

Plan Nacional de Salud 2010-2021

Ministerio de Salud
Costa Rica



Derechos
Humanos

Cohesión
Social

Diversidad

Igualdad y
Equidad
de Género

“De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud”



MINISTERIO DE SALUD

PLAN NACIONAL DE SALUD

2010-2021

Créditos

Dra. María Luisa Ávila Agüero. Ministra de Salud

Dra. Ana Cecilia Morice Trejos. Viceministra de Salud

Lic. Juan Manuel Cordero González. Viceministro de Desarrollo Social

Dra. Rossana García González. Directora General de Salud

Dra. Andrea Garita Castro. Directora Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud

Equipo de Apoyo Operativo

Licda. Guiselle Rojas Sánchez. Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud

Licda Edda Quirós Rodríguez. Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud

Lic. Mauricio Rojas Alfaro. Viceministerio de Desarrollo Social

Msc. Alejandra Acuña Navarro. Jefa Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud

Equipo Universidad de Costa Rica

MBA Randall Hidalgo Solano.

PhD. Juan Pan González

Ing. Eduardo Andrade Garnier

Inga. Adriana Jiménez Madrigal

Inga. Melissa Pizarro Aguilar

Diseño y diagramación

Ana María Gonzalez Reyes. Unidad Gestión Integral de la Información.

Portada

Joaquín Corella Arce. Unidad Mercadotecnia Institucional.

Impresión

Producción Documental- Unidad Gestión Integral de la Información.

Ministerio de Salud.

San José, Costa Rica. Diciembre 2010

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
I CAPÍTULO	9
1. METODOLOGÍA.....	11
1.1 Organización.....	11
1.2 Análisis de situación de salud y sus determinantes sociales.....	12
1.3 Modelo conceptual para la producción del desarrollo social.....	12
1.4 Definición de estrategias globales, factores críticos de éxito, propósito, objetivos generales, objetivos específicos, indicadores.....	12
1.5 Elaboración del mapa estratégico.....	13
1.6 Oficialización y divulgación del Plan Nacional de Salud.....	13
II CAPÍTULO	15
1 ANÁLISIS DE CONTEXTO.....	17
1.1 Cambios o tendencias demográficas	17
1.2 Mortalidad general.....	18
1.3 Mortalidad infantil.....	19
1.4 Mortalidad materna.....	20
1.5 Nacimientos.....	20
1.6 Pobreza.....	21
1.7 Empleo.....	25
1.8 Educación.....	27
1.9 Tendencias o cambios tecnológicos a nivel mundial.....	27
1.10 Vivienda.....	28
1.11 Ambiente.....	28
1.12Seguridad alimentaria nutricional.....	30
III CAPÍTULO	33
1.ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES.....	35
2.PROPÓSITO.....	37
3.OBJETIVOS GENERALES.....	37
4.ESTRATEGIAS GLOBALES.....	38
5.FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO POR ESTRATEGIA GLOBAL.....	40
6.OBJETIVOS ESPECÍFICOS E INDICADORES.....	43

BIBLIOGRAFÍA..... 61

ANEXOS..... 63

ANEXO N.º 1: Glosario..... 65

ANEXO N.º 2: Colaboradores del Ministerio de Salud..... 72

ANEXO N.º 3: Participantes de las instituciones..... 73



PRÓLOGO

El Plan Nacional de Salud 2010 - 2021, como principal instrumento para la articulación de la rectoría del Sector Salud, busca dar respuesta a las necesidades de la población en general y a los grupos más vulnerables y excluidos en particular en materia de salud.

Este Gobierno tiene la preocupación de contar con un instrumento que pueda guiar la acción pública que trascienda una administración gubernamental de modo que diversos procesos y acciones tengan continuidad en el tiempo, tornándose sostenibles, cumpliendo con la aspiración definida en el Plan Nacional de Desarrollo, el cual es hacer de Costa Rica una nación desarrollada cuando alcance el bicentenario de su vida como país independiente en el 2021.

Se está asumiendo el reto de cerrar las brechas en salud entre pobres y ricos, entre los grupos minoritarios y los de las mayorías, entre el sector rural y urbano, entre géneros, entre regiones, entre los que gozan del bienestar y los que están excluidos, estamos decididos a construir una sociedad donde se respeten los derechos humanos, la diversidad, la igualdad y equidad de género, y donde el principio de cohesión social pueda trascender a una visión de personas como sujeto de derechos.

El éxito de la implantación de este plan requiere del compromiso de los diferentes actores sociales involucrados en este proceso, como responsables de enfrentar los retos asumidos, que permitan alcanzar los objetivos establecidos con el fin de mejorar la calidad de vida de todos los habitantes del territorio nacional.

Por lo anterior, insto que desde el compromiso de esta rectoría se operativice este instrumento mediante una participación de los actores para su ejecución.



Laura Chinchilla Miranda
Presidenta
República de Costa Rica

INTRODUCCIÓN

El Plan Nacional de Salud 2010 – 2021 constituye una propuesta dirigida a fortalecer el estado de bienestar social que históricamente se ha construido, basado en el respeto y promoción de los derechos humanos donde se reconoce la diversidad, la igualdad y la equidad de género, como pilares fundamentales de la salud. Así mismo, mediante la cohesión social y la corresponsabilidad construiremos en forma compartida entre los diversos actores sociales, las condiciones esenciales para la salud de la población, con especial énfasis en los sectores sociales en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión social.

Por ello, en el Plan se contemplan nueve objetivos generales, los cuales responden a los siguientes ejes temáticos:

- Cultura de cuidado individual y colectivo
- Hábitat humano sostenible
- Servicios de salud de atención integral a personas.
- Capacidades humanas de la población
- Equidad socioeconómica
- Infraestructura física segura y con diseño universal
- Investigaciones científicas y aplicaciones tecnológicas
- Fuerza de trabajo en salud
- Coordinación y articulación entre instituciones y sectores

La realidad del país ha evidenciado la necesidad de articular acciones entre los diversos sectores sociales, donde la inversión social esté direccionada hacia grupos y ejes prioritarios de intervención en los que se dé especial atención. Como respuesta a lo anterior, se deben implementar las estrategias de: participación social, articulación de actores sociales, creación de entornos sostenibles, reorientación de los servicios de salud, inclusión y movilidad social, desarrollo de competencias y capacidades del recurso humano, así como la institucionalización de la rectoría en salud y desarrollo social y el enfoque en ámbitos de intervención prioritaria.



Dra. María Luisa Ávila Agüero
Ministra de Salud



I CAPÍTULO GENERALIDADES

1. METODOLOGÍA

El Plan Nacional de Salud, fue elaborado mediante un proceso de amplia participación de actores sociales relacionados con la producción social de la salud.

Su formulación se realizó siguiendo las siguientes etapas:

1.1. Organización

Con fundamento en la Ley General de Salud, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y otras disposiciones jurídicas, las autoridades superiores del Ministerio de Salud dieron inicio al proceso de formulación del Plan Nacional de Salud 2010-2021.

La Ministra de Salud designó a la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Impacto de las Acciones en Salud, como la instancia encargada de la conducción técnica del proceso, con el acompañamiento de la Universidad de Costa Rica.

Se definieron los lineamientos operativos y los insumos necesarios para desarrollar las diferentes etapas del proceso.

Con base en lo establecido en la metodología se constituyeron Equipos que tuvieron funciones específicas en cada una de las etapas desarrolladas.

- **Equipo de aprobación política**

Asumió la responsabilidad de conducir políticamente el proceso, así como de aprobar las propuestas y de emitir formalmente los productos elaborados; estuvo conformado por la Ministra, la Viceministra y la Directora General de Salud.

- **Equipo operativo**

Fue el equipo responsable de elaborar la propuesta de la metodología para la formulación del Plan y el desarrollo del proceso de su formulación, con los actores sociales, así como el análisis y la sistematización de los productos de los talleres y la elaboración de los documentos preliminares del Plan que se presentarían al equipo técnico para su validación.

Por directriz de la Ministra, se solicitó a los jefes de las Instituciones del Sector Salud, y otros actores sociales que nombraran enlaces, encargados de analizar, ajustar y retroalimentar la

propuesta, así como de la divulgación de la información hacia otros funcionarios de la institución/ organización que representan¹.

1.2. Análisis de situación de salud y sus determinantes sociales

El objetivo de realizar este análisis fue contar con una aproximación sobre la situación de los determinantes sociales de la salud de manera tal que facilitara la identificación de algunas necesidades prioritarias que debían ser atendidas en el Plan Nacional de Salud.

Este análisis se compone de dos elementos principales; el primero es un diagnóstico interno que identificó las fortalezas y debilidades del Sector Salud para atender las necesidades de la población. El segundo elemento se encuentra en el diagnóstico externo, donde se recopila la información sobre los determinantes sociales de la salud (económicos, políticos, legales, socio-culturales, tecnológicos, trabajo, educación, vivienda, seguridad ciudadana y seguridad alimentaria ambientales y estado de salud), así como de las necesidades básicas de la población e insatisfacción de estas con respecto a la producción social de la salud. Cada uno de estos componentes incluye una etapa de análisis e integración de la información para ser usada en el desarrollo del Plan.

1.3. Modelo conceptual para la producción del desarrollo social

A fin de contar con un marco de referencia que facilitara una aproximación del alcance del Plan, se elaboró un modelo conceptual para la producción social de la salud y se identificaron ámbitos de acción, tales como: cultura, ambiente, servicios de salud, educación, economía e infraestructura, ciencia y tecnología.

En este marco conceptual de referencia que fundamenta el Plan Nacional se parte del concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de los determinantes sociales de la salud ².

1.4. Definición de estrategias globales, factores críticos de éxito, propósito, objetivos generales, objetivos específicos, indicadores

Se organizaron según los siguientes ejes temáticos:

- Cultura de cuidado individual y colectivo
- Desarrollo sostenible del hábitat humano
- Servicios de salud de atención integral a personas y al hábitat humano

¹ Ver Anexo N.º3: Participantes de las instituciones

² Ver Anexo N.º1: Glosario

- Desarrollo de capacidades humanas de la población
- Desarrollo de capacidades productivas, de generación y distribución de ingresos
- Desarrollo de infraestructura física segura y con diseño universal
- Investigaciones científicas y aplicaciones tecnológicas
- Coordinación y articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil

1.5. Elaboración del mapa estratégico

El mapa estratégico representa la priorización de acciones ligadas a cada objetivo específico del Plan, lo cual va a permitir el correcto enfoque de esfuerzos y recursos con el fin de cumplir efectivamente cada objetivo planteado.

1.6. Oficialización y divulgación del Plan Nacional de Salud

Una vez avalado el documento preliminar por las autoridades del Ministerio de Salud y realizados los ajustes correspondientes, se presentó a las autoridades de las instituciones involucradas en el proceso de consulta y elaboración.

Finalmente la Ministra de Salud procede a oficializar el Plan Nacional de Salud.

El Plan Nacional de Salud será dado a conocer por medio de una estrategia de divulgación que permita el acceso a los contenidos del documento por parte de todos los actores sociales como las comunidades, las instituciones del sector y de otros sectores, universidades, organizaciones no gubernamentales y actores sociales involucrados en el proceso de producción social de la salud.



II CAPÍTULO

RESUMEN DEL ANÁLISIS DE CONTEXTO

1. ANÁLISIS DE CONTEXTO

1.1. Cambios o tendencias demográficas de la población

Costa Rica cuenta con una extensión territorial de 51.000 km²; la división político administrativa del país consta de siete provincias y 81 cantones, con una densidad promedio poblacional de 75 habitantes por km² (con rangos de 10 a 1000 hab./ km²)

En el 2008 se registra una población de 4.451.262 habitantes, de los cuales el 50,8% son hombres. La población se encuentra en proceso de transición demográfica avanzada, con una disminución de la base de la pirámide poblacional y un incremento en los grupos de edad mayores. (INEC & CCP, 2008).

Figura 1:
Estructura de la población, por grupos de edad y sexo. Costa Rica, 2008*
(Cifras absolutas y relativas)

GRUPOS DE EDAD	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	<u>4.451.262</u>	<u>100,00</u>	<u>2.258.540</u>	<u>100,00</u>	<u>2.192.722</u>	<u>100,00</u>
0-4	358.979	8,06	183.817	8,14	175.162	7,99
5-9	384.381	8,64	197.100	8,73	187.281	8,54
10-14	412.292	9,26	211.834	9,38	200.458	9,14
15-19	433.655	9,74	222.688	9,86	210.967	9,62
20-24	431.148	9,69	220.834	9,78	210.314	9,59
25-29	389.174	8,74	199.519	8,83	189.655	8,65
30-34	335.926	7,55	172.199	7,62	163.727	7,47
35-39	306.876	6,89	156.429	6,93	150.447	6,86
40-44	312.799	7,03	158.967	7,04	153.832	7,02
45-49	283.744	6,37	143.585	6,36	140.159	6,39
50-54	228.506	5,13	115.261	5,10	113.245	5,16
55-59	171.229	3,85	85.427	3,78	85.802	3,91
60-64	124.804	2,80	61.563	2,73	63.241	2,88
65-69	92.448	2,08	44.858	1,99	47.590	2,17
70-74	71.132	1,60	33.685	1,49	37.447	1,71
75 y más	114.169	2,56	50.774	2,25	63.395	2,89

Fuente: *Estimaciones y proyecciones de población, CCP UCR. M. Salud, D. Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

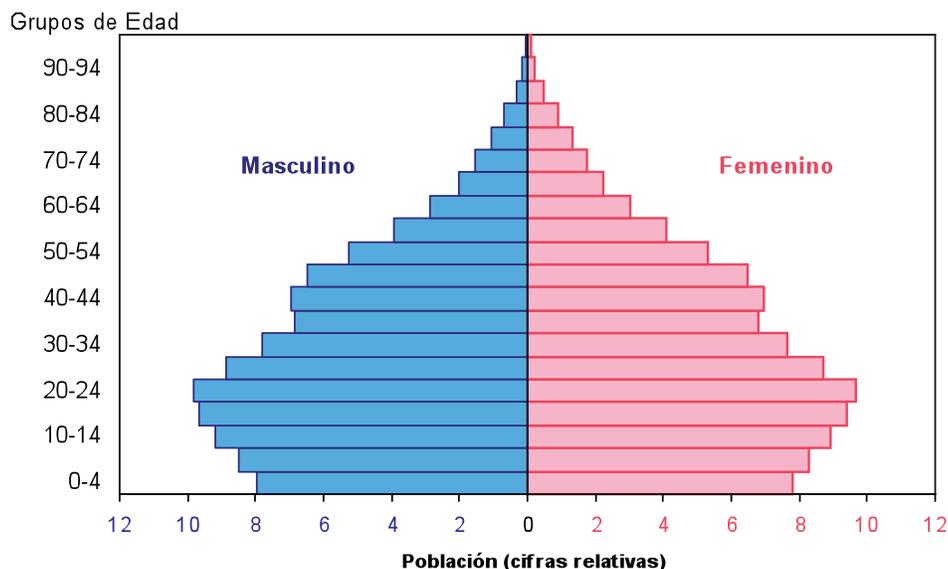
La tasa global de fecundidad para el 2007 fue de 1.96, es decir, se estima que cada mujer tiene un promedio de 1.96 hijos durante toda su vida fértil. Esta es la fecundidad más baja en toda la región centroamericana.

Estos dos fenómenos (descenso en la fecundidad y mejora en la esperanza de vida) han venido ocurriendo en Costa Rica desde hace décadas. El resultado es un proceso gradual de envejecimiento de la población. Es decir, un aumento en la proporción de personas adultas mayores, mientras que ocurre una disminución en la proporción de niños y adolescentes.

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

encuentra en proceso de transición demográfica avanzada, con una disminución de la base de la pirámide poblacional y un incremento en los grupos de edad madura (Ministerio de Salud, 2009).

Figura 2
Pirámide poblacional según grupos de edad. (cifras relativas) Costa Rica, 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones oficiales de población, proporcionadas por Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

1.2. Mortalidad general

La tasa de mortalidad general del 2008 fue de 4,05 por mil habitantes. El país presenta un perfil de mortalidad que se caracteriza por enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 4,0 por mil habitantes, seguida en su orden por los tumores (1,1 por mil habitantes) y las demás causas (0,9), así como por las enfermedades del aparato respiratorio (0,9 por mil habitantes) y del aparato digestivo (0,6 por mil habitantes).

