledón	88,5	75,8	7	48,9	1,6	24,6	11,9
Atenas	88,1	77,6	8	68,8	5,5	7,5	4,9
San Pablo	87,6	79,6	9	74,3	4,8	11,6	5,6
Belén	87,5	80,6	10	94,9	9,2	1,0	4,6
Promedio	88,7	76,9		62,0	3,5	18,7	9,3
MENOR COBERTURA							
Los Chiles	77,0	36,0	72	8,9	27,1	43,8	6,8
Alajuelita	76,7	67,0	73	58,7	11,2	31,3	18,5
Nandayure	76,5	59,3	74	53,1	1,7	33,1	22,6
Santa Cruz	76,4	64,5	75	52,8	3,9	33,2	11,9
San Carlos	75,7	63,3	76	45,5	12,1	19,5	7,9
Garabito	73,2	56,1	77	48,3	13,5	24,9	7,9
Golfito	73,0	57,6	78	44,0	4,2	35,9	14,0
Talamanca	67,9	40,1	79	0,0	18,6	49,7	21,2
La Cruz	63,9	66,1	80	16,4	21,2	44,6	8,5
Upala	53,3	58,1	81	17,4	15,3	38,2	32,8
Promedio	72,6	60,2		40,0	12,1	31,3	11,9
Promedio Nacional	81,8	71,3		60,1	7,7	21,3	8,5

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en los Censos de 1984 y 2000.

Si bien en Costa Rica la tasa de aseguramiento de la salud es más alta que en la mayoría de los países de América Latina, persiste una situación de inequidad, ya que la quinta parte de la población no tiene seguro de enfermedad y maternidad y por lo tanto, no tiene derecho a los beneficios de la atención médica y al pago de incapacidad durante la enfermedad. El país se encuentra en una situación de relativa recesión del crecimiento económico desde 1999, por lo que es poco probable que pueda mantener el aporte para los asegurados por el Estado y por otra parte, si bien el segmento de población pobre se mantiene estable desde hace una década, lo cual en sí mismo ya es un retroceso, la tendencia de la proporción del desempleo y el empleo informal van en aumento, lo cual potencialmente podría representar en el corto plazo una mayor carga para el Estado que difícilmente podrá soportar. Otras señales de alarma son la reducción de 32,3% a 28,5% del gasto público social y la disminución de 76,8% a 71,0% en la composición público privada del gasto en salud. Dicho de otro modo, ante la insuficiencia del Estado para cubrir satisfactoriamente los servicios de salud de acuerdo a las necesidades sentidas de la población, se observa claramente un incremento del gasto familiar para la atención sanitaria, ya que el gasto privado se incrementó de 23,2% a 29,0% entre 1991 y el 2000, como se puede ver en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 7
Principales indicadores del gasto en salud 1991 – 2001

Año	Per cápita (US\$)	% PIB	Composición (%)		% Gasto público social
			Público	Privado	
1991	156,7	6,9	76,8	23,2	32,3
1992	171,6	6,5	75,3	24,7	30,0
1993	194,5	6,7	76,2	23,8	29,4
1994	218,8	7,1	76,0	24,0	29,2
1995	238,5	7,1	74,8	25,2	30,1
1996	238,1	7,2	75,1	24,9	28,9
1997	250,0	7,2	73,5	26,5	27,3
1998	256,1	6,8	73,7	26,3	28,3
1999	269,9	6,6	72,7	27,3	29,7
2000	286,7	7,1	71,8	28,2	29,0
2001	295,6	7,4	71,0	29,0	28,5

Fuente: Elaboración con base en información del Banco Central, Ministerio de Salud, CCSS, INS y ICAA

Se debe mencionar que el Estado ya ha tomado algunas medidas para conservar la salud financiera del sistema de aseguramiento y extender la protección social en salud, sin embargo, debe existir la duda de si esas medidas son suficientes. Dentro de tales medidas se pueden mencionar los siguientes:

- **Reducción de la evasión fiscal y del pago de cuotas al seguro social.** Se han creado incentivos para disminuir la evasión, por ejemplo, la creación de una modalidad de aseguramiento voluntario con tasas globales inferiores a las que se aplican al seguro obligato-

rio, sin embargo, sus consecuencias ya se han comentado. La evasión tiene varias formas, siendo la más reconocida la del no aseguramiento, sin embargo, también existe el aseguramiento en una modalidad que no le corresponde, como por ejemplo un asalariado que se registra como trabajador independiente, o bien un asalariado que se protege como beneficiario familiar a través de su cónyuge. Otra forma frecuente de evasión, pero de enorme dificultad para identificarla, es el reporte de salarios o ingresos inferiores a los realmente percibidos, fenómeno conocido como subdeclaración salarial.

- **Mejoramiento de la recaudación.** Se estableció un Sistema Centralizado de Recaudación (SICERE) y al mismo tiempo se estableció en 1998 un mecanismo de cobro desconcentrado utilizando las sucursales bancarias en todo el país.
- **Nuevo mecanismo para la asignación de fondos para la atención médica.** Los fondos se asignan mediante compromisos de gestión y con base a metas de cobertura en primer nivel o de producción hospitalaria.

No obstante, existe la percepción de que el interés de estas medidas se ha centrado en la contención de costos y la salud financiera del sistema, pero han dejado de lado el tema del aseguramiento, por lo que es necesario llamar la atención del sector salud sobre los siguientes puntos que si bien pueden contribuir a la salud financiera, su interés primordial es el de avanzar en la reducción de la exclusión social en salud. Entre dichas medidas, que ameritan un exhaustivo análisis se encuentran los siguientes:

- **Determinar una política de extensión de la protección social en salud.** Se debe formular una política en esta materia, pero igualmente se debe formular un plan de mediano y largo plazo, así como una agenda de acciones que estén sujetas a monitoreo.
- **Establecer los mecanismos legales y administrativos que la respalden.** Es probable que deba someterse a revisión del poder legislativo la actual legislación en materia de aseguramiento sanitario. Será de mucha utilidad que la Comisión de Salud y Seguridad Social de la Asamblea Legislativa sea convocada a los debates.
- **Renovar los mecanismos de solidaridad financiera para hacer dicha extensión.** Como ya se ha mencionado, existe una categoría de asegurados que soportan el mayor peso del financiamiento. Deberán revisarse nuevas opciones y mecanismos para hacer un nuevo pacto social entre trabajadores, empresarios y el resto de la sociedad, incluido el Gobierno, para soportar entre todos la carga tributaria de la seguridad social.
- **Identificar mecanismos para mejorar la identificación de los no asegurados.** Se pueden conjugar diversas estrategias, pero el Sistema de Identificación de Población Objetivo (SIPO) es un elemento clave para esta identificación. El trabajo coordinado entre IMAS, FODESAF, municipalidades y áreas de salud de la CCSS y el Ministerio de Salud, pueden mejorar la identificación de los no asegurados, la modalidad en la que deben ser asegurados y consecuentemente la carga tributaria que deben aportar.
- **Revisar los mecanismos de aseguramiento y buscar nuevas opciones para afiliar a no asalariados.** Se debe revisar cada modalidad de aseguramiento para valorar sus al-

cances y limitaciones. Ello puede llevar a descubrir nuevas modalidades de aseguramiento que hagan factible el aseguramiento universal.

- **Mejorar la consistencia entre aportes y costo de los servicios.** El costo calculado en el 2001 para asegurados subsidiados por el Estado fue de c/. 54,545 millones pero solo se facturó el 25% a FODESAF. Parece riesgoso que el Estado subsidie a los pobres y que la CCSS subsidie al Estado.
- **Mejorar el cumplimiento de las cuotas del Estado.** En forma global en el 2000 el Estado solo cubrió el 50% de sus obligaciones con la CCSS, sin embargo, de los 13,564 millones de colones facturados a FODESAF en el 2001, este organismo solo aportó 208 millones, es decir, el 1,5%.
- **Seguir reduciendo la evasión en el pago de cuotas a la CCSS.** Un estudio en 1996 señaló que el déficit de ingreso oscilaba entre 21 y 23% y otro estudio más reciente asevera que le 27% de los trabajadores activos ocupados en el país no participa en el financiamiento.
- **Mejorar la identificación de los asegurados por el Estado.** Actualmente las Unidades de Validación de la CCSS parecen incapaces de discriminar a las personas que realmente requieren beneficiarse con el seguro subsidiado por el Estado. Como ya se mencionó, se debe utilizar el Sistema de Identificación de Población Objetivo (SIPO) como sistema de información básico para la identificación de población objetivo, pero el IMAS, las áreas rectoras del Ministerio de Salud y las Alcaldías, pueden colaborar para una mejor precisión.

2.7 Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud

Los servicios públicos de salud en Costa Rica están a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). La atención hospitalaria se proporciona en 29 hospitales clasificados en las siguientes categorías:

- 3 hospitales nacionales ubicados en la capital del país (México, San Juan De Dios y Calderón Guardia)
- 5 hospitales especializados (Mujeres, Niños, Psiquiatría, Adulto Mayor, Rehabilitación y de Psiquiatría); 7 hospitales regionales (Cartago, San Carlos, Limón, Puntarenas, Escalante Pradilla, Alajuela y Liberia)
- 14 hospitales periféricos (tipo 3: Nicoya, Turrialba y San Ramón; tipo 2: Guápiles, Heredia, Grecia, Upala, San Vito y Ciudad Neily; tipo 1: Golfito, Los Chiles, Tomas Casas y Max Terán Valls y San Rafael).

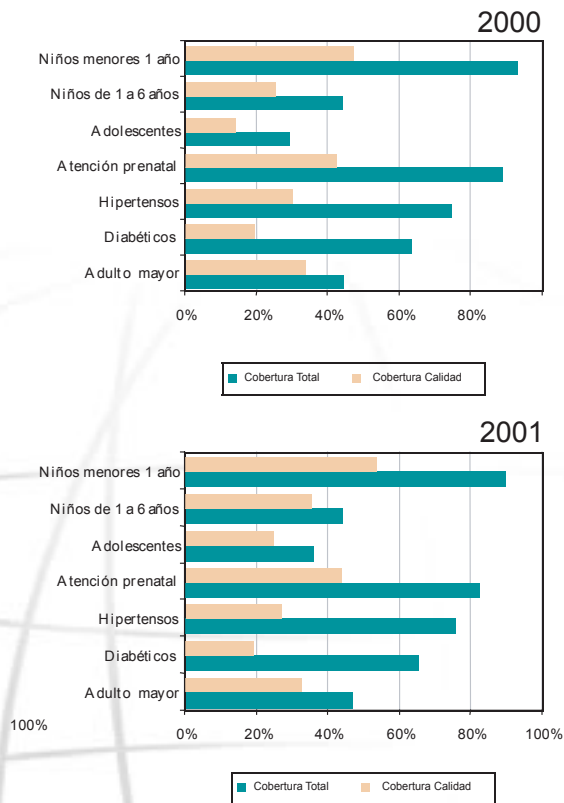
La atención no hospitalaria de consulta general o primer nivel de atención, se proporciona en 812 EBAIS distribuidos en todo el país y organizados en 94 áreas de salud. La consulta de relativa complejidad y algunas consultas especializadas se proporciona en 8 clínicas mayores ubicadas en el área metropolitana.

Si bien el sector salud ha realizado acciones para aumentar el acceso a los servicios, evaluaciones internas y externas realizadas en los últimos años demuestran que existen dos signos de un desempeño deficiente del sistema público de servicios de salud en Costa Rica.

- **El primero es el de cobertura insuficiente.** La población asegurada no recibe los servicios o los recibe con retraso. En el 2001 la cobertura de los programas de atención integral fue del 52% y diez especialidades tuvieron listas de espera superior a los 3 meses para consulta externa y cirugía electiva.
- **El segundo es el de calidad insuficiente.** En el 2001 solo el 50% de las coberturas de los programas asistenciales fueron con calidad. Entre 1998 y 2001 aumentaron las infecciones hospitalarias de 0,10% a 0,19% y una encuesta efectuada en el 2001 revela que 18% de los usuarios percibe un trato médico inadecuado, 32% espero 3 meses o más para una consulta, 42% califico el tiempo de espera como mucho o excesivo y 17% como inaceptable.

La siguiente gráfica y cuadro muestran los resultados de la evaluación de los compromisos de gestión, reportados por la Dirección de Compra de Servicios de Salud de la CCSS.

Gráfico No. 5
Cobertura nacional total y con calidad según programa de atención. Años 2001-2002



Cuadro 8
Cobertura de atención integral total y con calidad,
según programa de atención, CCSS-2001

Programa	Cobertura total*	Cobertura con criterios de calidad
	%	%
Adulto Mayor	46,66	32,65
Diabéticos	65,07	18,81
Hipertensos	75,51	26,63
Tamizaje de Hipertensión Arterial	98,6	n.a.
Atención Prenatal	82,08	43,34
Adolescentes	35,75	24,58
Niños de 1 a 6 años	43,83	35,29
Niños menores 1 año	89,66	53,55
Niños menores de 28 días	56,00	38,00

El denominador utilizado es la proyección, con base en los datos del censo 2000, de la población objetivo de cada programa, a junio del 2001.
Fuente: Dirección compra de Servicios de Salud. Informe de evaluación de compromisos de gestión, año 2001. Marzo, 2002.

La cobertura y calidad de los servicios no deben analizarse en forma aislada, ya que tienen estrecha relación con variables estructurales como la disponibilidad de recursos y el acceso a los servicios, así como con variables de proceso de atención como la administración, planificación y gestión de servicios, por lo que los resultados de la acreditación de hospitales y la evaluación de EBAIS que realiza el Ministerio de Salud, son un insumo indispensable para encontrar las posibles explicaciones, ya que ambos procesos están dirigidos a explorar esas variables.

Es un lugar común que el proceso de reforma sectorial en Costa Rica ha aumentado el acceso a un modelo de atención integral basado en EBAIS. Un estudio realizado por el CCP de la UCR señala que en el 2000, la mitad de la población residía a 1 km. o menos de un centro de atención médica y a 5 km. o menos de un hospital. El análisis sectorial menciona que en el 2001, la población a la que aún no se le había asignado un EBAIS no sobrepasaba el 6% de la población total y por encontrarse ubicada principalmente en zonas urbanas, podía acudir directamente a los servicios hospitalarios para atención de la morbilidad. Con base en lo anterior, en dicho análisis se cita que en cuanto a la atención de la morbilidad, los servicios de atención cubren el 100% de las necesidades de la población y en cuanto a la atención integral mediante EBAIS, se cubre al 94%, que corresponde a la población adscrita a alguna de las unidades de atención primaria.

No obstante lo anterior, la cobertura efectiva del primer nivel de atención de la CCSS ascendió en el año 2001 solo el 52% de la población, en programas curativos o preventivos. Por otra parte, al comparar el acceso deficiente a los servicios de salud entre 1994 y el 2000, no parece haber cambiado significativamente y por el contrario, se observa un ligero deterioro en la atención primaria y la atención hospitalaria, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 9
Población con acceso deficiente a servicios de salud. Periodo 1994-2000.

Servicio	1994 %	2000 %	Cambio %
Atención Primaria	8,4	8,8	Deterioro de: 0,4
Atención Médica	21,7	13,0	Mejoría de: 8,7
Hospital	11,3	12,1	Deterioro de: 0,8
Densidad de servicios	17,5	13,6	Mejoría de: 4,0

Fuente: Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS). Dr. Luis Rosero Bixby.

Pareciera paradójico que el incremento de EBAIS no haya aumentado el acceso a servicios de atención primaria, sin embargo, ello parece deberse a que con la reforma el Ministerio de Salud dejó de prestar servicios a través de sus puestos de salud y que la creación de EBAIS por parte de la CCSS, apenas esta compensando esa pérdida.

Un tema adicional es el de la desigualdad en las coberturas, cuando estas se analizan por regiones de salud. El cuadro No. 10 muestra que las Regiones Brunca y Huetar Atlántica tienen de manera consistente las menores coberturas en los diferentes programas.

Cuadro 10
Coberturas totales y con calidad

PROGRAMA	SITUACIÓN EN LAS REGIONES
Atención de menores de 28 días. Por encima del promedio nacional	Pacífico Central 70%. Brunca 30%
Atención a niños menores de un año.	Chorotega 97%. Brunca 49%.
Atención a menores de 7 años. Por encima del promedio nacional.	Pacífico Central 47%. Brunca 30%.
Coberturas de atención en el escenario escolar.	Todas sobrepasaron el 65%.
Programa de atención integral al adolescente.	Central Sur y H. Atlántica mayor a 40%. Brunca menor a 25%.
Subprograma de atención prenatal.	Chorotega, Pacífico Central y H. Atlántica mayor a 80%. Central Sur y Brunca menor a 30%.
Programa de atención al paciente diabético	Chorotega, Pacífico Central, Huetar Atlántica, 70% .
Programa de atención pacientes hipertensos.	Pacífico Central 86.7%. H. Atlántica 80%.
Programa de adulto mayor.	Pacífico Central 60%. H. Norte, Brunca, Central Norte y Huetar Atlántica no alcanzaron el 40%.

Atender la insuficiente cobertura y calidad de los servicios es importante porque se debe buscar la mayor eficacia del sistema sanitario, pero más aún porque si no se atienden ahora, en el corto y mediano plazo se pueden traducir en mayor morbilidad y mortalidad de la población, así como mayores costos económicos y sociales para el país. Como ejemplo, cabe mencionar que los resultados del análisis de la mortalidad infantil y materna efectuado en 2001 por comisiones especiales del sector salud (COLAMIS y CONAMI), señalan que cerca del 40% y poco más del 80%, respectivamente, de esas muertes, se pudieron haber evitado mediante una atención médica eficaz, y más específicamente con un aumento de la cobertura y la calidad de atención materno infantil. Estas son razones que por si mismas justifican que se identifiquen estrategias para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, lo cual implica revisar necesariamente sus mecanismos de planificación y gestión en el nivel local y regional, por lo que en principio, se proponen dos líneas estratégicas en las que se debe trabajar:

- **Desarrollo de la capacidad de planificación en las redes de servicios de salud.** Implica un ejercicio de planificación colectivo, involucra a varios establecimientos y niveles de atención, requiere de un trabajo en equipo, de una actitud para compartir recursos, riesgos y responsabilidades, ya que la red es responsable de la salud en un espacio geográfico definido por el Sistema Nacional de Salud.
- **Desarrollo de la capacidad de gestión en los establecimientos de salud.** Implica un ejercicio de planificación individual, a nivel de cada establecimiento de salud, de acuerdo a las necesidades de sus profesionales, al tipo de servicios que ofrece y, al nivel de atención al que pertenece.

Cabe retomar al respecto de manera textual, una de las conclusiones a las que llegó el grupo de oferta y demanda en el recién terminado análisis del sector salud, el cual señala que: “existe una inadecuada utilización, organización y entrega de los servicios de salud, razón por la cual no se garantiza para toda la población, equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad con recursos físicos, económicos y de capital humano adecuado que permitan la satisfacción de la demanda”

2.8 Agua potable para todos²

La prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario en Costa Rica, le corresponde al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado como ente operador encargado de brindar servicios de distribución de agua a la población, así como de canalizar las aguas domésticas, negras e industriales, mediante el sistema de alcantarillado sanitario; no obstante los altos índices de cobertura con los que cuentan los servicios de agua y saneamiento, demuestran una compleja estructura institucional en el aparato gubernamental, que conlleva, por una parte a la duplicación de responsabilidades entre varias Instituciones, y por otra parte, la ausencia de un sistema de planificación y desarrollo del Sector Salud, dentro del Sector Agua Potable y Saneamiento (SAPS).

² Texto de base utilizado: Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento de Costa Rica, 2002.

El Sector Agua Potable y Saneamiento (SAPS) no existe formalmente constituido, pero en la práctica está formado por el AyA en su carácter de rector del agua potable y del alcantarillado sanitario y a su vez operador de sistemas (sus acueductos cubren con suministro de agua potable 46% de la población total del país³); por los otros operadores de sistemas: Municipalidades y la ESPH S.A. (cubren 21% de la población total del país), los Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAARs) y las Asociaciones Administradoras de Acueductos y Alcantarillados Rurales (ASADAS) (cubren 24% de la población total del país) y algunas organizaciones privadas menores que operan acueductos o sistemas individuales (en general pozos excavados o nacientes) (cubren el 9% restante de la población).

Las instituciones encargadas de la regulación y la fiscalización de la prestación de los servicios del SAPS son: Autoridad Reguladora de Servicios Públicos (ARESEP), Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), Ministerio de Salud (MINSALUD), Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (AyA), Servicio Nacional de Aguas Subterráneas, Riego y Avenamiento (SENARA), y el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO).

Con relación a los niveles de satisfacción en el servicio, (según el censo del año 2000), un 97,1% de la población total se abastecía de agua por medio de tubería, porcentaje que se reduce al 89,4% si se considera la población abastecida mediante un acueducto, situación que a finales del año 2002 no ha cambiado sustancialmente. La confiabilidad y la calidad de este servicio en muchas zonas del país es deficiente, esto debido a la antigüedad de la infraestructura de los sistemas, y a una inadecuada administración, operación y mantenimiento de estos mismos.

Las dificultades e impedimentos para que las instituciones prestadoras de los servicios, a nivel nacional, municipal y comunal, puedan brindar un servicio de agua potable adecuado, se centran más que todo en la falta de: (i) una legislación adecuada; (ii) apoyo político y gubernamental; (iii) fuerza institucional de los organismos, rectores, operadores y controladores; (iv) de planificación en el tema de agua potable; (v) un “Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Calidad del Agua”; (vi) de recursos humanos capacitados, de recursos financieros, una buena administración, operación y mantenimiento de los sistemas; (vii) y de una visión empresarial para la sostenibilidad de los servicios.

Debido a la presencia de varios entes operadores, se presentan conflictos de responsabilidad en cuanto a la planificación y prestación de los servicios; tal es el caso de la Gran Área Metropolitana (GAM), donde se encuentra ubicada aproximadamente el 50% de la población del país, actúan el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH S.A) y algunas municipalidades.

3 De acuerdo a los resultados del IX Censo Nacional de Población, en junio del año 2000 el país tenía una población total de 3.81 millones de habitantes, correspondiendo un 59% a población urbana y un 41% a población rural. La población proyectada y estimada por el LNA/AyA ascendía a 4,09 millones de habitantes para finales del 2002.

El Laboratorio Nacional de Agua (LNA), a finales del 2002 tenía identificado un total de 2.069 acueductos operados por AyA, municipalidades, ESPH y CAARs/ASADAS a escala nacional. Los resultados señalan que existen 1.000 acueductos servidos con agua potable (48%) y 993 con agua no potable (48%) y un restante de 76 acueductos rurales (4%) que no pudieron ser evaluados. El cuadro 11 muestra la distribución de los acueductos con agua potable y no potable por ente operador.

Cuadro 11
Número y porcentajes de acueductos con agua potable y no potable por operador al año 2002

Municipales y ESPH		Rurales (CAAR's y ASADAS)			AyA		Sub totales			Total
Pot	No Pot	Pot	No Pot	SE	Pot	No Pot	Pot	No Pot	SE	
145	106	725	847	76	130	40	1000	993	76	2069
58%	42%	44%	51%	5%	76%	24%	48%	48%	4%	100%

SE: Sin Evaluar

Fuente: Lab. Nacional de Aguas / AyA, Dic. 2002

Del mismo estudio realizado por el Laboratorio Nacional de Aguas a los acueductos del AyA, de las municipalidades y la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), y de las CAAR's y ASADAS, durante el 2002, se encontró que solo el 20% (416) del total de acueductos contaban con desinfección continua. Los restantes 80% (1.653) no tienen desinfección, o esta es discontinua. De los datos anteriores se infiere, al compararlos con los datos del cuadro 1, que en la mayoría de los casos en que se suministra agua potable (48%) es gracias a que las fuentes son de muy buena calidad⁴; sin embargo la vulnerabilidad de estos acueductos es alta debido a la ausencia de sistemas de desinfección y a la falta de un adecuado sistema de vigilancia y control de la calidad del agua constante e integral a nivel nacional.

En el cuadro No. 12 se presenta la distribución de la población servida con agua potable y no potable según ente operador y por provincia. Se nota que la distribución por ente operador es diferente que la presentada en el cuadro anterior respecto al número de acueductos. Aunque en el cuadro se señala que para el AyA un 24% de acueductos que suministran agua no potable, estos acueductos solo corresponden a un 2% de población que no recibe agua potable. La situación es menos crítica al evaluar población servida.

4 Clasificación utilizada por el LNA, entendiéndose que para el caso de los acueductos no clorados el término "potable" significa que cumple con el criterio propio del LNA pero no es potable dentro de los términos del Reglamento nacional vigente en la materia, ni en las normas internacionales.

Cuadro 12
Porcentajes de población servida por acueductos con agua potable y no potable por operador y provincia al año 2002

Provincia	Municipales y ESPH		Rurales (CAAR's y ASADAS)			AyA		Sub Totales			Total ⁵
	Pot %	No Pot %	Pot %	No Pot %	SE %	Pot %	No Pot %	Pot %	No Pot %	SE %	%
San José	77	23	46	47	6	99	1	93	7	1	100
Alajuela	70	30	59	34	7	98	2	72	25	3	100
Cartago	81	19	62	34	4	(1)	(1)	75	24	1	100
Heredia	86	14	33	65	2	100	0	81	19	0	100
Guanacaste	100	0	66	32	2	99	1	86	13	1	100
Puntarenas	29	71	32	59	9	95	5	67	30	3	100
Limón	(2)	(2)	41	50	9	91	9	74	22	3	100
Totales (hab.)	676,753	185,037	512,909	408,394	59,995	1,845,875	46,397	3,035,537	639,828	59,995	3,735,360
Totales	79	21	52	42	6	98	2	81	17	2	100

(1) En la provincia de Cartago AyA no administra ningún acueducto

(2) En la provincia de Limón ningún acueducto es de administración municipal

Fuente: LNA del AyA, Dic. 2002

La autoridad para establecer normas de calidad de agua potable es el Ministerio de Salud, y de forma conjunta con el Ministerio del Ambiente y Energía (autoridad que vela por la gestión de los recursos hídricos referentes a cantidad y calidad, tanto para aguas superficiales como subterráneas). La vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, es función del MS, quién no ha podido cumplir con esta responsabilidad, por falta de recursos financieros y humanos, falta de laboratorios y de un programa bien estructurado. Además, a lo externo, se destaca la falta de un marco jurídico apropiado, en el cual se asignen claramente los diferentes roles institucionales, que permita una mejor gestión por parte de esos entes, con planificación de largo plazo y la aplicación de sanciones severas por incumplimiento de las normativas. Se resalta también, en este contexto, una falta de participación de las autoridades locales.

El LNA lleva adelante el Programa de Evaluación de Riesgo que tiene como objetivo general, determinar la calidad del agua mediante el análisis microbiológico y la valoración de las condiciones de la infraestructura de los acueductos, identificando presentes y potenciales factores de riesgo que podrían estar influyendo en la calidad del agua suministrada, en todos los acueductos del país.

Evaluando el impacto en la salud y utilizando el indicador de diarreas, las tasas tienen un comportamiento creciente desde 1996 al 2000, (creció de un índice de 2.903 habitantes por 100.000 en 1996 a un valor de 4.175 por 100.000 en el año 2000, marcando descenso en los

5 La población total de 3,74 millones se basa en promedios de habitantes/conexión y no representa la cobertura del 92% de la población del país. El restante 8% se sirve por sistemas privados y pozos públicos.

años 2001 y 2002) donde muy posiblemente hay una vinculación directa con los problemas de ausencia de sistemas de desinfección del agua para consumo humano y de sistemas de recolección de aguas residuales en las áreas urbanas y de saneamiento ambiental en general, lo que coloca en riesgo la salud de la población. Este hecho se hace más relevante con los informes frecuentes de contaminaciones de fuentes de captación de agua que alimentan sistemas de distribución de agua potable, en los cuales se destacan altos incrementos en los casos de diarreas en la población servida por estos sistemas, como fueron los eventos de finales de julio del 2001 en las captaciones del AyA de Puente Mulas y en la planta de tratamiento de Goicoechea.

Es preocupante el aumento en el deterioro de la calidad del agua superficial cruda en las cuencas que abastecen las plantas potabilizadoras, causada por prácticas agropecuarias inapropiadas y por un desarrollo urbano mal planificado, que ya empieza a afectar la oferta de agua, en las partes altas del área metropolitana especialmente. Las causas de estas deficiencias, se deben en gran parte, a la falta de una legislación más clara y de fácil aplicación, que incluya el establecimiento de un canon adecuado para garantizar la protección de las zonas de recarga de los acuíferos y zonas de captación, así como la falta de planes para el manejo de las cuencas, que incluya un inventario de fuentes y su protección, y la identificación de fuentes futuras para actuar preventivamente.

Para atender solamente las necesidades en agua potable (en cobertura y calidad de servicios) en el largo plazo (2020), se plantean inversiones del orden a los \$USA 722 millones en los sistemas urbanos, básicamente para mantener las coberturas actuales e invertir en remodelación de la infraestructura existente y de \$USA 120 millones en los sistemas rurales, para remodelación de los sistemas existentes y ampliación de las coberturas.

Las estrategias sugeridas para la búsqueda del mejoramiento de la calidad de agua a suministrar a la población, principalmente son guiadas al fortalecimiento de la gestión de los servicios:

Para resolver el problema institucional, el AyA, debe segregarse en sus dos funciones incompatibles: la rectoría del Estado en agua potable y saneamiento y la operación de los sistemas.

En el plano municipal, el sector de agua y saneamiento deberá organizarse de tal forma pueda garantizarse un sistema de soporte técnico y financiero, para que las municipalidades puedan cumplir con la responsabilidad de la titularidad del servicio de agua potable y alcantarillado sanitario.

Deberán buscarse mecanismos para dar autosuficiencia operativa y administrativa a los acueductos administrados por los CAARs y ASADAS.

En el plano nacional, debe implementarse un Programa Nacional de Control y Vigilancia de la Calidad del Agua, que beneficie con su gestión permanente la salud y bienestar de la población.

3. Cooperación para la salud

La cooperación internacional, entendida como el conjunto de recursos de origen externo que recibe un país en condiciones no comerciales, dirigidos a poner en marcha acciones para promover su desarrollo socioeconómico, actualmente ocupa un lugar importante en la economía de muchos países. La cooperación internacional y sus recursos puede ser: financiera reembolsable o préstamos, financiera no reembolsable o donaciones y técnica. De acuerdo a su origen los recursos de cooperación pueden ser de tipo bilateral, multilateral, regional u horizontal. Entre los principales objetivos de la cooperación internacional, se encuentran los siguientes:

- Identificar los desafíos del país con el fin de establecer una estrategia de cooperación externa, que permita racionalizar los recursos para lograr que esta sea más eficiente y efectiva.
- Complementar la movilización de recursos internos en procura del desarrollo y el crecimiento económico sostenido.
- Colaborar en la atención de las necesidades básicas de los grupos sociales menos favorecidos de los países subdesarrollados, promoviendo una mejor redistribución de los recursos y oportunidades.
- Potenciar el desarrollo educacional y cultural de los diferentes pueblos, así como fortalecer el contexto institucional y democrático en dichas sociedades en casos de desastre natural, guerra y otras coyunturas que requieren acciones solidarias de atención inmediata.

Tomando en cuenta lo anterior, se llevan a cabo las siguientes modalidades de cooperación externa, a saber:

- Cooperación financiera reembolsable: Se refiere a la gestión de préstamos blandos subsidiados, con amplio periodo de gracia e intereses favorables. Es un sistema utilizado para realizar inversiones, cubrir costos secundarios de la inversión, apoyar a la balanza de pagos y otros objetivos macro económicos. Estos créditos no se consideran aportes de cooperación internacional si se otorgan bajo condiciones comerciales ordinarias.
- Cooperación financiera no reembolsable o donaciones: Se trata de fondos no reembolsables que se puede aplicar a los rubros antes citados, sin embargo, se da prioridad a los casos de ayuda humanitaria, para alimentos, subsidios, refugiados y desplazados por guerra, entre otros.
- Cooperación técnica: Se refiere a la transferencia, adaptación y adopción de tecnologías, conocimientos, habilidades y experiencias técnicas que el país debe complementar. La aportación no es reembolsable e incluye diferentes alternativas: consultorías, asesorías, dotación de equipo, capacitación, pasantías y otras.

Por su procedencia la cooperación internacional puede ser:

Cooperación bilateral: es la que proviene de fuentes gubernamentales y se hace efectiva mediante donaciones o créditos oficiales, de gobierno a gobierno o hacia beneficiarios institucionales privados. También suele considerarse bilateral la cooperación que procede de los organismos no gubernamentales, que movilizan recursos provenientes de gobiernos, entidades religiosas, sindicales, empresariales, profesionales o filantrópicas.

Este tipo de cooperación permite a la fuente un mayor control sobre la asignación y utilización de los recursos, por lo que suele concebirse como instrumento de política exterior en lugar de ayuda efectiva para el desarrollo. No obstante, en ocasiones la ayuda bilateral puede ser desinteresada o procurar el beneficio mutuo, lo cual se da principalmente cuando la cooperación es horizontal, o sea, entre países en vías de desarrollo.

Cooperación multilateral: se canaliza a través de instituciones públicas internacionales, organismos financieros o especializados, del sistema de Naciones Unidas o regionales, fondos multilaterales, entre otros.

3.1 Cooperación internacional en Costa Rica

Durante muchos años el sector público de Costa Rica se vio favorecido por la cooperación internacional. De manera particular, esta estrategia ha contribuido al desarrollo del sector salud a cargo del estado, el cual esta conformado fundamentalmente por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

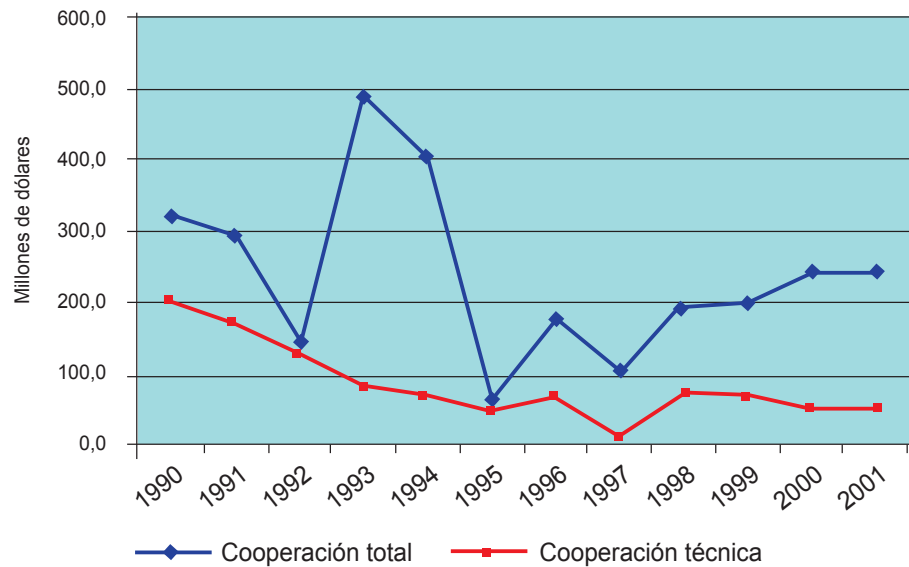
El objetivo estratégico de la cooperación internacional en Costa Rica, propuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, esta dirigido a promover la cooperación internacional como instrumento de integración y desarrollo, que complemente los esfuerzos nacionales y regionales encaminados hacia el intercambio, adaptación y transferencia recíproca de conocimientos, experiencias y tecnologías, sobre la base de los ejes estratégicos definidos en el Plan Nacional de Desarrollo. Consta de las siguientes políticas: Política de cooperación técnica y financiera no reembolsable internacional, para el desarrollo nacional y regional; Política de Cooperación financiera internacional, para el desarrollo nacional.

Tendencia de la cooperación internacional en Costa Rica

Según un estudio de las Naciones Unidas, en la década de los noventa, Costa Rica experimentó un decrecimiento del 17,65% de cooperación internacional, mayor a la observada a nivel mundial que fue de 5,33%(PND 2002-2006).

En el siguiente gráfico se observa la tendencia de la cooperación total y de la cooperación técnica, las cuales son decrecientes.

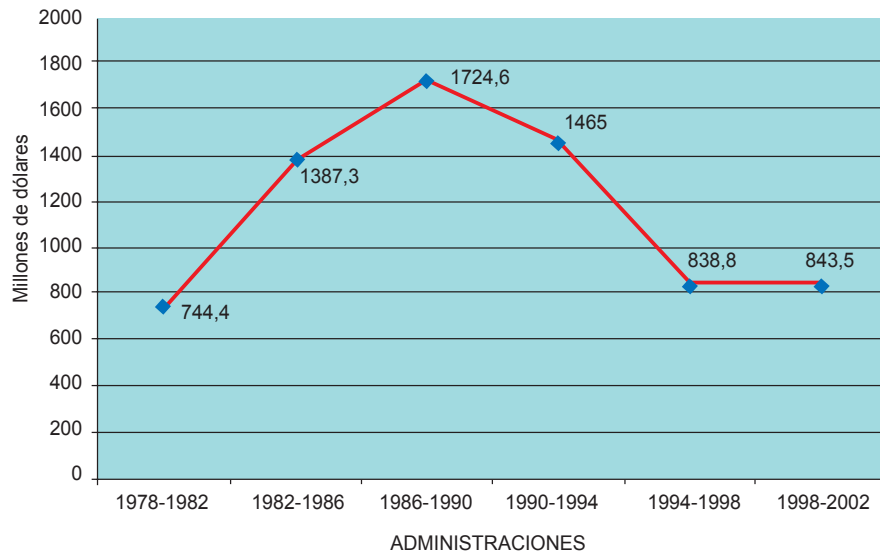
Gráfico No.6
Tendencia comparativa de la
cooperación total y la cooperación técnica. Costa Rica, 1990-2001



Fuente: MIDEPLAN y Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, 2002

En el gráfico 7 se presenta esta información con base en las últimas seis administraciones presidenciales, donde se evidencia la tendencia decreciente de la cooperación total. A partir del año 1990, los montos de cooperación recibidos por el país fueron decreciendo hasta mantenerse prácticamente en los mismos niveles en las dos últimas Administraciones (Figueres Olsen y Rodríguez Echeverría). En la década de los ochenta, el monto total de cooperación internacional aprobado para el país fue de US\$ 3.635,1 millones, mientras que en la década de los noventa descendió a US\$ 2.630,2 millones (27,6% menos entre una década y otra).

Gráfico No.7
Tendencia de la cooperación internacional total aprobada por periodos de gobierno, Costa Rica



Fuente: MIDEPLAN, 2002

Este comportamiento se puede explicar por las siguientes razones:

- Posición de Costa Rica según el índice de desarrollo humano (lugar 43 en el nivel mundial, según el último informe de Naciones Unidas, 2001).
- Altos indicadores de salud, educación y PIB per cápita.
- Situación económica restrictiva a nivel mundial y menos recursos destinados a la cooperación para el desarrollo (ODA). De los países desarrollados solo Noruega, Holanda y Dinamarca destinan el 0,7% del Producto Nacional.
- Situación geopolítica estable que reduce la cooperación en Centroamérica.

Como reflejo de esa situación, en comparación con otros países de Centroamérica, desde 1996 se dejó de considerar a Costa Rica como prioridad para la cooperación, teniendo un acceso limitado a los diferentes tipos de cooperación existentes. Por ello se inició una estrategia de atracción de recursos técnicos y financieros, mediante esquemas como la gestión regional (con el resto de Centroamérica), la triangulación con países con igual desarrollo relativo o con países de mayor desarrollo relativo y otros organismos internacionales. También se impulsan estrategias innovadoras como el Programa de Venta de Oxígeno (cambio de deuda por naturaleza), programas de Mejores Prácticas (promocionando las oportunidades del país), programas generales de CTPD (Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo), entre otros.

Cabe destacar que Costa Rica es vista como país colaborador, capaz de ofrecer cooperación técnica a otros países de la región. Posteriormente se detallará la cantidad de funcionarios costarricenses que con apoyo de la OPS/OMS se han trasladado a otros países para ofrecer asesoría y capacitación en diversos temas.

Marco legal y político para la cooperación internacional en Costa Rica

La cooperación internacional se desarrolla de acuerdo a una serie de leyes y normas, que se aplican a todas las instituciones públicas del país. Dentro de las más importantes se encuentran las siguientes: Ley de Planificación Nacional, que en su artículo 11, establece: “Le corresponde al Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica formular, negociar, coordinar, aprobar y evaluar los programas de asistencia técnica, teniendo en cuenta los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. Las solicitudes de asistencia técnica serán transmitidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, el cual se encargará de establecer la congruencia con la política exterior del país y las presentará oportunamente a los gobiernos y organismos internacionales correspondientes.”

El MIDEPLAN, de acuerdo al artículo 4 de su Reglamento General, tiene entre otras atribuciones, la función de: “Velar por la aplicación de las prioridades del Gobierno y su evaluación práctica en la asignación de los recursos del presupuesto, de preinversión, de inversión pública y de cooperación externa, de manera que se maximice el potencial de desarrollo nacional.”

En general, la cooperación técnica y financiera que se solicite debe de responder a las políticas sectoriales y a las necesidades reales de la unidad receptora respecto a sus objetivos y atribuciones legales. En este sentido, es preciso identificar, en primer plano, los planes estratégicos de la institución y luego analizar los aspectos más particulares de cada uno, hasta determinar en cuales materias o aspectos se requiere cooperación externa. Posteriormente se formula la solicitud correspondiente considerando la oferta de cooperación disponible según las fuentes, las modalidades, el presupuesto y otras condiciones.

3.2 Cooperación en el sector salud de Costa Rica

Las instituciones que conforman el sector salud definen sus funciones de acuerdo a las competencias que tienen asignadas.

El Ministerio de Salud (MINSALUD) es la instancia rectora de la producción social de la salud, con la participación de las instituciones y la ciudadanía. Sus funciones son dirigir, conducir, regular, investigar y definir políticas sectoriales, así como dar seguimiento y evaluación a las acciones y los servicios de salud. Este papel definió que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) asumiera los servicios de atención primaria, función que históricamente había ejecutado el MINSALUD, por lo que este le trasladó a 1.700 funcionarios, equipos, materiales y otros elementos de infraestructura física.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se creó a principio de la década de los cuarenta para cubrir los riesgos de Invalidez, Vejez y Muerte, así como los de enfermedad y maternidad, bajo los principios de universalidad y solidaridad. En setiembre de 1973 se promulgó

la Ley 5349 mediante la cual toda la red pública hospitalaria del país pasa a ser administrada por esta institución. En 1998 se aprobó la ley 7852 para la desconcentración de hospitales y clínicas, logrando en 2000 y 2001 la desconcentración máxima de treinta y cinco establecimientos, es decir, con autonomía presupuestaria y de contratación de recursos humanos y servicios, abriendo a su vez espacios de participación social.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), tiene a cargo los servicios de distribución de agua a la población, así como de canalizar las aguas “domésticas, negras e industriales”, mediante el sistema de alcantarillado sanitario. En los últimos años ha llevado a cabo un proceso de modernización institucional orientado a mejorar los servicios al cliente, tanto en la zona urbana como en la rural, el cual incluye la creación de sistemas para realizar transacciones en todas las oficinas del país, la consolidación de la información por medio de bases de datos y sistemas de información, la atención y prestación de servicios de calidad a los clientes y el suministro de información sistematizada para los niveles de producción y de gerencia.

La coordinación del sector salud esta bajo la responsabilidad de un Consejo Nacional del Sector Salud, integrado por:

- Ministro y Viceministro de Salud,
- Presidente Ejecutivo y Gerente Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social,
- Presidente Ejecutivo y Gerente General del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

Cooperación recibida por el sector salud

Las fuentes de financiamiento del sector salud se dividen en Organismos Bilaterales, Multilaterales, y otros procedentes de entes nacionales. Estas fuentes de cooperación apoyan con montos de empréstitos usualmente en dólares americanos, consultorías técnicas o de capacitación.

Entre las fuentes bilaterales destacan: las Agencias de Cooperación de Alemania, Japón, Francia, México, Estados Unidos, Italia, España y Finlandia. Por otro lado, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Centroamericano de Integración Económica, Overseas Economic Cooperation Fund, Kreditanstalt Fur Wiederaufbau y la Organización Panamericana de la Salud.

Los principales actores que constituyen la contraparte nacional y complementan la colaboración financiera y técnica recibida, son las propias instituciones del sector salud receptoras de la cooperación, en este caso el AyA, la CCSS, el MINSA, y la UCR, así como el Fondo de Asignaciones Familiares.

Gestión institucional

Dentro del marco institucional del sector salud, la cooperación externa tiene las siguientes especificaciones para cada institución:

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

La cooperación en el A y A ha permitido efectuar estudios de las necesidades de agua potable y la evacuación de aguas residuales, tanto en el área metropolitana como en el resto de las ciudades y comunidades rurales. El A y A, ha utilizado el apoyo financiero reembolsable como principal fuente de financiamiento para ejecutar sus programas de inversión. (documento Presupuesto 2003, sf.). Este apoyo consiste en empréstitos de desembolsos en Programas de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario para el área metropolitana, urbana y rural del país. La cartera de proyectos que ejecuta con empréstitos bancarios es muy amplia e incluye los siguientes aspectos: Rehabilitación de Acueductos Rurales, Rehabilitación de Acueductos y Alcantarillado en la Provincia de Limón y el Programa de Acueductos en Ciudades Intermedias y en Comunidades Rurales, Tanques y Redes del Acueducto Metropolitano de San José, Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado, Programa para el Suministro de Agua Potable en Centros Urbanos y para la Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de la Provincia de Limón, Programa para el Suministro de Agua Potable en Centros Urbanos y para la Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de la Provincia de Limón. En el cuadro 13 del anexo No. 1, se encontrará el tipo de cooperación, la fuente de financiamiento y los montos de cada proyecto.

Caja Costarricense de Seguro Social

La cooperación internacional en la CCSS se desagrega en cooperación financiera y cooperación técnica. El manejo de la cooperación financiera es, actualmente, responsabilidad de la Dirección de Proyectos de la Gerencia de Modernización y Desarrollo, la cual administra los recursos aportados por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Centroamericano de Integración Económica y el SAMPO Bank de Finlandia. Los proyectos financiados por estos fondos son los siguientes: Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, Programa Nacional de Renovación Hospitalaria, Construcción y Equipamiento del Hospital de Liberia, Reconstrucción de la Estructura Física en Salud, Subprograma Educación Ambiente de Salud, Reforma del Sector Salud y Programa Nacional de Renovación Hospitalaria. La suma global de estos créditos asciende a 241 millones de dólares y su desagregación por proyecto se puede observar en el cuadro 14 del anexo No. 1.

Por su parte, la cooperación técnica internacional en la CCSS tiene recientemente un área de coordinación, y los proyectos se desarrolla con diferentes países e involucra diferentes áreas de cooperación como las siguientes: Mejoramiento de la calidad del servicio en el seguro de pensiones; Del hospital tradicional al hospital moderno; Fortalecimiento institucional en el área de gestión administrativa en una institución de salud; Gestión tecnológica en equipamiento biomédico e ingeniería biomédica; Cooperación de Corea para temas específicos como trade promotion strategies, economic planning, financial management, oriental medicine y rehabilitation of disabled people. El Gobierno Japonés apoya técnicamente a la CCSS en proyectos relacionados con emergencias y desastres, mejoramiento de la red de agua de consumo humano y entrenamiento para el tratamiento del cáncer gástrico; por su parte el Gobierno de Israel focaliza su cooperación en aspectos de tipo gerencial incluidos los sistemas de información corporativa y la facturación; México apoya en las áreas de gestión de calidad y en la de ingeniería clínica y gestión tecnológica; China (Taiwan) en temas ligados al desarrollo y los Países Bajos en programas de educación médica continua para el primer nivel de atención. Es importante

hacer notar que tanto los Gobiernos de Japón como de México, aportan como donación montos significativos para apoyar la cooperación técnica, como se podrá observar en el cuadro 15 del anexo 1.

Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud no cuenta con una oficina formalmente constituida que maneje los asuntos de cooperación y técnica. En los últimos años la cooperación técnica internacional fue manejada por asesores de los Despachos del Ministro(a) o Viceministro(a) como recargo a sus funciones, lo cual ha dificultado el registro y seguimiento de los proyectos. Al igual que la CCSS, el Ministerio de Salud gestiona dos tipos de proyectos, los de cooperación financiera y los de cooperación técnica.

La cooperación financiera proveniente tanto del Banco Mundial (BM) como del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la reforma del sector, ha sido administrada desde sus unidades ejecutoras correspondientes ubicadas en la CCSS. Por su parte, el Ministerio de Salud ha administrado fondos provenientes del Gobierno de Estados Unidos, entre otros, los cuales se pueden observar en el Cuadro No. 4 del Anexo 1. Cabe resaltar que en el 2003 el Fondo Global de Lucha contra el SIDA aprobó el "Proyecto Nacional de Prevención VIH/ SIDA" presentado por el país, por un total de \$4.2 millones. Actualmente, están en proceso de aprobación dos proyectos de cooperación financiera: con el Banco Interamericano de Desarrollo para el mejoramiento de los servicios de salud por un monto de US\$ 5.063, 000 y con el Banco Mundial para el fortalecimiento y modernización del sector salud por un monto de US\$ 17 millones. También se debe señalar que la Agencia Española de Cooperación Internacional y el Gobierno de Estados Unidos proporcionan financiamiento para proyectos específicos y los fondos no son reembolsables, tal como se puede ver en el cuadro 16 del anexo 1.

En la región de las Américas, entre las fuentes bilaterales que más han otorgado cooperación técnica se encuentra México, cuya modalidad es de costos compartidos. Gran parte de esta cooperación técnica va dirigida a todos los países Centroamericanos, enmarcada dentro de proyectos subregionales donde por lo general, se ofrecen cursos de capacitación.

Igualmente, la fuente multilateral que más brinda cooperación internacional es la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En el cuadro 17 del anexo 1 se observan las diferentes áreas en que esta ha colaborado. Gran parte de la asistencia de este organismo va dirigida al mejoramiento de los servicios de salud como consecuencia al Huracán Mitch, que afectó la región en la década pasada.

Además, varias fuentes de cooperación, como España, Japón y la República de China, ofrecen cursos anualmente en temas de ambiente y salud pública en los cuales varios funcionarios del Ministerio se han capacitado.

En el cuadro 18 del anexo 1 se detallan los convenios internacionales más recientes firmados por el Ministerio de Salud. Cabe destacar que en los últimos meses se han firmado dos convenios fronterizos para fortalecer las acciones de salud en estas áreas.

Contribución de Costa Rica a la OPS/OMS

Participación de Costa Rica en cuerpos directivos

La participación de Costa Rica en la OPS/OMS se remonta a los inicios de la Organización, manifestando su interés en trabajar a favor de la salud dentro de ese marco multilateral, dejando patente su deseo de colaborar en forma solidaria con los países miembros, para el mejoramiento de la salud a nivel internacional.

El compromiso del país para desarrollar la cooperación internacional en el campo de la salud se manifestó con el establecimiento de una representación diplomática permanente ante la OPS y una decisión de acoplar las políticas sectoriales de salud con las prioridades establecidas por la OPS a escala mundial, lo cual se ha venido fortaleciendo por la decisión del país de mantener un compromiso permanente y vigilante por mejorar los índices de salud de la población costarricense.

Los últimos cuatro decenios representaron un mejoramiento de los servicios de salud sin precedentes en la historia de Costa Rica, experiencia que ha sido puesta al servicio de la colaboración internacional en sus diferentes modalidades, destacándose en los últimos veinte años los flujos de cooperación internacional que han sido respaldados decididamente por la Organización Panamericana de la Salud y la OPS.

Respecto a su relación con la Organización Mundial de la Salud, Costa Rica por medio del Ministerio de Salud ha participado activamente como contraparte técnica de la OPS participando en los foros de discusión de políticas, programas y orientaciones de la política sanitaria a nivel mundial por medio de las autoridades sanitarias del país apoyadas por especialistas y técnicos en salud.

La Misión Diplomática acreditada en Ginebra ante la OPS ha sido un factor importante en el mantenimiento de una relación muy cercana de colaboración y apoyo ante la OPS, destacándose el manejo y coordinación con el país de los documentos, envió de misiones de cooperación técnica y coordinación de reuniones convocados por la OPS en Costa Rica. Además éste a sido el canal de comunicación diplomática y la presentación de proyectos y resoluciones y posiciones del país ante la Organización.

Igual nivel de trabajo y coordinación de la política internacional sanitaria se ha desarrollado con la Oficina Panamericana de la Salud donde igualmente la colaboración con la OPS se ha canalizado y coordinado entre el Ministerio de Salud, Órgano rector de la política de salud del país y la Misión Diplomática permanente de Costa Rica ante la OPS en Washington, Estados Unidos de América.

En el campo de la contribución de Costa Rica al desarrollo de la Agenda y orientación de políticas de la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de la Salud, encontramos que Costa Rica ha ocupado cargos de gran relevancia para el desarrollo de ambas Organizaciones en diferentes momentos de su fructífera historia.

De esta forma Costa Rica fue miembro del Consejo Ejecutivo de la OPS entre 1953 y 1955, puestos que honrosamente volvió a ocupar el país entre 1994 y 1996. Por otro lado, Costa Ri-

ca logró ocupar la Vice-Presidencia de la Asamblea Mundial de la Salud durante los años 1957, 1976 y 1988.

Respecto a otros importantes órganos de la OMS, el país ocupó la presidencia de la Comisión B de la Asamblea 12 durante 1959 y fue miembro de la Mesa de la Asamblea del año 1981. Igualmente, Costa Rica fue miembro de la Comisión de Candidaturas de la Asamblea durante los años: 1957, 1959, 1971, 1975, 1984 y 2000.

Respecto a la Organización Panamericana de la Salud, Costa Rica ocupó la Presidencia del Comité Ejecutivo durante los años 1986, 1996-1997. Así mismo, el país llegó a ocupar la Vicepresidencia del Consejo Directivo en 1992, 1995-1996, 1988 y 2001, y la Vicepresidencia del Comité 4 de Mujer, Salud y Desarrollo en 1997.

Reuniones subregionales / regionales

Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana, RESSCAD.

La Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), es un mecanismo subregional que tiene como propósito promover el intercambio y el desarrollo de experiencias, así como conocimientos y, sobre todo, lograr el compromiso entre los Estados Miembros para la atención de problemas comunes de salud y del ambiente humano, que requieran del abordaje conjunto y coordinado entre países, para lograr un impacto mayor que el que se lograría si el tratamiento de los mismos, se realizara en forma individual, dentro del espíritu de Integración Centroamericana.

Antecedentes:

Este proceso inicia en 1956, cuando los ministros de salud de Centroamérica y Panamá iniciaron reuniones regionales. A partir de 1985 se incorporan a las reuniones las instituciones de Seguridad Social y se establece la posibilidad de que participaran otros delegados como los Representantes de las instituciones de agua y saneamiento de la región, constituyéndose así la I Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá (RESSCAP). A partir de 1989, se adoptó el nombre de Reunión del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA), ya que en el espíritu de la integración del istmo, Belice y Panamá debían considerarse contemplados en ese nombre. En la XIV Reunión, República Dominicana fue incorporada como miembro con plenos derechos y deberes y nuevamente el nombre cambió a Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD).

Integración y organización:

La RESSCAD la integran: 1) las delegaciones de los países de Centroamérica y República Dominicana, conformada por el ministro de salud (quien la preside), el representante legal de la seguridad social y los directores de instituciones de agua, además, los especialistas que formen parte de las delegaciones de los países y de la secretaría técnica, en carácter de asesores y los representantes de otras instituciones que asistan como invitados especiales; 2) cualquier otro país que exprese su interés de vinculación, cuya incorporación haya sido aprobada por las instancias correspondientes, según lo establecido en el Protocolo de Tegucigalpa; y 3) el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en carácter de secretario técnico.

La mesa directiva de cada RESSCAD la integran un presidente, un vicepresidente y un relator y es constituida al instalarse la reunión. El cargo de presidente recae en el ministro de salud del país sede; el de vicepresidente, en el representante legal de la seguridad social del país sede; y el de relator, en el ministro de salud del país donde se realizará la siguiente RESSCAD. En la sesión de clausura de la reunión, asume la presidencia el ministro de salud del país sede de la siguiente RESSCAD, quien adquiere la responsabilidad total de su organización.

A partir de la XVIII RESSCAD, realizada en San José, Costa Rica del 14 al 16 de octubre del año 2002, se inició una nueva etapa de estas reuniones, ya que su organización, conducción y financiamiento está a cargo de los países sede.

Resultados de la XVIII RESSCAD:

Entre los temas que se discutieron y se acordaron están los siguientes: la implementación de un Plan de acción subregional sobre vacunas e inmunizaciones, la elaboración de un programa subregional de reducción de desastres, el desarrollo de un plan nacional de promoción de la salud, proyecto subregional de municipios fronterizos, la conformación de una comisión para la negociación conjunta del sector salud para el documento marco subregional de acceso a cuidados y tratamiento en VIH/SIDA, y la aprobación del proyecto subregional de fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública y de la fuerza de trabajo en salud pública.

Cabe señalar, que previo a la inauguración de la RESSCAD se realizó el lanzamiento del informe mundial de Violencia, realizado por el Dr. Etienne Krug, Director del Área en la OMS.

Foro de Agua

La situación del A y A en el sector salud con respecto a la tarea de cumplir los acuerdos nacionales, regionales o internacionales, en el caso de los convenios emitidos por la RESSCAD, en la parte de agua y saneamiento, mas la de recursos humanos, establecen que el A y A, en sus diferentes áreas de trabajo deberá desarrollar acciones de gran importancia para la protección y conservación de las fuentes acuíferas y la utilización eficiente del recurso para un manejo integral del agua, donde se amplíen y se fortalezcan los sistemas de acueductos y alcantarillado sanitario existentes, cumpliendo así con la demanda de servicios de agua de consumo humano a toda la población del país, en la parte de saneamiento ambiental.

Mientras que el acuerdo para el área de recursos humanos, establece desarrollar actividades para los funcionarios mediante programas de capacitación en saneamiento ambiental, gestión ambiental, legislación y demás temas involucrados en la temática de la salud ambiental en el país, con apoyo de las universidades estatales.

El Foro Centroamericano y Republica Dominicana de Agua Potable y Saneamiento, realizado en nuestro país del 27 al 28 de agosto 2002, como parte de la Pre-RESSCAD, se da como resultado de una coordinación institucional, donde participaron OPS-OMS, Ministerio de Salud, CCSS y AyA. En esta actividad participaron destacadas personalidades de la región, quienes toman una serie de acuerdos para el establecimiento del sector de Agua Potable y Saneamiento a escala regional y nacional con intervención en áreas de salud, ambiente, social y económico. Asimismo ratificando la participación activa de los miembros del sector a definir los mecanismos de implementación del Plan de Acción Centroamericano para el Desarrollo de las

Recursos Hídricos (PACADIRH); más la creación de un mecanismo de información.

Donde se establecen coordinaciones con el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), y la Presidencia Pro-témpore del COMISCA para promover la gestión del sector de Agua Potable y Saneamiento.

Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social, COCISS

COCISS es un organismo técnico ejecutivo a nivel subregional, formado por las Instituciones de Seguridad Social de Centro América, creado en el mes de octubre de 1992, en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras, ratificado en el marco de la XII Cumbre de Presidentes del Istmo Centroamericano, celebrada en ciudad Panamá, en 1992.

Objetivos:

- Lograr un efectivo apoyo y coordinación entre las instituciones de Seguridad Social de los países centroamericanos, mediante la comunicación, intercambio y aprovechamiento de las experiencias mutuas en el desempeño de sus funciones.
- Coordinar y coadyuvar junto a los ministerios de salud al mejoramiento del nivel de salud de la población de la región centroamericana.
- Garantizar el anhelo del hombre por alcanzar la paz social, estado que implica la promoción y conservación de la salud, el mejoramiento del entorno y el suministro de los medios económicos que garanticen una vida digna.

Temas tratados:

1. Informe de los Proyectos bajo la responsabilidad COCISS, conocidos y analizados en la XXI Asamblea Extraordinaria, celebrada el día 14 de octubre del 2002, en Costa Rica.
2. Informe sobre la Propuesta para la Capacitación de Recursos Humanos en la Gestión Hospitalaria.
3. Se plantea a los Ministros de Salud, considerar su interés de participar e integrarse a dicha propuesta, la cual puede ser desarrollada en cualquier materia de capacitación.
4. Informe sobre la compra conjunta de medicamento antirretrovirales.
5. Se plantea la conveniencia que la gestión de negociación y compra de medicamentos se realice en forma conjunta e integral, incorporando a un Representante de las Instituciones de Seguridad Social en dicho proceso.
6. Proyecto Subregional de Reanimación Neonatal.
7. Proyecto de Detección precoz de Cáncer Cérvico Uterino en Costa Rica.

Estos dos proyectos deben elaborar un Proyecto Subregional a ser presentado en la próxima Asamblea.

Otros temas presentados:

- El nuevo Enfoque Gerencial del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.
- Programa de Atención Integral de la Adolescencia en Costa Rica.
- Prestaciones para Trabajadores Migrantes de C. A. y República Dominicana.
- Propuesta para la realización de una Maestría Ejecutiva en Administración Hospitalaria. INCAE

Integración y organización del COCISS: está integrado exclusivamente por las instituciones de seguridad social de Centroamérica.

BELICE: Instituto de Seguridad Social de Belice
COSTA RICA: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
EL SALVADOR: Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
GUATEMALA: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
HONDURAS: Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
NICARAGUA: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)
PANAMÁ: Caja de Seguro Social (CSS)

La incorporación de otros países requerirá del voto unánime de sus miembros, en dos votaciones que deberán celebrarse con un año de diferencia entre una y otra, como ha sido el caso de República Dominicana.

Órganos COCISS:

Los principales son: la Asamblea de los presidentes, gerentes o directores generales, la Secretaría Técnica que es el órgano de apoyo técnico administrativo de la Asamblea y de la Presidencia y los consejos técnicos.

Es importante destacar la valiosa colaboración brindada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a COCISS, y a cada una de las instituciones de seguridad social, dirigida a desarrollar planes y proyectos conjuntos teniendo dentro de sus objetivos primordiales el realzar el trabajo de las instituciones de seguridad social de Centroamérica en el campo de la salud.

Otras reuniones subregionales y regionales:

Del 2000 al 2003, la mayor parte de los aportes de la OPS se han dirigido a apoyar una serie de programas del Ministerio de Salud, en donde se destacan seminarios, talleres, reuniones, simposios, participación en cursos de capacitación, consultorías, entre otros. (anexo 1)

Asesorías a otros países (asesores temporales y consultores a corto plazo)

Desde el año 2000, funcionarios del AyA, la CCSS y el Ministerio de Salud, con el apoyo de OPS, brindaron una serie de asesorías en áreas prioritarias para la región dentro de las competencias de cada una de ellas.

Proyectos de cooperación entre países (CTPD/TCC)

En el marco de la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo, desde el año 2000, Costa Rica ha participado en distintos proyectos como: Eliminación de barreras físicas para discapacitados, Modelo atención integral y servicios comunitarios para la salud de las mujeres, Taller de cooperación técnica Centroamérica, México y República Dominicana en Costa Rica, Seguridad alimentaria nutricional en municipios fronterizos y Seguridad alimentaria nutricional en municipios fronterizos.

Participación de las autoridades nacionales en actividades regionales y subregionales.

A partir del 2000 al 2003, la OPS financió la participación de las autoridades nacionales en una serie de actividades fuera del país, principalmente a nivel regional y subregional.

Durante el año 2000, las autoridades nacionales del sector salud participaron en aproximadamente trece actividades de carácter regional y subregional, entre las que destacan las reuniones en el marco de la COMISCA, la pre-RESSCAD y la RESSCAD. Además, es importante mencionar la participación nacional en las reuniones sobre el convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica.

Entre febrero y noviembre el año 2001, las autoridades nacionales participaron en dieciocho actividades fuera del país. El Ministerio de Salud participó en once de estas actividades. Además de las otras instituciones del sector salud (AyA, CCSS), también participaron en estas actividades otras instituciones gubernamentales como el Instituto Nacional de las Mujeres, el Ministerio Nacional de Agricultura y Ganadería y la Comisión Nacional del Consumidor.

Durante el año 2002, las autoridades del Ministerio de Salud participaron en tres actividades regionales y subregionales especificadas, mientras que en lo que va del presente año, las autoridades nacionales han participado en tres actividades regionales y subregionales realizadas en Panamá y Washington, D.C.

Anexo 1

Cuadro 13
Proyectos de cooperación financiera, A y A 2000-2004

NOMBRE	TIPO DE COOPERACION	FUENTE	MONTO
Rehabilitación de Acueductos Rurales Rehabilitación de Acueductos y	Financiera reembolsable	KfW	DM 10.940.000,00
Alcantarillado en la Provincia de Limón y el Programa de Acueductos en Ciudades Intermedias y en Comunidades Rurales Tanques y Redes del Acueducto	Financiera reembolsable	BCIE / 254	\$5.300.000,00
Metropolitano de San José Abastecimiento de Agua Potable y	Financiera reembolsable	BCIE / 246	\$ 17.700.000,00
Alcantarillado Programa para el Suministro de Agua	Financiera reembolsable	BIRF - 3625	\$ 16.000.000,00
Potable en Centros Urbanos y para la Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de la Provincia de Limón Programa para el Suministro de Agua Potable en Centros Urbanos y para la	Financiera reembolsable	BID - 636	\$ 27.952.750,00
Rehabilitación de la Infraestructura Sanitaria de la Provincia de Limón	Financiera reembolsable	BID - 637	\$ 23.000.000,00

Fuente: Dirección Financiero: Ficha técnica de Empréstitos.2002* y Dirección de Obras Rurales. Setiembre, 2002-2003

Cuadro 14
Proyectos de cooperación financiera, CCSS (2000-2003)

NOMBRE	TIPO DE COOPERACION	FUENTE	MONTO
Programa de mejoramiento servicios de salud	Reembolsable	BID	\$42.000.000,00
Programa Nacional de Renovación Hospitalaria	Reembolsable	Banco Bilbao, Vizcaya Inst. Crédito Oficial de España	\$40.000.000,00
Construcción equipamiento Hospital Liberia.	Reembolsable	Banco Centroamericano Integración Económica	\$33.000.000,00
Reconstrucción estructura física en salud	Reembolsable	BCIE	\$12.000.000,00
Subprograma educación ambiente de salud	Reembolsable	BID	\$60.000.000,00
Reforma Sector Salud	Reembolsable	Banco Mundial	\$22.000.000,00
Programa Nacional de renovación Hospitalaria	Reembolsable	SAMPO Bank de Finlandia	\$32.000.000,00

Fuente: Documentos oficiales. 2003

Cuadro 15
Proyectos cooperación técnica. CCSS (2000-2003)

NOMBRE	FUENTE	MONTO
* Mejoramiento de la calidad del servicio en el seguro de pensiones.	Argentina	ND
Del Hospital Tradicional al Hospital Moderno	Argentina	ND
* Fortalecimiento institucional área de gestión administrativa en una institución de salud.	Brasil	ND
1. * Gestión tecnológica en equipamiento biomédico. 2. * Ingeniería biomédica.	Brasil	ND
* Traída de Expertos Coreanos en los siguientes temas: 1. Trade Promotion Strategies 2. Economic Planning 3. Economic Development Plan 4. Financial Management 5. Saemaul (Community Development) 6. Oriental Medicine 7. Rehabilitation of Disabled People 8. Saemaul Community Development Movement	Corea	ND
* Propuesta Orthopedics Overseas Foundation 1. * Prevención, Mitigación y atención de desastres: CCSS 2. * Mejoramiento de la red de abastecimiento de agua para consumo humano intra hospitalario en Centros de Salud de la CCSS 3. * Diseño y Construcción o mejoramiento de sistemas inteligentes de detección y alarma de incendios con voz de emergencia a hospitales claves de la CCSS con sistemas auxiliares de cadena de respuesta en casos de sismos. 4. * Programa de Entrenamiento en detección y tratamiento del Cáncer Gástrico Temprano: Centro Internacional de Entrenamiento en Detección y Tratamiento del Cáncer Gástrico para los países de la Región	Estados Unidos de América Japón	ND ** \$470.000.00 ** \$2.450.000.00 ** \$5.500.000.00 ** \$36.000.00
1. * Desconcentración de establecimientos. 2. * Reorganización de la Gerencia de la División Administrativa. 3. * Desarrollo de un sistema integrado de información corporativa. 4. * Sistema de facturación de servicios de salud	Israel	ND
Equipamiento y construcción Sala de Trauma Hospital Max Peralta de Cartago	Israel	** \$99.152.00
1. * Programa de Ingeniería Clínica y Gestión Tecnológica 2. * Capacitación para el diseño del sistema administrativo en el área de control interno y gestión de calidad	México	** \$637.540.00 ** \$162.800.00

NOMBRE	FUENTE	MONTO
Programa Voluntarios para el desarrollo y cooperación internacional de la República de China a la República de Costa Rica	República de China (Taiwán)	** \$101.280.00
Asesoría para Fortalecer el Primer nivel de Atención por medio de un Programa de Educación Médica Continua	Reino de los Países Bajos	ND

Cuadro 16
Proyectos de cooperación financiera Ministerio de Salud (2000-2002)

NOMBRE	TIPO DE COOPERACION	FUENTE	MONTO
Proyecto Nacional de Prevención VIH/ SIDA	No reembolsable	Fondo Global de Lucha contra el SIDA	\$4,2 millones
Observatorio Costarricense sobre Drogas	No reembolsable	Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica	ND
Carmen	Reembolsable	Agencia Española de Cooperación-CICAD-OEA	ND
Programa Nacional del Sistema de Disposición de Excretas	No reembolsable	AECI	\$54.079
Apoyar a la Selección de Control Químicos Precursores del Ministerio	No reembolsable	Estados Unidos de Norteamérica	\$20,000
Adecuación de Servicios Primarios en Salud en Zonas Marginales	Reembolsable	ACDI	\$60.000,00
* Programa de Mejoramiento de los servicios de salud	Reembolsable	Banco Interamericano de Desarrollo	\$5.063,6 mil
* Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud	Reembolsable	Banco Mundial	\$17 millones

Fuente: OPS y Direcciones Ministerio de Salud, 2003
 * Proyectos en trámite de aprobación.
 ND: No Disponible

Cuadro 17
Proyectos de cooperación técnica, Ministerio de Salud (2000-2002)

NOMBRE	FUENTE	MONTO
Programa de Naciones Unidas para la fiscalización Internacional de Drogas.	Programa de Naciones Unidas	ND
Consultoría Gestión Administrativa-Financiera de la Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil	OPS / INCAP	Desde 1993-2001 \$120, 000
22355 Consultorías en Servicios de Salud	CESO- Canadá	ND
Servicio de Atención a las Personas	OPS/OMS	\$187,345*
PLAGSALUD	DANIDA	ND
Articulación de la Docencia, la Investigación y el Servicio en Modelo de la Salud Oral	México	\$37.600
Construcción de lineamientos rectores en educación para la salud a nivel local	México	ND
Centros familiares y comunitarios de atención integral a la infancia y a la adolescencia	México	ND
Escuelas Promotoras de la Salud	México	ND
Cooperación en materia de salud ambiental México-Costa Rica	México	ND
Prevención y control de ITS/VIH/SIDA con especial atención a población migrante	México	ND
Fortalecimiento de la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores	México	ND
Paquete básico de salud escolar, familiar y comunitaria	México	ND
Vigilancia epidemiológica en atención a desastres provocados por fenómenos naturales	México	ND
Diagnóstico mesoamericano de adicciones	México	ND
Promoción de seguridad alimentaria y nutricional de municipios transfronterizos saludables y productivos con la participación de mujeres y jóvenes rurales	México	ND
Políticas de atención a la infancia y tecnología de identificación de la paternidad	México	ND

NOMBRE	FUENTE	MONTO
Curso Anual Internacional de Capacitación en Salud Reproductiva	México	ND
Vigilancia de Salud	OPS	\$239.750
Conducción y Dirección en Salud	OPS	\$126.500
Protección y Desarrollo del Ambiente	OPS	\$1.662.904
Seguridad Alimentaria y Nutricional	OPS	\$135.074
Regulación Sectorial en Salud	OPS	\$162.057
Mejoramiento servicios de salud (Post Mitch)	OPS	\$1,640,287
Medio Ambiente y Salud en el istmo CA	OPS	\$198,880
Aspectos ocupacionales y ambientales de exposición a plaguicidas en el istmo CA	OPS	\$224,054
Programa preparativos para situación de emergencias y coordinación del socorro en caso de desastres	OPS	\$943,642
Mujer, salud y desarrollo	OPS	\$366,753

Fuente: OPS y Direcciones Ministerio de Salud, 2003.
 ND: No Disponible

Cuadro 18
Convenios vigentes en materia de cooperación técnica internacional
Ministerio de Salud (2000-2003)

NOMBRE	FUENTE
Convenio Organización Amigos de las Américas- Ministerio de Salud	Estados Unidos de Norteamérica
Enmienda a la Carta de Acuerdo sobre el Control de Drogas entre el Gobierno de los Estados Unidos de América y el Ministerio de Salud del Gobierno de la República de Costa Rica	Estados Unidos de Norteamérica
Convenio de Colaboración entre los Ministerios de Salud de la República de Costa Rica y la República de Nicaragua para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud en el Cordón Fronterizo	Nicaragua
Convenio para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud en las Áreas Fronterizas entre los Ministerios de Salud de la República de Costa Rica y la República de Panamá	Panamá
Proyecto Aire Limpio San José	Alemania (GTZ)

Fuente: Elaboración propia 2003.

4.

La cooperación OPS/OMS (2002-2003)

4.1 Proyectos de cooperación

Las prioridades de la cooperación técnica se sustentaron en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la Organización, en las áreas prioritarias definidas en el Plan Nacional de Desarrollo Económico, en los compromisos centroamericanos, los acuerdos internacionales y en el esfuerzo de alcanzar la meta de Salud para Todos.

Con el fin de responder a dichas necesidades, fueron incorporados las de trabajo bianual (BPB) 2002-2003, seis proyectos: Gestión y Coordinación de la Cooperación Técnica, Desarrollo de Políticas Públicas en Salud, Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Salud de la Población y la Familia, Prevención y Control de Enfermedades y Protección y Desarrollo del Ambiente. Adicionalmente, la Representación es sede de los siguientes proyectos sub-regionales: Mujer, Salud y Desarrollo, Preparativos para Desastres y Roll Back Malaria.

Con el cambio de gobierno y de autoridades del sector en mayo de 2002, y a partir de varias consultas realizadas con las nuevas autoridades, el programa de cooperación de la Representación dio prioridad a los siguientes procesos sustantivos:

- Finalización del análisis sectorial de agua potable y saneamiento.
- Formulación del Análisis sectorial en salud.
- Formulación de la Política Nacional de Salud 2002-2006 y la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006.
- Revisión del sistema y de los métodos en vigilancia de la salud y análisis de situación de salud, que incluyó el inicio de una serie de publicaciones técnicas.
- Seguimiento a la medición de las funciones esenciales de salud pública y a la elaboración de cuentas nacionales en salud.
- También se atendieron solicitudes de cooperación prioritarias para el país: violencia, VIH/SIDA, migración, sobreirradiados, situaciones de desastres y otras.

Para atender estas prioridades nacionales de cooperación, la Representación de OPS en Costa Rica desarrolló esfuerzos importantes en todos sus proyectos en la movilización de recursos nacionales y externos, financieros, humanos, administrativos y tecnológicos, que facilitaron una acción multidisciplinaria.

A continuación se presenta un resumen de las actividades más importantes por proyectos.

Proyecto Desarrollo de Políticas Públicas en Salud

Durante este período, se apoyó el desarrollo de la capacidad nacional de análisis en salud para la formulación de políticas y la toma de decisiones con enfoque de equidad. El país dispone de dos documentos de Política Nacional de Salud y la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006, basados en un análisis de la situación de salud y del sector que involucró a diversos actores.

Por otra parte, se cuenta con los resultados de la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública, las cuales son base para el fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud.

En la gestión de cooperación técnica del periodo destaca: la realización en el país de las reuniones de la Pre-RESSCAD y RESSCAD (octubre 2002); el apoyo al proceso de elaboración del Análisis Sectorial de Salud; la cooperación en el proceso de adaptación de los instrumentos de las FESP para la medición a nivel subnacional; la continuación del fortalecimiento de las capacidades y competencias del Ministerio de Salud y CCSS en epidemiología de los programas (dengue, tuberculosis, chagas, malaria) y de las capacidades institucionales para el análisis de la situación de salud.

Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Durante los últimos tres periodos de Gobierno y en el marco de la Reforma del Estado, el principal esfuerzo del sistema de salud ha estado centrado en la Reforma Sectorial, cuyos cuatro componentes se han desarrollado como proyectos: Desarrollo de la Rectoría del Ministerio de Salud, Readequación del Modelo de Atención en Salud, Modificación en el Sistema de Asignación de Recursos Financieros y Fortalecimiento de la CCSS para atender la salud de las personas.

La OPS/OMS ha colaborado con la reforma sectorial mediante un proceso de cooperación técnica continuo negociado y concertado con el país, cuyas principales líneas han sido las siguientes:

- **Fortalecimiento de la Rectoría Ministerial.** Adicionalmente a los procesos anteriores, se colaboró con el Ministerio de Salud en la Planificación Estratégica a nivel local (en áreas de salud). Igualmente, en regulación se cooperó en el diseño y actualización de las siguientes metodologías e instrumentos para la regulación de los servicios de salud públicos y privados: habilitación de establecimientos de salud, acreditación de hospitales y evaluación de EBAIS.
- **Readequación del modelo de atención integral a la salud.** La readequación del modelo se orienta hacia una atención integral de primer nivel mediante Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) y servicios de apoyo en otros niveles de atención, por lo que la cooperación técnica se enfocó a colaborar en las siguientes acciones: Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) y planificación estratégica; Revisión de modelos alternativos de atención a las personas; Sistema de Información Gerencial; Programa de Garantía de Calidad; Desarrollo de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

Proyecto Salud de la Población y la Familia

El proyecto se orientó principalmente al desarrollo de la capacidad nacional para integrar y ejecutar acciones intra e intersectoriales para la promoción de la salud.