Figura 3
Mortalidad por los cinco grandes grupos de causas. Costa Rica 2006 - 2008
(Tasa /1.000 habitantes)

CAUSAS	2006		2007		2008*	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
TOTAL	16766	3,8	17017	3,8	18021	4,0
Enfermedades del Sistema Circulatorio	4845	1,1	4992	1,1	5027	1,1
Tumores	3731	0,8	3801	0,8	3924	0,9
Clasif. Suplementaria de Causas Ext.	2141	0,5	2160	0,5	2513	0,6
Enfermedades del Sistema Respiratorio	1355	0,3	1536	0,3	1420	0,3
Enfermedades del Sistema Digestivo	1168	0,3	1258	0,3	1267	0,3
Las demás causas	3526	0,8	3270	0,7	3870	0,9

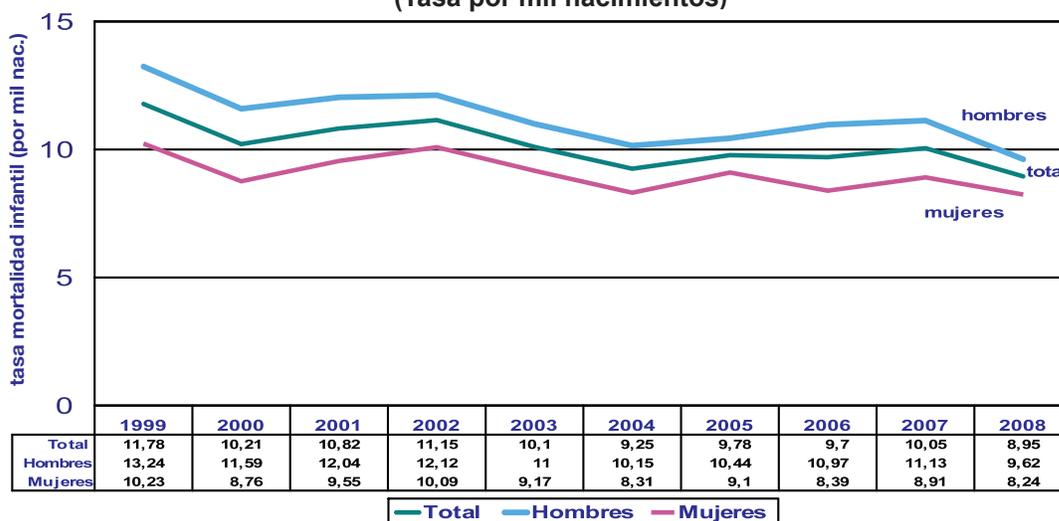
*cifras preliminares

Fuente: INEC- M. Salud. D. Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, 2008

1.3. Mortalidad infantil

En el año 2008 se registraron 62 muertes infantiles menos que en el año anterior. La tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 8,9 por mil nacimientos. La TMI masculina fue de 9,62 y la femenina fue de 8,24 por mil nacimientos.

Figura 4
Mortalidad infantil, según año y sexo. Costa Rica 1999 - 2008
(Tasa por mil nacimientos)



Fuente: INEC- M. Salud. D. Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, 2008

En el siguiente cuadro se presentan los cantones con mayor mortalidad infantil y menor desarrollo social. Para esto, los cantones se clasificaron según quintiles y se denominó con sobremortalidad infantil e infradesarrollo social a los cantones ubicados en el quinto y primer quintil de TMI infantil e IDS, respectivamente. Cabe destacar que se identifican cuatro cantones que coinciden con un alto riesgo de mortalidad infantil y un bajo desarrollo social (Amada Aparicio, 2009).

Figura 6
Cantones con mayores tasas de mortalidad infantil y con menor desarrollo social

Sobre Mortalidad Infantil		Infra Desarrollo Social	
Cantón	TMI*	Cantón	IDS**
San Mateo	25.9	Talamanca***	0.0
Dota	17.9	Coto Brus	4.5
Abangares	17.5	Los Chiles	5.2
Curridabat	16.4	Golfito	6.4
Jiménez	14.8	Upala	7.1
Nicoya	14.6	Buenos Aires	12.6
Talamanca	14.3	Limón	13.5
Golfito	13.5	Corredores	14.7
La Cruz	13.4	Matina	15.5
Osa	12.8	Osa	15.5
Liberia	12.3	Siquirres	17.0
Tarrazú	12.3	La Cruz	18.7
Matina	12.1	Pococí	18.8
Oreamuno	12.0	Sarapiquí	21.2
Puriscal	11.8	Parrita	25.1
Alvarado	11.8	Turrialba	25.2

*Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos período 2006-2008

**Índice de Desarrollo Social 2007

***Cantones que coinciden en mayor mortalidad infantil y menor desarrollo social

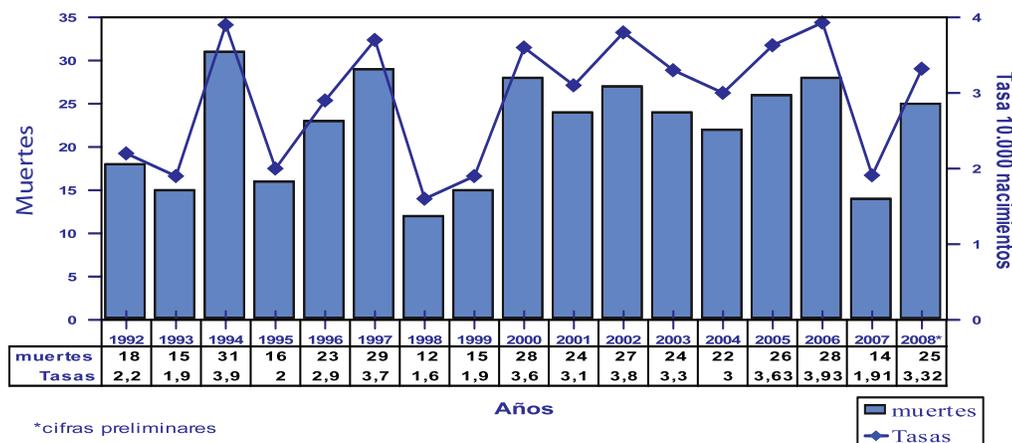
1.4. Mortalidad materna

En el siguiente cuadro se muestra el comportamiento de la mortalidad materna durante el periodo comprendido de 1992-2008; se observan oscilaciones, no obstante en el año 1998 se obtiene la tasa más baja de 1,2 por 10,000 habitantes, para el 2007 la tasa es de 1,91 y al 2008 es de 3,32 (Ministerio de Salud, 2009).

En los grandes grupos de causas de la mortalidad materna se encuentran: “otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte” (15 defunciones, 2.0/10.000 nacimientos), a saber las del sistema circulatorio (6 defunciones), así como edema, proteinuria y trastornos hipertensivos que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

Figura 7

Tendencia de la mortalidad materna, según año. Costa Rica 1992 - 2008
(Tasa /10.000 nacimientos)



*cifras preliminares

Fuente: INEC- M. Salud. D.Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, 2008

La esperanza de vida al nacer es un indicador global de la situación de salud de las poblaciones. Costa Rica tiene uno de los valores más altos en toda América. En nuestro continente, Costa Rica y Estados Unidos tienen la misma esperanza de vida al nacer, y esta es superada solo por Canadá (Population Reference Bureau, 2008). Se estima que cada niño nacido en el 2007 vivirá un promedio de 76.7 años y cada niña vivirá en promedio 81.9 años (Ministerio de Salud, 2009).

1.5. Nacimientos

En Costa Rica, en el año 2008, hubo 75.187 nacimientos para una tasa bruta de natalidad de 16,89 /1.000 habitantes, de los cuales un 51% son del sexo masculino. El 99% de los nacimientos son hospitalarios (incluye instituciones públicas y privadas). La CCSS atendió un total de 68.633 partos, 14.712 cesáreas y 8.115 abortos. Más de la mitad (56%) de los nacimientos corresponden a mujeres entre los 20 y los 29 años (Ministerio de Salud, 2009).

El 20.2% de los nacimientos corresponde a mujeres menores de 20 años. Se observa un incremento de 0.4 puntos porcentuales respecto al año anterior. En el otro extremo, el 8.9% de los nacimientos corresponde a madres de 35 años o más. En este grupo de edades se observa una disminución de 1.2 puntos porcentuales respecto al año anterior.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) es un indicador compuesto que mide los avances promedio de un país en función de 3 dimensiones del desarrollo humano: vivir una vida larga y saludable, disponer de educación y tener un nivel de vida digno. Para el 2007, Costa Rica tuvo un IDH de 0.85, lo que posiciona al país como quinto a nivel de Latinoamérica y el Caribe y en la posición número 48, a nivel mundial.

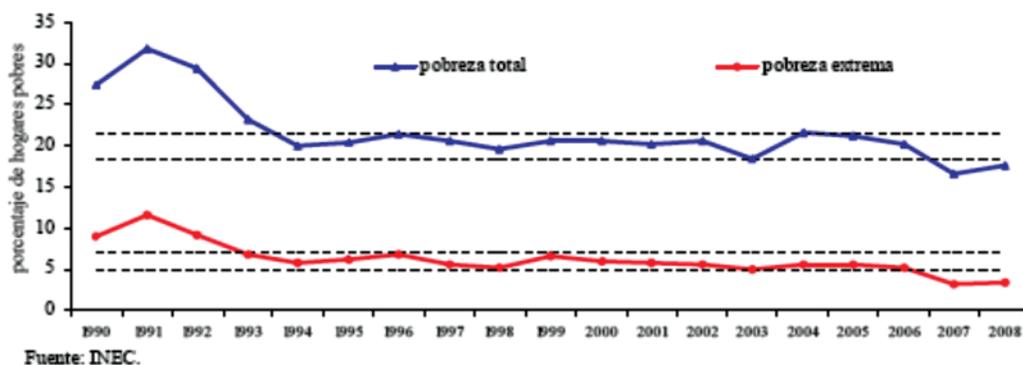
El Índice de Desarrollo Humano relativo al Género (IDG) del PNUD es un indicador social similar al IDH que mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres y se basa en los mismos componentes del IDH analizados según sexo. Para el 2007, Costa Rica obtuvo un IDG de 0,84 que lo posiciona en la quinta posición con respecto a América Latina y el Caribe y en la posición número 47 en el mundo.

1.6. Pobreza

Luego de que en el 2007 se rompiera con 13 años de estancamiento en la pobreza y se produjera una reducción significativa en su incidencia, vista aquí como una situación de ingresos insuficientes para adquirir una canasta de bienes y servicios que les permita a los hogares satisfacer sus necesidades básicas, en el 2008 se dio un aumento, aunque sin llegar a los niveles previos (Sauma, 2009).

Desde 1994 y hasta el 2006 la pobreza afectó a un 20% de los hogares, más o menos 1,5 puntos porcentuales, y en el 2007 se redujo hasta 16,7% -nivel más bajo en todo el período estudiado-, para luego aumentar 1 punto porcentual en el 2008, a 17,7%, lo cual se puede apreciar en el siguiente gráfico (Sauma, 2009).

Figura 8
Costa Rica: Incidencia de la pobreza entre los hogares, 1990-2008



Un aspecto relevante es que, aunque en 2005 y 2006 la pobreza se mantuvo en el rango arriba mencionado (20% más/menos 1,5 puntos porcentuales), en esos años se dieron pequeñas reducciones (0,5 puntos porcentuales en 2005 y 1 punto porcentual en 2006), los que sumados a los 3,5 puntos porcentuales del 2007, dan una reducción total de 5 puntos porcentuales en los tres años previos al 2008.

Una situación similar se presenta con la pobreza extrema, cuya incidencia en los hogares aumentó a 3,5%, luego de la fuerte caída en el 2007, cuando se redujo hasta 3,3% después de haber estado estancada desde 1994 en alrededor del 6%, más o menos un punto porcentual. Es importante destacar que el nivel alcanzado en el 2007 es el más bajo del período aquí considerado (1990-2008), y el del 2008, el segundo menor (Sauma, 2009).

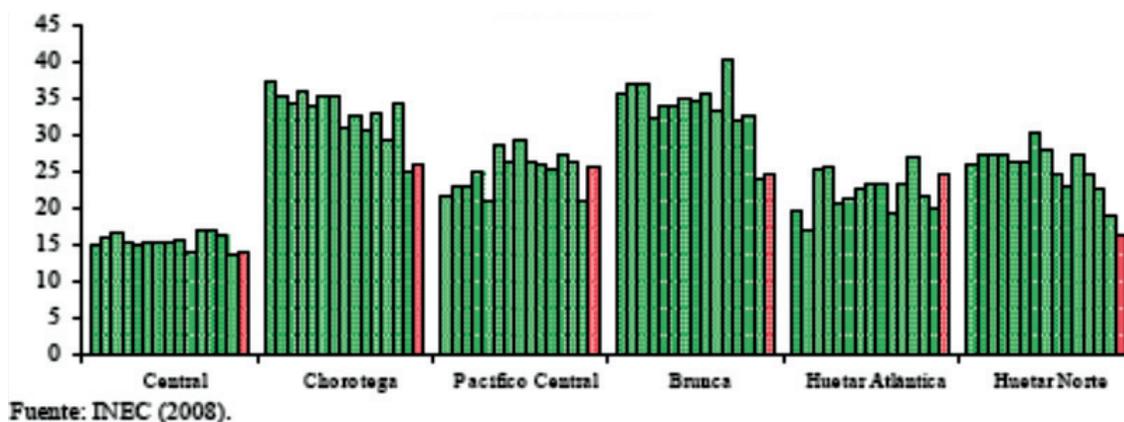
Según detalla el informe Estado de la Nación, 2009 y como se puede observar en el siguiente gráfico, el comportamiento de la pobreza por regiones aumenta en todas, excepto la Huetar Norte, donde hay una nueva e importante reducción. En esta última región, luego del fuerte aumento en el 2004 en que la incidencia llega a 27,4%, a partir del 2005 se inicia un proceso de reducción que continúa hasta el 2008, cuando se alcanza una incidencia de 16,4%, la menor del período estudiado (1990-2008).

En las demás regiones el mayor aumento se da en la Región Rectora de Salud Pacífico Central, donde pasa de 20,8% en 2007 a 25,7% en 2008 (4,9 puntos porcentuales), seguida de la Huetar Atlántica, en que aumenta de 20,2% a 24,7% (4,5 puntos porcentuales).

En las otras regiones el aumento es de menos de un punto porcentual. Dada la distribución de la población entre regiones, en la región Rectora de Salud Central residen prácticamente la mitad de los hogares pobres del país (49,7%) y dos de cada cinco hogares en pobreza extrema (41,6%). El resto de los hogares pobres se distribuyen entre las restantes regiones del país con diferencias según el grado de pobreza.

En el caso de la pobreza total hay tres regiones con un número y porcentaje similar de hogares en esa situación: la Región Rectora de Salud, Huetar Atlántica con 15,2%, la Brunca con 15,1% y la Chorotega con 14,3%. En el caso de la pobreza extrema, llama la atención un mayor porcentaje en la Región Rectora de Salud Huetar Atlántica, 15,3%, seguido de la Región Rectora de Salud Chorotega, 11,1%, y la Región Rectora de Salud Brunca, 10,8%. Entonces, fuera de la región Central, la Huetar Atlántica es la segunda región del país con mayor concentración de pobres, tanto en pobreza total como extrema (Sauma, 2009).

Figura 9
Costa Rica: Incidencia de la pobreza en los hogares por regiones, 1994-2008



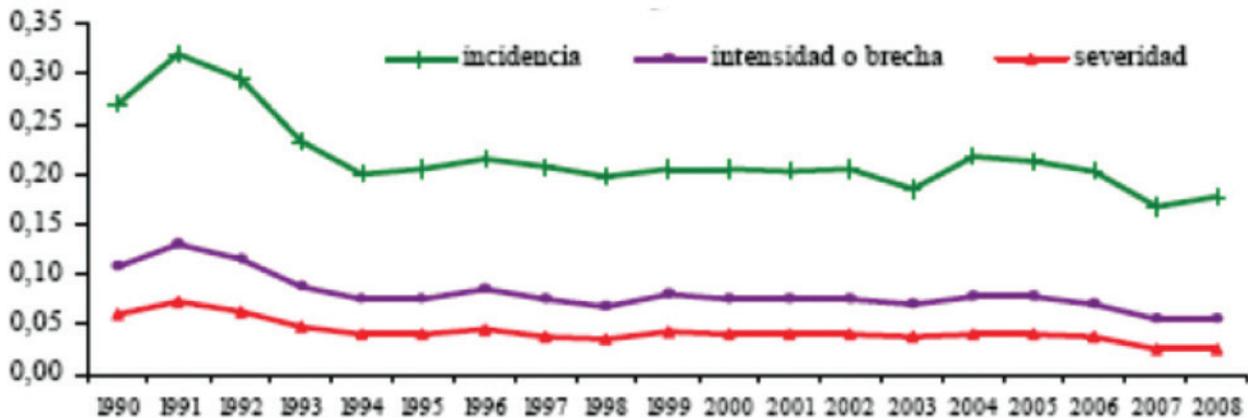
El Informe Estado de la Nación ha dado seguimiento a dos dimensiones relevantes asociadas con la medición de la pobreza: la intensidad del fenómeno (o también llamado brecha de pobreza), que se refiere a si el ingreso de los pobres se ha alejado o no de la línea de pobreza (o sea, si son más pobres o no); y la severidad de la pobreza, que refleja lo que sucede con la desigualdad entre los pobres: aumentos en el valor del indicador reflejan mayores desigualdades en el ingreso de los pobres, y reducciones en el indicador.

En el año 2007, el indicador de intensidad de la pobreza había alcanzado un valor de 0,054 a nivel nacional, el más bajo desde 1990, y en el 2008 subió ligeramente hasta 0,056, el segundo más bajo en el período 1990-2008, lo que significa que los ingresos per cápita de aquellos hogares que continúan en situación de pobreza se encuentran más cerca de la línea de pobreza que en los años anteriores a 2006, es decir, son menos pobres que en los años anteriores. Esto es relevante desde la óptica de política pública, pues refleja que los esfuerzos para que estos hogares alcancen la línea de pobreza son, al igual que en el 2007, relativamente menores que en el pasado (Estado de la Nación, 2009).

Por áreas, el indicador de intensidad no varía en la urbana, y aumenta en la rural. En lo que respecta a la severidad de la pobreza, el indicador a nivel nacional se mantiene en 0,026, igual al 2007 (Ver gráfico adjunto), el más bajo desde 1990, reflejando una menor desigualdad en el ingreso de los pobres. Por áreas, al igual que con la intensidad, no hay variación en el indicador en el área urbana, y aumenta en la rural (Sauma, 2009).

Figura 10

Costa Rica: Incidencia, intensidad (o brecha) y severidad de la pobreza total en los hogares, 1990-2008



Fuente: Estimación propia a partir de las encuestas de hogares

La fuerte reducción en la incidencia de la pobreza en el año 2007 se debió a una también fuerte reducción en el número de hogares afectados por el flagelo, tanto en el caso de la pobreza extrema como en la total, pero en el primer caso con la característica de que el número de hogares en pobreza extrema en ese año fue el menor desde 1990.

En el 2008 el número de hogares en situación de pobreza aumentó, con ello el indicador de incidencia; en el caso de la pobreza total que fue de casi 19.000 hogares, y en el de la pobreza extrema de poco más de 7.000 hogares. No obstante ese aumento, el número de hogares en pobreza extrema en el 2008 es uno de los más bajos desde 1998.

En el año 2007 el indicador de intensidad de la pobreza había alcanzado un valor de 0,054 a nivel nacional, el más bajo desde 1990, y en el 2008 subió ligeramente hasta 0,056, el segundo más bajo en el período 1990-2008, lo cual significa que los ingresos per cápita de aquellos hogares que continúan en situación de pobreza se encuentran más cerca de la línea de pobreza que en los años anteriores a 2006, es decir, son menos pobres que en los años anteriores. Estos son resultados son relevantes desde la óptica de política pública, pues refleja que los esfuerzos para que estos hogares alcancen la línea de pobreza son, al igual que en el 2007, relativamente menores que en el pasado. Por áreas, el indicador de intensidad no varía en la urbana, y aumenta en la rural (Sauma, 2009).

En lo que respecta a la severidad de la pobreza, el indicador a nivel nacional se mantiene en 0,026, igual al 2007, el más bajo desde 1990, reflejando una menor desigualdad en el ingreso

de los pobres. Por áreas, al igual que con la intensidad, no hay variación en el indicador en área urbana, y aumenta en la rural (Estado de la Nación , 2009).

1.7. Empleo

En el año 2008 se dio un nuevo incremento en la población ocupada, con 32.000 nuevos empleos, lo que significa un crecimiento de 1,7%. Esa cifra es inferior al promedio.

Durante el periodo 1990-2007 se reportó poco más de 47.000 nuevos ocupados por año sin embargo, parece razonable en el contexto de la desaceleración por el ritmo de crecimiento económico que experimentó el país, con un crecimiento del PIB de apenas 2,9%, luego de seis años consecutivos con incrementos de 4,3% o más (tres años consecutivos con 5,9% o más). (Estado de la Nación , 2009).

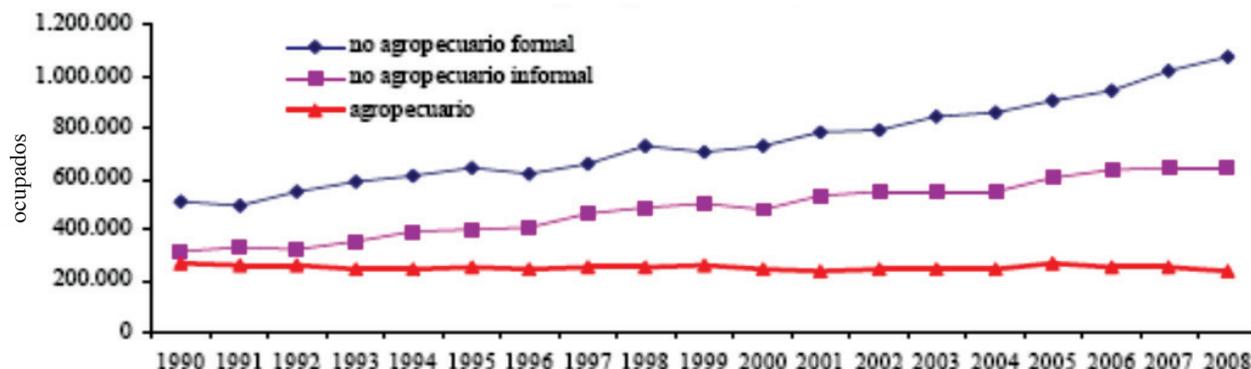
De los nuevos ocupados, prácticamente 7.000 son hombres y 25.000 mujeres, lo cual es un acontecimiento relevante.

Cuando se separan los ocupados agropecuarios de los no agropecuarios, y entre estos últimos, los que se insertan en actividades de baja productividad (informales) de los que se espera lo hagan en actividades de mayor productividad (formales), como tradicionalmente se ha venido haciendo en los Informes sobre el Estado de la Nación en el año 2008, se da una situación que si bien no es nueva en el período de estudio, sí es importante su magnitud actual: hay un fuerte aumento en el número de ocupados formales no agropecuarios, en casi 51.000, mientras que se contrae el número de ocupados informales no agropecuarios, en casi 6.000, y el de ocupados agropecuarios en casi 13.000.

Es importante destacar que de los casi 51.000 nuevos empleos formales no agropecuarios generados en el 2008, prácticamente 30.000 fueron para mujeres y 21.000 para hombres. El empleo en el sector agropecuario sigue el proceso de reducción que se inicia en 1990, y se refleja tanto en términos absolutos como relativos.

En términos absolutos, el número de ocupados en el sector agropecuario en el 2008, poco más de 241.000, es el menor desde 1990, mientras que en términos relativos, el porcentaje que representan esos ocupados dentro del total de ocupados en el 2008, 12,3%, es igualmente el menor del período (Sauma, 2009).

Figura 11
Evolución del Empleo por sectores, 1990-2008



* Para la estimación se ajustaron los factores de expansión 1990-99

Fuente: Estimación propia a partir de las encuestas de hogares

El aumento en el empleo formal no agropecuario en el 2008, por su parte, se refleja en un fuerte incremento en la participación de este empleo dentro del empleo total, que alcanza un 55%, porcentaje más elevado desde 1990, y casi 10 puntos porcentuales superior a los prevalecientes a inicios de la década de los años noventa (Cuadro A.12). Cuando se consideran como calificados los trabajadores con 11 años o más de educación formal (secundaria completa o más), el porcentaje de ocupados calificados sigue aumentando dentro del total de ocupados, alcanzando un máximo de 39,3% en el año 2008 (en el período 1990-2008-). Respecto al año anterior, el incremento en el número de ocupados en 32.000 personas en el 2008 está asociado en el caso de la calificación con una reducción de 21.000 ocupados no calificados, y un aumento de 53.000 ocupados calificados. De los calificados, 33.000 fueron mujeres y 20.000 hombres. Resalta el hecho de que la mayor inserción de las mujeres en el mercado de trabajo en el año 2008 fue de mujeres calificadas, y estuvo acompañada de un aumento en su ocupación (reducción en el desempleo), principalmente en actividades formales (Sauma, 2009).

Cabe mencionar que la mayor parte del aumento en el empleo se dio en la región Central del país (87,2%), con aumentos menores -pero relativamente importantes respecto al empleo en cada una de ellas- en las regiones Chorotega y Huetar Norte, y decrecimientos en el empleo en las regiones Brunca y Pacífico Central. No hubo variación en el empleo total en la Huetar Atlántica, aunque sí un cambio en la composición del empleo, con un aumento en el empleo formal y una reducción en el informal no agropecuario (Sauma, 2009).

1.8. Educación

Aún cuando la exclusión del sistema educativo se redujo para el 2008, se mantiene como un problema de primer orden, especialmente en la enseñanza secundaria, con un 12%. Además, la reprobación muestra una tendencia creciente, sobre todo en secundaria. La deserción y reprobación le cuesta por año cerca de 51 000 millones de colones al país y, por lo tanto, corresponde a un gasto que no tiene la efectividad esperada y que se repite para atender nuevamente a esa población.

A pesar de esta situación, se ha aumentado la asistencia escolar de jóvenes entre 13 y 17 años del primer quintil de ingresos (20% más pobre). Por otra parte, la cobertura de población entre 18 a 64 años con secundaria completa llegó a un 37.1% en el año 2008, (Estado de la Nación 2009).

El “Plan de acción de la educación para todos 2003-2015”, tiene como objetivo lograr la enseñanza primaria universal. Esto es importante ya que el analfabetismo está fuertemente relacionado con la pobreza.

Por otro lado, las materias complementarias en las escuelas como Educación Musical, Artes Plásticas y Educación Física, no cuentan con una cobertura representativa, pues se mantiene en un porcentaje menor al 50%. (Estado de la Nación , 2009)

Con respecto a la educación superior, se han abierto sedes regionales de las universidades estatales que aumentan las oportunidades de estudio profesional de personas que no cuentan con los recursos para desplazarse a la ciudad; además, el Consejo Superior de Educación acordó incorporar a Costa Rica de manera periódica en la aplicación de pruebas educativas internacionales, lo cual permitirá tener parámetros comparativos más precisos sobre los avances del país y los aspectos en los que se mantienen los rezagos. A pesar de esto, no existe una conexión real entre las carreras de las universidades y colegios técnicos y las necesidades del país, lo que provoca que se estén formando profesionales en áreas donde no hay mercado laboral. Además, solamente el 22% de la población que tiene acceso a la educación superior, pertenece a los niveles de ingreso más bajo (Estado de la Nación , 2009).

1.9. Tendencias o cambios tecnológicos a nivel mundial

Costa Rica es aún un país con un bajo esfuerzo en innovación tecnológica, por debajo incluso del promedio latinoamericano; eso nos obliga a impulsar un cambio profundo, concientes de que es preciso reorganizar un sistema de ciencia y tecnología que debe evolucionar en el tiempo, que

debe ser ágil, flexible y ajustable a los cambios de entorno, según lo expresado por la Ministra de Ciencia y Tecnología, Dra. Eugenia Flores.

Para alcanzar las 325.000 conexiones de banda ancha propuestas por el Gobierno de República para el 2010, Costa Rica deberá mantener una tasa de crecimiento no menor a un 22% semestralmente, para que más costarricenses utilicen la banda ancha y se logre alcanzar niveles de competitividad adecuados en relación con América Latina y los países desarrollados.(MCIT, 2008).

El Consejo Nacional para Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT), plantea que Costa Rica no ha avanzado en la reducción de la brecha digital identificada entre los hogares costarricenses, así como la falta de cobertura del Programa Nacional de Informática Educativa en los centros de enseñanza de educación primaria y secundaria, principalmente donde asisten los niños y jóvenes de menores ingresos y zonas alejadas, es quizá el principal factor que amenaza con incrementar las brechas sociales en este país en un futuro cercano, como mecanismo para garantizar el bienestar material de las personas y con ello su desarrollo humano.

1.10. Vivienda

En el país existe una creciente brecha entre las necesidades urgentes que tienen las personas ubicadas en los asentamientos en precario y la capacidad del marco legal-institucional para ofrecer soluciones oportunas. Los recursos destinados a la erradicación de tugurios representan solamente el 5,5% del total de recursos disponibles para vivienda. A pesar de esto, en el 2007 se disminuyó la cantidad de viviendas en precario y se mejoró el acceso a los servicios básicos de las viviendas en general.

El 74% de los asentamientos en precario y tugurios se asientan en terrenos estatales, aprovechándose de la lentitud de la acción gubernamental lo que brinda cierta seguridad de habitabilidad a las familias.

Por último, se evidencia que no existe una estrategia integral de intervención de un asentamiento en precario y tugurio, donde intervengan los dueños de la propiedad, la municipalidad, la entidad autorizada y el MIVAH, ya que una intervención conlleva varios meses, lo cual posibilita que otras familias se asienten allí.

1.11. Ambiente

Contaminación de los ríos con agroquímicos, sobreexplotación de los recursos marinos, polución del aire, disminución de la reforestación y explosión inmobiliaria, son algunos de los problemas más acuciantes para Costa Rica (Estado de la Nación, 2009).

Aunque Costa Rica mantiene un 26% de su territorio protegido, según concluye el estudio, el país está perdiendo recursos biológicos en forma acelerada debido a factores como el cambio climático, la contaminación y la sobreexplotación. Entre los principales problemas ambientales, el informe señala la contaminación de los sistemas de abastecimiento de agua, especialmente de tipo fecal, pero también química “dada por el uso excesivo de plaguicidas en actividades agrícolas de tipo monocultivo, como es el caso de la piña” (Estado de la Nación, 2009).

Se utilizan casi 3.000 tipos distintos de plaguicidas, asimismo se advierte que los organismos estatales a cargo del tema no cuentan con suficiente información que les permita reducir el impacto de la actividad agrícola sobre los ecosistemas y la salud humana.

Otro de los problemas que subraya es la ausencia, desde el año 2006, de estadísticas pesqueras que permitan medir el ritmo de explotación del recurso marino. (Estado de la Nación, 2009).

En el campo forestal, llama la atención el hecho de que en los últimos años se ha producido una disminución notable de las áreas de reforestación, actividad que tuvo su auge en la década de 1990, gracias a incentivos estatales. Mientras en esa década se reforestaban cerca de 9.000 hectáreas anuales, la cifra ha caído a un promedio de 3.000 hectáreas en los últimos años, debido a la explosión del negocio inmobiliario, que ha elevado especulativamente el valor de la tierra.

Por otra parte, se advierte sobre la reducción del bosque seco de la costa del Pacífico norte, que es una de las últimas reservas de este ecosistema, reducido en un 98% en el mundo. (Estado de la Nación, 2009).

Finalmente, la investigación alerta sobre un peligroso incremento de la contaminación atmosférica en varios puntos del gran conglomerado metropolitano de Costa Rica, que incluye las ciudades de San José, Heredia, Alajuela y Cartago. (Estado de la Nación, 2009).

En al menos uno de esos puntos, estudios especializados demostraron que hay una concentración de partículas contaminantes muy superior al máximo permitido por las normas internacionales como “aceptable” para la salud humana.

La falta de información y de controles apropiados por parte de las instituciones nacionales encargadas agrava el problema y dificulta la búsqueda de soluciones, concluye el informe. (Estado de la Nación, 2009)

1.12. Seguridad alimentaria nutricional

Disponibilidad de alimentos

En relación con los granos básicos, la producción de arroz en los últimos 6 años ha tenido una tendencia a disminuir. Asimismo el frijol ha tenido una mayor tendencia a decrecer su producción, se ha reducido casi a la mitad el área sembrada y la importación ha aumentado considerablemente en el periodo 2002-2007. La producción de hortalizas también ha mostrado una ligera tendencia a la disminución. A diferencia de los productos anteriores, se ha dado un aumento de un 65% en la producción de frutas frescas y se ha incrementado al área sembrada de estos alimentos en un 20%. Respecto a la producción pecuaria, también muestra una tendencia a incrementarse. Se elaboró en el país un Plan Nacional de Alimentos, con respaldo político y económico, a fin de asegurar la disponibilidad de alimentos en la población nacional, especialmente de alimentos básicos como el maíz, arroz y frijoles.