La cooperación de OPS/OMS se ha orientado a apoyar al Ministerio de Salud, a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), así como a otras instituciones dentro y fuera del sector,

como el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), universidades, gobiernos locales, ONG's, entre otras.

Destaca en este período, la inclusión como área de intervención en la Política Nacional 2002-2006, las políticas públicas saludables, participación social, fomento de estilos de vida saludable y seguridad alimentaria y nutricional; igualmente, se identificaron otras áreas prioritarias relacionadas a la salud de la niñez y la adolescencia, personas adultas mayores, salud mental, violencia intrafamiliar y la salud sexual y reproductiva. La promoción de la salud es parte de los diez compromisos del sector consignados en la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006.

Por otra parte, el país cuenta con un plan nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil y la Prevención de la Mortalidad Materna 2002-2006, cuyo seguimiento y monitoreo lo desarrollan el Comité Nacional de Mortalidad Infantil (CONAMI) y los comités locales (COLAMI). En el campo de alimentación y nutrición el INCAP brindado cooperación técnica en tres áreas: seguridad alimentaria y nutricional en el nivel local (SAN), micronutrientes y evaluación de intervenciones nutricionales.

Destaca en este período el desarrollo de la estrategia de SAN local en seis municipios interfronterizos, dentro de los más rezagados socialmente: Talamanca, Coto Brus, Corredores y Buenos Aires en la zona sur y Upala y Los Chiles en la zona norte.

Proyecto Prevención y Control de Enfermedades

En la gestión de cooperación técnica del periodo se destaca la realización del taller nacional de identificación de prioridades en la investigación en enfermedades transmisibles, el cual dio como resultado la formulación de cinco proyectos de investigación en áreas temáticas que ayudarán a dar respuestas a problemas de salud pública.

También se definió un plan nacional de vigilancia y control de enfermedades emergentes y reemergentes consensuado por la comisión nacional.

El país inició tres áreas piloto de intervención para el mejoramiento de la calidad de la atención en hipertensión, que permitirá identificar áreas críticas y cambios necesarios para obtener mejores resultados en el control de esta enfermedad.

Otro avance es la definición de los contenidos temáticos del Programa Nacional del Fomento de la Salud Cardiovascular e inicio de la implementación en los componentes de factores protectores, vigilancia y servicios de salud.

También el país empezó el proyecto de mejoramiento de la calidad del Registro Nacional de Tumores que servirá de base para el direccionamiento de la agenda nacional de cáncer.

Proyecto Vigilancia de la Salud

La cooperación técnica apoyó el desarrollo del Plan de capacitación en epidemiología para los niveles locales (Ministerio de Salud, CCSS, UCR) el cual comenzó a ejecutarse en las regiones: Pacífico Central, Huetar Atlántica y Brunca.

Igualmente se apoyó al país en la elaboración y ejecución del plan de acción nacional correspondiente al Proyecto de Reconstrucción de los Sistemas de Salud Pública Post-Mitch (Ministerio de Salud, CCSS, INCIENSA, CDC, APHL, OPS). Incluyó la elaboración de una propuesta del sistema de vigilancia epidemiológica, el análisis, diseño y desarrollo del sistema nacional de información, en una primera etapa en la Región Pacífico Central. También comprendió la formación de epidemiólogos de campo y el fortalecimiento de la vigilancia basada en laboratorios de salud pública.

Otras acciones apoyadas por la cooperación técnica fueron la ejecución del Plan de Acción del Proyecto de Fortalecimiento del programa nacional de prevención de EDA-Cólera; de dos Proyectos de atención al VIH-SIDA; la evaluación externa del Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y apoyo al diseño, implementación y evaluación de la Jornada Nacional de vacunación contra sarampión y rubéola.

Además, se brindó apoyo al desarrollo de una comisión nacional de cáncer y a la elaboración por parte de ésta del plan nacional de cáncer, así como, la elaboración y evaluación de planes de acción y proyectos para la prevención y control de enfermedades transmisibles prioritarias (dengue, malaria, leptospirosis, hantavirus, diarreas).

Protección y Desarrollo del Ambiente

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) con el apoyo técnico de la Organización realizó el Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento (ASAPS).

En el mejoramiento de las condiciones de salud y del ambiente en el país, destaca los resultados del proyecto “Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano, PLAGSALUD”, como son: la incorporación del componente de plaguicidas en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica, así como la inserción en el currículo de enseñanza básica y media de contenidos sobre riesgos y efectos por el uso de los plaguicidas con énfasis en alternativas más saludables y sostenibles.

Igualmente se apoyó a las autoridades en la revisión y actualización de las informaciones relativas a la cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento en Costa Rica, para dar apoyo a la “Evaluación 2000 de Agua Potable y Saneamiento de las Américas”.

Finalmente se cooperó en la “Evaluación Regional del Manejo de los Residuos Sólidos Municipales” y lo relativo a la evaluación local sobre el mismo tema, para la cual se está preparando una base de datos nacional a ser insertada en la base de datos regional, que posibilitará compartir y divulgar la información generada en el país.

Proyectos subregionales

Violencia intrafamiliar y equidad de género en salud en Centroamérica

En el período 2000-2003 destaca la implementación de dos proyectos: “Modelo de Atención a la Violencia Intrafamiliar - Estado y Sociedad Civil” y “Reduciendo las Iniquidades de Género en Salud en Centroamérica.”

El impacto de la cooperación se puede resumir de la siguiente manera:

- Leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar desarrolladas en Centroamérica.
- Mayor denuncia de la violencia intrafamiliar (160,000) e inserción del tema en medios de comunicación masiva.
- Personal de distintos sectores capacitado en los países.
- Comités nacionales e intersectoriales formados para monitorear la violencia intrafamiliar.
- El sector salud inicia la revisión de casos de violencia intrafamiliar.
- Referencias y contrarreferencias de los casos de violencia intrafamiliar mejoradas.

El proyecto “Reduciendo las Iniquidades de Género en Salud en Centroamérica” tiene 5 ejes de cooperación: la ampliación de modelos de atención a la salud de la mujer; el desarrollo de indicadores de género en salud; el monitoreo de la equidad de género en la reforma sectorial; la horizontalización del enfoque de género en la cooperación técnica de OPS y la diseminación de información sobre género y salud.

Adicionalmente a la implementación de este proyecto, se estableció una estrecha coordinación subregional con el proyecto “Involucramiento de los Hombres en la Salud Sexual y Reproductiva”.

Proyecto Hacer Retroceder la Malaria “Roll Back Malaria”

En 1998 la OMS lanzó esta iniciativa y en Diciembre de 2001, una reunión celebrada en Santo Domingo, República Dominicana, se anunció su implementación para las Américas. La iniciativa se desarrolla en dos grandes grupos de países: Amazónicos y Mesoamérica, esta última representada por Centroamérica, México, Haití y República Dominicana.

Logros en Mesoamérica :

- Las autoridades de salud ha puesto una mayor atención al problema de la malaria y para ello ha contribuido no sólo RBM, sino también la situación coyuntural con el lanzamiento del FG.
- Se ha impulsado un análisis de la información a nivel de localidad e incorporado a los epidemiólogos locales en el análisis de la información.
- Se ha impulsado el fortalecimiento de la red de diagnóstico de laboratorio.
- Se ha promovido la elaboración de proyectos operativos que ha permitido ser un instrumento no sólo para una mejor caracterización del problema sino también para la movilización de recursos. Estos planes han tenido un impacto positivo (ej. Montecristi en Dor, luego contribuir con el 30% de los casos de malaria, hoy día da un aporte del 6,0%)
- Se ha tenido una activa participación en la elaboración de las propuestas del FG.
- Se esta promoviendo un enfoque integral de malaria.
- Se estableció en Panamá el protocolo para estudios in vivo de resistencia del *P. falciparum* a los medicamentos.
- Se esta apoyando a los países que lograron ganar las propuestas con el Fondo Global, los aspectos relacionados con la implementación de las propuestas.

Programa de Desastres (PED)

El programa a través de la oficina Subregional apoya a los países en los temas de preparativos, mitigación y respuesta ante emergencias y desastres, para esto se ha venido dando asesoría y asistencia técnica con fondos del programa y con fondos del Proyecto MICTH, estos últimos desde hace 4 años y con énfasis en los países más afectados (NIC, GUT, HON Y ELS).

Logros 2000 - 2003

La oficina a la fecha se encuentra y desde hace un año, con la coordinación en la oficina de Honduras

Algunas de las líneas trabajadas como apoyo figuran los siguientes. Apoyo a la elaboración del plan Subregional de salud mental, apoyo al desarrollo del plan Subregional de reducción de desastres que se acordó con la RESSCAD y que Nicaragua lideró. TCC Costa Rica-Nicaragua para el manejo de planes sanitarios locales, capacitación en el tema de mitigación de desastres en instalaciones de salud, movilización de personal para capacitación a diferentes eventos, cursos y talleres, apoyo a talleres nacionales en gestión del Riesgo.

4.2 Gestión de la cooperación

A nivel de proyectos se cuenta con proyectos de apoyo al país y proyectos sub-regionales para los cuales Costa Rica es sede.

Presupuesto y finanzas

La asignación en US dólares por tipo de fondo para los dos últimos bienios se resume a continuación:

TIPO DE FONDOS	BIENIO 2000-2001	%	BIENIO 2002-2003	%
FONDOS LOCALES				
Regulares	1,256,238	16	1,247,900	30
Extra-Presupuestarios (Costa Rica)	3,353,999	43	1,504,023	36
Extra-Presupuestarios (Subregionales)	1,733,329	22	698,652	17
Subtotal	6,343,566		3,450,575	
FONDOS REGIONALES (NO LOCALES)				
	1,424,339	18	769,246	18
Subtotal	1,424,339		769,246	
TOTAL	7,767,905	100	4,219,821	100

En el bienio 2000 - 2001 la Representación en Costa Rica administró un monto de US\$ 7,767,905, de los cuales US\$ 1,256,238 (16%) corresponden a fondos regulares, US\$ 5,087,328 (66%) a fondos extrapresupuestarios y US\$1,424,339.00 (18%) a fondos regionales (partidas no locales).

El presupuesto con fondos regulares para puestos durante este bienio, correspondió a US\$1,745,700.

Del monto total asignado de apoyo al país fue de US\$4,610,237 que corresponde al 73% y el 27% a los proyectos subregionales por el monto de US\$1,733,329.

Los recursos extrapresupuestarios asignados al país, correspondieron principalmente a la ejecución de tres proyectos: AyA, Migrantes y Epidemiología; los dos últimos son proyectos "Post-Mitch".

Para el bienio 2002 - 2003 la Representación en Costa Rica administró un monto de US\$ 4,129,821, de los cuales US\$ 1,148,130 (23%) corresponden a fondos regulares, US\$ 2,512,942 (50%) a fondos extrapresupuestarios y US\$1,335,089 (27%) a fondos regionales (partidas no locales).

El presupuesto con fondos regulares para puestos durante este bienio, correspondió a US\$1,771,900.

Del monto de fondos extrapresupuestarios el 67% correspondió al apoyo dado al país, el 20% a proyectos subregionales y el 13% a fondos de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres (EIRD).

Durante el bienio 2002-2003 los fondos administrados por la Representación disminuyeron en 35% en relación con el bienio 2000-2001. Esto se debe a la finalización de los fondos extrapresupuestarios para proyectos "Post-Mitch", los cuales vencieron en el primer semestre del 2002. Adicionalmente, varios proyectos subregionales llegaron a su fin: MASICA y PLAGSA-LUD, principalmente.

Asesoría técnica

Durante el período 1° de enero 2002 al 31 de diciembre 2003 se tramitaron contratos ASC por un monto total de US\$884.523 de lo cual el 69% fue financiado con fondos ordinarios y el 31% con fondos extrapresupuestarios. En comparación con el bienio 2000-2001, los contratos ASC se redujeron en un 35%.

De dicho monto, el 68% (US\$ 883.680) fue destinado al país y 32% (US\$428.493) a contratos de proyectos subregionales. De los contratos tramitados para proyectos subregionales, el 52% correspondió al Programa de Desastres (PED) y adicionalmente para EIRD y CRID.

En el mismo periodo se financió US\$39.212 en nombramientos de asesores temporales y consultores a corto plazo, de los cuales el 75% fueron de fondos regulares y 25% en fondos extrapresupuestarios.

Compras

Durante el bienio 2002-2003 se han tramitado compras con fondos de país y de la Organización, por un monto de US\$ 2,648,320.00. El 99% de las compras tramitadas con fondos de país correspondió a compras de vacunas mediante el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Con fondos de la Organización fueron tramitadas compras por un monto total de US\$ 49,328.00, de las cuales 55% fueron para proyectos subregionales, 24% para CRID y EIRD y 21% para apoyo al país (anexo 2).

En comparación con el bienio 2000-2001, hubo una reducción drástica de 99%. Diferencia que se explica por la disminución de fondos de proyectos extrapresupuestarios.

Cursos y seminarios

Durante el bienio 2002-2003 se tramitaron 246 seminarios por un monto de US\$285,154, de los cuales US\$ 216,245 correspondieron a proyectos de país, US\$ 37,758 a fondos de la subregión (actividades con participantes de Centroamérica-Belice y República Dominicana) y US\$ 31,157 a fondos de la región (actividades con participantes de Suramérica, Europa, U.S. y otros).

Del monto girado, \$85,525.00 corresponde a fondos regulares y US\$ 202,629 a fondos extrapresupuestarios de los cuales el 66% correspondió a aportes al país, 18% a actividades subregionales y 15% a actividades regionales.

En el bienio 2002-2003 se aprecia una disminución del 67% del monto total financiado en cursos y seminarios en relación con el bienio 2000-2001.

La reducción más significativa se dio en el aporte que se brinda al país, el cual de US\$ 758,400 financiados en el bienio 2000-2001, disminuyó a US\$ 216,245 en el bienio 2002-2003.

El mayor aporte dado al país corresponde a fondos de los proyectos de país y no con fondos de proyectos subregionales.

Reuniones, cursos y seminarios en el exterior

En este mismo periodo se financió la suma de US\$464,672.00 para la participación de funcionarios de las instituciones del país, así como los funcionarios de la Representación. Comparado con el bienio anterior, hubo una disminución de un 29%.

De este monto, 64% correspondió al financiamiento de 241 funcionarios de las diferentes instituciones apoyadas para participación reuniones, cursos y seminarios en el exterior. El mayor aporte fue dado el Ministerio de Salud, AYA y CCSS.

De los fondos dados como apoyo al país, 45% correspondió a extrapresupuestarios, 30% fondos asignados por la Oficina Central y 13% a otros países, un 11% fue de fondos regulares y 1% dado por Ginebra.

En este bienio los destinos más visitados (anexo 3) fueron: Centroamérica (48%), Sur América (23%) y Estados Unidos 11%, el 18% restante fue con destino a Europa, y República Dominicana y México. Misma situación se presentó en el periodo 2000-2001.

Visitas a la PWR en Costa Rica

En el 2002-2003 se registraron 578 visitas, de los cuales el 93% correspondió a participantes a eventos subregionales y regionales realizados en el país y el 7% a asesores. Estos últimos han apoyado al país principalmente en los proyectos Post-Mitch y Migrantes (90%). En el bienio anterior fue superior la cantidad de visitas (826).

Informática

En los bienios 2000-2001 y 2002-2003, la Representación ha realizado esfuerzos importantes para mejorar los sistemas de información en el área administrativa y técnica, entre los que cabe destacar los siguientes: implementación de los sistemas desarrollados en Access para la administración de los materiales, vehículos y los proveedores. También se adquirió el software comercial SACET para el control de llamadas telefónicas. Se diseñó y desarrolló el Sistema Digital de Administración de Documento, lo que representa un gran avance en el concepto de la oficina sin papeles.

Servicios de información

En el año 2002 los servicios de información, que estaban integrados por el Centro de Documentación de la Representación (CEDOC), el Sistema de Información y Documentación en Recursos Humanos (SIDORH) y el Sistema Subregional de Información en Género y Salud (GENSALUD) tuvieron algunos cambios.

Se redefinió las funciones del CEDOC, orientándose a la atención de usuarios internos y la inclusión prioritaria del material bibliográfico producido por la OPS y la OMS. La base de datos del Centro de Documentación está construida por 3677 registros bibliográficos.

Mediante un convenio OPS y la Universidad de Costa Rica, la base de datos de GENSALUD pasó al Centro de Investigación de Estudios de la Mujer (CIEM/UCR) con el propósito de darle al CIEM/UCR mayor capacidad de gestión y administración de sus servicios de diseminación de información y mejores condiciones para el impulso de la BVGensalud en la subregión.

Se elaboró un diagnóstico de centros de documentación de organizaciones especializadas en género y salud en cuatro países centroamericanos, lo que permitió la formulación de la propuesta sobre la Biblioteca Virtual en Género y Salud para Centroamérica (BVGensalud).

Los servicios ofrecidos por SIDORH fueron suspendidos por decisión del Programa Subregional, el material será donado a alguna institución nacional que continúe con el trabajo de recolección y diseminación de la información en este campo. La base de datos del SIDORH incluye 2000 registros bibliográficos.

PALTEX

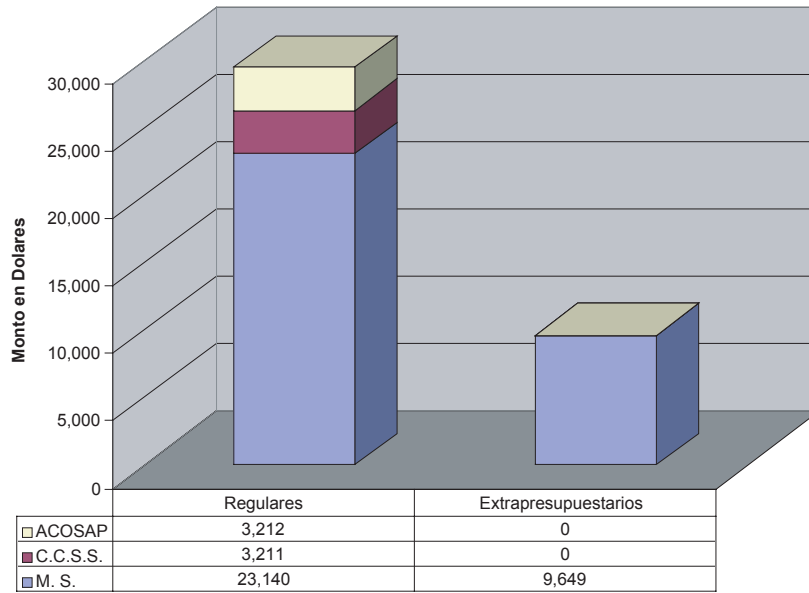
El Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) funciona en varias facultades de ciencias de la salud, tanto públicas como privadas, en la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS) y en el Almacén Médico Cooperante, del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. A diciembre de 2003, seis instituciones públicas como privadas participan en el Programa.

De enero del 2002 al mes de mayo del 2003 se vendieron 4,249 unidades por un monto de US \$199,776, correspondiendo el mayor número de ventas a los programas llevados por la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), a la Universidad de Costa Rica y a la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS). Los Anexos 5 y 6 muestran las ventas mensuales del Paltex de enero a mayo del 2002 y 2003 y su disminución tanto en dólares como en unidades.

Con el objetivo de extender la cobertura y dar a conocer el programa, se ha venido ejecutando un programa de promoción, que incluye actividades de exposición y/o venta.

ANEXO No. 1

Gráfico No.8
AT/STC por beneficiario y fuente de financiamiento
2002 al 31 de diciembre 2003



ANEXO No. 2

Cuadro 19
Compras locales por proyecto fondos regulares 2002 - 2003
(En US dólares)

PROYECTO	Monto Total	APOYO AL PAIS		GASTOS DEL PROYECTO	
		Monto	%	Monto	%
Gestión de Cooperación	65,228.00	461.00	0.57	64,767.00	80.39
Desarrollo de Políticas Públicas en Salud	4,854.00	0.00	0.00	4,854.00	6.02
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	3,000.00	365.00	0.45	2,635.00	3.27
Salud de la Población y la Familia	1,446.00	0.00	0.00	1,446.00	1.79
Protección y Desarrollo del Ambiente	1,073.00	250.00	0.31	823.00	1.02
Prevención y Control de Enfermedades	4,969.00	4,000.00	4.96	969.00	1.20
TOTAL	\$80,570.00	5,076.00	6.00%	\$75,494.00	94.00%

Cuadro 20
COMPRAS LOCALES POR PROYECTO FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 2002 - 2003
(EN US DOLARES)

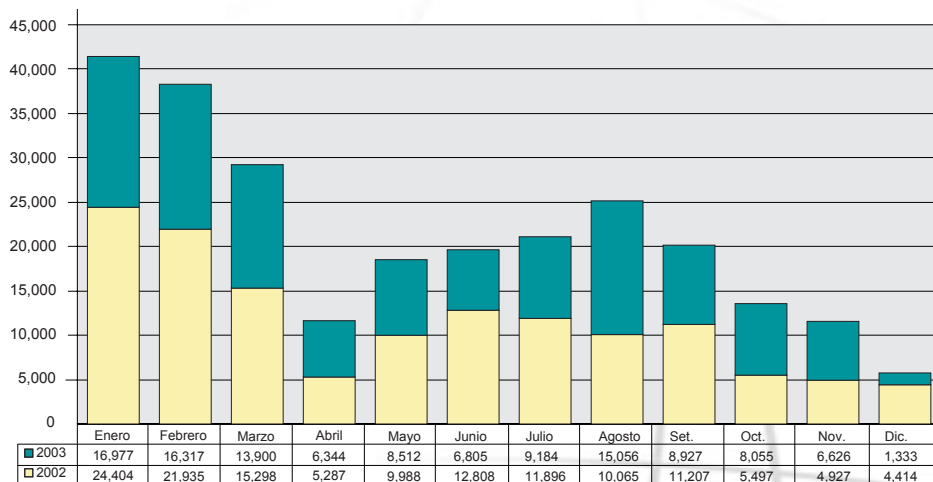
PROYECTO	Monto Total	APOYO AL PAIS		GASTOS DEL PROYECTO	
		Monto	%	Monto	%
DE PAIS					
Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud	4,778.00	3,376.00	4.93	1,402.00	2.05
Protección y Desarrollo del Ambiente	3,086.00	2,174.00	3.17	912.00	1.33
Prevención y Control de Enfermedades	7,790.00	6,093.00	8.90	1,697.00	2.48
INCAP	2,156.00	0.00		2,156.00	3.15
Sub-total	17,810.00	11,643.00	17.00	6,167.00	9.00
SUBREGIONALES					
Mujer, Salud y Desarrollo	5,584.00	1,941.00	2.83	3,643.00	5.32
PED	24,650.00	0.00	0.00	24,650.00	35.99
Roll Back Malaria	4,754.00	1,859.00	2.71	2,895.00	4.23
Subtotal	34,988.00	3,800.00	5.55	31,188.00	45.53
OTROS					
CRID	6,448.00	0.00	0.00	6,448.00	9.41
EIRD	9,250.00	0.00	0.00	9,250.00	13.50
Sub-total	15,698.00	0.00	0.00	15,698.00	22.92
TOTAL	\$68,496.00	\$15,443.00	22.00%	\$53,053.00	78.00%

Cuadro 21
Compras - PAI. Año 2002 y 2003

VACUNA	2002	2003	TOTAL
MMR	698,597.74	128,675.00	827,272.74
Pentavalente	649,458.38	355,205.00	1,004,663.38
HIB	441,356.74	419,285.00	860,641.74
Polio	164,504.65	44,408.00	208,912.65
Hepatitis B	129,032.43	100,114.00	229,146.43
DT	58,080.26	35,095.00	93,175.26
MR	51,679.84	0.00	51,679.84
DPT	49,701.61	46,064.00	95,765.61
BCG	12,541.95	9,428.00	21,969.95
Rabia Humana	536.95	3,927.00	4,463.95
Influenza	0.00	349,170.00	349,170.00
Varicela	0.00	86,520.00	86,520.00
TOTAL	\$2,255,490.55	\$1,577,891.00	\$3,833,381.55

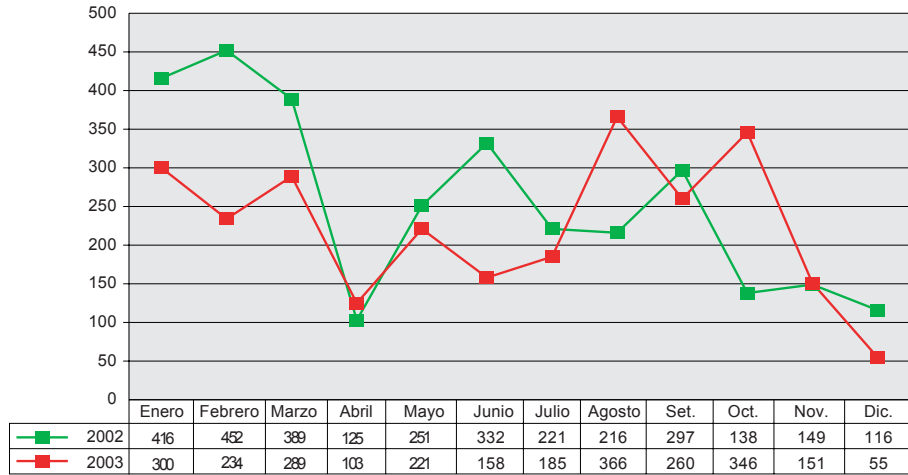
ANEXO No. 3

Gráfico No.10
Venta Paltex en dolares a diciembre 2002 y 2003



ANEXO No. 4

Gráfico No.11
Ventas de libros Paltex por unidades
enero a diciembre 2002 - 2003



5.

La estrategia de cooperación de OPS/OMS con Costa Rica

5.1 Área 1: Cooperación y Salud Pública Internacional

En las Américas, Costa Rica ha logrado procurar a su población un nivel de salud y de protección social muy elevado con relación a su nivel de desarrollo y en comparación con otros países de la región.

Por esta razón, Costa Rica ya no es, desde varios años, un país sujeto de cooperación financiera en salud, y los fondos no-reembolsables fueron sustituidos por créditos, lo que obliga a seleccionar cuidadosamente los programas o proyectos a financiar por estos mecanismos para asegurarse que tengan el impacto esperado.

Sin embargo, los principales retos globales identificados revelan las estrechas interrelaciones que existen entre salud y desarrollo, lo que, en un marco de acelerada globalización, implica que el país, y particularmente el sector salud, debe dar prioridad a los asuntos de salud pública internacional.

Procesos como las negociaciones relativas a la firma de tratados de libre comercio (TLC) o desarrolladas en el marco de la Organización Mundial del Comercio, son mecanismos que pueden tener un alto impacto en el sector salud en materia de acceso a medicamentos esenciales, regulación de productos alimenticios, cobertura del seguro de salud, entre otros. Estas negociaciones son dirigidas por el sector económico de gobierno y tiene como objetivo principal la apertura de mercado y la expansión del comercio internacional, donde el mejoramiento de la salud pública no es la prioridad.

Costa Rica, como miembro de la comunidad internacional, participa en múltiples foros y organizaciones mediante los cuales se orientan, regulan o definen las prioridades que, en materia de salud, los países acuerdan abordar en forma colectiva.

En Centroamérica, existen diferentes instancias cuyos objetivos son el desarrollo de una agenda centroamericana en salud: la COMISCA (como Consejo de Ministros de Salud), la RESSCAD (como foro sectorial para salud, seguridad social y agua/saneamiento), apoyados por el COCISS para la seguridad social, la RECACER para el control de las enfermedades transmisibles o el más reciente Foro de Agua. Costa Rica es también miembro del INCAP, instituto especializado en seguridad alimentaria nutricional y desarrollo social a nivel local, relacionado con la OPS y el SICA.

Para el periodo 2004 - 2006, Costa Rica ha sido electo al Comité Ejecutivo de la OPS. En 2004, Costa Rica será sede de la Cumbre Iberoamericana. Es importante que, basado en la experiencia adquirida en la organización de la RESSCAD en 2002, Costa Rica pueda impulsar el cumplimiento de los compromisos acordados en estas instancias, así como contribuir al desarrollo de nuevas etapas de una agenda sanitaria regional.

Finalmente, con base a los logros ya alcanzados en los principales indicadores de salud, Costa Rica tiene una ventaja comparativa con relación a los compromisos plasmados en las Metas del Milenio, lo que le permitiría orientar su abordaje en la reducción de brechas entre grupos poblacionales.

Costa Rica se encuentra entonces en una situación en la cual requiere de cooperación, y a su vez puede ser un actor de cooperación.

Área específica 1.1: Cooperación en salud pública internacional

Esta área específica pretende desarrollar dos abordajes complementarios. El primero orientado al fortalecimiento de las oficinas y los mecanismos nacionales responsables de las políticas, programas y proyectos de cooperación internacional en salud; esto incluye también el cumplimiento y seguimiento de los compromisos subregionales y regionales, así como la promoción de cooperación costarricense en salud. El segundo busca reforzar el liderazgo de la OPS/OMS en la coordinación o facilitación de las iniciativas en materia de salud pública internacional.

- Se dará asesoría técnica al equipo de cooperación internacional del sector salud (Ministerio de Salud, CCSS y AyA), en coordinación con los responsables de cooperación de la Cancillería y de MIDEPLAN, con el fin de: a) desarrollar una política de cooperación sectorial en salud; b) definir prioridades nacionales e institucionales coherentes con las necesidades identificadas en la Agenda Sanitaria Concertada; c) facilitar la participación y contribución de expertos técnicos del sector en las negociaciones y consultas internacionales que se relacionan con la salud pública (en particular en relación a “globalización y salud”); d) mejorar y racionalizar la movilización de recursos externos; e) mejorar los procesos de gestión de la cooperación entregada a las instituciones; f) asegurar el seguimiento adecuado de los compromisos internacionales adquiridos por el país; y g) promover la cooperación de Costa Rica con otros países.
- Mediante la cooperación técnica entre países (CTP/TCC) - apoyada por organizaciones internacionales como OPS/OMS, PNUD o OEA, así como mediante iniciativas Sur/Sur - se movilizarán recursos para ejecutar proyectos que permitan a Costa Rica cooperar con otros países, dando prioridad a proyectos que respondan a las resoluciones de la RESSCAD (Agenda Centroamericana en Salud), a los convenios suscritos tanto con Panamá como con Nicaragua, o a compromisos suscritos en el seno de OPS y OMS. Estos proyectos favorecerán el intercambio de información y experiencias, la coordinación interinstitucional, la movilización del potencial técnico y científico nacional. Asimismo, se propone desarrollar alianzas estratégicas con instituciones internacionales, regionales o interamericanas que tienen su sede en Costa Rica como FLACSO, IIDH, UPAZ, IICA, CATIE, ICAP o INCAE, y Naciones Unidas.
- La OPS/OMS mantendrá su liderazgo como agencia especializada en salud del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano, para que continúe asumiendo el rol de secretariado, coordinación o asesoría técnica según corresponda. En ambos sistemas, así como en otros espacios interagenciales o intersectoriales, la OPS/OMS promoverá la salud como prioridad en la agenda de desarrollo; en lo particular, en coordinación con el Mi-

nisterio de Salud y la Secretaría Técnica del Consejo Social (vice-Presidencia de la República), contribuirá al trabajo interagencial en relación a las Metas del Milenio.

5.2 Área 2: Reducción de la exclusión e iniquidades en salud

Esta área de cooperación esta fundamentada en sus planteamientos en el diagnostico realizado en la primera etapa del proceso de desarrollo de la Estrategia de Cooperación con el País (EPC), relacionado principalmente con el reto general “Reducción de Iniquidades Sociales” y con los retos específicos: “Reducción de Brechas en Salud” y “Mantener Logros Alcanzados en Indicadores de Salud”. La salud de la población de Costa Rica ha presentado en las últimas décadas una mejoría progresiva, estas mejores condiciones de salud expresadas por expectativas de vida cada vez mayores, son el producto de una combinación de adelantos en las condiciones de vida, incluyendo aspectos tales como alimentación, educación, vivienda, ambiente, seguridad, prevención, promoción de la salud y los servicios de salud.

Pero en la práctica, las mejoras de salud no llegan a todos por igual. Los cambios en los promedios nacionales no implican necesariamente, que todos los grupos poblacionales hayan sido igualmente beneficiados. De hecho si bien es lógico pensar que es más fácil que mejoren aquellos que están en mayor desventaja, porque pueden responder a acciones y programas más básicos y simples, en la práctica suele ocurrir que persistan las condiciones que generaron las desigualdades del pasado y se mantengan o aún aumenten las diferencias en los niveles de salud de los que han logrado un mayor desarrollo, en comparación con quienes no lo han alcanzado.

La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples realizada en el año 2002, mostró que el porcentaje de hogares pobres, de hogares en extrema pobreza y los que no satisfacen sus necesidades básicas fue mayor en la zona rural en relación a la zona urbana y las regiones con mayor deterioro fueron: la región Brunca, seguida por la Chorotega, la Huetar Atlántica y la Pacífica Central, donde prevalecen los problemas de desempleo, crecimiento de poblaciones urbano marginales, descomposición social y concentración de grupos tradicionalmente excluidos.

La Política Nacional de Salud y la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006 coinciden en plantear en relación a esta área de cooperación, los siguientes lineamientos: (1). Define como ejes transversales la equidad, la inclusión social y la ética, como principios orientadores que deben expresarse en las diferentes áreas de intervención. (2). Reconoce como un principio orientador del accionar del sector salud, la inclusión social entendida como el reconocimiento de los derechos, deberes, igualdades y equidades de las personas y grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad. (3). Se propone como política el acceso de las poblaciones indígena, migrante y grupos sin protección social a una atención de calidad y que responda a sus necesidades particulares. (4). La atención de grupos deprimidos, el impulso de procesos que garanticen la disponibilidad, equidad, acceso y consumo de alimentos inocuos y nutritivos y el mejoramiento de la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integral del recurso hídrico.

Asimismo el Plan Estratégico 2003-2007 de OPS/OMS plantea como estrategias para esta área crítica: (1). Fortalecer la capacidad de generar estrategias nacionales intersectoriales que hagan posible incorporar la reducción de las inequidades de salud relacionadas con la pobreza, el género y el grupo étnico, como parte integrante de las políticas y los planes nacionales de desarrollo. (2). Mejorar la capacidad del sector salud de participar en la negociación de convenios de comercio y de integración a nivel mundial, subregional y regional. (3). Cooperar en la elaboración de políticas, planes y legislación a nivel nacional para eliminar inequidades y contribuir al fortalecimiento de la salud como derecho humano.

Área específica 2.1: Atención de desigualdades en salud en grupos postergados.

Según el Censo Nacional de Población (2000), el 7,8% (296.461) de la población total son inmigrantes. La población migrante presenta un proceso de distribución y asentamiento desigual y diferenciado entre las distintas regiones del país. Datos recientes permiten confirmar las tendencias de ubicación geográfica de la población nicaragüense, principal grupo migrante en el país, la que sigue un patrón claramente definido, pues prácticamente se concentra en tres regiones: Central, Atlántica y Huetar Norte. Esta distribución se produce en lugares donde se ubican actividades económicas que captan fuerza de trabajo migrante; en el caso de los migrantes panameños, su ubicación es en la zona fronteriza.

Según el mismo Censo, la población indígena en Costa Rica corresponde a 63.876 personas (1,7% de la población nacional). La población indígena está muy dispersa, llamando la atención que sólo al 42,3 % de ellos se ubicó en los territorios indígenas, al 30 % en áreas de la periferia de los territorios y al 27 % en áreas más distantes del resto del país. En general la población indígena se concentra en las zonas de Talamanca y en el Pacífico Sur, especialmente próximo al área fronteriza con Panamá.

La estrategia de cooperación de OPS/OMS para el abordaje de esta área específica estará sustentada conceptualmente en el desarrollo de los enfoques de riesgo y poblacional. Se espera que a mediano plazo se formulen y operen en el país planes nacionales y locales concretos de intervención dirigidos a resolver los principales problemas de salud pública de estos grupos postergados así como un monitoreo y evaluación sistemática de la situación particular de estos.

- Se apoyará el desarrollo de estrategias orientadas a mejorar la situación de salud de los migrantes e indígenas, principalmente las relacionadas con accesibilidad a los servicios de salud y la vigilancia epidemiológica de los eventos prioritarios que afectan a estos grupos, mediante la asesoría técnica al Ministerio de Salud, CCSS, AyA y la Defensoría de los Habitantes, en la formulación de planes y programas específicos de intervención. También se promoverán alianzas con organizaciones nacionales, como la Comisión Nacional de Asuntos Indígenas (CONAI) y las Asociaciones de Desarrollo Integral de la Comunidad (ADI), así como con organismos internacionales como la Organización Internacional de Migraciones (OIM) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y países que se encuentran atendiendo esta problemática.
- Se fortalecerá el proceso de formulación de planes y programas específicos dirigidos a reducir el grado de vulnerabilidad de las poblaciones migrantes e indígenas en el cordón

fronterizo mediante la asesoría técnica al Ministerio de Salud, la CCSS y el AyA. Estos planes y programas contribuirán a la implementación de los convenios firmados por Costa Rica con Panamá y Nicaragua para el fortalecimiento de las acciones de salud pública, principalmente las relacionadas con vigilancia de los eventos epidemiológicos, atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles e implementación del programa ampliado de inmunizaciones. Se promoverá la coordinación con otras organizaciones como el CONAI, el MEP y las ADI.

- Adicionalmente, se impulsaran acciones dirigidas a operacionalizar las principales conclusiones planteadas por el análisis de la situación de la discapacidad realizado en el país, mediante la asesoría técnica al Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CONAREE), en la formulación de planes específicos de intervención principalmente en lo relacionado a acceso a servicios de salud (equidad y calidad), acceso a los servicios sociales y accesibilidad física. Se promoverá la coordinación con el MEP y otros organismos gubernamentales y ONGs, que tienen programas dirigidos a este grupo de población.

Área específica 2.2: Seguridad alimentaria y nutricional en grupos prioritarios.

En el nivel local, la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) se observa cuando las familias pueden producir y comprar los alimentos necesarios para comer adecuada y saludablemente. A la vez, el estado de salud de todos sus miembros permite el aprovechamiento de los nutrientes aportados por los alimentos, para un adecuado desarrollo (crecimiento, inteligencia, energía para trabajar) y calidad de vida. En este sentido, la sociedad costarricense se encuentra en transición, tanto en términos demográficos, sociales como económicos y ambientales. La distribución del ingreso, los niveles de pobreza, el subempleo y desempleo han mostrado pequeños deterioros anuales condicionando la equidad social, lo cual se convierte en un desafío importante para el país (Estado de la Nación, 2002).

Por lo anterior, el rescate de la organización rural para diversificar la producción para el autoconsumo, comercio doméstico e internacional, así como de políticas públicas que faciliten esta inserción en la economía nacional, es una de las prioridades nacionales, además del fortalecimiento del nivel local, específicamente los gobiernos locales para las acciones integradas y coordinadas hacia la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional. Adicionalmente el país está en proceso de firmas de tratados internacionales de libre comercio y de cumplimiento de leyes internacionales como la del bioterrorismo y la unión aduanera, que obligan al país a integrar procesos intersectoriales en respuesta a estos acuerdos.

La estrategia de cooperación para el abordaje de esta área específica estará sustentada en el desarrollo de procesos de desarrollo comunitario dirigidos a familias pobres para facilitarles el acceso a la economía local. En apoyo a esta estrategia, se espera que la respuesta institucional como del gobierno local sea intersectorialmente articulada.

- Se fortalecerá la diversificación de la producción agro-alimentaria para el autoconsumo por las familias de escasos recursos, así como el comercio doméstico de los productos. La cooperación técnica estará dirigida a las familias, organizaciones comunitarias y las municipalidades. Además se facilitará la coordinación y movilización de recursos con las instituciones gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones internacionales como el IICA y la FAO.

- Se promoverán los Consejos Cantonales de SAN para la elaboración de planes de acción locales y la correspondiente cartera de proyectos productivos. Esto conllevará la transferencia de metodologías y tecnologías para todos los eslabones de la cadena alimentaria. Esto implica el trabajo intersectorial por lo que la cooperación técnica se dirigirá al sector social del país: Ministerio de Salud, Educación, IMAS, IDA, MAG, CNP, Consejos Sociales Regionales (COSORES), municipalidades, ONGs y asociaciones de desarrollo, para lo cual se entregará asesoría técnica en aspectos de organización y planificación de acciones en SAN en los municipios.
- Se promoverán políticas públicas con los gobiernos locales para la inserción de los programas sociales orientados a familias pobres y de extrema pobreza con el fin de que las familias accedan al sector productivo alimentario, mediante asesoría técnica, formulación de planes, coordinación y movilización de recursos con instituciones nacionales (IMAS, INA, Agricultura, Salud, Vivienda, IFAM, DINADECO, UCR). Igualmente se movilizará recursos provenientes organismos internacionales (IICA y otros), embajadas y fundaciones de desarrollo.

Área específica 2.3: Entornos saludables para poblaciones postergadas.

La insatisfacción de necesidades básicas no facilita un desarrollo humano, armónico y ordenado a todos los segmentos de la población que viven en las ciudades de mayor tamaño del país así como en el ámbito rural. Ello propicia situaciones de exclusión de servicios básicos relacionados con la salud, tales como la vivienda, el agua para consumo humano, los servicios de limpieza y el control adecuado de productos provenientes de las actividades humanas que contaminan el ambiente.

El crecimiento y desarrollo de los centros urbanos atrae movimientos migratorios que se concentran en asentamientos precarios, en sus periferias. Estos grupos carecen de servicios básicos de salud, agua y saneamiento, educación y viviendas adecuadas. A esto se suma, la alta vulnerabilidad de los habitantes ante situaciones de emergencias y desastres debido a la ubicación de sus viviendas y a los cambios climáticos. Igualmente, en las zonas rurales existen importantes grupos de población que no acceden a estos mismos servicios, lo cual provoca que no tengan un nivel de vida adecuado.

Por lo anterior, la Agenda Sanitaria Concertada, prevé desarrollar acciones estratégicas para el mejoramiento de la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico buscando la disminución del impacto de las actividades humanas en el aire, agua y suelo. Esto se sustenta en la Política Nacional de Salud sobre el control de los factores físicos, químicos y biológicos relacionados con la contaminación y peligros del ambiente humano.

La estrategia de cooperación de la OPS/OMS para el abordaje de esta área de cooperación estará sustentada en la promoción de los entornos saludables con énfasis en viviendas y escuelas saludables, especialmente para los segmentos de población más vulnerables y excluidos del desarrollo social. Una vez implementada la estrategia se espera que la población pueda beneficiarse de viviendas y escuelas saludables, especialmente aquellas poblaciones más postergadas, manteniendo su identidad cultural, y que se logre el mejoramiento de la coordinación e integración entre los ministerios del ramo (MS, MINAE y MVAH) para alcanzar este cometido. Para esto la cooperación centrará en:

- Se apoyará la formulación de programas de entornos saludables con especial énfasis en vivienda y escuelas saludables. La cooperación técnica estará dirigida a los grupos comunitarios organizados como las ASDI y otros. También se facilitará la coordinación con el sector salud, vivienda, educación, el IMAS y algunos gobiernos locales donde se prioricen acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de poblaciones menos favorecidas. Se promoverán alianzas con ONGs que trabajan con organizaciones comunitarias. Para la puesta en marcha del programa se contará con el apoyo de las redes nacionales de Vivienda, Ambiente y Salud, de Escuelas Promotoras de Salud y de Cantones Ecológicos y Saludables, y los aportes de la estrategia de la Atención Primaria Ambiental (APA). Igualmente se impulsarán alianzas estratégicas con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas (CEPAL, HABITAT o PNUMA).
- Se apoyará a gobiernos locales priorizados y a las instituciones del sector salud para la implementación de acciones orientadas a la reducción de la vulnerabilidad ante emergencias y desastres naturales, con énfasis en los servicios de salud, agua y saneamiento en zonas de alta marginalidad social. Se facilitará la coordinación con la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE). Se promoverán intercambios de experiencias y democratización del conocimiento para mejorar las capacidades de organización de las comunidades, los gobiernos locales y las instituciones nacionales. Se coordinará la cooperación con el equipo técnico especializado de las diferentes agencias de Naciones Unidas y de otros organismos internacionales que trabajan en el tema.
- Se fortalecerán las capacidades del Ministerio de Salud en el área de evaluación de riesgos para mejorar las condiciones ambientales y el control de vectores en las viviendas y centros educativos, en zonas con alto porcentaje de población en situación de pobreza. Se facilitará la coordinación con los Ministerios de Ambiente, Educación, Vivienda y Asentamientos Humanos y gobiernos locales para priorizar acciones de intervención. Adicionalmente, se promoverán investigaciones y estudios sobre exposición, efectos y tecnologías de control de agentes ambientales nocivos a la salud para lograr entornos físicos más saludables y seguros.

5.3 Área 3: Políticas, rectoría y organización del sector salud

El Análisis del Sector Salud y la medición del desempeño de las funciones de rectoría efectuados en el 2002, ponen de manifiesto falencias para el desempeño de esas funciones, problemas de organización y gerencia, que deben ser abordados para mejorar la planificación sectorial efectiva y la coordinación de los planes y programas operativos que cada una de las instituciones del sector desarrolla. No obstante que el Ministerio de Salud ha definido como funciones de rectoría la coordinación y conducción sectorial, la regulación en salud, la vigilancia de la salud y la de investigación y desarrollo tecnológico, falta desarrollar capacidades institucionales para su adecuado desempeño en los niveles central, regional y local.

Otra deficiencia importante identificada es la falta de coordinación e intercambio entre los diferentes subsistemas relacionados con la vigilancia de la salud y la deficiente capacidad de

análisis de la situación a nivel local, regional y nacional. Lo anterior dificulta la toma de decisiones oportunas y el uso de evidencias para el desempeño de las funciones de rectoría en salud. Entre los principales problemas identificados destacan: falta de acompañamiento del proceso de desconcentración para un abordaje focalizado al espacio-población en el nivel local; no existe un sistema nacional de vigilancia en salud integrado al sistema de información que alimente la capacidad de análisis; insuficiente capacidad para generar inteligencia epidemiológica que permita conocer y monitorear las inequidades en salud y prever escenarios futuros; así como deficiente capacitación y capacidad de análisis de los equipos nacionales, regionales y locales.

En lo referente al marco jurídico, se reconoce la necesidad de revisar y actualizar la Ley General de Salud vigente desde 1973, así como los diferentes reglamentos formulados para aplicarla. Existen leyes específicas que regulan el quehacer de las diferentes instituciones del sector, cuyas disposiciones no siempre favorecen el desempeño del sector salud como un todo. También se reconoce que la rectoría en salud requiere de un marco jurídico actualizado, acorde con las realidades y tendencias del sector salud, y que den al Ministerio de Salud el soporte legal necesario para desempeñar las funciones rectoras que le competen.

También se ha planteado la importancia de fortalecer la participación de los diferentes actores de la sociedad civil. La forma de participación social más extendida es la organización comunal orientada a la gestión de asuntos de interés local; sin embargo, se considera necesario fomentar una participación ciudadana más activa en todos los procesos y en todos los ámbitos de salud, así como reforzar los mecanismos permanentes de consulta ciudadana y avanzar hacia una participación efectiva en el proceso de planificación local.

El reconocimiento de estas situaciones en el sector salud, ha dado lugar a que las autoridades sectoriales del más alto nivel hayan promovido la formulación de lineamientos de política, áreas de intervención y estrategias, para fortalecer y consolidar el sistema de salud, las cuales han quedado incorporadas tanto en la Política Nacional de Salud 2002-2006 como en la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006.

Así mismo, el Plan Estratégico de la OPS 2003-2007 señala entre sus estrategias: reorientar la reforma del sector salud para fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias y las funciones esenciales de salud pública; fortalecer la capacidad nacional para organizar, administrar y evaluar los sistemas de salud, en especial, los procesos de reforma sectorial y sus resultados; fortalecer los sistemas de vigilancia y aumentar la conectividad entre los sistemas de información que apoyan la gestión y planificación sanitarias; planificar, administrar y formar recursos humanos de salud como componente imprescindible de las reformas y de la función rectora de las autoridades sanitarias; y apoyar intervenciones integradas y comunitarias.

Área específica 3.1: Políticas de salud y fortalecimiento de la rectoría.

El desempeño de las funciones de rectoría en salud aun es deficitario, lo cual dificulta la acción coordinada de todos los organismos que integran el sector. Asimismo, aún persisten deficiencias en la definición de las competencias en los diferentes niveles de la organización y se requiere la revisión, actualización y desagregación del desarrollo de un perfil de competencias profesionales para el ejercicio de la rectoría. Por otra parte, es necesario revisar las fun-

ciones, competencias y autoridad que tienen las instituciones del sector, para redistribuir los roles de un modo funcional que mejore el desempeño del sector salud en su conjunto. Además, los cambios conceptuales y operativos ocurridos en materia de rectoría sectorial y en el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, obligan a revisar las políticas y el marco jurídico para mejorar coordinación y armonización de todos los componentes del sector salud, incluido el sub-sector de agua potable y saneamiento, el cual cumple la doble función de proveedor y regulador en esa materia.

Como respuesta a estas necesidades, la OPS/OMS cooperará con el mejoramiento del desempeño de las funciones de rectoría en salud y se promoverá la elaboración de políticas en salud específicas, así como la revisión del marco jurídico y la reglamentación sanitaria, con el fin de sustentar las modificaciones ocurridas en el sistema nacional de salud como producto de los procesos de modernización y de reforma sectorial.

Como producto de la cooperación técnica en esta área específica se espera una rectoría en el sector salud fortalecida, con roles de autoridad sanitaria claramente establecidos entre los diferentes componentes que integran el sector y competencias desarrolladas para el eficiente desempeño de sus funciones. Asimismo, políticas renovadas y un marco legal y reglamentario actualizado, que respalden el cabal cumplimiento de las funciones de rectoría.

- Se apoyará al Ministerio de Salud para coordinar un proceso participativo para desarrollar y fortalecer políticas específicas para el ejercicio de la rectoría en salud, en los campos de conducción y coordinación sectorial, reglamentación del Ministerio de Salud, vigilancia de la salud, investigación y desarrollo tecnológico. Estas políticas servirán de base para el análisis de competencias de las instituciones del sector y para propuestas de modificaciones al marco legal y reglamentario. Se coordinará con el Gabinete Social y el Consejo Sectorial de Salud para implementar esta estrategia y se buscará la cooperación de organismos que representen a la ciudadanía y que coadyuvan al ejercicio de los derechos humanos en salud, tales como la Defensoría de los Habitantes, las Juntas de Salud y la Auditoría General de Servicios de Salud.
- Se apoyará al Ministerio de Salud, para conducir la revisión y puesta en operación de un marco conceptual renovado de la rectoría en salud y se fortalecerá la capacidad de abogacía y liderazgo del Ministerio para la operacionalización del mismo junto con la CCSS y AyA. Se promoverá el fortalecimiento de instancias de concertación sectorial, tales como el Consejo Sectorial de Salud y el Grupo Consultivo del Ministerio de Salud, con el fin de mejorar la articulación sectorial y propiciar el diálogo, la negociación y la toma de decisiones. Se buscará la colaboración de las universidades nacionales y otros organismos especializados en políticas, administración y gestión públicas.
- Se apoyará al Ministerio de Salud en la conducción de revisión de la Ley General de Salud y de sus reglamentos, con el fin de adecuarlos a las necesidades presentes y del mediano plazo. Para conducir los procesos de revisión y adecuación del marco jurídico, se establecerá alianzas estratégicas con la Comisión de Salud y Seguridad Social de la Asamblea Legislativa y la Defensoría de los Habitantes. Se apoyará a las instituciones de salud en la abogacía ante dicha Asamblea. Se promoverá y apoyará al Ministerio de Salud en el proceso de legislación y su reglamentación en materia de investigación en seres

humanos y el desarrollo de la bioética, en coordinación con el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS). En esta materia se buscará la colaboración de las universidades nacionales, los colegios profesionales y la Defensoría de los Habitantes.

- Se colaborará con las instituciones del sector salud para el desarrollo de los recursos humanos en salud mediante el fortalecimiento de las competencias para la gerencia en general y el desempeño de funciones especializadas de rectoría. La investigación operativa y la capacitación se utilizarán como enfoques prioritarios de cooperación y se aprovecharán los convenios que la OPS/OMS tiene con organismos y universidades nacionales. Igualmente se buscará la cooperación de la Comisión Técnica Intersectorial para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, los colegios profesionales y las áreas de recursos humanos de las instituciones en salud.

Área específica 3.2: Fortalecimiento del diálogo y la participación social

El sector salud de Costa Rica carece de mecanismos que promuevan la participación social en la planificación y producción social de la salud, con excepción de la CCSS, que cuenta con las Juntas de Salud y las Contralorías de Servicios (denuncias); sin embargo, estas son insuficientes debido a los escasos procesos de consulta a la ciudadanía. Además, estos espacios formales no motivan la participación activa y no son aprovechados por la comunidad.

Costa Rica se caracteriza aún por el centralismo en los distintos poderes del Estado y el sector salud no es la excepción. Esta situación ha minimizado la participación de los gobiernos locales en el desarrollo de la salud, reduciendo su participación a funciones puntuales, por ejemplo, al manejo de desechos sólidos y la administración y operación de algunos acueductos. Por otra parte, no existe articulación entre las políticas nacionales de salud y las acciones de desarrollo municipal, ni corresponsabilidad en el abordaje de temas locales prioritarios en salud.

En este contexto, es necesario generar en el país procesos de información y comunicación que democratizen el conocimiento en salud, a fin de que sea un tema de dominio público que facilite la toma de decisión informada y responsable en la promoción, fomento y cuidado de la salud.

La OPS/OMS se propone apoyar el desarrollo y fortalecimiento de estrategias de participación social, con mayor involucramiento de los ciudadanos, de los gobiernos locales y de las instituciones del sector en la producción social de la salud. Se espera como resultado que existan mayores espacios y mecanismos para el diálogo y la participación social en favor de la salud, en los ámbitos local, regional y nacional.

- Con el Ministerio de Salud, se apoyará el desarrollo de procesos de empoderamiento de la comunidad para un mejor conocimiento de la salud y sus determinantes, para que asuma responsablemente el control y cuidado de su salud. Estas estrategias se apoyarán mediante la asesoría técnica y la democratización de la información y el conocimiento en temas de salud pública prioritarios. Esta cooperación se realizará también con la CCSS, municipalidades y la Defensoría de los Habitantes; así mismo se impulsarán alianzas estratégicas con el MEP, los Consejos Sociales Regionales (COSORES), organizaciones comunitarias (Asociaciones de Desarrollo Integral, entre otras) y no gubernamentales que tienen objetivos comunes en salud.

- La participación de los gobiernos locales en salud se apoyará mediante la formulación de políticas públicas en el nivel local y planes de desarrollo municipales que incorporen temas de salud pública prioritarios, así como la prestación eficiente de servicios de agua, alcantarillado y desechos sólidos. Se impulsará la concertación y coordinación de acciones para la gestión compartida en salud con otros actores locales, como los Consejos Cantonales de Seguridad Alimentaria Nutricional y los COSORES.
- En el ámbito institucional, se facilitará el desarrollo de mecanismos orientados a mejorar la participación ciudadana y el control social en salud, que incida en las políticas sectoriales e institucionales en salud; en este sentido, se fortalecerán las Juntas de Salud y Contralorías de Servicios como mecanismos para tal fin. Igualmente se contribuirá a generar espacios de discusión y análisis en el ámbito técnico-político para la coordinación y concertación de acciones y recursos, que posibiliten la aplicación de los diferentes compromisos, objetivos y metas nacionales, subregionales e internacionales en el campo de la salud pública. Lo anterior se desarrollará con las instituciones del sector (Ministerio de Salud, CCSS y AyA). Igualmente se promoverá la coordinación con la Defensoría de los Habitantes como instancia representativa de la sociedad civil en temas prioritarios de salud, el INAMU y COSORES.
- Se promoverán espacios para difusión del conocimiento e información, así como espacios de negociación para generar alianzas estratégicas entre las instituciones del sector salud y los principales medios de comunicación nacionales, regionales y locales. Los medios masivos de comunicación son actores importantes para facilitar el acceso a la información pública en salud y pueden contribuir a que los individuos, las familias y las comunidades mejoren el conocimiento sobre aspectos importantes en el cuidado y conservación de su salud; así mismo, son canales de movilización de opinión pública y contribuyen a mejorar el diálogo social.

Área específica 3.3: Desarrollo de un sistema nacional de información en salud integrado.

La consolidación del sistema nacional de información en salud es una prioridad para el fortalecimiento de la salud pública. En este sentido, la integración de una red de información para la toma de decisiones oportunas y pertinentes requiere de un sistema eficaz, para la identificación de los riesgos y sus determinantes a fin de aplicar intervenciones con equidad y eficacia.

La OPS/OMS apoyará el desarrollo y operación de un sistema de información integrado en el nivel nacional y local, articulado con redes de información a nivel internacional, y dirigido a: información de la vigilancia epidemiológica y factores de riesgo de las enfermedades transmisibles y no transmisibles; la información económico-financiera; la información para evaluar la calidad de la atención y la identificación de factores que dificultan el acceso a los servicios; la información ambiental y sus determinantes y la información sobre desigualdades y brechas en salud. Además, se apoyará la evaluación y el monitoreo de las Metas del Milenio en colaboración con la Secretaría Técnica del Consejo Social, MIDEPLAN, INEC y el Programa del Estado de la Nación en coordinación con Naciones Unidas. Se espera que el país disponga a mediano plazo de un sistema nacional de información en salud integrado, así como de una capa-

cidad de análisis en los diferentes niveles del sistema que permitan la evaluación y monitoreo de las desigualdades en salud, las brechas sociales y la respuesta institucional.

- Se apoyará el intercambio de experiencias y la investigación intra y extrasectorial (Ministerio de Salud, la CCSS e INCIENSA) y sus direcciones regionales correspondientes para el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. También se brindará capacitación para mejorar la capacidad de análisis en los distintos niveles, posibilitando la identificación de brechas y desigualdades, así como la formulación de planes de intervención para reducirlas. Se fortalecerán las alianzas con las universidades (UCR y UNA) y sus institutos, y el Programa Estado de la Nación.
- Se promoverá la coordinación interinstitucional entre el Banco Central y el Ministerio de Salud, en sus diferentes instancias, para el desarrollo del sistema de información financiera y de Cuentas Nacionales en Salud. También se intercambiará información y experiencias con otros países y sus organismos especializados. Igualmente se facilitará la capacitación para el desarrollo de la capacidad de análisis posibilitando la identificación de brechas y desigualdades y mejorando las posibilidades de conocer y prever escenarios futuros. Otras instituciones acompañantes del proceso serían el Ministerio de Hacienda, la CCSS, FODESAF e INEC.
- e apoyará al Sector salud en el fortalecimiento del sistema de información para la evaluación de la calidad de la atención de la red de servicios y la identificación de los factores que dificultan su acceso, el cual incluirá la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Así mismo se promoverá el intercambio de experiencias y la investigación para el desarrollo de las capacidades de análisis, que faciliten la identificación de brechas y desigualdades para la oportuna toma de decisiones. Otras organizaciones acompañantes serían el Programa del Estado de la Nación y la Defensoría de los Habitantes.

5.4 Área 4: Financiamiento de la salud

El censo de población del 2000 y los análisis del sector salud y del subsector de agua y saneamiento, muestran los logros en la cobertura de servicios de atención médica y de suministro de agua potable a la población, así como las limitaciones financieras y de organización para cubrir al 19% de población sin seguro público de salud y al 9% que no recibe agua potable mediante acueductos. Entre los problemas que afectan al sistema financiero del sector salud, destacan la reducción del gasto social en los años noventa por el bajo crecimiento de la economía nacional; la reducción de ingresos al seguro de salud por morosidad y evasión de los contribuyentes, y el incumplimiento del Estado; así como el mayor gasto por servicios especializados debido al aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas. En el marco de esa situación financiera, es importante que el Estado revise el presupuesto público que autoriza a las instituciones del sector salud, ya que el comportamiento del gasto entre 1991 y el 2000, muestra que la CCSS lo aumentó en 10%, en tanto que el Ministerio de Salud y el Instituto de A y A, lo redujeron en 45% y 16% respectivamente. Tal comportamiento amerita realizar estudios para conocer los efectos en la salud debidos a la asignación presump-

taria a las instituciones, con el fin de que el Estado regule los recursos que les destina para que cumplan sus funciones.

Las instituciones de salud no cuentan con información suficiente para sustentar la asignación de fondos a los diferentes programas, servicios y niveles de atención. La CCSS destina fondos principalmente a la atención curativa, con un costo de oportunidad para las acciones de promoción y prevención, cuyo impacto y costo-efectividad son mayores. No obstante que la CCSS asigna los fondos mediante compromisos de gestión, aún no cuenta con un sistema de costeo de servicios ni de facturación a nivel de los establecimientos de salud, por lo que la gestión institucional de estos recursos es limitada. Una situación similar ocurre con el Ministerio de Salud, debido a que no ha calculado el costo de operación de las acciones de rectoría que realiza. La ciudadanía participa poco en el monitoreo social del uso de fondos públicos y las juntas de salud aún no cumplen cabalmente esa función.

Por cuanto al modelo de financiamiento de los servicios de salud, existen señales de que se agotó y llegó al límite para captar los recursos necesarios, en contraste, las necesidades y demandas de bienes y servicios de salud crecen constantemente, lo cual pone en riesgo su vigencia y sostenibilidad. Si bien los esquemas de aseguramiento de la salud desarrollados por la CCSS han permitido la cobertura de la mayor parte de la población, aún persisten grupos sin dicha protección social, formados principalmente por indígenas, inmigrantes y población en condiciones de pobreza. La CCSS implantó un sistema centralizado de recaudación (SICERE), pero no ha sido suficiente para captar todos los fondos de las diversas fuentes financieras. Dado que los hogares aportan el 51% del financiamiento y que la pobreza afecta al 22% de la población, se requiere propiciar un nuevo pacto social para financiar la salud, pero cuidando de no afectar más la economía familiar.

Estos retos se abordan en la Política Nacional de Salud 2002-2006, cuyos lineamientos mencionan que es necesario “Modular el financiamiento y gasto sectorial garantizando el acceso equitativo a servicios de calidad y la sostenibilidad financiera del sistema de salud”, “mejorar la distribución de recursos que favorezca al primer nivel de atención”, “racionar gradualmente los gastos en atención del tercer nivel” y “Promocionar y abogar por la vigilancia económica en salud y del proceso de financiamiento y gasto sectorial”. En congruencia con ello la Agenda Sectorial Concertada establece en su compromiso No. 9, el propósito de “modular la inversión, el gasto y el financiamiento, en coherencia con los valores y principios que rigen las políticas y las prioridades del sector salud”.

Por su parte, el Plan estratégico de la OPS/OMS para el periodo 2003-2007, establece cooperar con los países de la Región para reorientar el gasto sanitario hacia acciones costo-efectivas, y hacia la promoción, prevención y estilos de vida saludables.

Área específica 4.1: Asignación de recursos en salud.

En el 2000 la CCSS ejerció el 82% del gasto total en salud y el restante 18% lo ejercieron el Ministerio de Salud, el AyA, el INS y la UCR. Estas cifras revelan diferencias importantes y el Consejo de Gobierno y los Gabinetes Social y Económico no disponen de criterios políticos y mecanismos para modular la asignación presupuestal a las instituciones, con el fin de que estas cumplan cabalmente con las funciones que el Estado les encomienda. Por su parte, las

instituciones de salud no han desarrollado suficientemente los criterios técnicos para asignar los fondos a los diferentes niveles de atención, así como a los programas y servicios de salud prioritarios. Debido a ello, los establecimientos y áreas de salud continúan destinando recursos prioritariamente para acciones curativas, en detrimento de las de promoción, prevención y rehabilitación. .

Con base en esta situación, la OPS/OMS apoyará al sector salud e instituciones estatales, en el desarrollo y aplicación de métodos, herramientas y mecanismos que permitan mejorar y modular la asignación presupuestal a nivel sectorial, institucional y operativo. Como producto de esta cooperación se dispondrá de mecanismos y capacidades para efectuar la modulación del presupuesto a nivel sectorial atendiendo al rol que desempeñan las instituciones. Se contará también con criterios técnicos para que las instituciones dirijan los fondos a la atención primaria e integral, así como para que los establecimientos mejoren la asignación presupuestal hacia la promoción y prevención. Ello implica desarrollar instrumentos de consulta confiables que faciliten la toma de decisiones oportuna.

- Se apoyará técnicamente al Ministerio de Salud a definir criterios y mecanismos para gestionar y priorizar el presupuesto de salud ante el Consejo de Gobierno, sus Gabinetes Social y Económico, el Ministerio de Hacienda, FODESAF y otros, así como para que estos organismos asignen el presupuesto necesario a las instituciones del sector salud, con el fin de que estas cumplan con sus funciones. Se promoverá el mejoramiento de la capacidad en el sector salud para analizar y usar la información financiera, a través de la difusión de información especializada, el intercambio de experiencias y procesos de capacitación de los gerentes de nivel superior. Para desarrollar esta estrategia se recurrirá a la colaboración del Ministerio de Hacienda, el Banco Central y organismos académicos y de investigación especializados.
- Se apoyarán estudios e investigaciones de costo-eficiencia, costo-efectividad e impacto en la salud pública de los programas y servicios de las instituciones de salud, con el fin de que el Consejo Sectorial de Salud evalúe la asignación presupuestal a los niveles de atención, los programas y los servicios prioritarios en función del modelo de atención.
- Se colaborará con la CCSS a fortalecer los mecanismos de asignación de fondos a establecimientos de salud, con base en la experiencia que ha lograda con los compromisos de gestión y en el marco de la Ley de Desconcentración de Hospitales y Áreas de Salud. Se promoverá que esa asignación responda a necesidades prioritarias de salud, con énfasis en actividades de promoción y prevención, en congruencia con el modelo de atención integral de salud. Se buscará la cooperación de organismos académicos y no gubernamentales con experiencia en el tema, así como el apoyo de expertos internacionales.

Área específica 4.2: Aseguramiento en salud de los grupos excluidos.

En 1962 se promulgó la Ley de Universalización del Seguro Social en Costa Rica y a partir de esa fecha gradualmente se crearon mecanismos para ampliar el aseguramiento en salud. En 1974 se incorporaron los trabajadores no asalariados mediante el seguro voluntario, en 1976 los pensionados de la CCSS y de los regímenes especiales, en 1984 se crea el aseguramiento colectivo a organizaciones de trabajadores no asalariados y en ese mismo año, se crea la

categoría de asegurado por el Estado. No obstante el esfuerzo realizado, la universalización del seguro social aún no se logra, ya que solo llega al 81.8% como lo indica el Censo Nacional de Población del 2000. Por otra parte, el aseguramiento de la salud no es equitativo en el país, ya que oscila entre 53.3% y 90.8%, pero además, la población indígena apenas llega al 70% y no se conoce la tasa de la población inmigrante, la cual debe ser mayor por sus condiciones especiales de empleo informal y desempleo. Cabe señalar que la Política Nacional de Salud al referirse a la población indígena e inmigrante, señala la necesidad de adaptar los servicios y mejorar la cobertura para los primeros, y crear mecanismos que favorezcan el acceso a las acciones de salud pública de acuerdo a la legislación vigente, para los segundos, no obstante, son lineamientos muy generales que requieren una mayor precisión para lograr sus efectos.

De acuerdo a esta situación, la OPS/OMS apoyará al país a promover el aseguramiento en salud de la población excluida, utilizando estrategias que permitan incrementar gradualmente el aseguramiento iniciando con los grupos de menor acceso a los servicios de salud y superando las barreras económico-administrativas y culturales. Como producto de esta cooperación se espera una mayor aproximación a la universalización del seguro de salud y una reducción de las tasas de población no asegurada.

- Se proporcionará asesoría técnica al sector salud en la definición de políticas financieras, planes y programas, para extender gradualmente la protección social en salud, basados en la experiencia internacional, así como en el marco de la Ley General de Salud y de la Ley de Universalización del Seguro Social. Se promoverá el dialogo social, la comunicación y difusión de información selectiva, así como las concertaciones necesarias para desarrollar el pacto social que permita extender el aseguramiento en salud. Para desarrollar esta estrategia se establecerá coordinación con el Consejo Sectorial de Salud, la Comisión de Salud y Seguridad Social de la Asamblea Legislativa, la Defensoría de los Habitantes, el IMAS y FODESAF.
- Se promoverá la realización de estudios especializados de tipo actuarial y de costeo de acciones, servicios e intervenciones sanitarias, que le permitan al Consejo Sectorial de Salud y a las instituciones del sector salud, valorar la factibilidad financiera de su aplicación. Se colaborará con la CCSS a formular modelos de financiamiento alternativos, así como conjuntos de intervenciones y servicios de complejidad creciente, para apoyar la ejecución gradual de planes y programas específicos de extensión de la protección social en salud para población excluida. Para desarrollar esta estrategia se solicitará la colaboración del Ministerio de Hacienda, Banco Central, universidades nacionales e internacionales.

Para ambas estrategias, se aprovechará la alianza regional establecida con la OIT para desarrollar acciones conjuntas en materia de protección social en salud.

Área específica 4.3: Financiamiento y gasto en el sector salud.

Los ingresos actuales de las instituciones del sector salud son insuficientes para cubrir la creciente demanda de la población de servicios de atención médica y agua potable. La disminución del gasto social así como la alta evasión y la morosidad en el pago de las tarifas estable-

cidas, están afectando la eficacia del modelo de financiamiento del seguro público de salud administrado por la CCSS. Los hogares absorben el 50,3% del financiamiento en salud, las empresas el 39%, el Estado el 7,3% y las fuentes financieras externas mediante el crédito solo el 3,4% por lo que es difícil incrementar el financiamiento con cargo a los hogares. Por otra parte, la CCSS y el AyA no cuentan con adecuados modelos tarifarios y de facturación, lo cual les reduce la posibilidad de captar recursos para la sostenibilidad financiera de los servicios que prestan.

Con base en la situación antes descrita, la OPS/OMS proporcionará cooperación técnica para el mejoramiento de la calidad del financiamiento y gasto en salud. Como producto de esta cooperación se espera contar con modelos de financiamiento de la salud que incorporen fuentes e instrumentos financieros coherentes con el nivel de desarrollo socioeconómico del país, así como nuevos mecanismos de pago a proveedores y de mejoramiento de la calidad y equidad del gasto en salud, destinándolo a programas y grupos de población prioritarios.

- Se brindará apoyo a las instituciones del sector salud para identificar mecanismos innovadores que mejoren el financiamiento de la salud. Se proporcionará asesoría técnica a la CCSS para el análisis de las fuentes e instrumentos de financiamiento vigentes para el seguro de salud, así como en la búsqueda de nuevas modalidades de financiamiento. Se establecerá coordinación con las áreas financieras y actuariales de las instituciones de salud y se buscarán alianzas estratégicas con organismos públicos especializados como el Banco Central, el Ministerio de Hacienda y las universidades nacionales. Para apoyar esta estrategia se promoverá la disseminación de información selectiva y se impulsarán foros interdisciplinarios, con apoyo de organismos académicos y de investigación, como la UCR y el Estado de la Nación.
- Se colaborará con la CCSS y el AyA en la revisión de sus modelos tarifarios y de facturación para ajustarlos a la realidad socioeconómica de la población y al desarrollo tecnológico, con el fin de lograr una recaudación más equitativa y eficiente y contribuir a la equidad y a la sostenibilidad financiera de largo plazo. Se buscará la colaboración del Ministerio de Hacienda, el Banco Central y de organismos no gubernamentales especializados en esta materia.
- Se asesorará a la CCSS a realizar el análisis financiero de los programas preventivos y de los servicios en sus diferentes niveles de atención, usando como herramienta principal métodos e instrumentos como el Sistema de Información Gerencial (WINSIG) desarrollado por la OPS/OMS. Se promoverá la capacitación de los gerentes de las áreas de salud y de los hospitales con el fin de mejorar la calidad del gasto en salud y usar óptimamente los mecanismos de asignación per cápita para el primer nivel, así como de Unidades de Producción Hospitalaria (UPHs) y de grupos relacionados por el diagnóstico (GDRs) para el nivel hospitalario.

5.5 Área 5: Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento

Los diferentes análisis de situación en el sector salud señalan como retos importantes en la prestación de los servicios de salud y de agua y saneamiento, el mejoramiento del acceso y

la calidad de estos servicios, con énfasis en poblaciones con menor nivel de desarrollo socioeconómico y mayores necesidades sanitarias.

En el marco de la reforma sectorial, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha realizado acciones para readecuar el modelo de atención en salud, el cual se ha puesto en práctica especialmente en el primer nivel, pero con escasa participación del segundo y tercer niveles de atención. Dicha readecuación que ha incluido la incorporación de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud o EBAIS, ha permitido a dicha institución reducir en parte los problemas de accesibilidad geográfica a los servicios básicos de primer nivel de atención, sin embargo, aún existen grupos de población con limitaciones de acceso a esos servicios y en la práctica las acciones tienen una orientación marcadamente curativa en detrimento de los programas preventivo promocionales y de salud pública. A la falta de cobertura hay que agregar la calidad insuficiente, puesta de manifiesto en las evaluaciones de los compromisos de gestión efectuadas anualmente.

Por otra parte, el análisis de la oferta y demanda realizado en el Análisis del Sector Salud en el 2002, mostró falencias importantes en la operación de la red de servicios. La oferta de servicios de salud no siempre cumple con los criterios de oportunidad, integridad, continuidad y calidad, ocasionando largas listas de espera para algunos servicios de diagnóstico y tratamiento. Este problema se ha intentado subsanar con la compra de servicios a terceros, tanto para el primer nivel de atención (cooperativas) como para los servicios especializados del segundo y tercer nivel de atención (estudios histopatológicos, cirugía oftalmológica y radioterapia). No obstante, no en todos los casos estas medidas han sido exitosas y por otra parte, no han estado exentas de riesgos para la salud de la población y para la salud financiera del sistema de atención. En buena medida los problemas antes descritos obedecen a que los servicios de los diferentes niveles de atención operan en forma fragmentada; no se articulan con un enfoque de red de servicios; no comparten los recursos que tienen asignados; no asumen una responsabilidad compartida en el análisis de la situación de salud y en la formulación de una respuesta conjunta coherente con dicha situación; y no operan con una cartera de servicios claramente delimitada por niveles, lo cual ocasiona la atención de problemas en niveles que no corresponde con el consecuente incremento de los costos de atención.

En lo que respecta al subsector de agua potable y saneamiento, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) ha realizado adecuaciones para lograr un servicio más eficiente y de mejor calidad, sin embargo, aún no se logra la cobertura universal de agua mediante acueductos y se debe mejorar la calidad del agua de consumo humano. En materia de saneamiento básico, el rezago es aún mayor, especialmente en el tratamiento de las aguas residuales o servidas y de los residuos sólidos, por lo que una parte importante del volumen de ambos, continúan contaminando el suelo y los cuerpos de agua con los riesgos para la salud que ello implica.

En la Política Nacional de Salud 2002-2006 y en la Agenda Sanitaria Concertada se señalan estrategias de intervención para: mejorar el modelo de atención mediante el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud; mejorar la calidad, equidad y acceso a los servicios; mantener y mejorar los logros alcanzados en mortalidad infantil y materna, así como en enfermedades transmisibles. Por otra parte, se enfatiza en la necesidad de garantizar el derecho de la población al acceso al agua potable y a los alcantarillados sanitarios.

Por otra parte, el país se ha comprometido con los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, que incluyen: la reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna, el combate de enfermedades transmisibles (VIH/SIDA, paludismo y otras), reducción de la desnutrición y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Área específica 5.1: Atención a eventos de crisis sanitaria

La globalización de la economía ha hecho posible que un brote de cualquier etiología en cualquier parte del mundo puede considerarse una amenaza para prácticamente todas las naciones. La ocurrencia de brotes de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes plantea retos considerables a los sistemas nacionales de salud.

Espectaculares incrementos en el volumen y la velocidad de los viajes y el comercio complican aun más los esfuerzos por controlar las infecciones, al crear nuevas condiciones para la propagación de enfermedades infecciosas. La aparición del SARS es un ejemplo de la naturaleza global de muchas amenazas para la salud pública. No exige mucha imaginación pensar en el enorme daño que la introducción de un agente patógeno en alimentos puede ejercer sobre la salud humana y animal,

En Costa Rica, hace falta fortalecer la vigilancia nacional más allá del reporte de casos: se ha logrado articular con redes subregionales de vigilancia con apoyo de laboratorios (RECACER), facilitando mecanismos para el rápido intercambio de información entre los países de la subregión, pero aun es muy incipiente la capacitación epidemiológica en el campo y la constitución de equipos de respuesta rápida para investigar brotes y determinar su etiología así como la elaboración de planes de contingencia para las enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes.

Un área que no se ha fortalecido, y requiere de una mayor participación, es la atención médica, sobre todo la atención en la sala de urgencias: los primeros en responder, en estos casos, serán los hospitales; más concretamente, el personal de emergencia en salud. Es el sector salud quien debe enfrentarse a las consecuencias. Por lo tanto, debe incluirse a los hospitales y el personal de emergencia desde las primeras etapas de la planificación para estas situaciones de crisis sanitaria. La información pública es otro elemento clave en la respuesta a las situaciones de emergencia. El país deberá ofrecer información completa y fidedigna para impedir o limitar el impacto negativo de estos eventos.