Acceso a los alimentos

La crisis de los precios de los alimentos y la crisis financiera que se agravó en el 2008, ha contribuido a un aumento en la incidencia de pobreza al limitarse la capacidad de compra de alimentos de las familias, especialmente las que se encuentran en condición de pobreza.

Consumo alimentario

Según las Encuestas Nacionales de Consumo de Alimentos (1991, 2001, del MS e INEC), existe una marcada diferencia en el consumo de alimentos entre la zona urbana y la rural. En la zona urbana el consumo de los productos fuente de proteína es mayor que en la zona rural, contrario al consumo de arroz, frijoles, azúcar y grasas que es mayor en la zona rural. Por otro lado, el consumo de frutas y vegetales es menor en esta zona respecto al área urbana.

El consumo de vegetales y frutas está por debajo de la cantidad mínima recomendada. La leche ha mostrado una marcada tendencia de disminución en el consumo. De la misma manera, el consumo per cápita de frijoles ha experimentado una notable baja, tanto a nivel urbano como rural. La comida rápida ha crecido de forma acelerada, sobre todo en los grupos de población que laboran y que prefieren esta opción que traer alimentos de la casa.

Utilización biológica

Conforme a las Encuestas de Nutrición, en Costa Rica, de la década de los ochenta en adelante, ha habido una tendencia nacional hacia la disminución de la desnutrición, sin embargo, en la

última Encuesta Nacional de Nutrición del 2008 del Ministerio de Salud, se observó en el nivel nacional, un incremento leve a la desnutrición aguda (P/T) de 8.2% en 1996 a 8.3 % en el 2008.

En el porcentaje de niños(as) menores de 5 años de edad y según la desnutrición crónica (T/E) hubo una muy leve disminución, pasó de 29.6 % en 1996 a 29.4% en el 2008. Se tiene un comportamiento de incremento de la obesidad en todos los grupos poblacionales, con diferencias entre el área rural y urbana La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños(as) de 5 a 12 años de edad según el Índice de Masa Corporal en el Nivel Nacional Encuesta Nacional de Nutrición Costa Rica, 1996/2008/2009, pasó de 14.9 % en 1996 a 21.4% en el 2008.

El 3% de la población de 13 a 19 años de edad presenta bajo peso, un 76.2% tiene el peso adecuado y un 20.8% presenta sobrepeso y obesidad.

En las mujeres de 20 a 44 años de edad, un 2% tienen bajo peso, un 38.4 % tiene peso adecuado y un 59.7% presentan sobrepeso y obesidad. En el grupo de 45 a 64 años un 0.6% tienen bajo peso, un 22.1% tienen peso adecuado y un 77.3% presenta sobrepeso y obesidad (Encuesta Nacional de Nutrición, 2008-2009).

En el grupo de hombres de 20 a 64 años de edad, un 2.2% tienen bajo peso, un 35.3% tienen peso adecuado y un 62.4% presenta sobrepeso y obesidad, así mismo, en la población de 65 años y más, un 3.3% tienen bajo peso, un 37.3% tienen peso adecuado, un 40.2 % presenta sobrepeso y 18.8 % obesidad.

La obesidad es un factor de riesgo de muchas enfermedades crónicas no transmisibles, que ocupan las primeras causas de morbi-mortalidad en el país, por lo que la situación anterior requiere de un urgente abordaje de forma integral y sostenida.



III CAPÍTULO

PLAN NACIONAL DE SALUD

1. ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES

El Plan Nacional de Salud se fundamenta en una serie de enfoques y principios orientadores que transversan las acciones estratégicas necesarias para contribuir a la protección y al mejoramiento del estado de salud de la población y a la reducción de brechas e inequidades sociales. No será posible construir la salud y el bienestar social de la población si no partimos de los principios que nos aportan los enfoques de Derechos Humanos, Género, Diversidad y Cohesión Social.

Derechos humanos

Derechos inherentes a la persona humana y a su dignidad, que el Estado está en el deber de respetar, garantizar o satisfacer.

Son exigencias elementales que puede plantear cualquier ser humano por el hecho de serlo, y que tienen que ser satisfechas porque se refieren a necesidades básicas, cuya satisfacción es indispensable para que puedan desarrollarse como seres humanos. Son universales, integrales e innegociables.

Los derechos humanos tienen como fin la igualdad, la dignidad, la justicia social y la libertad para todas las personas, sin discriminación alguna.

Diversidad

Vivimos en una sociedad donde la multiplicidad e interacción de las diferentes capacidades y características que tienen las personas, pone en evidencia la complejidad de los múltiples factores y elementos que nos conforman, por lo cual no es posible dejar de reconocer la diversidad que nos identifica.

Posicionar la diversidad como elemento central de una sociedad es imprescindible porque no solo facilita que se reconozcan las diferencias, sino que permite que se les valore, como una gran fuente de riqueza social, sea cual sea el sexo de la persona, edad, etnia, situación económica, escolaridad, nacionalidad, entre otras.

Igualdad y equidad de género

Mujeres y hombres tienen iguales derechos (económicos, culturales, sociales, civiles y políticos) y oportunidades, deben participar por igual en todas las esferas de la vida pública y privada, libres para desarrollar sus capacidades y para tomar decisiones. Ello no significa que deben convertirse en iguales, sino que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de si se es hombre o se es mujer.

La equidad de género es indispensable para la consecución de la igualdad, ya que esta propone un tratamiento diferenciado a mujeres y hombres según las desigualdades que enfrentan. La equidad es el medio para lograr la igualdad y esta última es el resultado y el fin objetivo ulterior.

Cohesión social

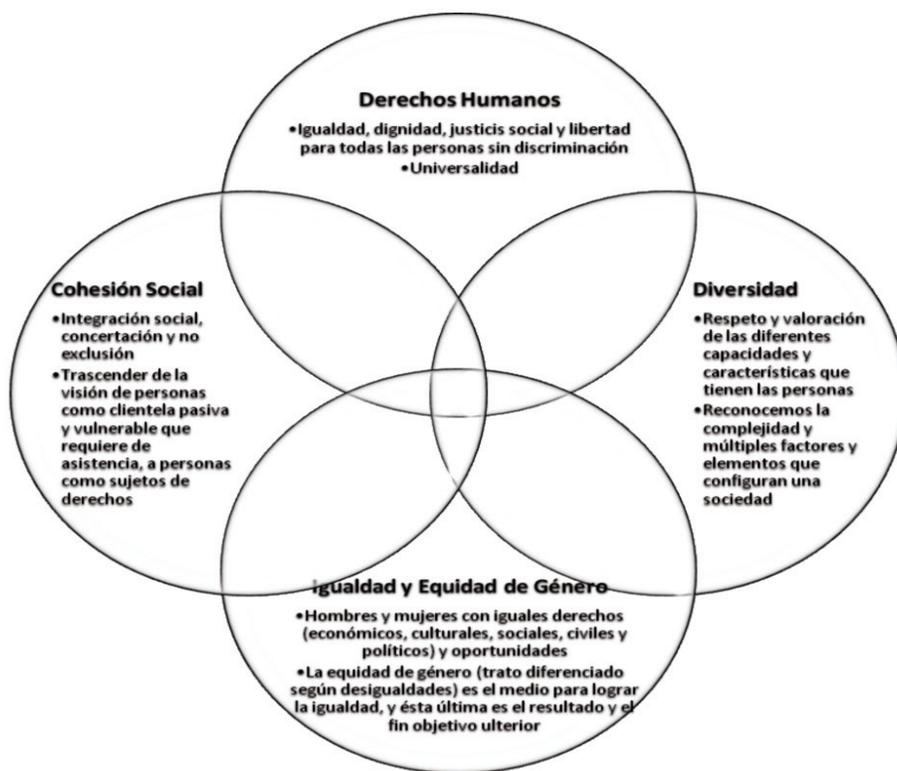
La construcción de sociedades incluyentes, igualitarias, justas y solidarias, será posible mediante la integración social, la concertación y la participación activa de la ciudadanía.

Trabajar con un sentido de cohesión social implica:

- Transformar el enfoque de las políticas públicas y sociales, para que pasen las personas de ser clientela pasiva y vulnerable que requiere de asistencia, a personas sujetos de derechos.
- Desarrollo de capacidades para construir proyectos propios.
- Oportunidades para ejercer capacidades y potencialidades.
- Protección social integral.
- Desarrollo del sentido de pertenencia: confianza, participación, comunicación, respeto y valoración de las diferencias.

Figura 5

Enfoques y principios orientadores del Plan



Fuente: Equipo Técnico del ministerio de Salud. 2010

2. PROPÓSITO

Proteger y mejorar, con equidad el proceso de salud de la población, mediante la participación articulada de los actores sociales y la gestión de la planificación, a fin de promover una mejor calidad de vida.

Temas centrales de los objetivos generales del Plan nacional de Salud 2010- 2011



Fuente: Equipo Técnico del ministerio de Salud. 2010

3. OBJETIVOS GENERALES

- OG.1** Fortalecer una cultura de cuidado individual y colectivo que contribuya a la producción de la salud y al desarrollo humano inclusivo e integral.
- OG.2** Contribuir al desarrollo sostenible del hábitat humano mediante la protección, restauración, mejoramiento y uso del ambiente, para promover una adecuada calidad de vida.
- OG.3** Garantizar el acceso a servicios de salud de atención integral a las personas y la protección y mejoramiento del hábitat humano con equidad, calidad, seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social para la promoción, protección y mejoramiento del proceso de salud de la población.
- OG.4** Promover el desarrollo de capacidades humanas en la población, que contribuyan a proteger y mejorar el proceso de salud y sus condiciones de vida.

- OG.5** Promover la reducción de brechas de inequidad social mediante acciones económicas y sociales articuladas de manera que faciliten el mejoramiento de la salud y una mejor calidad de vida.
- OG.6** Propiciar el acceso con equidad a la infraestructura física segura y con diseño universal necesaria para incidir sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de la población.
- OG.7** Fortalecer la producción y el acceso con calidad y equidad al conocimiento científico y al desarrollo tecnológico para mejorar la gestión sobre los determinantes que inciden en la salud y el bienestar de la población.
- OG.8** Fortalecer el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud y su impacto en la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población
- OG.9** Fortalecer la coordinación y la articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil para una gestión integrada e integral de las diferentes acciones institucionales que contribuya a proteger y mejorar el estado de salud de la población.

4. ESTRATEGIAS GLOBALES

- EG.1** Participación social: Facilitar el proceso social en que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en una superior a la presente³.
- EG.2** Articulación de actores sociales: Fortalecer la coordinación de las acciones, el establecimiento de medios de enlace y la búsqueda de recursos compartidos entre los diferentes actores clave para el logro de objetivos comunes. Los medios de enlace se establecen mediante la conformación de equipos de trabajo, la normalización de procesos o resultados, la construcción compartida de conocimientos y resultados y la creación de patrones de comportamiento comunes⁴. Entre los mecanismos para articular a los actores sociales se encuentran el desarrollo de redes y las alianzas estratégicas.

³ Ministerio de Salud: Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, Segunda Edición Ajustada, San José, Costa Rica, 2008, página 13.

⁴ Ministerio de Salud: Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, Segunda Edición Ajustada, San José, Costa Rica, 2008, páginas 36-37.

- EG.3** Promoción de la salud: Fortalecer el proceso político y social global que abarca, no solamente las acciones orientadas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.⁵ Trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir las condiciones y requisitos para la salud que son: paz, vivienda, educación, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.⁶
- EG.4** Creación de entornos sostenibles: Ejecutar acciones de protección e intervención para el mejoramiento del hábitat humano y de su entorno social, reconociendo el impacto que sobre el estado de salud de la población tienen los determinantes del entorno, ambientales, socioeconómicos y culturales.
- EG.5** Reorientación de los servicios de salud: Reorientar los modelos de provisión nacional de servicios de salud de atención directa a las personas y al hábitat humano, mediante el rediseño de estrategias, productos y servicios, procesos y estructuras de las organizaciones responsables de brindar estos servicios.
- EG.6** Desarrollo de competencias y capacidades del recurso humano institucional: Fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas de los recursos humanos responsables de ejercer acciones de salud.
- EG.7** Institucionalización de la rectoría en salud: Fortalecer la capacidad operativa y técnica del Ministerio de Salud.
- EG.8** Enfoque en ámbitos de intervención prioritaria: Impulsar la toma de decisiones y la implementación de acciones que protejan y mejoren la salud y el bienestar de la población.

⁵ OMS. Glosario de promoción de la salud. Ginebra.1998

⁶ OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra 1986.

5. FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO POR ESTRATEGIA GLOBAL

Tabla 1: Estrategias globales y factores críticos de éxito

ESTRATEGIAS GLOBALES	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO
EG.1. Participación social	<ul style="list-style-type: none">• Posicionar la salud como valor, la cultura de no exclusión y la estrategia de promoción de la salud en los actores sociales claves.• Desarrollar estrategias específicas de mercadotecnia social de la salud para públicos objetivos claves.• Fortalecer la capacidad de vigilancia y control de las entidades públicas competentes para el cumplimiento de la normativa vigente.• Evaluar la efectividad de la participación social.
EG.2. Articulación de actores sociales	<ul style="list-style-type: none">• Posicionar al Ministerio de Salud como rector y aliado estratégico para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de los actores sociales y de los otros órganos rectores del Estado.• Garantizar el alineamiento estratégico de la cúpula política del país respecto al Ministerio de Salud, en su rol en la producción social de la salud y su marco estratégico.• Desarrollar medios de enlace y coordinación efectivos.• Impulsar el desarrollo efectivo de redes y alianzas estratégicas.
EG.3. Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none">• Posicionar en los actores sociales la importancia de la promoción de la salud, indispensable para alcanzar una mejor calidad de vida y de desarrollo social.• Desarrollo de estrategias que faciliten la incorporación de acciones hacia la protección de la salud.• Evaluar el impacto de la implementación de las estrategias.

ESTRATEGIAS GLOBALES	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO
EG.4. Creación de entornos sostenibles	<ul style="list-style-type: none"> • Generar visión compartida con los actores sociales claves respecto a los modelos de provisión nacional de servicios de salud de atención directa a las personas y al hábitat humano. • Identificar los requerimientos y prioridades de protección e intervención sobre el hábitat humano y los determinantes sociales de la salud. • Impulsar la provisión de servicios de agua segura y disposición de excretas. • Impulsar la inversión social pública y privada en el desarrollo, mejoramiento y ampliación de infraestructura física clave para facilitar el acceso de la población a los servicios que contribuyen a mejorar su calidad de vida.
EG.5. Reorientación de los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Generar visión compartida con los actores sociales claves respecto a los modelos de provisión nacional de servicios de salud de atención directa a las personas y al hábitat humano. • Impulsar procesos para el alineamiento estratégico y el desarrollo de la capacidad operativa de las instancias responsables de brindar los servicios de salud de atención directa a las personas y al hábitat humano. • Aumentar la cobertura de los servicios de salud y aquellos programas de protección social de atención directa a las personas y de atención al hábitat humano, con calidad y calidez.
EG.6. Desarrollo de competencias y capacidades del recurso humano	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar la salud como valor, la cultura de no exclusión y la estrategia de promoción de la salud en los actores sociales claves. • Desarrollar la canasta básica de conocimientos: en determinantes de la salud, derechos humanos, igualdad y equidad de género, cohesión social y diversidad. • Desarrollar alianzas estratégicas con instituciones de educación pública y privada.