Con base en esta situación, la OPS/OMS apoyará el desarrollo de actividades y medidas dirigidas a fortalecer su capacidad para detectar, identificar, investigar y responder rápidamente a los informes de enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes; esto requerirá el establecimiento de equipos de respuesta rápida, capacitación a los proveedores de atención en salud en el diagnóstico y la notificación de aquellas manifestaciones clínicas que resulten consistentes con epidemias antrópicas, comenzando por el personal de la sala de urgencias y continuando con el personal de atención primaria, disponerse de pautas sobre el tratamiento requerido para responder a los agentes biológicos, químicos y de otra naturaleza, mejorarse las redes de laboratorios con el fin de fortalecer el diagnóstico de agentes potencialmente epidémicos y fortalecer la bioseguridad de los laboratorios para impedir usos indebidos, contaminación, o el manejo deficiente de estos agentes.

- Se apoyará técnicamente al Ministerio de Salud, CCSS y MAG (en caso de eventos relacionados con zoonosis y alimentos), proporcionándoles información actualizada y confiable sobre incidentes relacionados con la aparición y evolución de brotes en la región así como de los avances en los aspectos de diagnóstico, tratamiento y respuesta. Esta información deberá ser usada como insumo en la confección de los planes nacionales de contingencia.
- Se apoyará técnicamente al Ministerio de Salud y CCSS en el desarrollo de planes nacionales de contingencia para enfrentar brotes epidemiológicos, haciendo énfasis en aquellos que podrían generar situaciones de crisis sanitaria en el sector salud.
- Se colaborará con el Ministerio de Salud, CCSS e Inciensa en los procesos de capacitación sobre la vigilancia, la información, la atención médica y los procedimientos de laboratorio relacionados con la respuesta a los agentes patógenos más peligrosos identificados.
- Se proporcionará apoyo al Ministerio de Salud (y MAG en casos pertinentes) y medios de comunicación del país para un uso eficaz en el manejo de la información pública en situaciones de crisis sanitaria; asimismo, en métodos de educación al público y la comunidad médica orientados a la movilización social para combatir estas enfermedades.
- Se apoyará técnicamente al Ministerio de Salud, CCSS y AyA en los procesos de capacitación sobre vigilancia, información y procedimientos relacionados con agentes patógenos peligrosos transmitidos por agua.
- Se apoyará la cooperación con otros países, incluyendo las redes subregionales y la coordinación de mecanismos de respuesta rápida para ayudar a los países a enfrentar las situaciones de crisis sanitarias.

Área específica 5.2: Modelo de atención integral con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud.

La CCSS ha venido desarrollando un modelo de atención integral principalmente en el primer nivel, el cual incorpora a los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS); sin embargo, el mismo tiene un enfoque curativo, con debilidades en la aplicación de estrategias de atención primaria (APS), de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por otra parte, no hay coordinación con la red e instituciones de agua y saneamiento.

Es necesario entonces el fortalecimiento de un modelo de atención integral, a través de la red de servicios y los programas articulados en los tres niveles de atención, que responda a las necesidades de la población y sea interinstitucional.

Con base en esta situación la OPS/OMS cooperará en el fortalecimiento de un modelo de atención integral -promoción, prevención, curación y rehabilitación- en toda la red de salud (en sus tres niveles), articulado con la red de servicios de agua y saneamiento, con énfasis en el primer nivel de atención, que responda a las necesidades en las diferentes etapas del ciclo de vida con enfoque de género y equidad, que incorpore el autocuidado de la salud en el nivel in-

dividual, familiar y comunitario, y que sea interinstitucional e intrasectorial. Se espera que el país pueda desarrollar un modelo de atención integral e integrado.

- Se fortalecerá el modelo de atención integral en el primer nivel y, de manera complementaria, su readecuación en el segundo y tercer nivel, para lo cual se brindará asesoría técnica a la CCSS y al Ministerio de Salud. Se incorporará la articulación y complementariedad de acciones con AyA y las empresas de agua y saneamiento. Asimismo, se promoverá la coordinación con universidades, cooperativas u otras que ofrecen atención en salud. Se promoverá el intercambio de experiencias exitosas nacionales e internacionales así como la difusión de investigaciones o estudios basados en evidencias sobre atención integral.
- Se apoyará al Ministerio de Salud, la CCSS y el AyA para el análisis y adecuación de la política de promoción de la salud, a fin de lograr su incorporación en el modelo de atención integral. Igualmente se brindará asesoría técnica orientada al fortalecimiento de la atención primaria en salud, prevención de enfermedades y sus factores de riesgos, en los distintos niveles de aplicación del modelo.
- Se promoverán estrategias de información, comunicación y educación en salud orientadas al empoderamiento del individuo, la familia y la comunidad, a fin de fomentar una cultura del autocuidado y la promoción de estilos de vida sanos. Igualmente, en el marco del modelo de atención integral, se impulsarán iniciativas de atención en salud con base comunitaria y familiar articuladas con los servicios y programas de salud.
- Se fortalecerá el desarrollo de estrategias de promoción y prevención con énfasis en: reducción de la mortalidad infantil y materna, salud mental, violencia intrafamiliar, accidentes de tránsito y abuso de drogas (tabaco y alcohol), para lo cual se contribuirá con asesoría técnica y diseminación de información a la CCSS y el Ministerio de Salud. Igualmente se apoyará la coordinación de acciones con el IAFA, el Consejo de Seguridad Vial, el Ministerio de Educación, el INAMU y el CENADRO. También se promoverá la participación de las organizaciones comunitarias, los gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales y medios masivos de comunicación. Se fortalecerá la coordinación con la Universidad de Costa Rica para que estas estrategias se incorporen en los programas docentes y asistenciales. Igualmente se concertarán acciones y recursos con otras agencias de Naciones Unidas.

Área específica 5.3: Red de servicios asistenciales y programas de salud pública.

Existe una inadecuada utilización de los recursos disponibles en la red de servicios de salud, debido a fallas en su organización y gestión, lo que impide garantizar a toda la población la equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención. La respuesta institucional y la gestión de los servicios se orientan principalmente al cumplimiento de los compromisos de gestión y su planificación no responde a las necesidades de salud ni a los problemas prioritarios de la población. Existen además directrices institucionales que ponen barreras administrativas para el acceso a servicios de salud a inmigrantes, indígenas indocumentados y población no asegurada. Por otra parte, el país presenta un perfil epidemiológico donde las enfermedades no transmisibles han ganado paulatinamente un lugar preponderante en coexistencia con

las enfermedades transmisibles. En estas últimas, el sistema de salud ha enfocado el desarrollo de programas para la promoción, la prevención, la atención y la vigilancia epidemiológica, mientras que en las no transmisibles, el enfoque ha estado circunscrito a la atención de la enfermedad.

Con base en la situación descrita, la OPS/OMS apoyará el desarrollo de las capacidades nacionales para el análisis del funcionamiento de la red de servicios y de los programas de salud incluyendo: sistemas de referencia y contrarreferencia, evaluación del mecanismo de compromisos de gestión, la productividad y la gestión de los recursos humanos y modelos eficaces para controlar las enfermedades transmisibles y no transmisibles, haciendo hincapié en las enfermedades prioritarias en el país. Como producto de la cooperación se espera lograr una red de servicios y programas de salud articulados, con adecuados mecanismos y criterios de referencia y contrarreferencia y una gerencia eficiente, que responda a las necesidades de la población, focalizando grupos prioritarios.

- Se apoyará a la CCSS para el desarrollo, implementación y evaluación de modelos de planificación compartida y gerencia integral en la red de establecimientos de salud de esa institución, con énfasis en la identificación de problemas de salud y grupos de población prioritarios del área de atracción de las unidades de salud, así como en la coordinación de recursos, competencias y capacidad resolutoria de los diferentes niveles de atención. Se promoverá la coordinación con organismos de investigación como, por ejemplo, el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) y el Centro Centroamericano de Población (CCP) de la UCR.
- Se apoyará al Ministerio de Salud y la CCSS para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, mediante el fortalecimiento de procesos como los de habilitación, acreditación y evaluación de EBAIS, así como el desarrollo de mecanismos de mejoramiento continuo de la calidad como la evaluación de los servicios con enfoque sistémico. Se apoyará el fortalecimiento del Plan Nacional de Garantía de Calidad para promover la evaluación de la calidad de atención y las prácticas basadas en la evidencia. Igualmente se fortalecerá el desarrollo de recursos humanos para la prestación de servicios y programas con calidad. Se propiciará el trabajo coordinado con la Comisión de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud, los colegios profesionales y las universidades.
- Se apoyará a la CCSS para el desarrollo de mecanismos orientados a mejorar el acceso y cobertura de los servicios de salud básicos, así como el fortalecimiento de los EBAIS en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico y atención, con especial énfasis en la atención materno-infantil y en programas dirigidos a atender problemas prioritarios, tales como cáncer, diabetes, hipertensión, dengue, SIDA y tuberculosis. Igualmente se colaborará en el desarrollo de mecanismos para extender el acceso y cobertura a los grupos actualmente excluidos del seguro de salud. Se contribuirá a la revisión, actualización y evaluación de protocolos de atención, normas, procedimientos y guías de los programas. Se aprovechará la experiencia institucional y se buscarán alianzas estratégicas con cooperativas y universidades que cuentan con experiencia en esta materia.
- Se apoyará al Ministerio de Salud y la CCSS para el desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades prioritarias, transmisibles (dengue, tuberculosis, VIH-SI-

DA y enfermedades emergentes), haciendo énfasis en: la promoción y prevención; las condiciones de vida de las poblaciones; el fortalecimiento de estrategias nacionales de comunicación social y participación comunitaria; la capacitación del personal en diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y el fortalecimiento de la respuesta institucional organizada en los diferentes niveles de la red de servicios de la CCSS. Igualmente se fortalecerá el Programa Ampliado de Inmunizaciones, principalmente en el manejo gerencial, así como en la implementación de jornadas internacionales, nacionales y locales de vacunación, con énfasis en grupos de población prioritarios. Se promoverán alianzas con ONGs vinculadas con estos programas para coordinar las intervenciones.

- Se contribuirá con la CCSS y el Ministerio de Salud en el fortalecimiento de programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles prioritarias (cardiovasculares, diabetes y cáncer), haciendo énfasis en: la promoción y prevención en los diferentes niveles de la red de servicios de la CCSS. Igualmente se promoverá estrategias nacionales de comunicación social y participación comunitaria. Se facilitará la coordinación con la Universidad de Costa Rica y el Inciensa para el desarrollo de estudios e investigación-acción orientados a mejorar los programas preventivos como promocionales en este tema.

Área específica 5.4: Servicios de agua y saneamiento

En el Análisis Sectorial de Agua Potable y Saneamiento, se establecen como problemas críticos la inexistencia de sistemas integrales y permanentes de vigilancia y control de la calidad de los servicios de agua potable y aguas residuales en el ámbito nacional y local, lo cual está ligado a deficiencias en la gestión de la prestación de los servicios, tanto en el medio urbano como rural. Esta situación se hace más evidente en los servicios administrados por las municipalidades y las comunidades. Así mismo, se resalta en el Análisis Sectorial de Salud, las deficiencias en la gestión de los servicios municipales de manejo de residuos sólidos, principalmente en lo relacionado al tratamiento y disposición final.

Los administradores de los sistemas rurales carecen de mecanismos de gestión administrativa, técnica y financiera que les permita entregar a la población un producto de calidad aceptable según normativas; así mismo, existe debilidad del AyA en las funciones de asistencia técnica, fiscalización y control de estos sistemas rurales.

Por lo anterior, la Agenda Sanitaria Concertada, prevé desarrollar acciones estratégicas para el mejoramiento de la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integral del recurso hídrico.

OPS/OMS contribuirá con el mejoramiento de la calidad de los servicios de agua potable, saneamiento y residuos sólidos. Se espera alcanzar un mejor nivel y calidad de los servicios para la población, que redunde en el mejoramiento de su calidad de vida y del ambiente humano en general.

- Se apoyará al AyA, las Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS) y las municipalidades operadoras de servicios, priorizando las zonas con poblaciones postergadas, para fortalecer los programas orientados al mejoramiento de la calidad de los servicios de agua potable y saneamiento. Igualmente se promoverá la coordinación con la

Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP) como ente fiscalizador de la calidad de los servicios, con el Ministerio de Salud en lo relativo a vigilancia de la calidad del agua y con el Ministerio del Ambiente, en lo relacionado a la protección de fuentes de agua.

- Se fortalecerá la gestión del manejo de los residuos sólidos, con especial énfasis en los mecanismos de financiamiento y cobro de los servicios de recolección y tratamiento de desechos. Así mismo se dará apoyo técnico para promover políticas nacionales y locales, que fomenten el reciclaje, la reducción y el re-uso, con miras a la disminución de los costos y optimización del servicio público. La cooperación técnica estará orientada a municipalidades priorizadas, al IFAM y al Ministerio de Salud. Igualmente se coordinará con la Unión Nacional de Gobiernos Locales (UNGL).
- Se apoyará a las ASADAS, algunas municipalidades operadoras de servicios y al AyA, para el fortalecimiento y desarrollo de recursos humanos que trabajan en la operación y mantenimiento de los servicios de agua y saneamiento, para mejorar sus habilidades y prácticas. Se promoverán alianzas estratégicas con otras instituciones de enseñanza de nivel superior y con el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA).

6. Conclusiones

7.

Bibliografía

Academia Nacional de Ciencias. Encuesta de comités de ética hospitalaria. San José, C.R.: La Academia, 2001.

Caja Costarricense de Seguro Social. Anuario estadístico 2000. San José, C.R.: CCSS, 2000.

<http://www.ccss.sa.cr/actuarial/indipres.htm>

El ABC del modelo de atención integral de salud. San José, C.R.: CCSS, s.f.
<http://196.40.21.237:81/pub/publicaciones/ma002500.htm>

Ley Constitutiva del Seguro Social. San José, C.R.: CCSS, 1943.
<http://www.ccss.sa.cr/>

Servicios médicos.
<http://www.ccss.sa.cr/>

Utilización de servicios de salud: 1996-2000. San José, C.R.: CCSS, s.f.

Organigrama institucional. San José, C.R.: CCSS, 1999.

Plan de atención a la salud de las personas 2001-2006. San José, C.R.: CCSS, 2001.

Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Sistema Administrador de Información en Seguridad Social. San José, C.R.: CCSS, 1999.

Dirección Técnica. Sección de Farmacia. Estudio del precio de los medicamentos y de mayor venta. San José, C.R.: CCSS, s.f.

Gerencia de Administración. Evaluación de compromisos de gestión. San José, C.R. : CCSS, 2000.
<http://www.ccss.sa.cr/> . Publicaciones

Gerencia de Modernización. Proyecto de reforma del sector salud. San José, C.R.: CCSS, 2001.

Gerencia Financiera. Sistema Centralizado de Recaudación: SICERE. San José, C.R. : CCSS, 2001.

Superintendencia General de Servicios de Salud.. Encuesta de juntas de salud. San José, C.R.: CCSS, 2000.

General de Servicios de Salud. Encuesta sobre el desempeño de las junta de salud. San José, C.R.: CCSS, 2001.

CEPAL. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe, 2002. Santiago: CEPAL, 2002.

Panorama social de América Latina, 2001-2002. Santiago: CEPAL, 2002.

Costa Rica. Constitución. Constitución Política de Costa Rica. San José, C.R.: Imprenta Nacional, 1999.

Costa Rica. Defensoría de los Habitantes de la República. Estudio técnico sobre radioterapia de pacientes de la CCSS. San José, C.R.: La Defensoría, 2001.

Costa Rica. Gobierno de la República. Consejo Social. Vida Nueva: Superación de la pobreza y desarrollo de las capacidades humanas (2002-2006). San José, C.R.: Gobierno de la República, 2002

Costa Rica. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas vitales: Principales causas de muerte 1994-2000.
<http://www.inec.go.cr/INEC2/publicaciones.htm>

IX Censo de población y V de Vivienda. San José, C.R.: INEC, 2000.
<http://www.inec.go.cr/INEC2/pagcenso.htm>

Mortalidad infantil. Boletín 1. marzo 2001.
<http://www.inec.go.cr/INEC2/morinfantil.htm>

Costa Rica. Leyes, etc. Ley General de Salud. San José, C.R.: Ministerio de Salud, 1973.

Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan nacional de desarrollo 2002-2006.
<http://www.mideplan.go.cr/>

Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Sistema Nacional de Evaluación (SNE) 2000.
<http://www.mideplan.go.cr>

Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES): Costa Rica 2000.
<http://www.mideplan.go.cr>

Costa Rica. Ministerio de Relaciones Exteriores. Cooperación externa para el desarrollo. San José, C.R.: El Ministerio, 2000.

Costa Rica. Ministerio de Salud. Anuario estadístico 2000. San José, C.R.: El Ministerio, 2000.

Estadísticas de la Dirección de Registros y Controles. San José, C.R.: El Ministerio, 2001.

Memoria anual 2001. San José, C.R.: El Ministerio, 2001.

Plan nacional de salud 1999-2004. San José, C.R.: El Ministerio. San José, C.R.: El Ministerio, 2000.

<http://www.netsalud.sa.cr/ms/contenid.htm>

Política nacional de salud 1998-2002. San José, C.R.: El Ministerio, 1999.

<http://www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/politicas/politicas.htm>

Resultados de la habilitación y acreditación de establecimientos y servicios. San José, C.R.: El Ministerio, 2000.

Dirección de Servicios de Salud. Habilitación/acreditación de servicios de salud. San José, C.R. : El Ministerio, 2000.

y Organización Panamericana de la Salud. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública en Costa Rica. San José, C.R.: El Ministerio, 2002.

Caja Costarricense de Seguro Social y Organización Panamericana de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Costa Rica : Avances perspectivas. San José, C.R.: OPS, 2001

Caja Costarricense de Seguro Social y BID. Unidad Ejecutora. Proyecto Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud. San José, C.R.: El Ministerio, 2000.

y otros. Programa Sectorial de Mejoramiento Continuo de la Calidad. San José, C.R.: El Ministerio, 1998.

y otros. Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica. San José, C.R.: El Ministerio, 1999.

Costa Rica. Proyecto Estado de la Nación en el Desarrollo Humano Sostenible. Estado de la Nación en el Desarrollo Humano Sostenible: Quinto informe 1998. San José, C.R.: Proyecto Estado de la Nación, 1999

<http://www.estadonacion.or.cr/Pag-prin/informes.html>

Estado de la Nación en el Desarrollo Humano Sostenible: Séptimo Informe 2000 San José, C.R.: Proyecto Estado de la Nación, 2001.

Estado de la Nación en el Desarrollo Humano Sostenible. Octavo Informe 2001. San José, C.R.: Proyecto Estado de la Nación, 2002.

Country profile: Costa Rica, 2003. Economist Intelligence Unit. London, U.K.

<http://www.eiu.com/>

Chacón Arce, D. Gasto público en salud. San José, C.R.: Caja Costarricense de Seguro Social, 1999.

Esquivel, Nelson. Análisis financiero. San José, C.R.: Ministerio de Salud, 1991.

Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano. Población migrante nicaragüense en Costa Rica: Realidades y respuestas. San José, C.R.: La Fundación, 2000.
<http://www.arias.or.cr/documentos>

La Gaceta: Diario oficial. (San José, C.R.), 4 de julio 2001.
<http://imprenal.go.cr>

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y Organización Panamericana de la Salud. Agua potable y saneamiento en Costa Rica: Análisis sectorial. San José, C.R.: OPS, 2002.

Plan de inversiones de AyA periodo 1996-2001. San José, C.R.: AyA, s.f.

Dirección Financiera. Fichas técnicas de empréstitos. San José, C.R.: AyA, 2003.

Dirección de Planificación. Planeamiento Estratégico y Gerencial. Plan anual operativo 2003. San José, C.R.: AyA, 2002.

Internacional Monetary Fund. Country information. 2001.
<http://www.imf.org/external/country/index.htm>

Méndez Salas, Mercedes. La cooperación internacional de la Caja Costarricense de Seguro Social. Tesis de Licenciatura, Universidad Internacional de las Américas, 2002.

Pessoa Mora, Xiomara. Juventud y Empleo. San José, C.R.: Movimiento Nacional de Juventudes, 2000.

Picado Chacón, Gustavo y Sáenz, V. K. Estimación del gasto privado en servicios de salud de Costa Rica. San José, C.R.: s.n., 2000.

y Salazar Figueroa, Virginia. Cobertura del seguro social de salud a partir del censo de población 2000. San José, C.R.: Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Actuarial, s.f.

PNUD; Brasil. Instituto de Pesquisa Economica Aplicada y CEPAL. Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean. Santiago : PNUD, 2002.

Nuevas orientaciones de la cooperación técnica entre países en desarrollo. Nueva York: PNUD, 1995.

Ranis, Gustav y Stewart, Frances. Strategies for success in human development. New York: UNDP, 1999.

Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (17ª. : 2001 ago. 29-30: Managua). XVII RESSCAD : Informe final. Managua: OPS/ASDI, 22001.

Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (18ª. : 2002 oct.15-16): San José, C.R.). Informe final XVIII RESSCAD. San José, C.R. : Ministerio de Salud, OPS, 2002.

Rijk, Louis. Informe final: Supervisión de la ejecución del Programa de Agua Potable y Saneamiento Básico Rural. San José, C.R.: s.n., 1997.

Rosero Bixby, Luis. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica. San Pedro de Montes de Oca : Universidad de Costa Rica, Centro Centroamericano de Población, 2000.

Sánchez Arguedas, J.C. Modernización de la CCSS. San José, C.R.: CCSS, 2001.

Santacruz, Javier. Distribución de recursos humanos en Costa Rica. San José, C.R. : Organización Panamericana de la Salud, 1998.

Trejos, Juan Diego. Inmigración internacional y pobreza en Costa Rica. San Pedro de Montes de Oca : Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, 2001.

United Nations. Statistics Division. Millenium Indicators.
<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi.asp>

Universidad de Costa Rica. Hacia una solución integral en la lucha contra la pobreza. San Pedro de Montes de Oca. : UCR, 2002.

Centro Centroamericano de Población. Encuesta nacional de salud reproductiva. San Pedro de Montes de Oca: CCP, 1999.
<http://ccp.ucr.ac.cr/observa/plani/metodo.htm>

SITIOS WEB CONSULTADOS

Grupo ICE www.grupoice.go.cr

Ministerio de Relaciones Exteriores www.rree.go.cr

Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo www.oecd.org

Organización Internacional del Trabajo www.ilo.org

8. Siglas

ADI	Asociaciones de Desarrollo Integral de la Comunidad
AID	Agencia Internacional para el Desarrollo
APA	Atención Primaria Ambiental
APS	Atención Primaria en Salud
ARESEP	Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos
ASADAS	Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales
ASDI	Asociaciones Sociales de Desarrollo Integral de la Comunidad
AyA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
BCIE	Banco Centroamericano de Integración Económica
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Fomento y Reconstrucción
BPB	Programa Presupuestario BIANUAL
CARMEN	Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles.
CATIE	Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza
CATIE	Centro Agrónomo y Tropical de Investigación y Educación
CCP/UCR	Centro Centroamericano de Población
CCS	Country Cooperation Strategy
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CENADRO	Centro Nacional de Prevención contra Drogas
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIESS	Centro Iberoamericano de Estudios de Seguridad Social
CNE	Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias
CNP	Consejo Nacional de Producción
COCISS	Consejo Centroamericano de Instituciones de la Seguridad Social
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
CONAI	Comisión Nacional de Asuntos Indígenas
CONAREE	Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial
CONIS	Consejo Nacional de Investigación en Salud
COSORES	Consejos Sociales Regionales
CTP/TCC	Cooperación Técnica entre Países
CTPD	Cooperación Técnica para Países en Desarrollo
DINADECO	Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
EPC	Estrategia de Cooperación de País
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación
FAO	Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
FLACSO	Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
HABITAT	Habitat para la Humanidad Internacional
IAFA	Instituto Nacional de Alcoholismo y Farmacodependencia
ICAP	Instituto Centroamericano de Administración Pública

IDA	Instituto de Desarrollo Agrario
IFAM	Instituto de Fomento y Asesoría Municipal
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
IICA	Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
IIDH	Instituto Interamericano de Derechos Humanos
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social
INA	Instituto Nacional de Aprendizaje
INAMU	Instituto Nacional de la Mujer
INCAE	Instituto Centroamericano de Administración de Empresas
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INCIENSA	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
INISA	Instituto de Investigaciones en Salud
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
MEP	Ministerio de Educación Pública
MERC	Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MINAE	Ministerio de Ambiente y Energía
MINSALUD	Ministerio de Salud
MS	Ministerio de Salud
MVAH	Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos
ODA	Agencia Oficial para el Desarrollo (Canadá)
OEA	Organización de Estados Americanos
OECS	Overseas Economic Cooperation Fund
OIM	Organización Internacional de Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismos No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente
RECACER	Red Centroamericana del Control de Enfermedades Reemergentes
RESSCAD	Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SICA	Sistema de Integración Centro Americana
SICERE	Sistema Centralizado de Recaudación de la CCSS
SNU	Sistema de Naciones Unidas
SUNFED:	Fondo Especial para el Desarrollo Económico
TLC	Tratado de libre comercio
UCR	Universidad de Costa Rica
UNA	Universidad Nacional
UNESCO	Organización de Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura
UNGL	Unión Nacional de Gobiernos Locales
UNICEF	Fundación de las Naciones Unidas para la Niñez
UPAZ	Universidad para la Paz
VIH/SIDA	Virus de Inmuno-deficiencia Humana/ Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida

9. Anexos

Anexos

Anexo 9.1
Correlación de la CCS con metas del milenio, mandatos de la OMS y OPS, acuerdos regionales y plan estratégico de la OPS

Área Específica 01: Atención de desigualdades en salud en grupos postergados				
MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Área 2 Reducción de la exclusión e inequidades en salud</p>	<p>Estrategia 01: Atención de desigualdades en salud en grupos postergados</p> <p>Estrategia 01: Apoyar el desarrollo de estrategias orientadas a mejorar la situación de salud de migrantes e indígenas del país, principalmente las relacionadas con accesibilidad a los servicios de salud y la vigilancia epidemiológica de los eventos prioritarios que afectan a estos grupos.</p>			
<p>Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Meta 1. Reducción del porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar. Indicadores 2 y 3</p> <p>Meta 2. Reducción del porcentaje de niños con bajo peso al nacer. Indicadores 4 y 5</p> <p>Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal. Meta 3. Velar por que los niños de todo el mundo puedan terminar un ciclo de enseñanza primaria. Indicadores 7 y 8</p> <p>Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Meta 4 Eliminar las desigualdades entre géneros en la enseñanza primaria y secundaria. Indicadores 9 y 10</p> <p>Objetivo 8. Garantizar una asociación nacional para el desarrollo. Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Indicador: 34</p> <p>Meta 17. En cooperación con los em</p>	<p>Resolución WHA53.10 (2000) y WHA54.16 (2001) Decenio internacional de las poblaciones indígenas: Derecho de poblaciones indígenas a la salud.</p> <p>Disposiciones adecuadas para atender las necesidades de salud de poblaciones indígenas.</p> <p>56ª Asamblea Mundial: intensificar esfuerzos para logro de metas internacionales en reducción de malnutrición en madres y niños.</p>	<p>Resolución CSP25R11 Vacunas e inmunizaciones (1998). Se insta a los Estados Miembros a que reconozcan la importancia de garantizar el financiamiento de sus programas nacionales de salud con fondos de sus presupuestos nacionales.</p>	<p>RESSCAD: XV RESSCAD Acuerdo 4: Atención en materia de salud de situaciones de migración de poblaciones no aseguradas (1998). XIV RESSCAD Acuerdo 5: Proyectos de prevención y control de malaria, dengue y cólera (1998). XVIII RESSCAD Acuerdo COR-5 (2002). INCAP/CD: LIII Consejo Directivo, Resolución No.2 (2002): Impulsar programa de alimentos fortificados con énfasis en hierro. LIV Consejo Directivo, Resolución No. 2 (2003): impulsar iniciativas efectivas de seguridad alimentaria y nutricional en el nivel local.</p>	<p>CSP26.10 Prioridad de cooperación en grupos especiales (indígenas). 2002. CE 130/12 p.40: Fortalecer las estrategias para la reducción de las inequidades, género y grupo étnico. CE 130/12 p.40: Ayudar en la elaboración de leyes para eliminar inequidades y fortalecer la salud como derecho humano.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Meta 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo. Indicador 46</p>				
	<p>Estrategia 02: Fortalecer el proceso de formulación de planes y programas específicos de vigilancia de los eventos epidemiológicos, atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles e implementación del programa ampliado de inmunizaciones dirigidos a reducir el grado de vulnerabilidad de las poblaciones migrantes e indígenas en el cordón fronterizo.</p>			
<p>Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Meta 4. Eliminar las desigualdades entre géneros en la enseñanza primaria y secundaria. Indicadores 10 y 11</p>	<p>Resolución WHA52.11 Hacer retroceder el paludismo (1999). Resolución WHA53.12 Alianza mundial para vacunas e inmunizaciones (2000).</p>	<p>Resolución CSP26.R9 Vacunas e inmunizaciones (2002). Resolución CD41.R10, CD42.R10, CD.43R1 Vacunas e inmunización (2000, 2002, 2003).</p>	<p>LIV Consejo Directivo, Resolución No. 2 (2003): impulsar iniciativas efectivas de seguridad alimentaria y nutricional en el nivel local. XVII RESSCAD Acuerdo 1: Inmunizaciones de alta prioridad (2001). XVI RESSCAD Acuerdo 12: Se acuerda reforzar la vacunación y vigilancia de sarampión (2000, 2002).</p>	<p>CSP26.10 Prioridad de cooperación en grupos especiales (indígenas) 2002. CE 130/12 p.27: movilizar recursos y asociaciones. Capacitar al personal en salud y las comunidades en prevención y control, integración de programas.</p>
<p>Objetivo 4. Reducir la mortalidad de la niñez. Meta 5. Reducir en dos tercios partes la mortalidad de los niños menores de 5 años. Indicadores 13, 14 y 15</p>	<p>Resolución WHA53.17 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles (2000).</p>		<p>XVIII RESSCAD COR-1 Plan de acción subregional sobre vacunas e inmunizaciones (2002).</p>	

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA para el 2015. Indicadores 18, 20</p> <p>Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves. Indicador 23</p> <p>Objetivo 8. Garantizar una asociación nacional para el desarrollo.</p> <p>Meta 18. Velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular las de información y de las comunicaciones. Indicadores 47 y 48.</p>	<p>Resolución WHA56.20 Reducción de la mortalidad por sarampión en el mundo (2003).</p>	<p>Se insta a los Estados Miembros a que asignen recursos suficientes para financiar todos los aspectos de los programas nacionales de vacunación, a fin de asegurar el logro sostenible de una cobertura vacunal de al menos el 95% con todos los antígenos en todos los municipios, la realización de la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión, el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis y la inclusión de nuevas vacunas e iniciativas importantes de salud pública.</p>	<p>XVIII RESSCAD COR 5 Desarrollar investigaciones de impacto.</p>	<p>CE 130/12 p.28: establecer sistemas nacionales de vigilancia de los factores de riesgo y las ECT.</p> <p>CE 130/12 P.31: incorporar los programas de promoción de la salud con programas integrales de prevención y control de las ENT.</p>
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA para el 2015. Indicador 18</p> <p>Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves. Indicadores 21 y 23</p>	<p>WHA 54.21 Uso de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. (2001) Resolución WHA56.26 Eliminación de la ceguera evitable (2003).</p>	<p>CD43/FR p.24 (2002). Desplegar esfuerzos para crear y actualizar disposiciones jurídicas que protegen los derechos de las personas discapacitadas mentales.</p>	<p>XVIII RESSCAD COR 8 Reorientar los sistemas y servicios de salud en pro de la equidad.</p>	<p>CSP26.10 Prioridad de cooperación en grupos especiales (discapacitados). 2002.</p> <p>CE 130/12 p.38 Fomentar la capacidad nacional para mejorar el desempeño de los servicios de salud con miras a reducir las inequidades en el acceso, la utilización y las repercusiones sobre la salud.</p>
<p>Estrategia 03: Impulsar acciones dirigidas a operacionalizar las principales conclusiones planteadas por el análisis de la situación de la discapacidad realizado en el país, mediante la formulación de planes específicos de intervención principalmente en lo relacionado a la equidad, calidad y acceso a servicios de salud, acceso a los servicios sociales y accesibilidad física.</p>				

Área específica 02: Seguridad alimentaria y nutricional en grupos prioritarios					
Estrategia 01: Apoyar el desarrollo de proyectos para la diversificación de la producción para el autoconsumo y la comercialización en familias de escasos recursos y promover la articulación interinstitucional en apoyo a estas familias.					
Área 2	MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
	<p>Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.</p> <p>Meta 1. Reducción del porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar. Indicador 1</p> <p>Meta 2. Reducción del porcentaje de niños con bajo peso al nacer. Indicador 5</p>	<p>Resolución WHA54.2 Nutrición del lactante y del niño pequeño (2001).</p> <p>Resolución WHA55.25 Nutrición del lactante y el niño pequeño (2002).</p>	<p>Resolución CD42.R3 Protección de alimentos (2000).</p>	<p>RESSCAD XV RESSCAD Acuerdo 10: Aprobación de proyecto Concertación nacional para las acciones de seguridad alimentaria nutricional (1999)</p>	<p>CE 130/12 p.45 Crear mecanismos para mejorar liderazgo político y la coordinación interinstitucional e intersectorial.</p>
	<p>Objetivo 8. Garantizar una asociación nacional para el desarrollo.</p> <p>Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio, que incluya buena gestión pública y la reducción de la pobreza. Indicador 34</p> <p>Meta 16. Desarrollar, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo. Indicador 45</p>	<p>Resolución WHA56.23 Evaluación conjunta FAO/OMS Comisión del código alimentario 33 (2003).</p>	<p>Se insta a los E.M. a que organicen programas de protección de alimentos como una función esencial de salud pública con una activa coordinación entre los sectores de salud y agricultura y la industria.</p>	<p>INCAP/CD LIII Reunión Consejo Directivo (2002), resolución No2: Impulsar programa centroamericano sobre alimentos fortificados con énfasis en hierro (iniciativa GAIN).</p> <p>LIV Reunión Consejo Directivo (2003), resolución No.2: iniciativas efectivas en SAN en nivel local.</p>	<p>CE 130/12 p. 28 Apoyar intervenciones integradas y comunitarias.</p>

Estrategia 02: Promover la formación y funcionamiento de los Consejos Cantonales de SAN en los cantones prioritarios para la elaboración de planes de acción locales y la correspondiente cartera de proyectos productivos.				
MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.</p> <p>Meta 1. Reducción del porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar. Indicador 1</p> <p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves. Indicador 23</p> <p>Objetivo 8. Garantizar una asociación nacional para el desarrollo.</p> <p>Meta 16. Desarrollar, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo. Indicador 45.</p>	<p>WHA.55.11</p> <p>Formular y aplicar estrategias sostenibles para reducir la pobreza y a incluirla en planes.</p>		<p>RESSCAD</p> <p>XVII RESSCAD Acuerdo 11: Planes de acción intersectoriales de SAN (2001).</p> <p>LII Reunión en Nicaragua 2001 SAN estrategia para la reducción de pobreza.</p>	
Estrategia 03: Impulsar el desarrollo de políticas públicas en las municipalidades de cantones prioritarios para la inserción de familias pobres en el sistema productivo alimentario local.				
<p>Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.</p> <p>Meta 2. Reducción del porcentaje de niños con bajo peso al nacer. Indicador 4 y 5</p>	<p>Resolución WHA52.24</p>		<p>RESSCAD</p> <p>XV RESSCAD (1999)</p> <p>Revitalizar proyectos de SAN en todas las fronteras de la subregión.</p>	<p>CE 130/12 p.45</p> <p>Crear mecanismos para mejorar el liderazgo político, la abogacía y la coordinación intersectorial para forjar alianzas benéficas.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves. Indicador 23</p> <p>Objetivo 8. Garantizar una asociación nacional para el desarrollo.</p> <p>Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio, que incluya buena gestión pública y la reducción de la pobreza. Indicador 34</p>	<p>Prevención y control de los trastornos por carencia de yodo (1999).</p> <p>Resolución WHA53.15 Inocuidad de alimentos (2000).</p>		<p>INCAPI/CD XIX COMISCA Acuerdo 7: Declarar a la inseguridad alimentaria nutricional como un problema de estado (2003).</p> <p>LII Reunión Consejo Directivo (2001), resolución No.2: Ordenamiento y optimización de la inversión social en seguridad alimentaria y nutricional.</p> <p>Resolución No.3: Programa centroamericano sobre alimentos fortificados con énfasis en hierro, iniciativa GAIN (2001).</p>	
<p>Área 2 Reducción de la exclusión e inequidades en salud</p>	<p>Área específica 03: Entornos saludables para poblaciones postergadas</p>			
<p>Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal. Meta 3. Velar porque los niños de todo el mundo puedan terminar un ciclo de enseñanza primaria. Indicador 8</p>		<p>Resolución CD43.R15 Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible (2002).</p>		<p>CSP26.10 Área prioritaria promoción de entornos físicos seguros (2002).</p>
<p>Estrategia 01: Apoyar la formulación de programas de entornos saludables con especial énfasis en vivienda y escuelas saludables y dirigir la cooperación técnica a los grupos comunitarios organizados como las ASDI y el sector salud, vivienda, educación, el IMAS y algunos gobiernos locales priorizados.</p>				

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves. Indicador 21</p> <p>Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</p> <p>Meta 10. Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento. Indicadores 30 y 31</p> <p>Objetivo 8. Garantizar una asociación nacional para el desarrollo.</p> <p>Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados, mediante una asignación más generosa de fondos de desarrollo social. Indicadores 33, 34 y 35</p>		<p>Se insta a los E.M. a que promuevan y colaboren con otros Ministerios o Instituciones en reformas dirigidas a mejorar la cobertura, equidad, calidad y sostenibilidad de los servicios de agua potable y saneamiento, particularmente en las zonas rurales, los pueblos pequeños y los asentamientos urbanos pobres.</p>		<p>Promover las capacidades institucionales para la implementación de políticas adecuadas y la gestión de la salud ambiental en la región; promover la movilización ciudadana para la gestión de salud ambiental con iniciativas regionales, nacionales y locales incluido el acceso oportuno a información relevante que contribuya a enriquecer la participación responsable en la búsqueda del desarrollo humano sostenible; Promover la acción mancomunada entre los sectores de salud y ambiente para procurar que los temas ambientales se incorporen en la gestión del desarrollo en salud.</p>
				<p>CSP26.10 Área prioritaria promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables (2002).</p> <p>Apoyar el desarrollo de programas integrados de PS, con participación activa de la comunidad; fortalecer estrategias de información, educación y comunicación tanto a las comunidades como a las dependencias oficiales para la toma de decisiones relativas a la salud pública y estilos de vida sanos.</p> <p>Ampliar la red de iniciativas de entornos como las escuelas sanas y los municipios saludables e incorporarlas a los planes de desarrollo local.</p>

MDG's	OMS/WHO	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves. Indicador 21</p>			<p>RESSCAD: XVII RESSCAD Acuerdo 9: Comités de gestión de riesgos (2001, 2002). Se insta a los países a que confuor-men en los ministerios de salud y en otras instituciones del sector salud, comités institucionales y sectoriales para la gestión del riesgo y fortalecer los ya existentes para el cumplimiento de acciones de prevención, mitigación y respuesta en situaciones de desastres. Se acuerda además que el tema de la gestión ante el riesgo de los desastres formará parte de la Agenda de la RESSCAD en forma permanente.</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria preparativos, gestión y respuesta en caso de desastres (2002). Fomentar la creación de códigos de construcción de instalaciones sanitarias y de suministro de agua, y sensibilizar a las instancias decisorias en los temas de mitigación y seguir promoviendo el SUMA y la formación de equipos de SUMA; promover la formulación de normas para la recopilación y difusión de información especial y acerca de vigilancia sanitaria, para la comunidad local de salud, inmediatamente después de un desastre.</p>
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves. Indicador 21</p>			<p>RESSCAD XVI RESSCAD Acuerdo 9: Gestión en control de plaguicidas (2000). Se insta a los ministerios de salud, agricultura, ambiente y recursos naturales, para que de acuerdo al legislación vigente y en forma conjunta conduzcan y apliquen medidas para</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria preparativos, gestión y respuesta en caso de desastres (2002). Promover la formación de RRRH en salud, ambiente y otros sectores y organismos afines; continuar la elaboración y amplia difusión de materi-</p>

Estrategia 02: Apoyar a los gobiernos locales priorizados y a las instituciones del sector salud en la implementación de acciones orientadas a la reducción de la vulnerabilidad ante emergencias y desastres naturales, con énfasis en los servicios de salud, agua y saneamiento.