ESTRATEGIAS GLOBALES	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO
EG.7. Institucionalización de la rectoría en salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuar con la implementación del modelo de rectoría y apropiación del modelo por los(as) funcionarios (as). ▪ Desarrollar e implementar los sistemas de información de Vigilancia de la Salud, Atención al Cliente Interno y Externo, Cuadro de Mando Integral y Sistema de Costeo. ▪ Fortalecer las competencias y capacidades del recurso humano del Ministerio de Salud respecto al ejercicio de las funciones rectoras en salud. ▪ • Ejecutar las acciones requeridas para simplificar y agilizar los procesos y trámites ofrecidos por el Ministerio de Salud. ▪ Facultar y empoderar a las unidades organizativas del Ministerio de Salud. ▪ Finalizar la separación de funciones entre rectoría y provisión.
EG.8. Enfoque en ámbitos de intervención prioritaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar una visión compartida con los actores sociales claves sobre las metas futuras de salud del país. ▪ Garantizar la articulación efectiva de funciones rectoras sobre los ámbitos prioritarios. ▪ Desarrollar indicadores efectivos de medición del impacto de las acciones en salud, inclusión y movilidad social. ▪ Ejecutar evaluaciones efectivas del impacto de las acciones en salud. ▪ Impulsar la inversión social pública y privada en las iniciativas que demuestren un mayor potencial de impacto social.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E INDICADORES

Tabla 2: Objetivos específicos y sus indicadores

OG.1. Fortalecer una cultura de cuidado individual y colectivo que contribuya a la producción de la salud y al desarrollo humano inclusivo e integral				
N°	Objetivos específicos	Indicadores	Definición	Tipo, Fórmula, notas técnicas
1.1.	Fortalecer los valores, normas, comportamientos, actitudes y habilidades que promuevan la convivencia solidaria y la paz en la que se valore la diversidad y el respeto por los derechos humanos.	Porcentaje promedio ponderado de población con valores, normas, comportamientos, actitudes y habilidades incorporados.	Es el promedio obtenido de ponderar los distintos porcentajes atribuidos a la o las poblaciones con los valores, normas comportamientos, actitudes y habilidades que promueven la convivencia solidaria, de no violencia, respeto a la diversidad y derechos humanos debidamente incorporados.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Total de población con elemento cultural incorporado} / \text{Total de población}) * \text{Ponderación del elemento cultural y población})$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los elementos culturales (valores, normas, comportamientos, actitudes y habilidades) vs. ponderación de población según matriz. Se diseñarán instrumentos de recopilación de datos cualitativos como entrevistas y encuestas para medir la incorporación del elemento. El total de población se puede obtener de una muestra representativa.
1.2	Fortalecer los valores, normas, comportamientos, actitudes y habilidades que promuevan una sexualidad corresponsable, saludable y segura desde la autodeterminación y autonomía, sin discriminación alguna.	Porcentaje promedio ponderado de población con valores, normas, comportamientos, actitudes y habilidades incorporados	Es el promedio obtenido de ponderar los distintos porcentajes atribuidos a la o las poblaciones con los valores, normas comportamientos, actitudes y habilidades que promueven una sexualidad corresponsable, saludable y segura desde la autodeterminación y autonomía, sin discriminación alguna.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Total de población con elemento cultural incorporado} / \text{Total de población}) * \text{Ponderación del elemento cultural y población})$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los elementos culturales (valores, normas, comportamientos, actitudes y habilidades) vs. ponderación de población según matriz. Se diseñarán instrumentos de recopilación de datos cualitativos como entrevistas y encuestas para medir la incorporación del elemento. El total de población se puede obtener de una muestra representativa.
1.3	Fortalecer los valores, normas, comportamientos, actitudes y habilidades que promuevan el auto cuidado de la salud.	Porcentaje promedio ponderado de población con valores, normas, comportamientos, actitudes y habilidades incorporados.	Es el promedio obtenido de ponderar los distintos porcentajes atribuidos a la o las poblaciones con los valores, normas comportamientos, actitudes y habilidades que promueven el auto cuidado de la salud (alimentación saludable, la actividad y el ejercicio físico y la recreación, actividades artísticas, entre otros).	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Total de población con elemento cultural incorporado} / \text{Total de población}) * \text{Ponderación del elemento cultural y población})$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los elementos culturales (valores, normas, comportamientos, actitudes y habilidades) vs. ponderación de población según matriz. Se diseñarán instrumentos de recopilación de datos cualitativos como entrevistas y encuestas para medir la incorporación del elemento. El total de población se puede obtener de una muestra representativa.

1.4	Promover el respeto y valoración de la diversidad cultural que refuerzan prácticas saludables y de convivencia solidaria ⁷ .	Porcentaje de cumplimiento de objetivos de impacto de las iniciativas para la diversidad cultural.	Es el porcentaje promedio obtenido de ponderar los distintos porcentajes atribuidos al cumplimiento de objetivos de impacto asociado a iniciativas de promoción de la diversidad cultural.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Total de objetivos cumplidos de la iniciativa "x" en el período "y"} / \text{Total objetivos a cumplir de la iniciativa "x" en el período "y"}) * \text{Ponderación de la iniciativa})$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de cada iniciativa. Se deben definir períodos de corte para realizar las mediciones respectivas.
1.5	Impulsar para que se incorpore en los programas sociales selectivos, acciones que faciliten el acceso a conocimientos, al desarrollo de actitudes y de prácticas que promuevan la construcción de la salud.	Porcentaje de cumplimiento de objetivos de impacto de los programas sociales selectivos.	Se refiere al porcentaje promedio en que los diferentes programas sociales selectivos cumplen satisfactoriamente con sus objetivos y metas que faciliten el acceso a conocimientos, al desarrollo de actitudes y de prácticas que promuevan la construcción de la salud y el desarrollo humano inclusivo e integral. Se adjudica un peso relativo o ponderado según importancia de cada programa.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Total de objetivos cumplidos del programa "x"} / \text{Total objetivos a cumplir del programa "x"}) * \text{Ponderación del programa})$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de cada programa. El total de población se puede obtener de una muestra representativa. Los objetivos se trabajan para las acciones de interés.
1.6	Fortalecer la participación de los actores sociales para que se involucren en la construcción de una cultura de cuidado individual y colectivo que contribuya a la producción de la salud.	Porcentaje de variación anual de participación actores claves.	Mide el Incremento en la cantidad de actores claves que participan en acciones para la construcción de una cultura de cuidado individual y colectivo.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Total de actores sociales participan en año "x+1"} - \text{Total de actores sociales participan en año "x"} / (\text{Total de actores sociales participan en año "x"})) * 100$ Nota técnica: Se debe calcular primero la participación de los actores en el Plan para el tema cultural en el año 0 a partir del cual se establece la base de medición para medir el incremento de participación de actores claves anualmente.

⁷ Salud tradicional, cocina popular, arte, celebraciones y juegos tradicionales, conservación de las lenguas indígenas, entre otras.

OG.2. Contribuir al desarrollo sostenible del hábitat humano mediante la protección, restauración, mejoramiento y uso del ambiente, para promover una adecuada calidad de vida				
N°	Objetivos específicos	Indicadores	Definición	Tipo, Fórmula, notas técnicas
2.1.	Impulsar acciones para el control, protección y restauración de la naturaleza y los consecuentes efectos del cambio climático.	Porcentaje de variación de la huella ecológica con base en el año 0.	Porcentaje de variación de la huella ecológica a nivel nacional, de un año respecto a un año base (año 0). La huella ecológica es un indicador agregado definido como el área de territorio ecológicamente productivo (cultivos, pastos, bosques o ecosistemas acuáticos) necesaria para producir los recursos utilizados y para asimilar los residuos producidos por una población dada con un modo de vida específico de forma indefinida.	Tipo: porcentaje Fórmula: (Huella ecológica del año 1 - huella ecológica del año 0) / huella ecológica del año 0)*100 Nota técnica: La organización Global Footprint Network realiza el cálculo de la huella ecológica a nivel mundial, cada año. Por lo tanto, esta es la fuente del dato a escala nacional.
		Promedio ponderado del porcentaje de cumplimiento de las metas de impacto de los programas.	Promedio de la variación de los resultados de las acciones sustantivas de cada programa que se planea para el control y mitigación del deterioro de la naturaleza de un periodo "x", definiendo un peso ponderado a cada programa según su prioridad.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto del programa "x")} * (\text{Ponderación del programa respectivo}))$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados. El porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto se calcula de la siguiente manera: (Metas de impacto cumplidas en el periodo "x" / metas de impacto programadas para el periodo "x") * 100
2.2.	Disminuir de manera sostenible, los niveles de contaminación atmosférica, sónica, de suelos y de aguas que inciden sobre la calidad de vida de la población.	Promedio ponderado de la variación de los niveles de contaminación atmosférica, sónica, de suelos y de aguas en distintos sitios con base en el año 0.	Promedio de la variación del nivel de contaminación atmosférica, sónica, de suelos y de aguas, de un año respecto a un año base (año 0) y en los sitios elegidos, definiendo un peso ponderado a cada tipo de contaminación según su prioridad, así como a los sitios bajo estudio.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Nivel contaminación "X" en sitio "X" del año 1} - \text{Nivel de contaminación "X" en sitio "X" del año 0}) / \text{Nivel de contaminación "X" en sitio "X" del año 0}) * \text{Ponderación del tipo de contaminación} * \text{Ponderación del lugar})$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones tanto por el tipo de contaminación como por el lugar donde se realizan las mediciones. Los sitios se trabajarán mediante la metodología de sitios centinela.
		Promedio ponderado del porcentaje de variación en el cronograma de proyectos vinculados a la reducción de los niveles de contaminación atmosférica, sónica, de suelos y de aguas.	Promedio de la variación del avance de los proyectos respecto al cronograma, según la prioridad de los mismos. Es un indicador de riesgo de incumplimiento, ya que mide posibles atrasos respecto a metas. Este valor lo que indica que tanto % se va adelantado respecto a los planificado si es positivo > 0), a tiempo (= 0) o atrasado (< 0)	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\% \text{ cumplimiento del proyecto "X" en el momento "X"} - \% \text{ cumplimiento programado del proyecto "X" en el momento "X"}) / (\% \text{ cumplimiento programado del proyecto "X" en el momento "X"})) * 100 * \text{Ponderación correspondiente al proyecto "X"})$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados.

2.3.	Promover la seguridad alimentaria y nutricional mediante sistemas de producción, comercialización y consumo de alimentos propiciadores de la salud, bajo criterios de inocuidad y sostenibilidad socio-ambiental.	Promedio ponderado del porcentaje de cumplimiento de las metas de impacto de los programas.	Promedio de los porcentajes de cumplimiento de las metas de cada programa que contribuya con el desarrollo de una estrategia nacional de seguridad alimentaria y nutricional, definiendo un peso ponderado a cada programa según su prioridad.	<p>Tipo: promedio ponderado</p> <p>Fórmula:</p> $\Sigma (\% \text{ cumplimiento de la meta de impacto del programa "x"}) * (\text{Ponderación del programa respectivo})$ <p>Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados. El porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto se calcula de la siguiente manera: (Metas de impacto cumplidas en el periodo "x" / metas de impacto programadas para el periodo "x") * 100</p>
2.4	Desarrollar una gestión intersectorial para la disposición, tratamiento y reutilización de los residuos sólidos, líquidos y gaseosos, con sostenibilidad ambiental, social y económica.	Promedio ponderado del porcentaje de cumplimiento de las metas de los programas.	Promedio de los porcentajes de cumplimiento de las metas de cada programa que se planea para contribuir en el desarrollo de una gestión integral e intersectorial de la recolección, transporte, del tratamiento, disposición y reutilización de los residuos sólidos, líquidos, gaseosos con sostenibilidad ambiental, social y económica, definiendo un peso ponderado a cada programa según su prioridad.	<p>Tipo: promedio ponderado</p> <p>Fórmula:</p> $\Sigma (\text{Porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto del programa "x"}) * (\text{Ponderación del programa respectivo})$ <p>Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados. El porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto se calcula de la siguiente manera: (Metas de impacto cumplidas en el periodo "x" / metas de impacto programadas para el periodo "x") * 100.</p>

OG.3.	Garantizar el acceso a servicios de salud de atención integral a las personas y la protección y mejoramiento del hábitat humano con equidad, calidad, seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social para la promoción, protección y mejoramiento del proceso de salud de la población.			
N°	Objetivos específicos	Indicadores	Definición	Tipo, Fórmula, notas técnicas
3.1.	Fortalecer la capacidad operativa y resolutive de los servicios de salud de atención a las personas, para una atención oportuna con equidad, calidad, seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social.	<p>Promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento de metas de impacto de los programas.</p> <p>Promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento de metas de impacto de los programas.</p>	<p>Promedio de los porcentajes de cumplimiento de metas relacionadas con la capacidad operativa de los servicios de salud, con equidad, calidad, seguridad, accesibilidad e inclusión social, definiendo un peso ponderado para medición.</p> <p>Promedio de los porcentajes de cumplimiento de metas relacionadas con la capacidad resolutive de los servicios de salud, con equidad, calidad, seguridad, accesibilidad e inclusión social, definiendo un peso ponderado para medición.</p>	<p>Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ (Porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto del programa "x") (Ponderación del programa respectivo) Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados. El porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto se calcula de la siguiente manera: (Metas de impacto cumplidas en el periodo "x" / metas de impacto programadas para el periodo "x")*100 Para un análisis más profundo y considerando que el indicador abarca tanto la capacidad operativa, como la capacidad resolutive, es recomendable realizar pruebas de correlación de ambas variables.</p> <p>Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ (Porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto del programa "x") * (Ponderación del programa respectivo) Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados. El porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto se calcula de la siguiente manera: (Metas de impacto cumplidas en el periodo "x" / metas de impacto programadas para el periodo "x") * 100 Para un análisis más profundo y considerando que el indicador abarca tanto la capacidad operativa, como la capacidad resolutive, es recomendable realizar pruebas de correlación de ambas variables.</p>
3.2.	Mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención, para una atención oportuna con equidad, calidad, seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social a la población.	Promedio ponderado de la variación de la capacidad resolutive del primer nivel de atención en distritos con base en el año 0.	Promedio de la variación de métricas que miden la capacidad resolutive del primer nivel de atención, de un año respecto a un año base (año 0) y en los distritos meta, definiendo un peso ponderado a cada métrica según su prioridad, así como a los distritos bajo estudio.	<p>Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ ((Nivel de la métrica "X" en el distrito "X" del año 1 - Nivel de la métrica "X" en el distrito "X" del año 0) / Nivel de la métrica "X" en sitio "X" del año 0) *100* Ponderación de la métrica * Ponderación del distrito) Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones tanto por importancia de la métrica como por el distrito donde se realizan las mediciones, según las necesidades identificadas (por ejemplo, un bajo índice de desarrollo humano).</p>

3.3	Aumentar la cobertura y acceso del primer nivel de atención, para una atención oportuna con equidad, calidad, seguridad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social a la población.	Promedio ponderado de la variación de la cobertura en el primer nivel de atención en distritos.	Promedio de la variación del nivel de cobertura en el primer nivel de atención en un periodo "X", de la población beneficiada con respecto al total de la población, definiendo un peso ponderado por población, según prioridades.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Población "x" cubierta en el periodo "x"} / \text{Total población objetivo "x"}) * 100 * (\text{Ponderación por población}))$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones por población, según las necesidades identificadas.
3.4	Ampliar la oferta de servicios integrales en todos los niveles de atención en salud que promuevan prácticas saludables ⁸ .	Promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento de metas de impacto de los programas.	Promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento de metas de programas en los temas centrales definidos, definiendo un peso ponderado a cada programa según su prioridad.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma (\text{Porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto del programa "x"}) * (\text{Ponderación del programa respectivo})$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados. El porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto se calcula de la siguiente manera: (Metas de impacto cumplidas en el periodo "x" / metas de impacto programadas para el periodo "x") * 100
3.5	Desarrollar la gestión para el abordaje integral de las enfermedades transmitidas por vectores ⁹ .	Promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento de metas de impacto de los programas.	Promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento de metas de programas que contribuyan en el desarrollo para una gestión integral para el abordaje de las enfermedades transmitidas por vectores, definiendo un peso ponderado a cada programa según su prioridad.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma (\text{Porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto del programa "x"}) * (\text{Ponderación del programa respectivo})$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados. El porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto se calcula de la siguiente manera: (Metas de impacto cumplidas en el periodo "x" / metas de impacto programadas para el periodo "x") * 100
3.6	Desarrollar acciones dirigidas a fortalecer la atención integral, integrada y continua de las enfermedades transmisibles y no transmisibles a fin de proteger y mejorar la salud de la población	Promedio ponderado de la variación de las acciones dirigidas a fortalecer la atención enfermedades transmisibles y no transmisibles con base en el año 0.	Promedio de la variación de métricas que miden las acciones dirigidas a fortalecer la atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, de un año respecto a un año base (un año cero).	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Nivel de la métrica "X" en el distrito "X" del año 1} - \text{Nivel de la métrica "X" del año 0}) / \text{Nivel de la métrica "X" en sitio "X" del año 0}) * 100$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones tanto por importancia de la métrica

⁸ En los temas como salud mental, autocuidado, sexualidad saludable, derechos sexuales y reproductivos, alimentación saludable, actividad física y recreación, calidad de vida laboral, prácticas alternativas y holísticas para la salud y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia intrafamiliar y sexual, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, factores de riesgo de discapacidad, entre otros.