Estrategia 03: Fortalecer las capacidades del Ministerio de Salud en el área de evaluación de riesgos para mejorar sus habilidades en la promoción y mejoramiento de las condiciones ambientales y control de vectores de la vivienda y centros educativos.

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
			<p>restringir el empleo de los doce (12) plaguicidas reconocidos por los países como responsables del mayor número de intoxicaciones y muertes, y realizar los trámites pertinentes para la prohibición de los 107 plaguicidas enuncados en la lista distribuida. (Acuerdo XVI RESSCAD-HON-09)</p>	<p>ales de adiestramiento y la actualización de normas. Promover la formulación de normas para la recopilación y difusión de información especial y acerca de vigilancia sanitaria, para la comunidad local de salud, inmediatamente después de un desastre.</p>
<p>Área 3 Políticas, rectoría y organización del sector salud.</p>	<p>Área específica 01: Políticas de salud y fortalecimiento de la rectoría.</p>			
		<p>Resolución CD42.R/14 Funciones esenciales de salud pública (2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se insta a los Estados Miembros a utilizar la medición del desempeño de las FESP para mejorar la práctica y fortalecer el papel rector de las autoridades sanitarias a todos los niveles del Estado. <p>Proyecto de Presupuesto por programas 2004-2005.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reorientar los procesos de reforma para fortalecer la función rectora de las instituciones de las autoridades sanitarias y la capacidad institucional para el desempeño de las FESP. 	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias. - Fortalecer la práctica de la salud pública y de las FESP. <p>Acuerdo 6: Se invita a los países a formular un plan para fortalecer las FESP.</p> <p>XVIII RESSCAD COR-8 Marco de orientación de las futuras agendas del sector salud (2002).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reorientar los procesos de reforma sectorial en el marco de los principios de la nueva generación de reformas para orientarlas hacia la atención universal y con calidad. 	<p>CSP26.10. Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar la capacidad de aplicar herramientas para administrar y vigilar los servicios y las FESP - Reorientar las reformas del sector salud para fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias y de las FESP.

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal.</p> <p>Meta 3. Incrementar la tasa de alfabetización de las personas en edades comprendidas entre los 15 y 24 años.</p>	<p>Estrategia 02: Apoyar la formulación de un marco conceptual y operativo renovado para el ejercicio de la rectoría en salud y para el desarrollo de instancias de concertación sectorial.</p>	<p>Resolución CD42.R14 Funciones esenciales de salud pública (2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se insta a los Estados Miembros a utilizar la medición del desempeño de las FESP para mejorar la práctica y fortalecer el papel rector de las autoridades sanitarias a todos los niveles del Estado. <p>Proyecto de Presupuesto por Programas 2004-2005.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de marcos de referencia, metodologías e instrumentos para análisis sectorial, evaluación de procesos de reforma y desempeño de los sistemas de salud <p>Resolución CD42.R14 Funciones esenciales de salud pública (2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se insta a los Estados Miembros a utilizar la medición del desempeño de las FESP para mejorar la práctica y fortalecer el papel rector de las autoridades sanitarias a todos los niveles del Estado. 	<p>RESSCAD</p> <p>XVI RESSCAD Acuerdo 14: Aprobación de iniciativa de medición de funciones esenciales (2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias - Fortalecer la práctica de la salud pública y de las FESP <p>Acuerdo 6: Se invita a los países a formular un plan para fortalecer las FESP</p> <p>XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reorientar los procesos de reforma sectorial en el marco de los principios de la nueva generación de reformas para orientarlas hacia la atención universal y con calidad. <p>XVI RESSCAD Acuerdo 14: Aprobación de iniciativa de funciones esenciales (2000, 2001).</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar la capacidad de aplicar herramientas para administrar y vigilar los servicios y las FESP - Reorientar las reformas del sector salud para fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias y de las FESP. <p>CSP26.10 Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2000).</p> <p>Fomentar la capacidad nacional para organizar, administrar y evaluar los sistemas de salud, en especial, los procesos de reforma sectorial y sus resultados.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CDI/GPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Área 3 Políticas, rectoría y organización del sector salud.</p> <p>Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. Indicadores: 22 y 24.</p>	<p>Área específica 02: Fortalecimiento del diálogo y la participación social.</p> <p>Estrategia 01: Impulsar el desarrollo de estrategias comunitarias orientadas a mejorar la participación social y un mejor ejercicio de la ciudadanía en temas de salud prioritarios, con énfasis en los cantones priorizados.</p> <p>Orientación estratégica OMS-2 Promover modos de vida sanos y reducir los factores de riesgo para la salud humana de origen ambiental, social y comportamental (1999). OMS-3 Establecer sistemas de salud que mejoren de forma equitativa los resultados sanitarios (1999).</p>	<p>Proyecto de Presupuesto por Programas 2004-2005. - Mejorar capacidades institucionales para que Gobierno y Sociedad concerten acciones para mejorar la salud.</p>	<p>- Fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias - Fortalecer la práctica de la salud pública y de las FESP Acuerdo 6: Se invita a los países a formular un plan para fortalecer las FESP XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001). - Reorientar los procesos de reforma sectorial en el marco de los principios de la nueva generación de reformas para orientarlas hacia la atención universal y con calidad</p>	<p>CSP26.10 Áreas prioritarias: -Promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables. Ayudar a los países a esbozar programas integrados de promoción de la salud con objetivos cuantificables y fomentar la participación de los ciudadanos.</p> <p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001). Se propone que la RESSCAD adopte un marco orientador que ordene las nuevas agendas de reforma sectorial y que incluya entre sus áreas críticas, el impulso a la participación y el control social en la gestión de la salud.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
	<p>Respalda la participación activa de las comunidades locales y los grupos voluntarios en la atención primaria de salud.</p> <p>Resolución WHA53.23 Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo (2000).</p> <p>Resolución WHA 56.6 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25 aniversario (2003).</p> <p>Reafirmar compromiso con la estrategia de Salud para Todos, en particular con la consecución de sistemas de salud equitativos, económicos, asequibles y sostenibles, basados en la APS.</p>			<p>-Promoción de entornos físicos seguros.</p> <p>Promover la movilización ciudadana para la gestión de la salud ambiental con iniciativas nacionales y locales, incluido el acceso oportuno a información relevante que contribuya a enriquecer la participación responsable en la búsqueda del desarrollo humano sostenible.</p> <p>- Procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2002).</p> <p>Fomentar la capacidad nacional para mejorar el desempeño de los servicios de salud con miras a reducir las desigualdades en el acceso, la utilización y las repercusiones sobre la salud.</p>
<p>Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.</p> <p>Indicadores: 22 y 24.</p>	<p>Resolución WHA 56.6 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25 aniversario (2003).</p> <p>Respalda la participación activa de las comunidades locales y los grupos voluntarios en la atención primaria de salud.</p>	<p>Resolución CD44.R6 Atención primaria de salud en las Américas (2003).</p> <p>Se solicita a los E.M. a que respalden la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud.</p>	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001).</p> <p>Se propone que la RESSCAD adopte un marco orientador que ordene las nuevas agendas de reforma sectorial y que incluya entre sus áreas</p>	<p>CSP26.10 Áreas prioritarias:</p> <p>-Promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables.</p> <p>Ayudar a los países a esbozar programas integrados de promoción de la salud con objetivos cuantificables y fomentar la participación de los ciudadanos.</p>

MDG's	OMS/WHHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
			<p>críticas, el impulso a la participación y el control social en la gestión de la salud.</p>	<p>Aumentar la información, la educación y la comunicación, tanto a las comunidades como a las dependencias oficiales, para la toma de decisiones relativas a la salud pública y estilos de vida sanos.</p> <p>-Promoción de entornos físicos seguros.</p> <p>Promover la movilización ciudadana para la gestión de la salud ambiental con iniciativas nacionales y locales, incluido el acceso oportuno a información relevante que contribuya a enriquecer la participación responsable en la búsqueda del desarrollo humano sostenible.</p>
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. Indicadores: 22 y 24.</p>	<p>Resolución WHA 56.6 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25 aniversario (2003). Respalda la participación activa de las comunidades locales y los grupos voluntarios en la atención primaria de salud.</p>	<p>Resolución CD44.R6 Atención primaria de salud en las Américas (2003). Se solicita a los E.M. a que respalden la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud.</p>	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001). Punto 8. Impulsar la participación social y el control social en la gestión de salud.</p>	<p>CSP26.10 Áreas prioritarias: -Promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables. Ayudar a los países a esbozar programas integrados de promoción de la salud con objetivos cuantificables y fomentar la participación de los ciudadanos.</p>
	<p>Estrategia 03: Apoyar a las instituciones para el desarrollo de mecanismos orientados a mejorar la participación ciudadana y el control social en salud, mediante espacios de discusión, análisis, coordinación y concertación de acciones y recursos, en temas prioritarios en salud.</p>			

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
				<p>Aumentar la información, la educación y la comunicación, tanto a las comunidades como a las dependencias oficiales, para la toma de decisiones relativas a la salud pública y estilos de vida sanos.</p> <p>-Promoción de entornos físicos seguros.</p> <p>Promover la movilización ciudadana para la gestión de la salud ambiental con iniciativas nacionales y locales, incluido el acceso oportuno a información relevante que contribuya a enriquecer la participación responsable en la búsqueda del desarrollo humano sostenible.</p> <p>- Procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2002).</p> <p>Fomentar la capacidad nacional para mejorar el desempeño de los servicios de salud con miras a reducir las desigualdades en el acceso, la utilización y las repercusiones sobre la salud.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CDI/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 8. Garantizar una Asociación Mundial para el Desarrollo.</p> <p>Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones. Indicadores: 47 y 48.</p>		<p>Resolución CD44.R6 Atención primaria de salud en las Américas (2003). Se solicita a los E.M. a que promuevan el mantenimiento y fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en la atención primaria de salud.</p>	<p>RESSCAD: XVII RESSCAD Acuerdo 8: los países participantes de INFOCOM elaborarán un plan nacional para implementar y desarrollar el INFOCOM.</p>	<p>CSP26.10 Áreas prioritarias: -Promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables. Aumentar la información, la educación y la comunicación, tanto a las comunidades como a las dependencias oficiales, para la toma de decisiones relativas a la salud pública y estilos de vida sanos.</p> <p>-Promoción de entornos físicos seguros. Promover la movilización ciudadana para la gestión de la salud ambiental con iniciativas nacionales y locales, incluido el acceso oportuno a información relevante que contribuya a enriquecer la participación responsable en la búsqueda del desarrollo humano sostenible.</p>

Estrategia 04: Apoyar el fortalecimiento de las áreas de comunicación de las instituciones de salud para una gestión adecuada de la información pública en salud, así como en el establecimiento de alianzas con medios de comunicación masivos.

Área específica 03: Desarrollo de un sistema nacional de información en salud.				
Área 3 Políticas, rectoría y organización del sector salud	Estrategia 01: Apoyar el intercambio de experiencias y la investigación en el Ministerio de Salud, la CCSS e INCIENSA y sus direcciones regionales correspondientes para el fortalecimiento del subsistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y desarrollar la capacidad de análisis de situación de salud en los distintos niveles.			
MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.</p> <p>Indicadores: 18, 21 y 23</p>	<p>WHA 55.17 Prevención y control de la fiebre del dengue y del dengue hemorrágico.</p> <p>WHA 56.30 Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA. Se exhorta a los Estados Miembros a que refuercen las medidas de cooperación y apoyo tanto de forma bilateral como multilateral para luchar contra la epidemia del VIH/SIDA.</p>	<p>Resolución CD44.R6 Atención primaria de salud en las Américas (2003). Se solicita a los E.M. a que promuevan el mantenimiento y fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en la atención primaria de salud.</p>	<p>RESSCAD XV RESSCAD Acuerdo 24: Ampliar cobertura del proyecto INFOCOM (1999).</p> <p>XVII RESSCAD Acuerdo 8: Plan de implementación de INFOCOM (2001, 2002).</p> <p>INCAP/CD LIII Reunión Consejo Directivo (2002), Resolución No.5: Instruimos al INCAP/OPS a incluir SAN en las estrategias de promoción y prevención de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria recopilación, análisis y difusión de la información (2002).</p>
Estrategia 02. Promover la coordinación interinstitucional entre el Banco Central y el Ministerio de Salud, en sus diferentes instancias, para el desarrollo del subsistema de información financiera y de Cuentas Nacionales en Salud.				
		<p>Se solicita a los E.M. a que respalden la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud.</p>	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001).</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria recopilación, análisis y difusión de la información (2002).</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 8. Garantizar una asociación nacional para el desarrollo.</p> <p>Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.</p> <p>Indicadores: 47 y 48</p>		<p>Resolución CD42.R14 Funciones esenciales de salud pública (2000). Se insta a los E.M. a que participen en un ejercicio regional, auspiciado por la OPS/OMS, de medición del desempeño de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y para fortalecer el rol rector de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado.</p> <p>Resolución CD44.R6 Atención primaria de salud en las Américas (2003).</p> <p>Se solicita a los E.M. a que promuevan el mantenimiento y fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en la atención primaria de salud.</p>	<p>RESSCAD</p> <p>-XV RESSCAD Acuerdo 4: Implementar WINSIG (1998).</p> <p>-XVI RESSCAD Acuerdo 14: Aprobación de iniciativa de medición de funciones esenciales (2001).</p> <p>-XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001).</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria recopilación, análisis y difusión de la información (2002).</p>

Estrategia 03: Apoyar el fortalecimiento del subsistema de información para la evaluación de la calidad de la atención de la red de servicios y la identificación de los factores que dificultan su acceso, el cual incluirá la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

Área específica 01: Asignación de recursos en salud.					
Estrategia 01: Apoyar procesos para la formulación de criterios técnicos y mecanismos para la asignación de presupuestos en salud en los niveles sectorial, institucional y operativo.					
Área 4 Financiamiento de la salud.	MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
		<p>Resolución WHA 54.13 (2001). Que los países revisen con miras a aumentar los recursos destinados a la cooperación para el desarrollo.</p> <p>Resolución WHA 55.11 (2002). Salud y desarrollo sostenible. Aplicación por parte de los países del principio 20:20 (al menos 20% de la asistencia oficial para el desarrollo y al menos 20% del Presupuesto han de destinarse a gastos de servicio social.</p>	<p>Resolución CD44.R6 Atención primaria de salud en las Américas (2003). Se insta a los E.M. a que hagan esfuerzos por que el desarrollo de que el desarrollo de la atención primaria cuente con los recursos necesarios que asegure su contribución a la reducción de las desigualdades en salud.</p>	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001). Asegurar mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos eficientes y solidarias</p> <p>XVIII RESSCAD COR-8: Marco de orientación de las futuras agendas de reforma del sector salud (2002). Desarrollar mecanismos de financiamiento y asignación de recursos en pro de la equidad.</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2000).</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CDI/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.</p> <p>Indicadores: 18 y 23</p>	<p>Resolución WHA 55.11 (2002). Salud y desarrollo sostenible. Destinar fondos para que se realicen investigaciones sanitarias.</p>	<p>Resolución CD44.R6 Atención primaria de salud en las Américas (2003).</p> <p>Asignar recursos necesarios para que la APS contribuya a la reducción de las desigualdades en salud. Se solicita a la Directora de OPS/OMS a organizar una consulta regional para la definición de las futuras orientaciones estratégicas y programáticas en relación con la APS.</p>	<p>RESSCAD</p> <p>XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001).</p> <p>Asegurar mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos eficientes y solidarios.</p> <p>Se propone que la RESSCAD adopte un marco orientador que ordene las nuevas agendas de reforma sectorial y que incluya entre los temas el de asegurar los mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos que sean eficientes y solidarios.</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2000).</p>
<p>Estrategia 02: Desarrollar investigaciones y estudios de costo efectividad en programas de salud pública y servicios de salud seleccionados, que ayuden a fundamentar la formulación de criterios técnicos de asignación de recursos en el sector salud.</p>	<p>Estrategia 03: Fortalecer los mecanismos de asignación de fondos a establecimientos de salud de la CCSS.</p>	<p>RESSCAD</p> <p>XVIII RESSCAD COR-8: Marco de orientación de las futuras agendas de reforma del sector salud (2002).</p> <p>Desarrollar mecanismos de financiamiento y asignación de recursos en pro de la equidad.</p>		

Área específica 02: Aseguramiento en salud de los grupos excluidos.				
Área 4 Financiamiento de la salud.				
MDG's	OMS/WHA	OPSID/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.</p> <p>Indicador. 23.</p>	<p>Programa General de Trabajo 2000-2005</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar sistemas de salud que mejoren de manera equitativa los resultados sanitarios para que respondan a las demandas de la población y sean financieramente justos. <p>Resolución WHA54.13 Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo (2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se insta a los Estados miembros a que respondan a las necesidades de los sectores más vulnerables de sus poblaciones. 	<p>Resolución CD44.R6 Atención primaria de salud en las Américas (2003).</p> <p>Asignar recursos necesarios para que la APS contribuya a la reducción de las desigualdades en salud.</p>	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar la protección social en el campo de la salud y lograr la equidad en el acceso a los servicios. 	<p>CSP26.10 Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La OSP colaborará con los países a identificar grupos con desigualdades en los resultados de salud o en el acceso a los servicios. - La OSP centrará la cooperación técnica en ocho áreas prioritarias, incluyendo el acceso universal a sistemas sanitarios integrados, equitativos y sostenibles.
	<p>Estrategia 02: Desarrollar investigaciones que contribuyan a implementar las políticas y los planes para extender el seguro público de salud a grupos prioritizados.</p>			
	<p>Resolución WHA54.13 Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo (2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se insta a los Estados a que sigan prestando apoyo para la investigación en salud con beneficio potencial para todos y especialmente para los más pobres. 	<p>Resolución CD44.R6 Atención primaria de salud en las Américas (2003).</p> <p>Asignar recursos necesarios para que la APS contribuya a la reducción de las desigualdades en salud.</p>	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar la protección social en el campo de la salud y lograr la equidad en el acceso a los servicios. 	<p>CSP26.10 Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2000).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extender la protección social en materia de salud a los trabajadores del sector informal. - Fomentar la capacidad nacional pa

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
				ra mejorar el desempeño de los servicios de salud para reducir las desigualdades en el acceso, utilización y las repercusiones sobre la salud.
Área 4				
Financiamiento de la salud.				
Área específica 03: Financiamiento y gasto en el sector salud.				
Estrategia 01: Apoyar el desarrollo de nuevos modelos de financiamiento del sector salud, que incluyan fuentes e instrumentos complementarios a los actuales.				
	Resolución WHA54.13 Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo (2001). Que los países revisen con miras a aumentarlos los recursos destinados a la cooperación para el desarrollo. Resolución WHA54.13 Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo (2001).		RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001). Asegurar mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos eficientes y solidarios.	CSP26.10 Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2000).
Estrategia 02: Colaborar con la formulación de propuestas de modelos alternativos para mejorar las tarifas y la recaudación de fondos para el sector salud.				
	Resolución WHA54.13 Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo (2001) Que los países revisen con miras a aumentarlos los recursos destinados a la cooperación para el desarrollo.		RESSCAD XIV RESSCAD Acuerdo 18 (1988): Utilización del WINSIG como sistema de análisis de costos, procesos de asignación de recursos, tarifas, venta de servicios y facturación. XV RESSCAD Acuerdo 4: Implementar WINSIG (1999).	CSP26.10 Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2000).

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
			<p>XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001). Asegurar mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos eficientes y solidarias.</p>	
	<p>Estrategia 03: Apoyar el desarrollo de análisis financieros de los programas preventivos y de los servicios en sus diferentes niveles de atención con el fin de mejorar la calidad del gasto y optimizar los mecanismos de asignación presupuestaria.</p>			
	<p>Resolución WHA 55.11 (2002). Salud y desarrollo sostenible. 1.b) Asignar recursos suficientes para sostener los programas nacionales de vacunación.</p>	<p>CD 43 (2002). Asignar recursos suficientes para sostener los programas nacionales de vacunación (R.2.b) y redoblar esfuerzos para movilizar más recursos financieros para VIH/SIDA (R.16.b). CPS 26 (2002). Instar a los Países Miembros a asignar recursos suficientes para finalizar el programa nacional de vacunación (R.9.1.a) y que asignen una alta prioridad al financiamiento de sistemas de información sobre diferencias de salud y desarrollo determinados por el género.</p>	<p>RESSCAD XIV RESSCAD Acuerdo 18 (1998) Utilización del WINSIG como sistema de análisis de costos, procesos de asignación de recursos, tarifas, venta de servicios y facturación. XV RESSCAD Acuerdo 4: Implementar WINSIG (1999).</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2000).</p>

Área específica 01: Atención a eventos de crisis sanitaria.				
MDG's	OMS/WHA	OPSI/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p>Estrategia 01: Proporcionar información actualizada y confiable (en caso de eventos relacionados con zoonosis y alimentos), sobre incidentes relacionados con la aparición y evolución de brotes en la región así como de los avances en los aspectos de diagnóstico, tratamiento y respuesta.</p>			
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Meta 08. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. Indicadores: 21 y 22.</p> <p>Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo a desarrollo.</p> <p>Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional. Indicador: 34</p> <p>Meta 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo Indicador: 46</p>	<p>Resolución WHA53.15 Inocuidad de los alimentos (2000). Se insta a los EM aplicar medidas preventivas sistemáticas y sostenibles para reducir de manera significativa la aparición de enfermedades de transmisión alimentaria. Establezcan y mantengan medios nacionales y, cuando proceda, regional para vigilar las enfermedades de transmisión alimentaria y vigilar y controlar los microorganismos y las sustancias químicas presentes en los alimentos. Resolución WHA54.14 Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias. (2001) Insta a los EM a que junto a la OMS y otros asociados técnicos, participen en la verificación y la validación de los datos y la información de vigilancia relativos a las emergencias sanitarias de interés internacional.</p>	<p>Resolución CD 40.R14 Hantavirus (1997) Se insta a los EM a intensificar medidas de vigilancia para la detección del síndrome pulmonar producido por los hantavirus. Resolución CD 41.R14 Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia a los antimicrobianos (1999). Insta a los EM a fortalecer la infraestructura para el desempeño eficiente de las redes de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, con especial atención de pronta alarma y rápida respuesta; Incrementar el intercambio regional de información sobre la ocurrencia de brotes de enfermedades emergentes y reemergentes de importancia para la salud regional y global.</p>	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 3 Enfermedades emergentes y reemergentes (2002) Adoptar y hacer efectiva la propuesta de constitución y funcionamiento de Grupos Técnicos Nacionales para la vigilancia y respuesta a las enfermedades emergentes y reemergentes de potencial epidémico y apoyar la Red Centroamericana de Enfermedades Emergentes y Reemergentes (RECACER) y la conformación de la Red Centroamericana de Medicina de los Trópicos (RECAMET).</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria Prevención, control y reducción de las enfermedades transmisibles (2002). Todos los sistemas nacionales vigilarán las enfermedades clave, la resistencia a los antibióticos, las toxoinfecciones alimentarias, los brotes epidémicos de transmisión hídrica, y la información se compartirá en tiempo real.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
	<p>Resolución WHA55.17 Prevención y control de la fiebre del dengue y del dengue hemorrágico (2002) Insta a los EM a fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para la vigilancia, prevención, control y tratamiento de la fiebre del dengue y la fiebre del dengue hemorrágico; fortalecer la capacidad de los laboratorios de diagnóstico, así como la vigilancia clínica y epidemiológica de la fiebre del dengue y del dengue hemorrágico.</p> <p>Resolución WHA56.23 Evaluación conjunta FAO/OMS de los trabajos de la comisión del CODEX Alimentarius. (2003) Insta a los EM aplicar plenamente en toda la cadena alimentaria las normas del CODEX para la protección de la salud humana, incluida la prestación de asistencia para efectuar elecciones saludables en materia de nutrición y regímenes alimentarios.</p> <p>Resolución WHA56.28 Revisión del reglamento sanitario internacional (2003) Insta a los EM a establecer de inmediato un grupo especial permanente</p>	<p>Resolución CD 42.R3 Protección de los alimentos (2000) Insta a los EM a fortalecer sistemas de vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos, para que la información permita orientar las medidas de prevención y control de estas enfermedades; a actualizar y modernizar los sistemas de inspección y control de los alimentos, teniendo en cuenta las normativas del CODEX Alimentarius y las medidas sanitarias de los Acuerdos sobre Normas Sanitarias y Fitosanitarias.</p> <p>Resolución CD 43.R13 Reglamento Sanitario Internacional (2002) Insta a los EM a participar activamente en la revisión del reglamento sanitario internacional, tanto en el plano nacional como dentro de los programas de trabajo de los sistemas de integración regional.</p> <p>Resolución CD 43.R4 Dengue y dengue hemorrágico (2002) Insta a los EM normalizar la notificación de casos de dengue en toda la Región para mejorar el intercambio</p>		

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
	<p>nacional u otro grupo equivalente, y a que designen en él a uno o varios funcionarios con responsabilidades operativas y accesibles en todo momento por teléfono o por medios electrónicos para asegurar, especialmente en caso de emergencia la rapidez tanto de las notificaciones a la OMS como de las consultas con las autoridades nacionales, cuando deban adoptarse decisiones urgentes; Asegurar la colaboración, cuando proceda con organismos veterinarios y agrícolas; así como con otros organismos pertinentes de atención veterinaria, para realizar investigaciones sobre medidas de prevención y control, incluidas su planificación y aplicación.</p> <p>Resolución WHA56.29 Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) (2003). Insta a los EM aplicar las directrices recomendadas por la OMS en materia de vigilancia, con inclusión de las relativas a las definiciones y la gestión de casos; a colaborar con la red mundial OMS de alerta y respuesta ante brotes epidémicos. A adoptar medidas para mitigar los efectos perjudiciales de la epidemia</p>	<p>de información y permitir que todos los países conozcan bien la situación del dengue etc;</p> <p>Resolución CD44.R9 Dengue(2003) Insta a los EM: Considerar el dengue como un problema de prioridad nacional; Establecer el procesamiento de la información epidemiológica y se de uniformidad a los datos de las estadísticas básicas de dengue.</p> <p>Resolución CD 44.R8. Pandemia de Influenza (2003) Insta a los EM: Evaluar la salud social, y la repercusión económica de las epidemias anuales de influenza.</p>		

MDG's	OMS/WHA	OPSCD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
	del SRAS en la salud de la población, los sistemas sanitarios y el desarrollo socioeconómico.			
	<p>Estrategia 02: Apoyar el desarrollo de planes nacionales de contingencia para enfrentar brotes epidemiológicos, haciendo énfasis en aquellos que podrían generar situaciones de crisis sanitaria en el sector salud.</p>			
<p>Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.</p> <p>Meta 03. Velar para que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.</p> <p>Indicadores: 6, 7 y 8</p> <p>Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 08. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.</p> <p>Indicadores: 22.</p>		<p>Resolución WHA54.14 Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias. (2001) Insta a los EM a elaborar y actualizar planes nacionales de preparación y respuesta.</p> <p>Resolución WHA56.19 Prevención y control de las pandemias y epidemias anuales de gripe (2003) Insta a los EM: A elaborar y aplicar planes nacionales de preparación para pandemias de gripe, prestando especial atención a la necesidad de asegurar un suministro suficiente de vacunas, agentes antivirales y otros medicamentos vitales, de conformidad con el programa mundial y vigilancia del control de la gripe.</p>	<p>Resolución CD 40.R14 Hantavirus (1997) Se insta a los EM: A promover investigaciones multidisciplinarias e intersectoriales sobre la ecología de la infección con el objetivo de definir medidas de prevención adecuadas a las realidades epidemiológicas.</p> <p>Resolución CD 40.R15 Informe sobre el control del aedes aegypti (1997) Se insta a los EM: Que en el marco del plan continental para combatir el aedes aegypti asignen recursos humanos y financieros para la ejecución de planes nacionales y a la vez que se reconozca la importancia de movilizar y facilitar a las comunidades para crear entornos limpios y sin riesgos.</p>	

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
		<p>Resolución WHA56.29 Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) (2003)</p> <p>Insta a los EM a utilizar experiencias con el SRAS en materia de preparación y respuesta, para reforzar la capacidad epidemiológica y de laboratorio en el marco de los planes de preparación a fin de responder a la próxima infección emergente, la próxima pandemia de gripe y la posible utilización deliberada de un agente biológico para causar daño.</p>	<p>Resolución CD 42.R3 Protección de los alimentos (2000) Insta a los EM: Organizar programas de protección de los alimentos como una función esencial de salud pública con una activa coordinación entre los sectores de salud, agricultura y la industria.</p> <p>Resolución CD 43.R4 Dengue y dengue hemorrágico (2002) Insta a los EM: Que implanten mecanismos de emergencia y preparativos para hacer frente a los brotes y epidemias.</p> <p>Resolución CD 43.R5 XII RIMSA (2002) Insta a los EM: Fortalecer acciones intersectoriales para la organización y ejecución de planes nacionales y regionales estratégicos de erradicación de la fiebre aftosa, el control y eliminación de las zoonosis y el control de la inocuidad de los alimentos.</p> <p>Resolución CD 44.R8. Pandemia de Influenza (2003) Insta a los EM: Preparar y poner en práctica planes nacionales de preparativos para las</p>	

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
			<p>pandemias de influenza, con atención a la vigilancia de la circulación viral, las estrategias de vacunación, atención médica, suministros médicos y las comunicaciones.</p> <p>Activar comités de preparativos para situaciones de emergencias nacionales, así como grupos de trabajo nacionales multidisciplinarios sobre la pandemia de influenza que tienen la responsabilidad de elaborar estrategias a largo plazo.</p> <p>Resolución CD44.R9 Dengue(2003) Insta a los EM: Formación de grupos que planifiquen, coordinen y evalúen las tareas que emanan de la estrategia nacional.</p>	
<p>Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.</p> <p>Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones Indicadores: 47 y 48</p>	<p>Resolución WHA54.14 Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias. (2001) Insta a los EM a que desarrollen la capacitación del personal interesado y el intercambio de prácticas adecuadas entre especialistas en respuesta a las alertas.</p>	<p>Resolución CD 42.R3 Protección de los alimentos (2000) Insta a los EM: A que provean los recursos necesarios para el desarrollo de los programas en protección de alimentos.</p>		<p>Estrategia 03: Fortalecer procesos de capacitación sobre la vigilancia, la información, la atención médica y los procedimientos de laboratorio relacionados con la respuesta a los agentes patógenos más peligrosos identificados.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
	<p>Resolución WHA56.19 Prevención y control de las pandemias y epidemias anuales de gripe (2003) Insta a los EM: A fortalecer la capacidad nacional de vigilancia y de laboratorio y según corresponda, presten más apoyo a los centros nacionales de lucha anti-gripal.</p> <p>Resolución WHA56.29 Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) (2003) Insta a los EM a fortalecer en la medida posible, la capacidad de vigilancia y control de SRAS, formulando o potenciando programas nacionales de lucha contra las enfermedades transmisibles.</p>	<p>Resolución CD 43.R4 Dengue y dengue hemorrágico (2002) Que presten la asistencia apropiada a los enfermos dentro y fuera del sector sanitario formal, incluido el reconocimiento de la enfermedad, diagnóstico, y respuesta adecuada.</p> <p>Resolución CD 44.R8. Pandemia de Influenza (2003) Insta a los EM Activar grupos de trabajo nacionales multidisciplinarios sobre la pandemia de influenza que tienen la responsabilidad de elaborar estrategias a largo plazo.</p> <p>Resolución CD44.R9 Dengue(2003) Insta a los EM: Que el dengue se incorpore en los sistemas de vigilancia sindrómica de enfermedades febriles axantemáticas.</p>		

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal.</p> <p>Meta 03. Velar para que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.</p> <p>Indicadores: 6, 7 y 8</p>	<p>Resolución WHA54.14 Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias. (2001)</p> <p>Insta a los EM a que actualicen regularmente la información sobre los recursos disponibles para vigilar las enfermedades infecciosas y luchar contra ellas.</p>	<p>Resolución CD 40.R14 Hantavirus (1997)</p> <p>Se insta a los EM:</p> <p>A estimular por medio de la información, la educación y la comunicación a todos los niveles de la comunidad, la adopción de buenas prácticas de saneamiento ambiental.</p>		
<p>Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.</p> <p>Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones</p> <p>Indicadores: 47 y 48</p>	<p>Resolución WHA56.29 Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) (2003)</p> <p>Insta a los EM a que velen por que en todo momento sea posible establecer contacto por teléfono o por medios electrónicos con las personas que desempeñan responsabilidades operativas.</p>	<p>Resolución CD 42.R3 Protección de los alimentos (2000)</p> <p>Insta a los EM:</p> <p>A buscar la activa participación de productores, procesadores, manipuladores y consumidores de alimentos a través de programas de comunicación y educación sanitaria.</p> <p>Resolución CD 43.R4 Dengue y dengue hemorrágico (2002)</p> <p>Incorporar en los programas de prevención y control del dengue la participación comunitaria, la educación sanitaria y estrategias de comunicación social dirigidas a promover cambios de conductas.</p>		

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
		<p>Resolución CD44.R9 Dengue(2003) Insta a los EM: Garantizar la sostenibilidad de la comunicación social y educación sanitaria, utilizando todas las vías disponibles, para lograr cambios de conducta que favorezcan la eliminación de los criaderos del vector.</p>		
	<p>Estrategia 05: Apoyar los procesos de capacitación sobre vigilancia, información y procedimientos relacionados con agentes patógenos transmitidos por agua.</p>			
<p>Objetivo 7. Meta 10. Reducir a la mitad, para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamientos. Indicadores: 30 y 31</p>	<p>Resolución WHA53.15 Inocuidad de los alimentos (2000): Se insta a los EM Aplicar medidas preventivas sistemáticas y sostenibles para reducir de manera significativa la aparición de enfermedades de transmisión alimentaria. Establezcan y mantengan medios nacionales y, cuando proceda, regional para vigilar las enfermedades de transmisión alimentaria y vigilar y controlar los microorganismos y las sustancias químicas presentes en los alimentos. Resolución WHA54.14 Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias. (2001)</p>	<p>Resolución CD 42.R3 Protección de los alimentos (2000) Insta a los EM a fortalecer sistemas de vigilancia de las enfermedades transmitidas por los alimentos, para que la información permita orientar las medidas de prevención y control de estas enfermedades. A actualizar y modernizar los sistemas de inspección y control de los alimentos, teniendo en cuenta las normativas del CODEX Alimentarius y las medidas sanitarias de los Acuerdos sobre Normas Sanitarias y Fitosanitarias</p>	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 3 Enfermedades emergentes y re-emergentes (2002) Adoptar y hacer efectiva la propuesta de constitución y funcionamiento de Grupos Técnicos Nacionales para la vigilancia y respuesta a las enfermedades emergentes y reemergentes de potencial epidémico y apoyar la Red Centroamericana de Enfermedades Emergentes y Re-emergentes (RECACER) y la conformación de la Red Centroamericana de Medicina de los Trópicos (RECAMET).</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria Prevención, control y reducción de las enfermedades transmisibles (2002) Todos los sistemas nacionales vigilarán las enfermedades clave, la resistencia a los antibióticos, las toxoinfecciones alimentarias, los brotes epidémicos de transmisión hídrica, y la información se compartirá en tiempo real.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
	<p>Insta a los EM a que junto a la OMS y otros asociados técnicos, participen en la verificación y la validación de los datos y la información de vigilancia relativos a las emergencias sanitarias de interés internacional.</p> <p>Resolución WHA54.14</p> <p>Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias. (2001)</p> <p>Insta a los EM a que actualicen regularmente la información sobre los recursos disponibles para vigilar las enfermedades infecciosas y luchar contra ellas.</p> <p>Resolución WHA56.23</p> <p>Evaluación conjunta FAO/OMS de los trabajos de la comisión del CODEX Alimentario. (2003)</p> <p>Insta a los EM aplicar plenamente en toda la cadena alimentaria las normas del CODEX para la protección de la salud humana, incluida la prestación de asistencia para efectuar elecciones saludables en materia de nutrición y regímenes alimentarios.</p> <p>Resolución WHA55.11 Salud y desarrollo sostenible (2002).</p> <p>Programa General de Trabajo 2000-2005.</p> <p>- Reducir los factores de riesgo para la salud humana, de origen ambiental.</p>	<p>normativas del CODEX Alimentario y las medidas sanitarias de los acuerdos sobre normas sanitarias y fitosanitarias</p>		

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.</p> <p>Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones</p> <p>Indicador: 47 y 48</p>	<p>Resolución WHA54.14 Seguridad sanitaria mundial: alerta y respuesta ante epidemias. (2001) Insta a los EM</p> <p>A que junto a la OMS y otros asociados técnicos, participen en la verificación y la validación de los datos y la información de vigilancia relativos a las emergencias sanitarias de interés internacional.</p> <p>Resolución WHA56.29 Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) (2003) Insta a los EM a intercambiar informaciones y experiencias sobre epidemias y sobre la prevención y el control oportunos de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, incluso entre los países con fronteras terrestres comunes.</p>	<p>Resolución CD 40.R14 Hantavirus (1997) Se insta a los EM: A fortalecer la capacidad para establecer acuerdos y mecanismos de colaboración entre los países para desarrollar la red de laboratorios destinados al diagnóstico de esta patología.</p> <p>Resolución CD 43.R4 Dengue y dengue hemorrágico (2002) Promover la coordinación intersectorial, establezcan asociaciones y apoyen las redes para fortalecer los programas de control y prevención del dengue.</p> <p>Resolución CD44.R9 Dengue(2003) Insta a los EM: Adoptar mecanismos de cooperación frontera entre los países para hacer frente a los brotes, epidemias, o para actividades básicas de prevención.</p>		

Estrategia 06: Apoyar la cooperación entre países, incluyendo las redes subregionales y la coordinación de mecanismos de respuesta rápida para ayudar a los países a enfrentar las situaciones de crisis sanitarias.

Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.	Área específica 02: Modelo de atención integral con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud.			
MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.</p> <p>Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados, mediante una asignación más generosa de fondos para el desarrollo social.</p> <p>Indicador: 34</p> <p>Meta 17. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.</p> <p>Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza.</p> <p>Indicador: 46</p>	<p>Resolución WHA54.13 Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo (2001)</p> <p>Reafirmar compromiso con la estrategia de Salud para Todos, en particular con la consecución de sistemas de salud equitativos, económicos, asequibles y sostenibles, basados en la APS.</p> <p>Resolución WHA56.6 Conferencia internacional sobre APS (2003).</p> <p>Asignar recursos suficientes para el desarrollo de la APS, con el fin de reducir las desigualdades en el ámbito de la salud; respaldar la participación activa de las comunidades locales y los grupos voluntarios en la APS.</p>	<p>Resolución CD43.R11 Promoción de la salud (2002):</p> <p>PS como asunto político al más alto nivel y prioridad en planes y programas de desarrollo local y nacional para reducir disparidades en salud de las poblaciones y comunidades vulnerables; fortalecimiento de la intersectorialidad y de la participación social activa.</p> <p>Resolución CD44.R6 Atención primaria de salud en las Américas (2003):</p> <p>Reconocer el potencial de APS para llevar a cabo una reorientación de los servicios de salud con criterios de Promoción de la Salud; Respalda la participación activa de la comunidad; asignar recursos financieros y humanos a la APS para su contribución a reducir las desigualdades en salud.</p>	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001)</p> <p>Reorientar los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades.</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria procurar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles (2002).</p> <p>Fortalecer las capacidades nacionales para mejorar el desempeño de los servicios de salud con miras a reducir las desigualdades en el acceso, utilización y las repercusiones sobre la salud.</p> <p>CSP26.10 Área prioritaria promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables (2002).</p> <p>Apoyar el desarrollo de programas integrados de PS, con participación activa de la comunidad; fortalecer estrategias de información, educación y comunicación tanto a las comunidades como a las dependencias oficiales para la toma de decisiones relativas a la salud pública y estilos de vida sanos</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Estrategia 02: Impulsar el desarrollo de estrategias de promoción y prevención con énfasis en: reducción de la mortalidad infantil y materna, salud mental, violencia intrafamiliar, accidentes de tránsito y abuso de drogas (tabaco y alcohol), que promuevan la participación de la comunidad, de los gobiernos locales, así como universidades y otros sectores con objetivos comunes.</p>	<p>Resolución WHA53.16 Convenio marco para la lucha antitabáquica (2000). Pide al Órgano de Negociación Inter-gubernamental iniciar negociaciones sobre el convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica.</p> <p>Resolución WHA54.18 Transparencia en la lucha antitabáquica (2001). Se insta a la OMS y a los Estados Miembros a estar alertas a intentos de la industria tabacalera en persistir en sus prácticas subversivas y a garantizar la probidad en el desarrollo de políticas sanitarias en todas las reuniones de la OMS y en los Estados Miembros.</p> <p>Resolución WHA56.1 Convenio Marco de la OMS. Para el Control del Tabaco (2003) Adopción del Convenio Marco para el control del tabaco y se exhorta a todos los Estados miembros y organizaciones de integración económica regional facultadas para ello a que</p>	<p>Resolución CD41.R5 Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) 1999. Insta a los EM Adopción de la estrategia AIEPI para acelerar la reducción de la Mortalidad Infantil e incorporarla entre las acciones básicas de salud a las cuales debe tener acceso toda la población a través de la red de servicios de salud(públicos y privados) y con participación de la comunidad.</p> <p>Resolución CD40.R16 Salud de los Adolescentes (1997) Insta a los EM: Abogar por la inclusión del tema de adolescencia y juventud en la agenda política y pública; Formular políticas, planes y programas con participación activa de los y las adolescentes; Fortalecer el trabajo en redes y acciones intersectoriales incorporando a universidades, ONG.s y medios de comunicación.</p>	<p>RESSCAD XVIII RESSCAD Acuerdo 4: Violencia como problema de salud pública (2002). Implementar o fortalecer sistemas de vigilancia epidemiológica de la violencia en todas sus formas, que faciliten el monitoreo de éste problema de salud pública; con base en las lecciones aprendidas en los programas de prevención de la VIF en CA, incorporar el abordaje integral e intersectorial de la violencia social.</p> <p>XVIII RESSCAD Acuerdo 5: Elaborar planes nacionales de promoción de la salud (2002). Se recomienda los países miembros de la RESSCAD elaborar planes nacionales de promoción de la salud, con el fin de integrar a todos los organismos en el desarrollo de ésta estrategia, asignando los recursos necesarios para la implementación de políticas públicas e impulsar el marco legal que las sustente.</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables (2002). Apoyar el desarrollo de programas integrados de PS, con participación activa de la comunidad; fortalecer estrategias de información, educación y comunicación tanto a las comunidades como a las dependencias oficiales para la toma de decisiones relativas a la salud pública y estilos de vida sanos.</p> <p>CSP26.10 Área prioritaria crecimiento y desarrollos sanos (2002). Centrarse en tres grupos específicos de la población para que sus plenos potencial y creatividad contribuyan al desarrollo nacional: las madres, los niños y los adolescentes a través de: desarrollo de nuevos modelos para atraer a las mujeres de manera oportuna y adecuada hacia la de atención materna; vigilancia del desarrollo biosociedad de los niños y niñas; promoción hábitos alimenticios saludables; promoción del comportamiento sexual sano y la integración</p>
<p>Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Meta 2. Reducir número de niños con peso inferior al normal. Indicadores: 4 y 5</p> <p>Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Meta 04. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferentemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015. Indicadores: 9 y 10</p> <p>Objetivo 4. Reducir la mortalidad de la niñez. Meta 5. Reducir en 2/3 partes la mortalidad de los niños menores de 5 años. Indicadores: 13, 14 y 15</p>				

MDG's	OMS/WHA	OPS/ICD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 5. Mejorar la salud materna en partes.</p> <p>Meta 6. Reducir la mortalidad materna en partes.</p> <p>Indicadores: 16 y 17</p>	<p>consideren la posibilidad de firmar, ratificar, aceptar, aprobar y a confirmar formalmente el Convenio o adherirse a él a la brevedad a fin de que entre en vigor lo antes posible.</p> <p>Resolución WHA55.10 Salud Mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción (2002).</p> <p>Insta a los Estados Miembros que presten apoyo al Programa de acción Mundial en Salud Mental de la OMS</p> <p>Resolución WHA56.24 Aplicación de las recomendaciones del informe mundial sobre violencia (2003).</p> <p>Insta a los Estados Miembros a que promuevan el IMSVS y a que apliquen activamente las conclusiones y recomendaciones del mismo para mejorar las actividades de prevención y revelación de los casos de violencia, y para proporcionar asistencia médica, psicológica, social y jurídica, así como rehabilitación a las personas que sufren por causa de la violencia.</p>	<p>Resolución CD43.R10 Salud Mental (2002).</p> <p>Ejecutar políticas y planes de salud mental en el marco de la reforma del sector salud; desarrollar estrategias para la reorientación de los servicios de salud con enfoque de APS y PS; desplazar la atención de la salud mental de hospitales psiquiátricos a la comunidad;</p> <p>Resolución CD44.R12 La familia y la salud. (2003)</p> <p>Que las políticas, planes y programas de salud, incorporen las necesidades integrales de salud de las familias y su miembros para reducir brechas e inequidades en salud</p> <p>Abordar retos nacionales en Salud Pública en el ámbito familiar para disminuir maltrato a menores, violencia de pareja y descuido a adultos mayores y a discapacitados.</p> <p>Resolución CD44.R13.(2002) Repercusión de la Violencia en la Salud:</p> <p>Prioridad en formulación de planes, programas y proyectos nacionales, regionales y locales para la prevención de la violencia de carácter social y por razón de género, etnia y clase social.</p>		<p>ción de los servicios de SSR en entornos apropiados para adolescentes mujeres y hombres; ampliar la red de iniciativas de entornos como las escuelas sanas y los municipios saludables e incorporarlas a los planes de desarrollo local.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
		<p>Resolución CD43.R12 Convenio marco para la lucha antitabáquica (2002). Insta a los Estados Miembros a: Participar activamente en el desarrollo del CMLA, fortaleciendo la coordinación multisectorial en el ámbito nacional a fin de adoptar posiciones nacionales coherentes con el mismo; desarrollar planes nacionales para la prevención del inicio del fumado (dirigido a niños y adolescentes) y promuevan la cesación mediante la aplicación y el cumplimiento de medidas eficaces; proteger a los no fumadores en particular a niños y mujeres embarazadas, de la exposición al humo de tabaco, mediante la prohibición del fumado en edificios públicos y la creación de ambientes libres de humo de tabaco.</p> <p>Resolución CSP26.R13 Estrategia regional para la reducción de la morbilidad y morbilidad materna (2002). Instar a los EM: Velar por que la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal sea una prioridad sanitaria; porque las mujeres y las adolescentes tengan acceso fácil y económico a la atención obstétrica esencial, a servicios obstétricos bien</p>		

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
		<p>dotados y con personal calificado, a la atención obstétrica de urgencia oportuna y en el nivel adecuado, a la atención post parto y a la planificación familiar; promover y desarrollar acciones de promoción de la salud basadas en la evidencia para que las mujeres, las familias y las comunidades puedan desarrollar planes para identificar a tiempo los problemas, responder apropiadamente a afrontar las complicaciones obstétricas; desarrollar alianzas estratégicas con los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, asociaciones profesionales, organizaciones de mujeres, ONGs a fin de mejorar esfuerzos para reducir la morbilidad y la mortalidad materna.</p>		
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p>Área específica 03: Red de servicios asistenciales y programas de salud pública.</p>	<p>Estrategia 01: Promover el diseño, implementación y evaluación de modelos de planificación compartida y gerencia integral en las redes de servicios de salud, para aprovechar óptimamente los recursos y mejorar su capacidad resolutiva.</p>		
<p>Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda</p>	<p>Resolución WHA54.13 Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo (2001) Seguir desarrollando los sistemas de salud para su funcionamiento eficaz dentro de un marco adecuado de principios éticos y que adopten medidas que respondan a las necesidades de los sectores más vulnerables de sus poblaciones.</p>	<p>Resolución CD43.R6 Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de recursos humanos en el sector salud (2002). Resolución CD41.R12 Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector salud (2003). Institucionalizar el proceso de seguimiento y evaluación de los procesos de reforma.</p>	<p>RESSCAD XVII RESSCAD Acuerdo 5: Análisis de los procesos de reforma sectorial (2001)</p>	

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan experimentado su determinación de reducir la pobreza. Indicadores: 33 y 34.</p> <p>Meta 17. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan experimentado su determinación de reducir la pobreza. Indicador: 46</p> <p>Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y las comunicaciones Indicadores: 47 y 48</p>	<p>Resolución WHA55.18 Calidad de la atención: seguridad del paciente (2002). Elaborar normas, patrones y directrices sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud.</p>			

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Estrategia 02: Fortalecer los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, con énfasis en la atención primaria en salud.</p>	<p>Resolución WHA55.18 Calidad de la atención: seguridad del paciente (2002). Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, mejorando la calidad de la atención de salud en general. Resolución WHA56.6 Conferencia internacional sobre APS (2003). Incorporar los principios de la APS a las actividades de todos los programas.</p>	<p>Resolución CD41.R12 Seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector salud (2003). Institucionalizar el proceso de seguimiento y evaluación de los procesos de reforma. Resolución CD42.R14 Funciones esenciales de salud pública (2000). Utilizar la medición del desempeño de las FESP para analizar el estado de la salud pública.</p>		
<p>Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional Indicadores: 33.</p> <p>Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan experimentado su determinación de reducir la pobreza. Indicador: 34</p>				

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones Indicadores: 47 y 48.</p>				
	<p>Estrategia 03: Apoyar el desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades transmisibles prioritarias, haciendo énfasis en la promoción y prevención, el fortalecimiento de estrategias nacionales de comunicación social y participación comunitaria y la capacitación del personal en diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.</p>			
<p>Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal. Meta 3. Incrementar la tasa de alfabetización de las personas en edades comprendidas entre los 15 y 24 años. Indicadores: 6, 7 y 8</p>	<p>Resolución WHA53.1 Iniciativa Alto a la TB (2000). Integrar la lucha contra la tuberculosis en las instituciones y las actividades de APS a nivel central y periférico. Resolución WHA54.11 (2001) y WHA55.14 (2002) Estrategia farmacéutica de la OMS y Garantía de accesibilidad a los medicamentos esenciales.</p>	<p>Resolución CD41.R9 (1999), CD42.R13 (2000) y CD43.R16 (2002) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas. Fortalecer la capacidad de los programas técnicos para vigilar las tendencias de la epidemia de VIH/SIDA.</p>	<p>RESSCAD XVI RESSCAD Acuerdo 13: Se ratifica que países adapten iniciativa Roll Back Malaria. (2000). XVI RESSCAD Acuerdo 17: Gestión de retrovirales (2000)</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria la prevención, control y reducción de las enfermedades transmisibles (2002).</p>
<p>Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Meta 07. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. Indicadores: 18, 19 y 20</p>	<p>Resolución WHA53.14 (2000) y WHA56.30 (2003) VIH/SIDA: Hacer frente a la epidemia y Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA.</p>	<p>Resolución CD41.R14 Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y resistencia antimicrobiana (1999). Fortalecer la infraestructura que permite el desempeño eficiente de las redes de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, con especial atención a los sistemas de alarma y rápida respuesta.</p>	<p>XVII RESSCAD Acuerdo 3: Apoyo a creación de RECACER (2001) XVII RESSCAD Acuerdo 4: Abordaje integral del VIH/SIDA (2001).</p>	
<p>Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.</p>				

MDG's	OMS/WHO	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.</p> <p>Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones</p> <p>Indicadores: 47 y 48</p>	<p>Establecer y reforzar los sistemas de vigilancia y evaluación de la respuesta de los sistemas de salud a las epidemias del VIH/SIDA.</p> <p>Resolución WHA55.17 Prevención y control de dengue (2002).</p> <p>Fomentar y fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para la vigilancia, la prevención, el control y el tratamiento de la fiebre del dengue.</p> <p>Resolución WHA56.28 Revisión del reglamento sanitario internacional (2003).</p> <p>Dar prioridad a la revisión y operación del RSI.</p>	<p>Resolución CD42.R15 Hacer retroceder el paludismo en las Américas (2000).</p> <p>Adoptar la iniciativa hacer retroceder la malaria en aquellos territorios donde la malaria aun representa un problema de salud pública.</p> <p>Resolución CD43.R4 Dengue y dengue hemorrágico (2002, 2003).</p>		
<p>Objetivo 4. Reducir la mortalidad de la niñez.</p> <p>Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.</p> <p>Indicador: 15</p>	<p>Resolución WHA53.12 Alianza mundial para vacunas e inmunizaciones (2000).</p> <p>Formular estrategias comunes para mejorar la administración de las vacunas y estimular la introducción de nuevas vacunas.</p>	<p>Resolución CD41.R10 (1999), CD42.R8 (2000), CD43.R1 (2002) y CD44.R1 (2003) Vacunas e inmunización y Mantenimiento de programas de vacunación-eliminación de rubéola y SRC.</p>	<p>RESSCAD XVI RESSCAD Acuerdo 12: Se acuerda reforzar la vacunación y vigilancia de sarampión (2000).</p> <p>XVII RESSCAD Acuerdo 1: Inmunizaciones de alta prioridad (2001).</p>	<p>Estrategia 04: Fortalecer el Programa Ampliado de Inmunizaciones, principalmente en el manejo gerencial, así como en la implementación de jornadas internacionales, nacionales y locales de vacunación, con énfasis en grupos de población prioritarios.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPs	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p> <p>Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.</p> <p>Indicadores: 18, 19 y 20</p> <p>Meta 08. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.</p> <p>Indicadores: 21, 22, 23 y 24</p> <p>Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.</p> <p>Meta 13. Atender las necesidades de los grupos de población menos adelantados, mediante una asignación más generosa de fondos para el desarrollo social.</p> <p>Indicadores: 33 y 34</p>	<p>Resolución WHA56.20 Reducción de la mortalidad por sarampión (2003). Utilizar el planteamiento estratégico de reducción de la mortalidad por sarampión.</p>			
<p>Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.</p> <p>Meta 01. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.</p> <p>Indicador: 2</p>	<p>Resolución WHA53.17 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles (2000). Promover iniciativas de base comunitaria para la prevención de las enfermedades no transmisibles de acuerdo con un enfoque integrado de los factores de riesgo.</p>	<p>Resolución CD.42.R9 Enfermedades cardiovasculares, en especial hipertensión arterial (2000). Implementar sistemas de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y enfermedades no transmisibles.</p>	<p>INCAPI/CD LIII Reunión Consejo Directivo (2002), resolución No.5: Instruimos al INCAPI/OPS a incluir la SAN en las estrategias de promoción y prevención de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (2002). Aumentar la vigilancia, a nivel nacional y regional, de las ENT, los factores de riesgo y las lesiones.</p>

MDG's	OMS/WHO	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Meta 2. Reducción del número de niños menores de 5 años con peso inferior al normal. Indicadores: 4 y 5</p> <p>Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.</p> <p>Meta 3. Incrementar la tasa de alfabetización de las personas en edades comprendidas entre los 15 y 24 años. Indicadores: 6, 7 y 8</p> <p>Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.</p> <p>Meta 17. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan experimentado su determinación de reducir la pobreza. Indicador: 46</p>	<p>Resolución WHA55.23 Régimen alimentario, actividad física y salud (2002). Promover la salud y reducir los riesgos comunes de las enfermedades no transmisibles crónicas derivadas del régimen alimentario y de la inactividad física, mediante una acción esencial de salud pública y la integración de medidas preventivas en las funciones de los servicios de salud.</p>	<p>Resolución CSP26.R15 Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas (2002). Implementar sistemas de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y enfermedades no transmisibles.</p>		<p>CSP26.10 Área prioritaria promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables (2002). Desarrollar estrategias para vigilar la tendencias en el comportamiento y en la situación social que influyen en los estilos de vida.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/CPS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones Indicadores: 47 y 48.</p>				
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>				
<p>Área específica 04: Servicios de agua y saneamiento.</p>				
<p>Estrategia 01: Se apoyará al AYA, las ASADAS y municipalidades operadoras de servicios, para fortalecer los programas orientados al mejoramiento de la calidad de los servicios de agua potable y saneamiento y de la calidad del agua potable, priorizando las zonas con poblaciones postergadas.</p>				
<p>Objetivo 4: Reducir la mortalidad de la niñez. Meta 5: Reducir en 2/3 partes, entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años. Indicadores: 13 y 14 Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable. Indicador: 30 y 31 Objetivo 8: Garantizar una asociación mundial para el desarrollo. Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Indicador: 34</p>	<p>Resolución WHA55.11 Salud y desarrollo sostenible (2002). Programa General de Trabajo 2000-2005. - Reducir los factores de riesgo para la salud humana, de origen ambiental</p>	<p>Resolución CD43.R15 Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible (2002). - Insta a los Estados Miembros a fortalecer las capacidades de los Ministerios de Salud y sus actividades en salud ambiental para que cumplan con sus responsabilidades, incluida la calidad del agua potable y saneamiento. - Insta a los E.M. a promover y colaborar con otros Ministerios a mejorar la cobertura, calidad, equidad y sostenibilidad de los servicios de agua potable y saneamiento.</p>	<p>RESSCAD XVI RESSCAD Acuerdo 16: Revisión del subsector de agua y saneamiento (2000). XVII RESSCAD Acuerdo 2: Foro permanente de agua (2001).</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria promoción de entornos físicos seguros (2002). Entre los objetivos: - Reducir en 25% las deficiencias en las coberturas y la calidad del agua potable y en los servicios de saneamiento. - Establecer programas para mejorar la calidad del aire en zonas urbanas propensas a contaminación del aire.</p>

MDG's	OMS/WHA	OPS/CD/PCS	CENTROAMÉRICA	PLAN ESTRATÉGICO
<p>Estrategia 02: Se fortalecerá la gestión del manejo de los residuos sólidos en municipalidades priorizadas, con especial énfasis en los mecanismos de financiamiento y cobro de los servicios de recolección y tratamiento de desechos. Se promoverán políticas nacionales y locales, que fomenten en la fuente, el reciclaje, la reducción y el re-uso de los residuos sólidos.</p>	<p>Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.</p> <p>Meta 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable.</p> <p>Indicador: 31</p> <p>Meta 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.</p> <p>Indicador: 32</p>	<p>Resolución CD43.R15 Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible (2002).</p> <p>-Promover las capacidades institucionales para la implementación de políticas públicas adecuadas y para la gestión de salud ambiental.</p> <p>-Promover la asociación mancomunada entre el sector salud y ambientales, para incorporar los temas ambientales en la gestión de desarrollo de la salud.</p>	<p>RESSCAD XVI RESSCAD Acuerdo 16: Revisión del subsector de agua y saneamiento (2000).</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria promoción de entornos físicos seguros (2002).</p> <p>- Establecer políticas nacionales y planes locales para el manejo eficaz de los desechos sólidos en las capitales y en las ciudades de mediano tamaño.</p> <p>Promover la movilización ciudadana en la gestión de salud ambiental.</p>
<p>Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.</p> <p>Meta 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable.</p> <p>Indicadores: 30 y 31</p> <p>Objetivo 8: Garantizar una asociación mundial para el desarrollo.</p> <p>Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.</p> <p>Indicador: 34</p>	<p>Estrategia 03: Se apoyará a las ASADAS, algunas municipalidades operadoras de servicios y al AyA, para el fortalecimiento y desarrollo de recursos humanos que trabajan en la operación y mantenimiento de los servicios de agua y saneamiento.</p>	<p>Resolución CD43.R15 Salud, agua potable y saneamiento en el desarrollo humano sostenible (2002).</p>	<p>RESSCAD XVI RESSCAD Acuerdo 16: Revisión del subsector de agua y saneamiento (2000).</p> <p>XVII RESSCAD Acuerdo 2: Foro permanente de agua (2001).</p>	<p>CSP26.10 Área prioritaria promoción de entornos físicos seguros (2002).</p>

Anexo 9.2 Concordancia de la ECP/CCS con la Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 2 Reducción de la exclusión e iniquidades en salud.</p>	<p>Área específica 01: Atención de desigualdades en salud en grupos postergados</p> <p>Estrategia 01: Apoyar el desarrollo de estrategias orientadas a mejorar la situación de salud de migrantes e indígenas del país, principalmente las relacionadas con accesibilidad a los servicios de salud y la vigilancia epidemiológica de los eventos prioritarios que afectan a estos grupos.</p> <p>Estrategia 02: Fortalecer el proceso de formulación de planes y programas específicos de vigilancia de los eventos epidemiológicos, atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles e implementación del programa ampliado de inmunizaciones dirigidos a reducir el grado de vulnerabilidad de las poblaciones migrantes e indígenas en el cordón fronterizo.</p> <p>Estrategia 03: Impulsar acciones dirigidas a operacionalizar las principales conclusiones planteadas por el análisis de la situación de la discapacidad realizado en el país, mediante la formulación de planes específicos de intervención principalmente en lo relacionado a la equidad, calidad y acceso a servicios de salud, acceso a los servicios sociales y accesibilidad física.</p>	<p>Compromiso 05: Mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de los servicios de salud, con énfasis en la atención primaria.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que los compromisos de gestión incluyan necesidades y particularidades especiales de grupos altamente vulnerables • Adecuar estrategias de atención en salud en los territorios indígenas • Revisar y adecuar oferta básica de servicios, según necesidades de salud de la población. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar procesos de planificación estratégica en los servicios de atención integral en las áreas de salud, adecuándolos a las necesidades locales, así como a los grupos de población vulnerables y excluidos. • Desarrollar el Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) en las áreas de salud, adecuándolo a las necesidades locales, <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descentralizar los servicios de rehabilitación y terapia física. • Implementar la estrategia de RBC • Producir información comprensible para personas con discapacidad.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 2 reducción de la exclusión e iniquida- des en salud.</p>	<p><u>Área específica 02:</u> Seguridad alimentaria y nutricional en grupos prioritarios</p> <p>Estrategia 01: Apoyar el desarrollo de proyectos para la diversificación de la producción para el autoconsumo y la comercialización en familias de escasos recursos y promover la articulación interinstitucional en apoyo a estas familias.</p> <p>Estrategia 02: Promover la formación y funcionamiento de los Consejos Cantonales de SAN en los cantones prioritarios para la elaboración de planes de acción locales y la correspondiente cartera de proyectos productivos.</p>	<p>Compromiso 01. Fortalecer y mejorar las intervenciones orientadas a sostener o incrementar los logros en mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades transmisibles y carencias nutricionales.</p> <p>Compromiso 02. Promover la construcción de una cultura de salud con énfasis en promoción de la salud y el fomento de estilos de vida saludables individuales y colectivos.</p> <p>Compromiso 03. Prevenir y atender las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.</p> <p>Compromiso 06. Mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integrado del recurso hídrico.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los procesos administrativos que agilicen el abastecimiento de los programas de alimentación complementaria • Efectuar seguimiento al cumplimiento de la legislación de la fortificación de alimentos • Fortalecimiento de la educación en materia de inocuidad de alimentos. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer programas de educación continua del personal de salud del primer nivel en temas prioritarios incluyendo carencias nutricionales. • Aumentar cobertura de atención a mujeres gestantes con programas de alimentación • Mantener cobertura de población preescolar en riesgo con servicios de alimentación complementaria.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 2 reducción de la exclusión e inequidades en salud.</p>	<p>Estrategia 03: Impulsar el desarrollo de políticas públicas en las municipalidades de cantones prioritarios para la inserción de familias pobres en el sistema productivo alimentario local.</p> <p>Área específica 03: Entornos saludables para poblaciones postergadas</p> <p>Estrategia 01: Apoyar la formulación de programas de entornos saludables con especial énfasis en vivienda y escuelas saludables y dirigir la cooperación técnica a los grupos comunitarios organizados como las ASDI y el sector salud, vivienda, educación, el IMAS y algunos gobiernos locales priorizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia del cumplimiento de las normas de atención con énfasis en enfermedades transmisibles, fortificación de alimentos y programas de alimentación complementaria. • Formulación, ejecución y evaluación de programas y proyectos que favorezcan estilos de vida saludables, en los diferentes escenarios de la vida cotidiana. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la producción local de alimentos • Desarrollo de acciones en el campo de la nutrición y la actividad física, para adaptar comportamientos saludables en la población y en sus grupos familiares. <p>Compromiso 06. Mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integrado del recurso hídrico.</p> <p>Compromiso 07. Fomentar acciones orientadas a la reducción del riesgo ante los desastres.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer educación en materia de contaminación de aire-agua-suelo • Implementar proyecto aire limpio en San José. • Promover uso de rellenos sanitarios, control, operación y cierre. • Desarrollar e implementar planes de capacitación y emergencia <p>Implementar estructuras encargadas de la gestión del riesgo. Acciones</p>

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 2 reducción de la exclusión e iniquidades en salud.</p>	<p>Estrategia 02: Apoyar a los gobiernos locales priorizados y a las instituciones del sector salud en la implementación de acciones orientadas a la reducción de la vulnerabilidad ante emergencias y desastres naturales, con énfasis en los servicios de salud, agua y saneamiento.</p> <p>Estrategia 03: Fortalecer las capacidades del Ministerio de Salud en el área de evaluación de riesgos para mejorar sus habilidades en la promoción y mejoramiento de las condiciones ambientales y control de vectores de la vivienda y centros educativos.</p>	<p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer saneamiento básico en áreas de riesgo epidemiológico. • Implementar acciones para reducir impacto por la actividad humana
<p>Área 3 Políticas, rectoría y organización del sector salud.</p>	<p>Área específica 01: Políticas de salud y fortalecimiento de la rectoría.</p> <p>Estrategia 01: Promover la formulación de políticas específicas que apoyen el ejercicio de la rectoría en salud.</p>	<p>Compromiso 08. Consolidar la estructura y funcionamiento del sector salud.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidar el Consejo Sectorial de Salud como órgano de conducción y dirección del Sistema Nacional de Salud. • Definir las atribuciones y competencias del Consejo Sectorial de Salud • Elaborar y aprobar el Reglamento Interno del Consejo sectorial de Salud • Mejorar la gestión de las instituciones del sector salud. • Fortalecer los consejos y comisiones intersectoriales relacionadas con la producción social de la salud.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 3 Políticas, rectoría y organización del sector salud.</p>	<p>Estrategia 02: Apoyar la formulación de un marco conceptual y operativo renovado para el ejercicio de la rectoría en salud y para el desarrollo.</p> <p>Estrategia 03: Promover procesos de diálogo social para adecuar la legislación y reglamentación sanitaria a las necesidades actuales y de mediano plazo del ejercicio de la rectoría.</p> <p>Área específica 02: Fortalecimiento del diálogo y la participación social.</p> <p>Estrategia 01: Impulsar el desarrollo de estrategias comunitarias orientadas a mejorar la participación social y un mejor ejercicio de la ciudadanía en temas de salud prioritarios, con énfasis en los cantones priorizados.</p>	<p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redefinir las funciones y competencias de los niveles de gestión de las instituciones del sector salud. • Desarrollar los mecanismos técnicos para la conducción de la planificación estratégica local y del sector salud. • Desarrollar las competencias técnicas y jurídicas para hacer efectivo el ejercicio de la rectoría. • Capacitación de los funcionarios del Ministerio de Salud para que ejecuten las tareas de rectoría según los perfiles de competencia. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustar el marco jurídico de la composición y funcionamiento del sector salud. • Conformación de un equipo interinstitucional técnico y jurídico, dependiente del Consejo Sectorial de Salud, que revise el marco jurídico del sector salud y el de las instituciones que lo conforman y formule una propuesta. • Validar, aprobar y publicar el marco jurídico del sector salud. • Redefinir las funciones y competencias de los niveles de gestión de las instituciones del sector salud. <p>Compromiso 02. Promover la construcción de una cultura de salud con énfasis en promoción de la salud y el fomento de estilos de vida saludables individuales y colectivos.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de alianzas estratégicas entre establecimientos de salud y deportes. • Foro permanente para discusión y análisis de problemas de salud y formación de alianzas, a disposición de la sociedad civil.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 3 Políticas, rectoría y organización del sector salud.</p>	<p>Estrategia 02: Apoyar el desarrollo de mecanismos que faciliten el involucramiento de las municipalidades de cantones prioritarios en la gestión local de la salud, con énfasis en el desarrollo de políticas públicas sobre temas prioritarios de salud y en el marco de los planes locales de desarrollo.</p> <p>Estrategia 03: Apoyar a las instituciones para el desarrollo de mecanismos orientados a mejorar la participación ciudadana y el control social en salud, mediante espacios de discusión, análisis, coordinación y concertación de acciones y recursos, en temas prioritarios en salud</p> <p>Estrategia 04: Apoyar el fortalecimiento de las áreas de comunicación de las instituciones de salud para una gestión adecuada de la información pública en salud, así como en el establecimiento de alianzas con medios de comunicación masivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de personal de salud y de otros sectores en promoción de la salud. • Dirección y conducción de proceso de promoción de la salud a nivel local. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización de los alcaldes, funcionarios de las municipalidades y de otros actores sociales, en la estrategia de promoción de la salud. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposición de un foro permanente para la discusión y análisis de los problemas de salud y formulación de alianzas estratégicas, a disposición de la sociedad civil. • Desarrollar y evaluar la estrategia de promoción de la salud en diferentes escenarios, con participación de actores sociales. • Formular, ejecutar y evaluar programas y proyectos que favorezcan estilos de vida saludables, en los diferentes escenarios de la vida cotidiana. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de una comisión sectorial para promover la salud, con participación de los medios de comunicación. • Desarrollar un programa de comunicación social sectorial que propicie una cultura, con participación de los medios de comunicación

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 3 Políticas, rectoría y organización del sector salud.</p>	<p><u>Área específica 03:</u> Desarrollo de un sistema nacional de información en salud.</p> <p>Estrategia 01: Apoyar el intercambio de experiencias y la investigación en el Ministerio de Salud, la CCSS e INCIENSA y sus direcciones regionales correspondientes para el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y desarrollar la capacidad de análisis de situación de salud en los distintos niveles.</p>	<p>Compromiso 05. Mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de servicios de salud, con énfasis en la atención primaria.</p> <p>Compromiso 09. Modular la inversión, el gasto y el financiamiento en coherencia con los valores y principios que rigen las políticas y las prioridades del sector salud.</p> <p>Compromiso 10. Consolidar el sistema nacional de vigilancia de la salud.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el sistema de información para la vigilancia de la salud pública. • Implementación de mecanismos que garanticen el cumplimiento de las pausas de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. • Establecimiento de los mecanismos necesarios para la notificación e intervención en forma oportuna y sistemática de los eventos sujetos a vigilancia. • Favorecer una cultura de análisis y comunicación de información en salud para la realización de intervenciones oportunas y costo efectivas. • Fortalecimiento de las comisiones nacionales, regionales y locales de vigilancia de la salud • Capacitación en análisis de datos, Sistemas de Información Geográfico (SIG) para favorecer la vigilancia de la salud. • Producción y divulgación de la situación de salud, que apoye la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 3 Políticas, rectoría y organización del sector salud.</p>	<p>Estrategia 02: Promover la coordinación interinstitucional entre el Banco Central y el Ministerio de Salud, en sus diferentes instancias, para el desarrollo del subsistema de información financiera y de Cuentas Nacionales en Salud.</p> <p>Estrategia 03: Apoyar el fortalecimiento del subsistema de información para la evaluación de la calidad de la atención de la red de servicios y la identificación de los factores que dificultan su acceso, el cual incluirá la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública.</p>	<p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinación de los requerimientos y mecanismos de recolección de la información sobre gasto y financiamiento. • Elaboración de reportes periódicos sobre gasto y financiamiento, para la evaluación de la gestión del sector salud. • Informes anuales a la ciudadanía y poderes de la República sobre la inversión, gasto y financiamiento en el sector. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas en cuanto a la rendición de cuentas en cuanto a la productividad de los servicios, en función de la priorización de la demanda en morbilidades prevalentes o severas que pongan en riesgo la vida de las personas. • Integración de los resultados de las evaluaciones oficiales y de los planes de mejoramiento continuo correspondientes, en los compromisos de gestión. • Establecimiento de mecanismos para funcionamiento del sistema de información para la vigilancia de la salud. • Definición de la información de interés de cada subsistema, para la toma de decisiones en el sector salud.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 4 Financiamiento de la salud.</p>	<p><u>Área específica 01:</u> Asignación de recursos en salud.</p> <p>Estrategia 01: Apoyar procesos para la formulación de criterios técnicos y mecanismos para la asignación de presupuestos en salud en los niveles sectorial, institucional y operativo.</p> <p>Estrategia 02: Desarrollar investigaciones y estudios de costo efectividad en programas de salud pública y servicios de salud seleccionados, que ayuden a fundamentar la formulación de criterios técnicos de asignación de recursos en el sector salud.</p>	<p>Compromiso 09. Modular la inversión, el gasto y el financiamiento en coherencia con los valores y principios que rigen las políticas y las prioridades del sector salud.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de una instancia técnica sectorial, que de insumes, asesore y recomiende al Consejo Sectorial en las decisiones en las áreas de inversión, gasto y financiamiento. • Asignación de recursos a programas que respondan a las prioridades del sector. • Orientación de la inversión de créditos de organismos internacionales a las prioridades del sector. • Definición de estrategias sectoriales de rendición de cuentas. • Elaboración de cuentas nacionales en salud. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de un sistema de costos en las instituciones del sector salud. • Establecimiento de un sistema de control interinstitucional. • Elaboración de estudios sobre diferencia de precios en la prestación privada de servicios de salud. • Análisis con los respectivos colegios profesionales y actores involucrados, en los determinantes de las tarifas de servicios en salud.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 4 Financiamiento de la salud.</p>	<p>Área específica 02: Aseguramiento en salud de los grupos excluidos.</p> <p>Estrategia 01: Apoyar procesos de dialogo social que conduzcan a la formulación de políticas financieras, reformas legislativas y reglamentarias, así como planes para extender la protección social en salud.</p> <p>Estrategia 02: Desarrollar investigaciones que contribuyan a implementar las políticas y los planes para extender el seguro público de salud a grupos priorizados.</p>	<p>Compromiso 05. Mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de servicios de salud, con énfasis en la atención primaria.</p> <p>Compromiso 08. Consolidar la estructura y funcionamiento del sector salud.</p> <p>Compromiso 09. Modular la inversión, el gasto y el financiamiento en coherencia con los valores y principios que rigen las políticas y las prioridades del sector salud.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de mecanismos de modulación del financiamiento y gasto en las instituciones del sector salud. • Identificación a nivel cantonal de las familias y población sin seguro de salud y clasificación por categorías de aseguramiento. • Establecimiento de mecanismos de afiliación para la población no asegurada, a los seguros de salud mencionados. • Establecimiento de procedimientos para el financiamiento sostenible de los seguros de salud <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de un sistema de costos en las instituciones del sector salud. • Establecimiento de un sistema de control interinstitucional. • Elaboración de estudios sobre diferencia de precios en la prestación privada de servicios de salud. • Análisis con los respectivos colegios profesionales y actores involucrados, en los determinantes de las tarifas de servicios en salud.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 4 Financiamiento de la salud.</p>	<p><u>Área específica 03: Financiamiento y gasto en el sector salud.</u></p> <p>Estrategia 01: Apoyar el desarrollo de nuevos modelos de financiamiento del sector salud, que incluyan fuentes e instrumentos complementarios a los actuales.</p>	<p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de una instancia técnica sectorial, que de insumos, asesore y recomiende al Consejo Sectorial en las decisiones en el área de inversión, gasto y financiamiento. • Asignación de recursos a programas que respondan a prioridades del sector. • Revisión y adecuación de la oferta básica de servicios de salud y la calidad de la respuesta de la red de servicios de otros niveles, según las necesidades de salud de la población. • Garantía de que en los compromisos de gestión se contemplen las necesidades particulares de grupos de población altamente vulnerables. <p>Compromiso 05. Mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de servicios de salud, con énfasis en los vulnerables y excluidos.</p> <p>Compromiso 09. Modular la inversión, el gasto y el financiamiento en coherencia con los valores y principios que rigen las políticas y las prioridades del sector salud.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación de una instancia técnica sectorial, que de insumos, asesore y recomiende al Consejo Sectorial en las decisiones en el área de inversión, gasto y financiamiento. • Asignación de recursos a programas que respondan a prioridades del sector. • Revisión y adecuación de la oferta básica de servicios de salud y la calidad de la respuesta de la red de servicios de otros niveles, según las necesidades de salud de la población. • Garantía de que en los compromisos de gestión se contemplen las necesidades particulares de grupos de población altamente vulnerables.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 4 Financiamiento de la salud.</p>	<p>Estrategia 02: Colaborar con la formulación de propuestas de modelos alternativos para mejorar las tarifas y la recaudación de fondos para el sector salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de una instancia técnica sectorial, que de insumos, asesore y recomiende al Consejo Sectorial en las decisiones en el área de inversión, gasto y financiamiento. • Asignación de recursos a programas que respondan a prioridades del sector. • Revisión y adecuación de la oferta básica de servicios de salud y la calidad de la respuesta de la red de servicios de otros niveles, según las necesidades de salud de la población. • Garantía de que en los compromisos de gestión se contemplen las necesidades particulares de grupos de población altamente vulnerables.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p><u>Área específica 01: Atención a eventos de crisis sanitaria</u></p> <p>Estrategia 01: Apoyar proporcionando información actualizada y confiable sobre incidentes relacionados con la aparición y evolución de brotes en la Región.</p>	<p>Compromiso 01. Fortalecer y mejorar las intervenciones orientadas a sostener o incrementar los logros en mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades transmisibles y carencias nutricionales.</p> <p>Compromiso 05. Mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria.</p> <p>Compromiso 06. Mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integrado del recurso hídrico.</p> <p>Compromiso 10: Consolidar el Sistema Nacional de la Vigilancia de la Salud.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la cobertura y la calidad de atención primaria. • Rescate de la visita domiciliaria para mejorar la captación de los grupos de mayor riesgo, así como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. • Establecimiento de mecanismos para vigilar el cumplimiento de las normas de atención. • Fortalecimiento de la atención integral extramuros de acuerdo con las necesidades de la población blanco. • Fortalecimiento de los programas de educación continúa en los servicios de salud de primer nivel de atención, en los temas prioritarios: enfermedades transmisibles, mortalidad infantil, mortalidad materna y carencias nutricionales. • Fortalecimiento de los programas de educación continua del personal de los servicios de salud del primer nivel de atención, en los temas prioritarios: Enfermedades transmisibles