⁹ Como dengue, malaria, entre otros.

3.7	Mejorar el estado nutricional de la población en general, con énfasis en grupos en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.	Promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento de metas de impacto de los programas.	Promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento de metas de programas que contribuyan en la mejora del estado nutricional de la población.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ (Porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto del programa "x") * (Ponderación del programa respectivo) Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados. El porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto se calcula de la siguiente manera: (Metas de impacto cumplidas en el periodo "x" / metas de impacto programadas para el periodo "x")*100
3.8	Garantizar la sostenibilidad de los seguros sociales para hacer efectivo el derecho de todos los grupos de la población a acceder a las prestaciones sociales con el fin de que se cumpla el principio de la universalidad de los seguros.	Promedio ponderado de la variación de la cobertura de seguros sociales.	Promedio de la variación de la cobertura de seguros sociales, de la población beneficiada con respecto al total de la población, definiendo un peso ponderado por población, según prioridades.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ ((Población "x" con acceso/Total población objetivo "x") * (Ponderación por población)*100) Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones por población, según las necesidades identificadas.
3.9	Ampliar la cobertura de los sistemas de agua de calidad potable para asegurar su provisión a toda la población.	Promedio ponderado de la variación de la cobertura del agua con calidad.	Promedio de la variación de la cobertura del agua con calidad, de la población beneficiada con respecto al total de la población determinada como objetivo, definiendo un peso ponderado por población, según prioridades.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ ((Población "x" cubierta/Total población objetivo "x") * (Ponderación por población)*100) Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones por población, según las necesidades identificadas.
3.10	Garantizar el acceso al agua de calidad potable, reconociéndolo como un derecho, con el fin de contribuir en el desarrollo integral de la población.	Promedio ponderado de la variación de los niveles de acceso a agua de calidad potable	Promedio de la variación del nivel de acceso al agua de calidad potable, reconociéndolos como un derecho, con el fin de contribuir en el desarrollo integral de la población.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ ((Población "x" con acceso/Total población objetivo "x") * (Ponderación por población*Ponderación por tipos de acceso)) Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones tanto por población como por el tipo de acceso, según las necesidades identificadas.

3.11	Aumentar la cobertura de los sistemas de alcantarillado sanitario para mejorar la calidad de vida de la población y la preservación ambiental de los ríos, las aguas subterráneas y las aguas marinas.	Promedio ponderado de la variación en la población beneficiada con los sistemas de alcantarillado sanitario.	Promedio de la variación de la población beneficiada por un cambio en la cobertura de los sistemas de alcantarillado sanitario, con respecto al total de la población determinada como objetivo, definiendo un peso ponderado por población, según prioridades.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma ((\text{Población "x" cubierta} / \text{Total población objetivo "x"}) * (\text{Ponderación por población}) * 100)$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones por población, según las necesidades identificadas.
3.12	Desarrollar una gestión intersectorial de la recolección y transporte de los residuos, con sostenibilidad ambiental, social y económica para favorecer la salud de la población.	Promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento de metas de impacto de los programas	Promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento de metas de programas que contribuyan en el desarrollo de una gestión intersectorial de la recolección y el transporte de los residuos, definiendo un peso ponderado a cada programa según su prioridad.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma (\text{Porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto del programa "x"}) * (\text{Ponderación del programa respectivo})$ Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados. El porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto se calcula de la siguiente manera: (Metas de impacto cumplidas en el periodo "x" / metas de impacto programadas para el periodo "x") * 100

OG.4. Promover el desarrollo de capacidades humanas en la población, que contribuyan a proteger y mejorar el proceso de salud y sus condiciones de vida.				
N°	Objetivos específicos	Indicadores	Definición	Tipo, Fórmula, notas técnicas
4.1.	Impulsar el desarrollo de las capacidades humanas que protejan y mejoren la salud y el bienestar de la población.	Porcentaje de variación del porcentaje de programas que incorporan el desarrollo de capacidades humanas, con base en el año 0.	Porcentaje de variación, de un año a otro, de la proporción de programas sociales, que incorporan el desarrollo de capacidades humanas para mejorar el bienestar de la población usuaria y ejercer sus derechos, y tomando como base los programas sociales del año 0.	Tipo: porcentaje Fórmula: (((Cantidad programas sociales que incorporan el desarrollo de capacidades humanas año 1 / Cantidad total programas sociales año 1) - (Cantidad programas sociales que incorporan el desarrollo de capacidades humanas año 0 / Cantidad total programas sociales año 0) / (Cantidad programas sociales que incorporan el desarrollo de capacidades humanas año 0 / Cantidad total programas sociales año 0)*100)
		Promedio ponderado del porcentaje de cumplimiento de las metas de impacto de los programas.	Promedio del porcentaje de cumplimiento de las metas de impacto de cada uno de los programas sociales que incorporan el desarrollo de capacidades humanas. Cada Programa Social deberá definir esas metas concretas.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ (% avance respecto a la meta de impacto del programa) * (Ponderación del programa respectivo) Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados.
4.2	Estimular el desarrollo integral de los niños y niñas desde la vida intrauterina hasta el inicio de la adolescencia.	Promedio ponderado del porcentaje de variación de la cantidad de iniciativas, con base en el año 0.	Promedio del porcentaje de variación, de un año a otro, de la cantidad de iniciativas para el desarrollo integral de los niños y niñas desde la vida intrauterina hasta el inicio de la adolescencia, definiendo un peso ponderado según la edad de los niños y niñas beneficiados por estas iniciativas y tomando como base la población de niños del año 0.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ ((Cantidad iniciativas para desarrollo integral de niños(as) con edad "X" año 1) - Cantidad iniciativas para desarrollo integral de niños(as) con edad "X" año 0) / (Cantidad iniciativas para desarrollo integral de niños(as) con edad "X" año 0)) * Ponderación Nota técnica: <u>Rango de Edades (ejemplo)</u> : En el vientre materno, de 0 a 1, de 1 a 2, de 2 a 3, de 3 a 4, de 4 a 5, de 5 a 6, de 6 a 7, de 7 a 8, de 8 a 9, de 9 a 10, de 10 a 11, de 11 a 12.
		Promedio ponderado del porcentaje de niños y niñas realmente beneficiados por iniciativa, en el año 1.	Promedio de la proporción de niños y niñas desde la vida intrauterina hasta el inicio de la adolescencia realmente beneficiados por iniciativa para su desarrollo integral, definiendo un peso ponderado según su edad en el año 1.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ ((Cantidad niños(as) en el rango de edad "X" realmente beneficiados con la iniciativa "X" en año 1) / (Cantidad niños(as) en el rango de edad "X" que se pretende beneficiar con la iniciativa "X" en año 1)) * Ponderación Nota técnica: <u>Rango de Edades (ejemplo)</u> : En el vientre materno, de 0 a 1, de 1 a 2, de 2 a 3, de 3 a 4, de 4 a 5, de 5 a 6, de 6 a 7, de 7 a 8, de 8 a 9, de 9 a 10, de 10 a 11, de 11 a 12.

4.3	Promover la incorporación en los planes de estudio de los Sistemas Educativos Nacionales, contenidos orientados al desarrollo de habilidades para la vida que contribuyan a proteger la salud y a construir una mejor calidad de vida ¹⁰ .	Promedio ponderado del porcentaje de contenidos orientados al desarrollo de habilidades para la vida incorporados en los planes de estudio.	Promedio del % contenidos orientados al desarrollo de habilidades para la vida incorporados en los planes de estudio, que favorecen igualdad y equidad de género, respeto a la diversidad, sexualidad saludable, defensa de derechos sexuales y reproductivos, vida libre de violencia y consumo de drogas y respeto al ambiente, definiendo un peso ponderado según el nivel de escolaridad y el sector.	<p>Tipo: promedio ponderado</p> <p>Fórmula:</p> $\Sigma (\% \text{ contenidos orientados al desarrollo de habilidades para la vida incorporados en el plan de estudio "X" * Ponderación por nivel escolaridad * Ponderación por sector})$ <p>Nota técnica: <u>Niveles de escolaridad:</u> Preescolar, Primaria, Secundaria, Técnica, Universitaria. Los sectores de la educación (público y privado), se ponderan según la población estudiantil que cubre cada uno, en cada nivel de escolaridad.</p>
-----	---	---	---	--

¹⁰ Algunos temas por incluir: igualdad y equidad de género; respeto a la diversidad; sexualidad saludable; defensa de los derechos humanos en general y los derechos sexuales y reproductivos en particular; resolución de conflictos, asertividad y manejo de emociones para una vida libre de violencia y del consumo de drogas; alimentación saludable; actividad física y el respeto al medio ambiente.

OG.5. Promover la reducción de brechas de inequidad social mediante acciones económicas y sociales articuladas de manera que faciliten el mejoramiento de la salud y una mejor calidad de vida.				
N°	Objetivos específicos	Indicadores	Definición	Tipo, Fórmula, notas técnicas
5.1	Promover la seguridad alimentaria y nutricional con énfasis en producción, comercialización y acceso a alimentos inocuos y propiciadores de salud que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población, en especial para grupos en condición de pobreza vulnerabilidad y exclusión.	Promedio ponderado del porcentaje de cumplimiento de las metas de impacto de los programas.	Promedio de los porcentajes de cumplimiento de las metas de impacto de cada programa que promueve la seguridad alimentaria y nutricional, con énfasis en producción, comercialización y acceso a alimentos inocuos y propiciadores de salud, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población, definiendo un peso ponderado a cada programa según su prioridad.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ (Porcentaje de cumplimiento de metas de impacto del programa) * Ponderación del programa respectivo) Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de los programas planteados.
5.2	Ampliar la cobertura de los servicios de atención integral y protección especial diaria para niños/niñas de 0 a 13 años, personas con discapacidad y personas adultas mayores, a fin de que contribuya a mejorar la salud y la calidad de vida de las familias	Promedio ponderado de la variación del porcentaje de niños y niñas de 0 a 13 años que son atendidos y protegidos diariamente, con base en el año 0.	Promedio de la variación, de un año a otro, de la proporción de niños y niñas de 0 a 13 años que son atendidos y protegidos diariamente, definiendo un peso ponderado según zona geográfica y edad, y tomando como base niños y niñas de 0 a 13 años que son atendidos y protegidos diariamente en el año 0.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ [Niños(as) según rango edad y zona geográfica atendidos y protegidos diariamente año 1 Niños(as) según rango edad y zona geográfica atendidos v protecidos diariamente año 0) / Niños(as) según rango edad y zona geográfica atendidos diariamente año 0]*Ponderaciones] Nota técnica: Las zonas geográficas, los rangos de edad y su ponderación deben ser definidos.
		Promedio ponderado de la variación del porcentaje de personas con discapacidad que requieren de apoyo para la vida diaria que son atendidas y protegidas diariamente, con base en el año 0	Promedio de la variación, de un año a otro, de la proporción de personas con discapacidad que requieren de apoyo para la vida diaria que son atendidas y protegidas diariamente, definiendo un peso ponderado según zona geográfica y edad, y tomando como base personas con discapacidad que requieren de apoyo para la vida diaria que son atendidas y protegidas diariamente en el año 0.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ [Personas con discapacidad que requieren de apoyo para la vida diaria según rango de edad y zona geográfica atendidos y protegidos diariamente año 1 Personas con discapacidad que requieren de apoyo para la vida diaria según rango edad y zona geográfica atendidos y protegidos diariamente año 0) / Personas con discapacidad que requieren de apoyo para la vida diaria según rango edad y zona geográfica atendidos y protegidos diariamente año 0]*Ponderaciones] Nota técnica: Las zonas geográficas, los rangos de edad y su ponderación deben ser definidos.

5.3	Incidir para que los lineamientos en la inversión social ¹¹ sean acordes y consistentes con las prioridades establecidas en las políticas en salud y otras políticas que promuevan la inclusión y protección social de la población.	Promedio ponderado de la variación del porcentaje de personas adultas mayores que son atendidas y protegidas diariamente, con base en el año 0.	Promedio de la variación, de un año a otro, de la proporción de personas adultas mayores que son atendidas y protegidas diariamente, definiendo un peso ponderado según zona geográfica y edad, y tomando como base personas adultas mayores que son atendidas y protegidas diariamente en el año 0.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma[\text{Adultos mayores según rango edad y zona geográfica atendidos y protegidos diariamente año 1} - \text{Adultos mayores según rango edad y zona geográfica atendidos y protegidos diariamente año 0}] / \text{Adultos mayores según rango edad y zona geográfica atendidos y protegidos diariamente año 0} * \text{Ponderaciones}$ Nota técnica: Las zonas geográficas, los rangos de edad y su ponderación deben ser definidos.
		Promedio ponderado del porcentaje de las necesidades de inversión social satisfechas.	Promedio de la proporción de las necesidades de inversión social satisfechas, acordes y consistentes con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en las políticas que promueven la inclusión y protección social de la población, definiendo un peso ponderado a cada tipo de inversión social según sus necesidades de inversión.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma((\text{Monto (en colones) invertido en el tipo "X" en el año 1} / \text{Monto (en colones) de las necesidades de inversión en el tipo "X" en el año 1}) * 100) * \text{Ponderación}$ Nota técnica: <u>Tipos de inversión (ejemplo):</u> Inversión en recurso humano, Inversión económica, Inversión en materiales, Inversión en infraestructura. La ponderación se calcula dividiendo el monto de las necesidades de inversión social de cada tipo entre el monto total de las necesidades de inversión social.
5.4	Promover el desarrollo de capacidades productivas de generación y distribución de ingresos con el fin de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población con especial énfasis en los grupos en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.	Promedio ponderado del porcentaje de población realmente beneficiada por iniciativa, en el año 1.	Promedio del % variación de la población en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión realmente beneficiada por iniciativa para contribuir con el desarrollo de capacidades productivas de generación y distribución de ingresos, en año 1, asignando un peso ponderado según importancia de cada iniciativa.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: $\Sigma((\text{Población en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión realmente beneficiada con la iniciativa "X" año 1}) / (\text{Población en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión que se pretende beneficiar con la iniciativa "X" año 1})) * \text{Ponderación}$ Nota técnica: Se deben definir las iniciativas y el peso ponderado que se le va a dar a cada una.

¹¹ Tipos de inversión social: recursos humanos, económicos, materiales, de infraestructura, entre otros.

OG.6. Propiciar el acceso con equidad a la infraestructura física segura y con diseño universal necesaria para incidir sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de la población				
N°	Objetivos específicos	Indicadores	Definición	Tipo, Fórmula, notas técnicas
6.1.	Promover el desarrollo de infraestructura física pública que facilite el acceso de la población a los servicios, que contribuyan a mejorar la salud y su calidad de vida, en especial para grupos en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.	Porcentaje de satisfacción de necesidades detectadas en infraestructura física pública.	Nivel de satisfacción de necesidades de infraestructura física pública accesible que se detecta y es satisfecha de acuerdo a su prioridad o ponderación absoluta.	Tipo: Porcentaje de cumplimiento Fórmula: Σ (Total de necesidades de infraestructura cubiertas / Total de necesidades infraestructura detectadas) * Ponderación Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de las necesidades de infraestructura que sean detectadas.
6.2	Impulsar acciones dirigidas a promover un desarrollo urbano que proteja la salud de la población, en especial aquella en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.	Porcentaje de satisfacción a la necesidad de cobertura de vivienda detectada.	Nivel de cumplimiento de necesidades de infraestructura de vivienda que se detecta y es satisfecha de acuerdo a su prioridad o ponderación absoluta.	Tipo: Porcentaje de cumplimiento Fórmula: Σ (Total de necesidades de infraestructura cubiertas / Total de necesidades infraestructura detectadas) * Ponderación Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de las necesidades de infraestructura que sean detectadas. Se puede usar indicadores tales como déficit habitacional o de vivienda.
6.3	Promover una infraestructura física para la producción, conservación, distribución, preparación y consumo de alimentos con el fin de garantizar una seguridad alimentaria y nutricional como derecho de la población.	Porcentaje de satisfacción de necesidades detectadas en infraestructura física para gestión de alimentos.	Nivel de cumplimiento de necesidades de infraestructura física para gestión de alimentos que se detecta y es satisfecha de acuerdo con su prioridad o ponderación absoluta.	Tipo: Porcentaje de cumplimiento Fórmula: Σ (Total de necesidades de infraestructura cubiertas / Total de necesidades infraestructura detectadas) * Ponderación Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de las necesidades de infraestructura que sean detectadas.
6.4	Incorporar en las regulaciones sobre infraestructura, la seguridad, calidad y el diseño universal para garantizar la calidad de vida de la población.	Porcentaje de cumplimiento de regulaciones.	Define el porcentaje de cumplimiento de las regulaciones de infraestructura con la seguridad, calidad y diseño universal para mejorar la accesibilidad y calidad de vida en la población.	Tipo: Porcentaje de cumplimiento Fórmula: Total de regulaciones incorporando seguridad, calidad y diseño / Total de regulaciones de infraestructura Nota técnica: Se debe determinar la cantidad de regulaciones existentes en materia de infraestructura para luego incorporar en estas los elementos necesarios en cuanto a seguridad, calidad y diseño universal.

OG.7. Fortalecer la producción, el acceso con calidad y equidad al conocimiento científico así como al desarrollo tecnológico para mejorar la gestión sobre los determinantes que inciden en la salud y el bienestar de la población.				
N°	Objetivos específicos	Indicadores	Definición	Tipo, Fórmula, notas técnicas
7.1.	Promover el acceso al conocimiento científico relacionado con los determinantes de la salud, que oriente la toma de decisiones basada en la evidencia que mejoren la calidad de vida de la población.	Porcentaje de variación promedio de la población con acceso a información y aplicaciones científicas.	Promedio ponderado de la variación en el nivel de acceso a la información anual que tiene la población, definiendo para ello un peso ponderado tanto por tipo de población como por el tipo de acceso, según prioridades definidas en el plan.	Tipo: porcentaje ponderado de variación Fórmula: $\Sigma ((\text{Población con acceso IACT año "x+1"} - \text{Población con acceso IAC año "x"}) / (\text{Población con acceso IAC año "x"})) * P$ Nota técnica: Se debe calcular primero el año $x = 0$ a partir del cual se establece la base de medición para medir la variación de población con acceso a información y aplicaciones científico anualmente. Se calculan las variaciones a partir del 2do año. IAC = Investigación y Aplicaciones Científico *P= es el resultado por la ponderación según el tipo de aplicación o información respectiva.
7.2	Promover el acceso a las aplicaciones tecnológicas innovadoras en el campo de la salud, que permitan mejorar la calidad de la atención.	Variación en Aplicaciones tecnológicas innovadoras en salud	Variación en el porcentaje de tecnologías innovadoras en salud aplicadas anualmente considerando el tipo de institución que la realiza, tema de la Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud.	Tipo: porcentaje de variación Fórmula: modificar $\Sigma ((\text{total de instituciones con acceso a aplicaciones año "x+1"} - \text{total de instituciones con acceso a aplicaciones en año "x"}) / (\text{total Instituciones con acceso a aplicaciones en año "x"})) * P$ Nota técnica: Se debe calcular primero el año base ó 0 a partir del cual se establece la base de medición para medir la variación en los años consecuentes. *P= es el resultado por la ponderación respectiva.
7.3	Impulsar el desarrollo de investigaciones científico-tecnológicas que orienten y fortalezcan la toma de decisiones sobre las intervenciones en los determinantes de la salud. ¹²	Porcentaje variación promedio en desarrollo de investigaciones científico-tecnológicas.	Se refiere a la variación del porcentaje en desarrollo de investigaciones científico-tecnológicas que ayuden a la toma de decisiones y a las intervenciones en salud.	Tipo: porcentaje ponderado de variación Fórmula: $\Sigma ((\text{Porcentaje de desarrollo de investigación año "x+1"} - \text{Porcentaje de desarrollo de investigación año "x"}) / (\text{Población con acceso y desarrollo año "x"})) * P$ Nota técnica: Se debe calcular primero el año base ó 0 a partir del cual se establece la base de medición para medir la variación en los años consecuentes. *P= es el resultado por la ponderación respectiva.
7.4	Fortalecer el Sistema Articulado de Información, para mejorar la toma de decisiones que oriente las acciones en salud dirigidas a la población y en especial a los grupos en condición de vulnerabilidad y exclusión	Porcentaje de variación del sistema fortalecido para la toma de decisiones.	El porcentaje de variación del sistema fortalecido usuario refleja la medida en que el sistema de información opera de acuerdo a los criterios técnicos que se plantearon previos a su creación, debe cumplir estos requisitos para satisfacer al usuario.	Tipo: Porcentaje de satisfacción Fórmula: Total de usuarios del sistema satisfechos / Total de usuarios del sistema Nota técnica: Se deben parametrizar los elementos de calidad del sistema para verificar el porcentaje de satisfacción Satisfecho= Puntaje mayor de 90% en encuesta de satisfacción del usuario.

¹² Articulación con las instancias de investigación científico – tecnológicos públicas y privadas (institutos o centros de investigación, entre otros).

7.5	Promover el financiamiento para la investigación y el acceso a aplicaciones tecnológicas que respondan a las necesidades de la salud pública.	Variación porcentual de la inversión en investigación en salud	Se refiere al porcentaje del gasto para fomentar la investigación y el acceso a aplicaciones tecnológicas que varía anualmente o periódicamente. Estas aplicaciones e investigación son orientadas para que respondan a las necesidades de la salud pública.	<p>Tipo: porcentaje de variación</p> <p>Fórmula: Modificar $\Sigma ((\text{Presupuesto asignado a IACT año "x+1"} - \text{Recursos asignados a IACT año "x"}) / (\text{Recursos asignados a IACT año "x"})) * P$</p> <p>Nota técnica: Se debe calcular primero el año $x = 0$ a partir del cual se establece la base de medición para medir la variación de población con acceso a información y aplicaciones científicas tecnológicas anualmente. Se calculan las variaciones a partir del 2do año.</p> <p>IACT= Investigación y Aplicaciones Científico Tecnológicas.</p> <p>*P= es el resultado por la ponderación según el tipo de aplicación o información respectiva.</p>
		Variación porcentual de la inversión en acceso a aplicaciones tecnológicas.		

OG.8. Fortalecer el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud y su impacto en la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población				
N°	Objetivos específicos	Indicadores	Definición	Tipo, Fórmula, notas técnicas
8.1.	Desarrollar un modelo de planificación de la fuerza de trabajo en salud, en función del modelo de atención vigente y las necesidades de la población.	Porcentaje de cumplimiento del desarrollo del modelo	Define el porcentaje de cumplimiento del desarrollo del modelo de planificación de la fuerza de trabajo en salud, en función del modelo de atención vigente y las necesidades de la población.	Tipo: Porcentaje de cumplimiento Fórmula: (Porcentaje desarrollo del modelo de planificación de la fuerza de trabajo en salud ejecutado en el periodo X / Porcentaje desarrollo del modelo de planificación planeado en el periodo X) * P Nota técnica: Se debe determinar el avance porcentual físico, ya sea por dividiendo el trabajo de desarrollo por etapas o fases que puedan facilitar la medición en el desarrollo del sistema P= Ponderación de la estrategia en caso de existir.
8.2	Desarrollar estrategias ¹³ para la coordinación y articulación de las necesidades de formación de la fuerza de trabajo en salud, con las necesidades del sistema nacional de salud, el modelo de atención en salud vigente y las necesidades de la población.	Porcentaje de cumplimiento de la estrategia.	Define el porcentaje de cumplimiento del desarrollo de la estrategia para la coordinación y articulación de las necesidades de formación de la fuerza de trabajo en salud con las necesidades del sistema nacional de salud, el modelo de atención en salud vigente y las necesidades de la población.	Tipo: Porcentaje de cumplimiento Fórmula: (Porcentaje cumplimiento de la estrategia de coordinación ejecutado en el periodo X / Porcentaje cumplimiento de la estrategia de coordinación planeado en el periodo X) Nota técnica: Se debe determinar el avance porcentual físico, ya sea dividiendo el trabajo de desarrollo por etapas o fases que puedan facilitar la medición en el desarrollo del sistema.
8.3	Generar relaciones laborales entre las/os trabajadores, instituciones y organizaciones de salud, que promuevan ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar acceso y calidad en los servicios de salud para la población.	Promedio ponderado del porcentaje de cumplimiento de las metas de las iniciativas generadas	Promedio de los porcentajes de cumplimiento de las metas de cada iniciativa generada que se planea para promover ambientes de trabajo saludables y permitir el compromiso con la misión institucional de garantizar acceso y calidad en los servicios de salud para la población, definiendo un peso ponderado a cada iniciativa según su prioridad.	Tipo: promedio ponderado Fórmula: Σ (Porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto de la iniciativa "x") * (Ponderación de la iniciativa respectiva) Nota técnica: Se trabajará con ponderaciones según la prioridad de las iniciativas planteadas. El porcentaje de cumplimiento de la meta de impacto se calcula de la siguiente manera: (Metas de impacto cumplidas en el periodo "x" / metas de impacto programadas para el periodo "x") * 100

¹³ Las estrategias pueden ser: redes sociales, consejos o comisiones intersectoriales, observatorios, acciones articuladas, complementarias e integrales, entre otras.

8.4	Fortalecer la generación, organización, análisis y divulgación de Información sobre la fuerza de trabajo en salud, mediante el funcionamiento de un sistema de información y observatorio nacional, que permita mejorar la toma de decisiones sectoriales en materia de desarrollo del recurso humano.	Porcentaje de variación del sistema articulado de información y observatorio nacional para la toma de decisiones, con base en el año 0.	Porcentaje de variación en la satisfacción de usuarios, de un año a otro, con el desarrollo del sistema articulado de información y observatorio nacional, tomando como base las condiciones existentes en el año 0.	<p>Tipo: Porcentaje de satisfacción</p> <p>Fórmula: Total de usuarios del sistema y del observatorio nacional satisfechos / Total de usuarios del sistema y del observatorio</p> <p>Nota técnica: Se deben parametrizar los elementos de calidad del sistema para verificar el porcentaje de satisfacción. Satisfecho= Puntaje mayor de 90%.</p>
8.5	Fortalecer el desarrollo de competencias del recurso humano, para la ejecución de todas las acciones relacionadas con el mejoramiento del proceso de salud de la población.	Promedio ponderado del porcentaje de recurso humano de las instituciones del sector salud, que recibieron la capacitación necesaria para la ejecución de acciones relacionadas con el mejoramiento del proceso de salud de la población	Promedio de la proporción de recurso humano de las instituciones del sector salud, que recibieron la capacitación necesaria para la ejecución de acciones relacionadas con el mejoramiento del proceso de salud de la población, definiendo un peso ponderado a cada institución, según sus necesidades de capacitación.	<p>Tipo: promedio ponderado</p> <p>Fórmula: $\Sigma(((\text{Cantidad de recurso humano que recibió capacitación en el año 1 en la institución "X"} / \text{Cantidad de recurso humano que requieren capacitación en el año 1 en la institución "X"}) * 100) * \text{Ponderación})$</p> <p>Nota técnica: La ponderación se calcula dividiendo la cantidad de recurso humano que requieren capacitación en una institución, entre la cantidad total de recurso humano que requieren capacitación en todas las instituciones.</p>

OG.9 Fortalecer la coordinación y la articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil para una gestión integrada e integral de las diferentes acciones institucionales que contribuya a proteger y mejorar el estado de salud de la población y reducir las brechas de inequidad.				
N°	Objetivos específicos	Indicadores	Definición	Tipo, Fórmula, notas técnicas
9.1.	Desarrollar estrategias para que la ciudadanía se involucre en la toma de decisiones, la exigibilidad de sus derechos, la rendición de cuentas y que asuman su responsabilidad en la construcción del desarrollo de su comunidad, en la formulación y evaluación de programas relacionados con la construcción de la salud.	Porcentaje de cumplimiento de la estrategia	Define el porcentaje de cumplimiento del desarrollo de la estrategia para que la ciudadanía se involucre en la toma de decisiones, la exigibilidad de sus derechos, la rendición de cuentas y que asuman su responsabilidad en la construcción del desarrollo de su comunidad.	Tipo: Porcentaje de cumplimiento Fórmula: (Porcentaje desarrollo de la estrategia de ciudadanía ejecutado en el periodo X / Porcentaje desarrollo de la estrategia de ciudadanía planeado en el periodo X) * P Nota técnica: Se debe determinar el avance porcentual físico, ya sea por dividiendo el trabajo de desarrollo por etapas o fases que puedan facilitar la medición en el desarrollo del sistema P= Ponderación de la estrategia en caso de existir.
9.2	Desarrollar estrategias ¹⁴ para la coordinación y articulación de los planes, programas, proyectos y acciones relacionados con la salud, la inclusión y la protección social.	Porcentaje de cumplimiento de la estrategia.	Define el porcentaje de cumplimiento del desarrollo de la estrategia para la armonización de la provisión de los servicios necesarios para impactar en los determinantes de la salud y que contribuyan a la inclusión y protección social.	Tipo: Porcentaje de cumplimiento Fórmula: (Porcentaje cumplimiento de la estrategia de coordinación ejecutado en el periodo X / Porcentaje cumplimiento de la estrategia de coordinación planeado en el periodo X) Nota técnica: Se debe determinar el avance porcentual físico, ya sea dividiendo el trabajo de desarrollo por etapas o fases que puedan facilitar la medición en el desarrollo del sistema.
9.3	Desarrollar mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones en salud para determinar su impacto y facilitar la toma de decisiones en conjunto con la sociedad civil.	Porcentaje de cumplimiento de programas y acciones.	El porcentaje de cumplimiento de programas y acciones en salud desarrolladas refleja la medida en que estas cumplen con los objetivos de impacto planteados para cada una.	Tipo: Porcentaje de cumplimiento Fórmula: ((Total de acciones / programas que cumplen satisfactoriamente) / (Total de acciones en salud / programas sociales) *P Nota técnica: Se podrá optar por trabajar con ponderaciones según la prioridad de cada acción en salud o programa selectivo. Se deben parametrizar los parámetros de calidad del sistema para verificar el porcentaje de satisfacción. Satisfecho= Puntaje mayor de 90% en encuesta de satisfacción del usuario P= Ponderación de la acción o programa respectivo

¹⁴ Las estrategias pueden ser: redes sociales, consejos o comisiones intersectoriales, observatorios, acciones articuladas, complementarias e integrales, entre otras.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Antonio P. (1991). Valores tradicionales, nuevos valores y Educación en España. En: Educación y valores en España. Actas del seminario de la Comisión española de la UNESCO. Cádiz: CIDE.
- Cambio climático global <http://www.cambioclimaticoglobal.com/cambio1.html> Visitado el 16 de marzo (2009).
- Centro Centroamericano de Población. <http://encuestas.ccp.ucr.ac.cr/metodo/concepto.htm> Visitado el 19 de marzo, 2009.
- Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y Familia. (2009). El marco teórico de los cursos-taller sobre derechos humanos de las mujeres: la perspectiva de género y la protección internacional de los derechos humanos. Glosario de términos sobre género y salud. USAID.
- Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y Familia. (2009). El marco teórico de los cursos-taller sobre derechos humanos de las mujeres: la perspectiva de género y la protección internacional de los derechos humanos. Glosario de términos sobre género y salud. USAID.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2007), Plan Nacional de Desarrollo “Jorge Manuel Dengo Obregón” : 2006 - 2010 / Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. - San José, Costa Rica. MIDEPLAN.
- Crid. <http://www.crid.or.cr/crid/VCD/files/page154.html> Visitado el 16 de marzo, 2009.
- Diccionario de la Real Academia Española. (2004), 23a edición.
- Frenk J. (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. Revista de Salud Pública de México 27(5):438-53.
- Gira. <http://www.gira.org.pe/glosario/cultura.html> Visitado el 16 de marzo, 2009.
- Instituto Interamericano de derechos Humanos/UNESCO. Manual de Educación de Derechos Humanos. Costa Rica. 1998
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. <http://www.iidh.ed.cr/glosario.htm> Visitado el 16 de marzo, 2009.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. <http://www.iidh.ed.cr/glosario.htm> Visitado el 16 de marzo, 2009.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) (2005). San José, Costa Rica. Estudio Mujeres y Pobreza.
- ITESCAM. www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r16867.PPT Visitado el 16 de marzo, 2009.
- Macinko J & Starfield B. (2002). Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. International Journal for Equity in Health; 1(1).
- MIDEPLAN. <http://www.mideplan.go.cr> Visitado el 16 de marzo, 2009.
- Ministerio de Salud (2008). Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. 2da edición ajustada- San José, Costa Rica.
- Nikken, Pedro. (2003). “El concepto de derechos humanos”. En: IIDH, Estudios básicos de derechos humanos I. San José, Costa Rica. Pág.15.