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p>Estrategia 02: Apoyar el desarrollo de planes nacionales de contingencia para enfrentar brotes epidemiológicos, haciendo énfasis en los que pudieran generar crisis sanitaria en el sector salud.</p> <p>Estrategia 03. Colaborar en los procesos de capacitación sobre la vigilancia, la información, la atención médica y los procedimientos de laboratorio relacionados con la respuesta a los agentes patógenos más peligrosos identificados.</p> <p>Estrategia 04. Apoyar al país para un uso eficaz en el manejo de la información pública en situaciones de crisis sanitaria y en metodologías de educación al público y la comunidad médica.</p>	<p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición y estandarización de los criterios de priorización para morbilidades prevalentes o severas que pongan en riesgo la vida de las personas. • Fortalecimiento de la atención integral en el primer nivel de atención, por medio del desarrollo de los EBAlS, en las comunidades seleccionadas del Plan Vida Nueva. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divulgación de las pautas de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. • Revisión y actualización de los protocolos de vigilancia epidemiológica. • Establecimiento de los mecanismos necesarios para la notificación e intervención en forma oportuna y sistemática de los eventos sujetos a vigilancia. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de mecanismos para vigilar el cumplimiento de las normas de atención. • Fortalecimiento de los programas de educación continua en los servicios de salud de primer nivel de atención, en los temas prioritarios: enfermedades transmisibles, mortalidad infantil, mortalidad materna y carencias nutricionales. • Fortalecimiento de los programas de educación continua del personal de los servicios de salud del primer nivel de atención, en los temas prioritarios: Enfermedades transmisibles.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p>Estrategia 05. Apoyar los procesos de capacitación sobre vigilancia, información y procedimientos relacionados con agentes patógenos transmitidos por agua.</p> <p>Estrategia 06. Apoyar la cooperación con otros países, incluyendo las redes subregionales y la coordinación de mecanismos de respuesta rápida para ayudar a los países a enfrentar las situaciones de crisis sanitaria.</p> <p>Área específica 02: Modelo de atención integral con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud.</p> <p>Estrategia 01: Apoyar la formulación e implementación del modelo de atención integral, con énfasis en el primer nivel, en el marco de la atención primaria y la promoción de la salud, con énfasis en áreas prioritarias.</p>	<p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la educación ambiental en el campo del agua para consumo humano. • Consecución de una mayor cobertura de agua apta para consumo humano a nivel nacional. • Desarrollo de un programa de vigilancia y control de la calidad del agua apta para consumo humano. • Fortalecimiento del saneamiento básico en áreas de riesgo epidemiológico. <p>Compromiso 01. Fortalecer y mejorar las intervenciones orientadas a sostener o incrementar los logros en mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades transmisibles y carencias nutricionales.</p> <p>Compromiso 02. Promover la construcción de una cultura de salud con énfasis en promoción de la salud y el fortalecimiento de estilos de vida saludables individuales y colectivos.</p> <p>Compromiso 04. Promover la salud mental en forma integral, con énfasis en la violencia social.</p> <p>Compromiso 05. Mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la cobertura y la calidad de atención primaria. • Rescate de la visita domiciliaria para mejorar la captación de los grupos de mayor riesgo, así como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. • Establecimiento de mecanismos para vigilar el cumplimiento de las normas de atención.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p>Estrategia 02: Impulsar el desarrollo de estrategias de promoción y prevención con énfasis en: reducción de la mortalidad infantil y materna, salud mental, violencia intrafamiliar, accidentes de tránsito y abuso de drogas (tabaco y alcohol), que promuevan la participación de la comunidad, de los gobiernos locales, así como universidades y otros sectores con objetivos comunes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación de la evaluación del primer nivel de atención. • Fortalecimiento de la atención integral extramuros de acuerdo con las necesidades de la población blanco. • Formulación, ejecución y evaluación de programas y proyectos que favorezcan estilos de vida saludables en los diferentes escenarios de la vida cotidiana. • Capacitación del personal de salud y de otros sectores en promoción de la salud • Control, evaluación y seguimiento de los compromisos de gestión en relación con promoción de la salud. • Desarrollo del Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) en cada área de salud, adecuándolo a las necesidades locales. • Cumplimiento de las normas técnicas nacionales de atención integral a las personas en los servicios de salud. • Definición y estandarización de los criterios de priorización para morbilidades prevalentes o severas que pongan en riesgo la vida de las personas. • Fortalecimiento de la atención integral en el primer nivel de atención, por medio del desarrollo de los EBALS, en las comunidades seleccionadas del Plan Vida Nueva. • Certificación de la calidad de atención en los establecimientos de salud. • Integración de los resultados de las evaluaciones oficiales y de los planes de mejoramiento continuo correspondientes, en los compromisos de gestión. <p>Acciones estratégicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de los programas de educación continua en los servicios de salud de primer nivel de atención, en los temas prioritarios: enfermedades transmisibles, mortalidad infantil, mortalidad materna y carencias nutricionales.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p><u>Área específica 03: Red de servicios asistenciales y programas de salud pública.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de las normas de atención durante el ciclo de vida, con énfasis en el grupo materno-infantil. • Inclusión de los puntos críticos de los análisis de las comisiones nacionales de mortalidad infantil y materna, en los programas y servicios de salud. • Revisión, actualización, divulgación y ejecución del Plan Nacional de Salud Mental. • Incorporar la atención integral de la salud mental, en los cinco programas de atención a las personas, con énfasis en el primer nivel de atención. • Fortalecimiento de las redes locales interinstitucionales e intersectoriales para la atención integral de la violencia intrafamiliar y otras formas de violencia. • Articulación de acciones intra e intersectoriales para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la farmacodependencia, depresiones y suicidios. <p>Compromiso 01. Fortalecer y mejorar las intervenciones orientadas a sostener o incrementar los logros en mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades transmisibles y carencias nutricionales.</p> <p>Compromiso 02. Promover la construcción de una cultura de salud con énfasis en promoción de la salud y el fortalecimiento de estilos de vida saludables individuales y colectivos.</p> <p>Compromiso 03. Prevenir, detectar y atender oportuna e integralmente las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.</p> <p>Compromiso 05. Mejorar la equidad, acceso, calidad y ética de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria.</p>

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p>Estrategia 01: Promover el diseño, implementación y evaluación de modelos de planificación compartida y gerencia integral en las redes de servicios de salud, para aprovechar óptimamente los recursos y mejorar su capacidad resolutive.</p> <p>Estrategia 02: Fortalecer los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, con énfasis en la atención primaria de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de procesos de planificación estratégica en los servicios de atención integral en cada una de las áreas, adecuándolos a las necesidades locales, así como a los grupos de población vulnerables y excluidos. • Utilización de los mecanismos de referencia y contrarreferencia para fortalecer la capacidad resolutive y la red de servicios. • Elaboración e implementación de protocolos de atención que específicamente definan condiciones de referencia a otros niveles de atención. • Revisión y adecuación de la oferta básica de servicios de salud y la calidad de la respuesta de la red de servicios en otros niveles, según las necesidades de salud de la población. • Desarrollo de mecanismos alternativos de atención para todo aquel usuario (a) de los servicios que este fuera del rango de tiempo del parámetro establecido. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificación de la calidad en los establecimientos de salud por medio de metodologías de evaluación nacional oficializadas por el Ministerio de Salud. • Habilitación y acreditación de establecimientos. • Cumplimiento de las normas técnicas nacionales de atención integral a las personas en los servicios de salud. • Provisión de tecnología sanitaria de calidad a los servicios de atención de las instituciones del sector, de acuerdo con estándares y normativas nacionales e internacionales, así como niveles de resolución y la evidencia científica. • Integración de los resultados de las evaluaciones oficiales y de los planes de mejoramiento continuo correspondientes, en los compromisos de gestión. • Implementación del proyecto de mejoramiento continuo de la calidad. • Supervisión de la ejecución de normas de atención. • Consolidación de la evaluación del primer nivel de atención.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p>Estrategia 03: Apoyar el desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades transmisibles prioritarias, haciendo énfasis en la promoción y prevención; el fortalecimiento de estrategias nacionales de comunicación social y participación comunitaria y la capacitación del personal en diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Estrategia 04: Fortalecer el Programa Ampliado de Inmunizaciones, principalmente en el manejo gerencial, así como en la implementación de jornadas internacionales, nacionales y locales de vacunación, con énfasis en grupos de población prioritarios.</p>	<p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de los programas de educación continua en los servicios de salud de primer nivel de atención, en los temas prioritarios: enfermedades transmisibles, mortalidad infantil, mortalidad materna y carencias nutricionales. • Establecimiento de un sistema de evaluación de las funciones y resultados de las Comisiones Nacionales, Regionales y Locales de mortalidad infantil y materna. • Inclusión de los puntos críticos de los análisis de las comisiones nacionales de mortalidad infantil y materna, en los programas y servicios de salud. • Formulación, ejecución y evaluación de programas y proyectos que favorezcan estilos de vida saludables en los diferentes escenarios de la vida cotidiana. • Capacitación del personal de salud y de otros sectores en promoción de la salud • Sensibilización de alcaldes, funcionarios de las municipalidades y de otros actores sociales, en las estrategias de promoción de la salud. • Desarrollo y evaluación de las estrategias de promoción de la salud en diferentes escenarios, con participación de actores sociales. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la cobertura y calidad de la atención primaria. • Incorporación de indicadores relacionados con la mortalidad infantil y materna, en el análisis de situación de salud. • Fortalecimiento de la cobertura, calidad y equidad en la atención integral de salud, para los diferentes grupos de población vulnerable y excluidos. • Fortalecimiento de la atención integral en el primer nivel de atención, por medio del desarrollo de los EBASIS, en las comunidades seleccionadas del Plan Vida Nueva.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p>Estrategia 05: Impulsar la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de los programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles prioritarias (cardiovasculares, diabetes y cáncer) con énfasis en promoción de la salud, prevención de factores de riesgo, y participación activa de la comunidad.</p> <p>Área específica 04: Servicios de agua y saneamiento.</p> <p>Estrategia 01: Se apoyará al A y A, las ASADAS y municipalidades operadoras de servicios, para fortalecer los programas orientados al mejoramiento de la calidad de los servicios de agua potable y saneamiento y de la calidad del agua potable, priorizando las zonas con poblaciones postergadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) en cada área de salud, adecuándolo a las necesidades locales. • Cumplimiento de las normas técnicas nacionales de atención integral a las personas en los servicios de salud. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de estudios sistemáticos interinstitucionales e intersectoriales, que permitan documentar y evidenciar los factores de riesgo de mayor prevalencia en la población. • Actualización, implementación y evaluación periódica de normas de atención para las enfermedades no transmisibles. • Operacionalización del Programa Costa Rica da Vida al Corazón. • Adaptación de los compromisos de gestión al cumplimiento de normas vigentes en enfermedades no transmisibles, con énfasis en cardiovasculares y cáncer. • Diseño y aplicación de programas de rehabilitación cardiovascular en los servicios de salud, la comunidad y el hogar. • Desarrollo de acciones en el campo de la nutrición y la actividad física, para adaptar comportamientos saludables en la población consultante y en sus grupos familiares. <p>Compromiso 06. Mejorar la salud ambiental con énfasis en el saneamiento básico y el manejo integrado del recurso hídrico.</p> <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la promulgación de la Ley Nacional del Recurso Hídrico. • Revisión y modernización del marco legal de agua potable y saneamiento. • Fortalecimiento de la educación ambiental en el campo del agua para consumo humano.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p>Estrategia 02: Se fortalecerá la gestión del manejo de los residuos sólidos en municipalidades priorizadas, con especial énfasis en los mecanismos de financiamiento y cobro de los servicios de recolección y tratamiento de desechos. Se promoverán políticas nacionales y locales, que fomenten en la fuente, el reciclaje, la reducción y el re-uso de los residuos sólidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consecución de una mayor cobertura de agua apta para consumo humano a nivel nacional. • Desarrollo de un programa de vigilancia y control de la calidad del agua apta para consumo humano. • Fortalecimiento y ampliación del sistema de alcantarillado para elevar el nivel de recolección, tratamiento y disposición de aguas residuales en el área metropolitana y en otras áreas prioritarias. • Fortalecimiento de la ecuación ambiental en el campo del manejo de las aguas residuales. • Promoción e implementación de las normativas adecuadas para el manejo de las aguas residuales. • Fortalecimiento del saneamiento básico en áreas de riesgo epidemiológico. <p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la educación ambiental en el manejo integrado de los residuos sólidos. • Incremento de la cobertura de planes municipales para el manejo integrado de desechos sólidos. • Implementación de un programa nacional de manejo integrado de residuos sólidos, con énfasis en el reciclaje. • Promulgación de la Ley Nacional de Reciclaje de Residuos Sólidos. • Promoción del uso de rellenos sanitarios, control, operación y cierre. • Promoción e implementación del manejo integrado de los desechos especiales por parte del ente generador. • Promover la participación privada en el manejo integrado de residuos sólidos.

ÁREA	ÁREA ESPECÍFICA	COMPROMISO
<p>Área 5 Fortalecimiento de la red de servicios de salud, agua y saneamiento.</p>	<p>Estrategia 03: Se apoyará a las ASADAS, algunas municipalidades operadoras de servicios y al AYA, para el fortalecimiento y desarrollo de recursos humanos que trabajan en la operación y mantenimiento de los servicios de agua y saneamiento.</p>	<p>Acciones estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la educación ambiental en el campo del agua para consumo humano. • Fortalecimiento de la educación ambiental en el campo del manejo de las aguas residuales. • Fortalecimiento de la educación ambiental en el manejo integrado de los residuos sólidos. • Fortalecimiento de la educación ambiental en materia de contaminación de aire, agua y suelo. • Desarrollo de un programa de vigilancia y control de la calidad del agua apta para consumo humano. • Fortalecimiento de los programas de protección de fuentes de agua utilizadas para consumo humano. • Implementación de un programa nacional de manejo integrado de residuos sólidos, con énfasis en el reciclaje. • Promoción de la implementación de tecnologías limpias. • Fortalecimiento del saneamiento básico en áreas de riesgo epidemiológico.

Anexo 9.3

Análisis de la ECP/CCS con las funciones de cooperación y el plan de trabajo (BPB)

Area			FUNCION PRINCIPAL					FUNCION SECUNDARIA					FUNCIONES					BIENIO			
Area	Espec	Estrat.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Aband.	Dism.	Cont.	Increment.	Nueva	2004-2005	2006-2007	2008-2009	
1	3	1					X			X						F5, F3		50	40	30	
		2			X				X								F3, F2	30	40	50	
		3					X										F5	20	20	20	
2	1	1					X		X							F5,F2		40	30	20	
		2		X							X				F1	F2	F4	35	40	40	
		3					X		X							F2	F5	25	30	40	
	2	1		X							X					F2		F4	50	30	20
		2		X						X						F2	F3		30	30	40
		3					X										F5		20	40	40
3	1			X				X								F3,F2		50	40	40	
	2			X							X				F3,F5			30	40	40	
	3		X						X					F4		F2,F3		20	20	20	
3	1	1					X			X				F2	F5,F3			30	40	30	
		2			X						X			F2		F3,F5		20	20	20	
		3					X			X						F5,F3		40	30	30	
		4			X						X					F3	F4	10	10	20	
	2	1			X				X									F3 y F2	40	40	40
		2					X			X								F5 y F3	30	30	20
		3					X			X						F3	F5	20	20	30	
		4			X							X			F3		F5	10	10	10	
	3	1					X				X					F1		F2,F3	60	50	40
2			X							X						F2,F3		20	30	30	
3			X								X				F2,F4			20	20	30	
4	1	1					X			X							F5,F3	50	40	40	
		2				X					X						F4,F5	30	30	20	
		3		X							X						F2,F3	10	20	30	
	2	1					X			X								F5,F3	70	60	40
		2					X			X								F4,F3	30	40	60
		3					X			X								F4,F3	50	50	40
3	1					X					X						F2	30	30	40	
	2		X								X					F3	F4	30	30	40	
	3			X												F3		20	20	20	
5	1	1			X											F3		10	20	20	
		2		X				X							F1		F2	30	20	15	
		3				X											F4		10	10	10
		4			X							X					F3,F5	30	20	15	
		5			X												F3		10	15	20
		6					X			X							F5,F3		10	15	20
	2	1		X						X							F2,F3		40	40	35
		2					X			X							F5,F3		15	10	10
		3			X							X					F3,F5	15	20	25	
		4		X							X			F5		F2,F4		30	30	30	
	3	1				X			X						F3		F4,F2		10	15	15
		2			X						X					F3		F4	10	15	15
		3			X							X					F2	F5	40	30	30
		4		X							X		F1			F2	F4	20	20	20	
		5		X								X				F2,F5			20	20	20
4	1		X								X					F2	F5	50	40	40	
	2		X								X					F2,F5		30	40	40	
	3			X				X								F3,F2		20	20	20	

FUNCIONES DE COOPERACIÓN: (incluyendo iniciativas globales, regionales y subregionales)

1. Apoyando la implementación de actividades de rutina en el mediano y largo plazo (sustitución mientras se institucionaliza).
2. Facilitando la adopción y adaptación de estrategias y estándares técnicos, generalizando su implementación (transferencia de conocimiento, tecnologías y metodologías)
3. Compartiendo información y conocimiento, desarrollando capacidades institucionales (desarrollo de recursos humanos y gestión del conocimiento)
4. Apoyando actividades de investigación y desarrollo (generación y aplicación de nuevos conocimientos).
5. Proporcionando orientaciones específicas de política; facilitando procesos de diálogo social (asesoría, abogacía y toma de decisiones).

Anexo 9.4 Metas del Milenio**Objetivos de desarrollo del Milenio de la Declaración del Milenio**

Objetivos y metas	Indicadores para medir los progresos
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	
Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día a paridad del poder adquisitivo (PPA) ^a 2. Coeficiente de la brecha de pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la profundidad de pobreza) 3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población
Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecan hambre	<ol style="list-style-type: none"> 4. Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia ponderal 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	
Meta 3: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	<ol style="list-style-type: none"> 6. Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria 7. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado ^b 8. Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	
Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015	<ol style="list-style-type: none"> 9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior 10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años 11. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola 12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	
Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	<ol style="list-style-type: none"> 13. Tasas de mortalidad de menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	
Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	<ol style="list-style-type: none"> 16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Objetivos y metas	Indicadores para medir los progresos
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	
Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> 18. Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años 19. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos ^c <ul style="list-style-type: none"> 19a. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo 19b. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA ^d 20. Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años
Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	<ul style="list-style-type: none"> 21. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo ^e 23. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS (estrategia recomendada internacionalmente para el control de tuberculosis)
Objetivo 7: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	
Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> 25. Proporción de la superficie cubierta por bosques 26. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total 27. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA) 28. Emisiones de dióxido de carbono (per cápita) y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO) 29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos
Meta 10: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento 31. Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales	<ul style="list-style-type: none"> 30. Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales 31. Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales
Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	<ul style="list-style-type: none"> 32. Proporción de hogares con acceso a tenencia segura En los casos de los países menos adelantados, los países africanos, los países sin litoral en desarrollo y los pequeños Estados insulares en desarrollo, algunos de los indicadores mencionados a continuación se supervisarán por separado Asistencia oficial para el desarrollo (AOD)

Objetivos y metas	Indicadores para medir los progresos
Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	
<p>Meta 12: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional</p>	<p>En los casos de los países menos adelantados, los países africanos, los países sin litoral en desarrollo y los pequeños Estados insulares en desarrollo, algunos de los indicadores mencionados a continuación se supervisarán por separado.</p>
<p>Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza</p>	<p>Asistencia oficial para el desarrollo (AOD)</p> <p>33. La AOD neta, total y para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de la Asistencia para el desarrollo (CAD) de la OCDE</p> <p>34. Proporción de la AOD total bilateral y por sectores de los donantes del CAD de la OCDE para los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua salubre y servicios de saneamiento)</p> <p>35. Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada</p> <p>36. La AOD recibida en los países sin litoral en desarrollo en porcentaje de su ingreso nacional bruto</p> <p>37. La AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo en proporción de su ingreso nacional bruto</p>
<p>Meta 14: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral en desarrollo y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General) 40. Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE en porcentaje de su producto interno bruto (PIB)</p>	<p>Acceso a los mercados</p> <p>38. Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y de países menos adelantados, admitidas libres de derechos</p> <p>39. Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y el vestido procedentes de países en desarrollo</p> <p>41. Proporción de la AOD para fomentar la capacidad comercial</p>
<p>Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo</p>	<p>Sostenibilidad de la deuda</p> <p>42. Número total de países que han alcanzado los puntos de decisión y número que ha alcanzado los puntos de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME)(acumulativo)</p> <p>43. Alivio de la deuda comprometido conforme a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (en dólares de E.U.)</p>

Objetivos y metas	Indicadores para medir los progresos
Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo	44. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios 45. Tasa de desempleo de jóvenes comprendidos entre los 15 y los 24 años, por sexo y total ¹
Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable	46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable
Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones	47. Líneas de teléfono y abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes 48. Computadoras personales en uso por 100 habitantes y usuarios de Internet por 100 habitantes

Los objetivos y metas de desarrollo del Milenio están enunciados en la Declaración del Milenio, firmada en septiembre de 2000 por 189 países, donde figuran como signatarios 147 Jefes de Estado (A/RES/55/2 localizado en www.un.org/documents/ga/res/55/a55r002.pdf). Los objetivos y metas están interrelacionados y deberían considerarse como un conjunto. Representan la asociación entre los países desarrollados y los países en desarrollo que están decididos, como dice la Declaración, "a crear, en los planos nacional y mundial, un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza".

- a Para supervisar las tendencias de la pobreza en los países deberían utilizarse indicadores basados en el umbral de la pobreza de cada país, si se dispone de ellos. El indicador recomendado para este objetivo es "La porcentaje de la población por debajo de la línea nacional de pobreza".
- b Un indicador alternativo en desarrollo es "La tasa de terminación del nivel primario".
- c Entre los métodos anticonceptivos, solamente los preservativos son eficaces para prevenir la transmisión del VIH. Puesto que la tasa de uso de los preservativos es solamente medida entre mujeres con una pareja fija, este indicador es complementado por un indicador sobre el uso del preservativo en la última relación sexual en situaciones de alto riesgo (indicador 19a) y un indicador sobre los conocimientos relativos del VIH/SIDA (indicador 19b). El indicador "tasa de uso de anticonceptivos" también es útil para conocer los progresos hacia el logro de otros objetivos relacionados con la salud, el género y la pobreza.
- d Este indicador corresponde al porcentaje de la población de 15 a 24 años que puede identificar correctamente las dos principales formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativos y mantener relaciones sexuales sólo con una pareja fiel y no infectada), que rechaza los dos errores más generalizados en el país sobre la transmisión del VIH, y que sabe que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. No obstante, como actualmente no se dispone de un número suficiente de encuestas para calcular el indicador definido anteriormente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en colaboración con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboraron dos indicadores de sustitución que representan dos componentes del indicador real. Esos componentes son: a) el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que sabe que una persona puede protegerse de la infección del VIH mediante "el uso sistemático de preservativos"; b) el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que sabe que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. Para el informe sobre el año en curso sólo se dispone de datos referentes a mujeres.
- e La prevención se mide por el porcentaje de niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticidas; el tratamiento se mide por el porcentaje de niños menores de 5 años que reciben tratamiento adecuado.
- f La Organización Internacional del Trabajo (OIT) está elaborando un método mejorado para cuantificar el objetivo en el futuro.

Anexo 9.5 Enfoques funcionales

A continuación se detallan cada uno de los seis enfoques funcionales que deben servir de base para describir la estrategia de cooperación y para clasificar el tipo de actividad programada en los proyectos de cooperación técnica.

1. Movilización de recursos. Este es el componente más importante de la cooperación técnica de la OPS, ya que la Organización debe colaborar con los Gobiernos Miembros en movilizar una amplia gama de recursos si es que se espera lograr los objetivos de salud. Los recursos que deben mobilizarse son los siguientes:

Recursos financieros: Estos representan el enfoque tradicional de la movilización de recursos y no se refieren únicamente a los que puede administrar la Organización, sino también a los que pueden recibir los países de otras fuentes. Una función importante del trabajo de cooperación técnica de la OPS es canalizar dichos recursos para responder a prioridades nacionales. La colaboración de la Organización debe incluir el apoyo a las instituciones nacionales para la movilización de recursos financieros internos al sector salud.

Recursos físicos: Equipos y materiales que pueden utilizarse en el área de salud. La cooperación de la OPS debe velar por que la donación de equipos de otros países sea de calidad y utilidad en el lugar al que se destinan.

Recursos humanos: La OPS debe colaborar en la identificación del tipo de personal necesario, sus destrezas y su localización para responder a las necesidades del país.

Recursos de información: Se refiere a la utilización cada vez más creciente de los medios de comunicación para promover asuntos de salud y como agentes de cambio en salud.

Recursos políticos: Colaboración en acciones intersectoriales a nivel nacional para movilizar recursos políticos fuera del sector salud. Incorporación de salud en las agendas políticas.

Recursos institucionales: Identificación y designación de centros colaboradores. Búsqueda de cooperación entre universidades, escuelas, etc.

2. Disseminación de Información. La cooperación técnica de la OPS incluye la recopilación de información originada en los países, su procesamiento y análisis para la elaboración de análisis situación y tendencias a nivel regional. Asimismo la OPS debe colaborar en reforzar la capacidad nacional para la recopilación y análisis de los datos. Esta área incluye además la capacidad de la OPS de conocer las fuentes de información y facilitar su disseminación entre países.

3. Capacitación. Fortalecimiento de las instituciones nacionales en la elaboración de sus planes y currícula para la formación de personal en respuesta a las necesidades del mercado local. Preparación de material de capacitación, conducción de seminarios, cursos, talleres y adjudicación de becas.

4. Desarrollo de Políticas, Planes y Normas. Cooperación en la ejecución de políticas adoptadas colectivamente por los Cuerpos Directivos. Apoyo en la elaboración de planes y normas para lograr el éxito de los programas nacionales de salud.

5. Promoción de la Investigación. Apoyo financiero y técnico para el desarrollo de investigaciones en áreas técnicas conforme a las prioridades establecidas por el Comité Asesor de la OPS. .

6. Asesoría Técnica Directa. Apoyo de funcionarios en su área técnica específica, particularmente funcionarios del nivel regional, para trabajar con contrapartes nacionales en un problema específico.

Anexo 9.6 Lista de participantes

Institución	Apellido, Nombre	Cargo
ACNUR	Ramírez, Andrés	Representante
ACREH	Calderón, Yessenia	Presidente Asoc.Costarr.Recursos Hídricos
Agencia de Cooperación Internacional de Japón	Omine, Yasuhiro	Representante
ARESEP	Herrera, Xinia	División Atención al Usuario
Asamblea Legislativa	Mata, Sonia	Jefe de Área
AyA	Araya, Dagoberto	Jefe Depto. Aguas Residuales, Dir. Operaciones
AyA	Arias, Ana Lorena	Cooperación Internacional
AyA	Bolaños, Beatriz	Coordinadora Cooperación Internacional
AyA	Chacón, Olman	Subgerente
AyA	Colombari, Andrés	Director de Planificación
AyA	Mora, Darner	Director Laboratorio Nacional de Aguas
AyA	Phillips, James	Director Financiero
AyA	Picado, Luis Paulino	Director Financiamiento Externo
AyA	Rodríguez, Heibel	Gerente
AyA	Valiente, Carmen	Microbióloga Laboratorio Nacional de Aguas
AyA	Valverde, Javier	Director Dirección de Operaciones
Banco Central	Carrillo, Carlos	Economista Departamento Contabilidad Social
Banco Central	Kover, Maryam	Directora Depto. Contabilidad Social
BCIE	Lizano, Juan Rafael	Director
Cámara de Comercio	Sáenz, Cohymbra	Directora ejecutiva
Casa Presidencial	Hernández, Tricia	Consejo Social
Casa Presidencial	Quesada, Tatiana	Asesora Consejo Social
Casa Presidencial	Vargas, Rosibel	Coordinadora Plan Vida Nueva
Casa Presidencial	Jiménez, Ronulfo	Coordinador Consejo Económico
CCSS	Aguiar, Eduardo	Director Desarrollo Organizacional
CCSS	Arias, Odilie	Directora de Inspecciones
CCSS	Badilla, Xiomara	Coordinadora Programa PAVE, CCSS
CCSS	Fernández, Kattia	Encargada Cooperación Internacional
CCSS	León, Mario	Salud del Niño
CCSS	López, Antonieta	Promoción y Prevención de la Salud
CCSS	Méndez, Mercedes	Cooperación Internacional
CCSS	Miranda, Marielos	Directora de Proyectos de Desarrollo
CCSS	Picado, Kembly	Subgerente Médica Servicios
CCSS	Ramírez, Alejandro	Director técnico de Servicios Salud CCSS
CCSS	Solano, Horacio	Gerente Médico
CCSS	Solera, Aixa	Asesora Gerencia Médica
CCSS	Vargas, Eliseo	Presidente
CEN/CINAI	Camacho, Sonia	Directora
CNE	Carmona, Miguel	Presidente Cruz Roja Costarricense
CNE	Morales, Luis Diego	Presidente Ejecutivo CNE
CNE	Soto, Gerardo	Director Ejecutivo CNE
Colegio Ingenieros Civiles	Campos, Irene	Presidente
Colegio Químicos	Rojas, Aida	Presidente
Comis. Nal Lactancia Materna	Chaves, Sonia	Presidente
Comis. Nal Lactancia Materna	Salazar, Rafael	Coordinador
CONICIT	Cerdas, Max	Secretario Ejecutivo
Consejo de Seguridad Vial	Rojas, Roy	Director de la Dirección de Proyectos
Contraloría General República	Gutiérrez, Carlos	Unidad de Autorización y Aprobación
Defensoría de los Habitantes	Arce, Lorelly	Responsable tema de ambiente
Defensoría de los Habitantes	Cordero, Juan M.	Jefe Depto. Calidad de Vida
Defensoría de los Habitantes	Echandi, José	Defensor
Embajada de China-Taiwan	Wang, Steven	Embajador

Institución	Apellido, Nombre	Cargo
Embajada de España	Seco, Pedro	Coordinador General Cooperación
Embajada de España	Urtasun, Juan José	Embajador
ESPH	Rodríguez, Rafael	Director de Acueductos y Alcantarillados
Estado de La Nación	Gutiérrez, Miguel	Coordinador
Estado de la Nación	Robles, Arodis	Consultor
FAO	Angulo, Iván	Representante
FODESAF	Monge, Carlos	Director General
Hospital Blanco Cervantes	Morales, Fernando	Director
Hospital Nal de Niños	Alfaro, Braulio	Servicio de Neonatología
IAFA	Jiménez, Kattia	Directora
IDESPO/UNA	Permudi, Vilma	Directora
IFAM	Zumbado, Luis	Jefe Proyectos
IICA	Arce, Jose Carlos	Coordinador de Proyectos
IICA	Sancho, Federico	Coordinador
IMAS	Lara, Silvia	Presidenta Ejecutiva
IMAS	Ramírez, Ana Ma.	Supervisora
IMAS	Solano, Jeannette	Socióloga
INCIENSA	Navas, Lisseth	Directora
INEC	Bergueri, Marita	Coordinadora del área de Información
INEC	Calvo, José Antonio	Gerente General
INEC	Gutiérrez, Joaquín	Asistente de Gerencia
M. Relaciones Ext.	Fonseca, Walter	Coordinador Area Multilateral
MAG	Armijo, Ana C.	Coordinadora Coop. Técnica
MAG	Fernández, Cecilia	Coordinadora Programa Seguridad Alimentaria
MAG	Solera, Román	Subdirector SEPSA
MEP	Barahona, Ana Maritza	Asesora despacho viceministro académico
MEP	Berrocal, Haydée	Asesora de la Comisión de Valores
MEP	Fernández, Haydeé	Coordinadora programa seguridad alimentaria
MEP/DANEA	Carpio, Edgar	Director DANEA
MEP/DANEA	López, Fernando	Director
MEP/DANEA	Marchena, Fernando	Subdirector DANEA
MEP/DANEA	Riveros, Mónica	Coordinadora de Cooperación Int.
MIDEPLAN	Rodríguez, Xinia	Analista Sistema Nacional de Evaluación (SINE)
MIDEPLAN	Vindas, Mario	Cooperación Internacional
MINAE	Espinoza, Analive	Directora Superior Recursos Hídricos
MINAE	Guzmán, María	Dirección Gestión de Calidad
MINAE	Zeledón, José Miguel	Jefe Depto. De Aguas
Ministerio Hacienda	Alvarado, Silena	Viceministra de Egresos
MINSALUD	Acuña, Edwin	Oficial Mayor
MINSALUD	Aguirre, Elba	Promoción de la Salud
MINSALUD	Brown, Róger	Director Región Huetar Atlántica
MINSALUD	Camacho, Sonia	Directora CEN/CINAI
MINSALUD	Campos, Carmen	Asistente Dirección Regional
MINSALUD	Campos, María Elena	INCIENSA, jefe Centro Nac.Referencia Bacter.
MINSALUD	Carballo, Lidieth	Jefe Unidad de Evaluación
MINSALUD	Carrillo, Willy	Director Vigilancia de la Salud
MINSALUD	Castañedas, Darlyn	Directora Dirección Desarrollo de la Salud
MINSALUD	Céspedes, Virginia	Directora Region Central Norte
MINSALUD	Cubero, Marisela	Encargada Cooperación Internacional
MINSALUD	Flores, Eduardo	Director Región Central Sur
MINSALUD	Gamboa, César	Director General de Salud
MINSALUD	Guardia, Karina	Asesora Cooperación Internacional
MINSALUD	Guillén, Luis Fdo	Director Región Brunca
MINSALUD	Guzmán, Oscar	Director Protección de Ambiente Humano
MINSALUD	Hidalgo, María de los A.	Coordinadora CONAMI
MINSALUD	Jiménez, Enrique	Director Región Chorotega

Institución	Apellido, Nombre	Cargo
MINSALUD	Jiménez, Juan Carlos	Director Región Huetar Norte
MINSALUD	López, María Elena	Directora Servicios de Salud
MINSALUD	Monge, Bernardo	Dirección General de Salud
MINSALUD	Morales, Edgar	Director Informática
MINSALUD	Moreira, Armando	Dirección Protección de Ambiente Humano
MINSALUD	Navas, Lissette	Directora INCIENSA
MINSALUD	Pacheco, Vilma	Dirección Protección de Ambiente Humano
MINSALUD	Sáenz, Rocío	Ministra
MINSALUD	Salas, Jessica	Asesora del viceministro en VIH/SIDA
MINSALUD	Sánchez, Vanessa	Directora administrativa
MINSALUD	Solano, Teresita	Vigilancia Epidemiológica
MINSALUD	Tacsa, Luis	Representante ante el Plan Vida Nueva
MINSALUD	Villalobos, Ana	Dirección Protección de Ambiente Humano
MINSALUD	Zúñiga, Isabel	Asesoría Legal
MTSS-FODESAF	Arias, Hansel	Asesor Viceministro
PANI	Gil, Rosalía	Presidenta Ejecutiva
Plan Vida Nueva	Vargas, Rosibel	Directora Ejecutiva Consejo Social
PNUD	Elizondo, Ligia	Coordinadora Residente
PNUD	Herrera, Raquel	Asistente de la Coordinación
Secretaría Técnica Consejo Social	Fallas, Helio	Ministro Vivienda
Secretaría Técnica Consejo Social	Gil, Rosalía	Ministra Niñez (PANI)
Secretaría Técnica Consejo Social	González, Raúl	Secretario técnico
Secretaría Técnica Consejo Social	Lara, Silvia	Presidenta Ejecutiva IMAS
Secretaría Técnica Consejo Social	Sáenz, Rocío	Ministra Salud
SEPAN	Novygrodt, Rosa	Coordinadora
UCR	Achí, Rosario	Directora INISA
UCR	Barquero, Jorge A.	Investigador Centro Población
UCR	Behm, Ingrid	Coordinadora Programas de Capacitación
UCR	Cartín, Mayra	Escuela de Salud Pública
UCR	Cartín, Mayra	Escuela de Salud Pública
UCR	Fernández, Alvaro	Investigador Observatorio del Desarrollo
UCR	Macaya, Gabriel	Rector
UCR	Muñoz, Leda	Vicerrectoría Acción Social
UCR	Pallavicini, Violeta	Directora Doctorado Gobierno y Política Públicas
UCR	Rosero, Luis	Director Centro Centroamericano Población
UCR	Ugalde, Griselda	Escuela de Enfermería
UNA	Garnier, Leonardo	Director Centro de Ciencias Políticas
UNFPA	Salgado, Patricia	Representante auxiliar
UNICEF	Munduate, Cristina	Representante



Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto
República de Costa Rica