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006), Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Naciones Unidas, Nueva Cork y Ginebra.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006), Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Naciones Unidas, Nueva Cork y Ginebra.
- Omar Pacco Quispe. (2006). Inequidades Sociales. Universidad Nacional Del Altiplano Puno. Escuela Profesional De Ingeniería Económica Crecimiento y Desarrollo Económico.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Commission on social determinants of health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health.
- Ospina Lozano Edson Jair, Granados Cosme José Arturo. (Sin fecha). Elementos Teóricos para el Abordaje de las Inequidades en Salud desde una Perspectiva Étnica. UAM-X. México.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS Eduardo Levcovitz, MD, MSC, Ph.D.(2005). Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2002). La Salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. <http://www.oms.org> Visitado el 16 de marzo, 2009
- Programa de Educación en Desarrollo Sostenible. (2003).
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (Costa Rica Decimoquinto informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible / Programa Estado de la Nación. – San José, Costa Rica
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2005, agosto). Renovación de la atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de posición de OPS/OMS. Washington DC,.
- Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S.(2006). El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.
- Rulli, Matías. (2008). Desarrollo humano un concepto más amplio. Argentina.
- Salvioli, Fabián. (2003). Curso Básico sobre el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos. IIDH.
- Sauma, Pablo.(2007). Asesoría al Viceministerio de Desarrollo Social.
- Sojo, Carlos.(2009). Manual, Viceministerio de Desarrollo Social.
- Tezanos, José Félix.(2001). La sociedad dividida. Estructuras de clase y desigualdades en las sociedades tecnológicas. Madrid, Biblioteca Nueva.
- UNDP. <http://www.undp.org.mx/DesarrolloHumano/serie/images/Cuadernos2003-1.pdf> Visitado el 19 de marzo, 2009.
- Villasuso, Juan Manuel. (2006) El concepto de cohesión social. Tribuna democrática. San José Costa Rica.



ANEXOS



ANEXO N° 1: Glosario

- **Acceso a los servicios de salud:** proceso mediante el cual se logra satisfacer una necesidad relacionada con la salud de un individuo o una comunidad.¹ Este proceso involucra el deseo de buscar atención en salud, la iniciativa por buscarla, por tenerla y por continuar con esa atención, bien sea en términos del diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención o la promoción.

El grado por el cual individuos están impedidos o facilitados en sus capacidades para acceder y recibir atención y servicios del sistema de atención de salud, los factores que influyen en esta capacidad incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras.

- **Atención a la salud:** Es la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a proteger, mantener y mejorar la salud de las personas. En ella participan diferentes actores sociales. Sus acciones se desarrollan en escenarios tan diversos como un acueducto, una carretera, una fábrica, una escuela o cualquier otro plano o actividad que procure el bienestar humano, ambiental y económico.
- **Atención integral de la salud:** Se refiere al abordaje integral del proceso salud-enfermedad que responda al concepto de salud como proceso de construcción social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Incluye actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la morbilidad y de las condiciones discapacitantes, con énfasis en las dos primeras. Se considera la persona como sujeto de derechos que requieren atención personalizada, que tome en cuenta el contexto familiar y el comunitario, tanto en aspectos físicos como psicosociales. El enfoque incluye aspectos bio-psico-sociales-espirituales y ecológicos, que requiere del trabajo en equipo interdisciplinario, idealmente trans-disciplinario, y el abordaje intersectorial.
- **Atención primaria de la salud:** Atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesibles a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla. La APS forma parte integral del sistema de salud de un país así como del desarrollo económico y social de la comunidad acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud.
- **Calidad:** Servicios de salud oportunos, continuos, humanizados, eficaces, efectivos y eficientes. Incluye los aspectos técnico-científicos, interpersonales y de las instalaciones, que en interacción generan satisfacción del personal y de las necesidades en salud de personas y grupos sociales. Conlleva la capacidad crítica y la búsqueda permanente de la excelencia de los servicios, por parte de todos los actores, para buscar los mayores beneficios y disminuir al mínimo los riesgos.
- **Calidad de vida:** Es el bienestar en todas las facetas del ser humano, atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales (comida y cobijo), psicológicas (seguridad y afecto), sociales (trabajo, derechos y responsabilidades) y ecológicas (calidad del aire, del agua), es un concepto dinámico, definible en términos de sus efectos, no solamente físicos y biológicos sino también, éticos y sociales.
- **Cambio climático:** El Cambio Climático Global, una modificación que le es atribuida directa o indirectamente a las actividades humanas que alteran la composición global atmosférica, agregada a la variabilidad climática natural observada en periodos comparables de tiempo (EEI, 1997).

- **Cohesión social:** Conjunto de mecanismos de integración que existen en una sociedad, y las percepciones de la ciudadanía sobre la operación de dichos mecanismos. Estas a su vez determinan el sentido de pertenencia al colectivo social por parte de los grupos que lo conforman.
- **Corresponsabilidad social:** Es la relación que se establece entre el Estado y la sociedad civil para garantizar la ejecución compartida en todos los ámbitos que generan el desarrollo social, tales como en lo económico, social, político, cultural, geográfico y ambiental, salud, educación, vivienda, desarrollo tecnológico, entre otras.

El Estado y los ciudadanos son corresponsables en la construcción de la sociedad que se desea, ambos deben decidir y actuar en el camino común, por ello se habla de corresponsabilidad social.

La corresponsabilidad Estado-Ciudadano exige la voluntad de ambas partes de trabajar juntas: los funcionarios deben atender el mandato constitucional de abrir las puertas a la participación de los ciudadanos, mientras éstos deben participar decididamente, intervenir en las actividades públicas, articular con el Estado e interactuar con él.

- **Cultura:** La cultura es esencialmente una construcción que describe el cuerpo de las creencias, comportamientos o conducta, saber, sanciones, valores y objetivos que señalan el modo de vida de un pueblo. Es un concepto dinámico; es decir, que alude a procesos de cambio antes que a permanencias.
- **Derechos humanos:** Son derechos y libertades fundamentales inherentes a los seres humanos y se basan en el reconocimiento de la dignidad, la libertad, la igualdad y la justicia para toda a persona sin ninguna distinción. Los derechos humanos son principios sobre la base de los cuales los individuos pueden actuar y los Estados pueden legislar y juzgar. La dignidad de la persona como fundamento de los derechos humanos, está relacionada con responsabilidades y derechos consigo misma y con su entorno social y natural.

Los derechos humanos además de ser una condición de las personas, son formas de pensar y actuar basados en el respeto, la solidaridad, la igualdad, la equidad y el reconocimiento y la valoración de las diferencias.

- **Desarrollo humano:** Es el proceso de ampliación de las posibilidades de elegir de los individuos, que tiene como objetivo expandir la gama de oportunidades abiertas a las personas para vivir una vida saludable, creativa y con los medios adecuados para desenvolverse en su entorno social.
- **Desarrollo social:** Proceso mediante el cual se procura alcanzar una sociedad igualitaria, participativa e inclusiva, que garantice una reducción de la brecha que existe en los niveles de bienestar que presentan los diversos grupos sociales y áreas geográficas, para lograr una integración de toda la población a la vida económica, social, política y cultural del país, en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos.
- **Desarrollo sostenible:** Proceso de transformaciones naturales, económico-sociales, culturales e institucionales, que tienen por objeto un aumento acumulativo y durable en la cantidad y calidad de bienes, servicios y recursos, unidos a cambios sociales tendientes a mejorar de forma equitativa la seguridad, calidad y condiciones de la vida humana, sin deteriorar el ambiente natural ni comprometer las bases de un desarrollo similar para las futuras generaciones.
- **Desigualdad social:** Desde el punto de vista de la estructura social, el concepto de desigualdad social nos remite al acceso diferencial de las personas a los recursos y al poder

tanto en tipo como en cantidad. El acceso a los recursos está relacionado con las condiciones de vida cotidiana de la población, a clase social, etnia, preferencias sexuales y género.

- **Determinante de la salud:** Los determinantes sociales de la salud pueden ser entendidos como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan. Estos determinantes, algunos más influenciados que otros, a través de políticas públicas, aportan a las brechas e inequidades en salud. Estos incluyen las “causas de las causas” ya que comprenden, además de lo relativo a inequidad, a pobreza, marginación y exclusión. Se puede afirmar la imposibilidad de realizar un progreso sustantivo en equidad en salud sin realizar acciones sobre los determinantes sociales en salud.
- **Diversidad:** Se refiere a la multiplicidad e interacción de las diferentes capacidades y características que tienen las personas y pone en evidencia la complejidad de los múltiples factores y elementos que configuran una sociedad.

Posicionar la diversidad como elemento central de una sociedad es imprescindible porque no solo facilita que se reconozcan las diferencias, sino que permite que se les valore, como una gran fuente de riqueza social sea cual sea el sexo de la persona, edad, etnia, situación económica, escolaridad, nacionalidad, entre otras.

- **Enfoque de derechos:** Es un marco conceptual basado en las normas internacionales de derechos humanos, orientado hacia la promoción y la protección de estos derechos. Su propósito consiste en analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir prácticas discriminatorias que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo.
- **Enfoque de género:** Es el cuerpo teórico desarrollado para analizar los significados, prácticas, símbolos, representaciones, instituciones y normas que las sociedades y los grupos humanos elaboran a partir de la diferencia biológica entre varones y mujeres. Este enfoque pone de manifiesto las jerarquías de género expresadas en una desigual valoración de lo femenino y lo masculino y en una desigual distribución del poder entre varones y mujeres.
- **Exclusión social:** Fenómeno social multidimensional que afecta a individuos o grupos humanos, impidiéndoles acceder a un nivel de calidad de vida, y/o de participar plenamente, según sus propias capacidades, en los procesos de desarrollo.
- **Equidad:** Atención a personas y grupos poblacionales según sus necesidades particulares, de manera que haya una distribución justa de recursos, bienes, servicios, e información. Busca disminuir las brechas en salud que son evitables e injustas; implica la incorporación del enfoque de riesgo tanto a nivel individual como colectivo, dado que las condiciones de vida generan distintas necesidades de salud; lo que implica la intervención sobre los factores de riesgo y la promoción y el fortalecimiento de los factores protectores de la salud.
- **Igualdad de oportunidades:** Se basa en los principios de: la no discriminación, diversidad cultural, religiosa y lingüística y la igualdad entre mujeres y hombres. Dichos principios deben aplicarse en todos los sectores, principalmente en la vida económica, social, cultural y familiar.

Se ha extendido el principio de igualdad de trato al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesional para eliminar toda discriminación en el mundo del empleo, así como en los regímenes de seguridad social, los regímenes jurídicos y los regímenes profesionales.

- **Inclusión social:** La inclusión social es reconocer en los grupos sociales distintos el valor que hay en cada diferencia, el respeto a la diversidad, y el reconocimiento de un tercero vulnerable, con necesidades específicas que deben ser saciadas para que pueda estar en condiciones de igualdad y disfrutar de sus derechos fundamentales.

Proceso que asegura que aquellas personas en riesgo de pobreza y de exclusión social aumenten las oportunidades y los recursos necesarios para participar completamente en la vida económica, social y cultural, así como gozar de unas condiciones de vida y de bienestar que se consideran normales en la sociedad en la que viven.

- **Inequidad social:** La inequidad es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas.
- **Justicia social:** Comprende el conjunto de decisiones, normas y principios considerados razonables de acuerdo al tipo de organización de la sociedad en general, o en su caso, de acuerdo a un colectivo social determinado. Comprende por tanto el tipo de objetivos colectivos que deben ser perseguidos, defendidos y sostenidos y el tipo de relaciones sociales consideradas admisibles o deseables, de tal manera que describan un estándar de justicia legítimo. Un estándar de justicia sería aquello que se considera más razonable para una situación dada. Razonable significa que determinada acción es defendible ante los demás con independencia de sus intereses u opiniones personales, esto es, desde una perspectiva imparcial; así, para justificar algo hay que dar razones convincentes que los demás puedan compartir y comprender.
- **Movilidad social:** Consiste en los movimientos o desplazamientos que efectúan los individuos, las familias, o los grupos dentro de un determinado estrato socioeconómico, consiste en la igualdad de oportunidades, en el sentido de que todos los individuos, independientemente de su herencia social, por ejemplo el ingreso o la educación de sus padres, tengan las mismas probabilidades, en correspondencia a su esfuerzo, para alcanzar sus objetivos
- **Participación:** Grado en el que una persona participa y comparte la toma de decisiones con relación a su propia atención. El “auto cuidado” es un concepto similar, así como el suministro de información a los miembros de una comunidad para permitirles tomar medidas para cuidarse así mismos y saber cuando necesitan buscar ayuda profesional.
- **Participación social:** Responde al derecho pleno de la ciudadanía que permite el involucramiento mediante la participación activa, informada, consciente, autónoma y corresponsable de personas, instituciones, organizaciones y grupos que contribuyan en el proceso de construcción de la salud; desde el análisis y priorización de problemas de salud, la planificación, la ejecución de actividades y el monitoreo y evaluación mediante acuerdos concertados de las responsabilidades. Implica un abordaje intersectorial para mejorar la coordinación y el uso óptimo de los recursos disponibles para un mayor impacto en la producción de la salud, incluida la resolución o reducción de los problemas de salud.
- **Pobreza:** Es el estado en que se encuentra un individuo o un conjunto de individuos de un grupo social, que se caracteriza por:
 - verse privado del consumo de bienes y servicios lo cual le genera un grado de insatisfacción de necesidades básicas,
 - encontrarse en condiciones de impotencia, al no poder ejercer su derecho a la opinión, al no poder hacer oír su voz, lo cual le limita su acceso al ejercicio político, y por ende al poder político efectivo,
 - estar en alto grado de vulnerabilidad, por carecer de la protección adecuada lo cual le genera una situación de alta inseguridad jurídica, física, emocional, en su salud y económica.

No se puede definir pobreza solo en términos materiales, en cuanto a los ingresos o gastos de consumo per cápita de los hogares. Cuando se habla de carencia se habla de falta de

afecto, de alimentación, de salud, de educación, de vivienda y de otros satisfactores, no materiales como el tiempo, el ocio, la recreación y la participación. Por lo tanto, la pobreza es multidimensional y multicausal.

- **Política social selectiva:** Acciones que se especializan en brindar servicios a grupos particulares de personas, definidos a partir de condiciones de pobreza, exclusión y vulnerabilidad.
- **Política social universal:** Son aquellas dirigidas a prestar servicios que cubren a toda la población o al menos, a la mayoría de ella.

Los principios que guían la propuesta del universalismo básico son los siguientes:

- la cobertura del conjunto de prestaciones esenciales que lo definen debe ser universal y debe alcanzar a las categorías de población definidas a partir de atributos que todas las personas cumplan;
- este conjunto de prestaciones, que bien puede incluir bienes, rentas o servicios, debe cumplir con estándares de calidad garantizados para todos; asimismo,
- el usufructo de este conjunto de prestaciones debe estar garantizado para todos, y esa garantía debe ser brindada por el Estado; y
- el universalismo básico ofrecerá un conjunto limitado de prestaciones llamadas esenciales, conjunto que responderá a las particularidades y niveles de desarrollo propios de cada país.

- **Programa social selectivo:** Conjunto de acciones por realizar para cumplir con metas específicas. Este conjunto remite a una política pública definida por su vinculación con objetivos estratégicos del Estado. El carácter social de los programas debe ser claramente identificado y proviene del entorno institucional, es decir se entenderán como sociales, todos los programas desarrollados por las instituciones pertenecientes al sector social: salud, vivienda, educación, trabajo y asistencia social.

La selectividad se refiere a la población meta. Así, los programas sociales ofrecen una prestación material, en efectivo o especie, dirigida a un sector de la población cuyas características lo definen como un subconjunto del universo de la población nacional que presenta necesidades particulares, claramente identificadas con base en condiciones asociadas a pobreza, exclusión y vulnerabilidad.

- **Promoción de la salud:** Proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Trasciende la idea de formas de vidas sanas para incluir las condiciones y requisitos para la salud que son: paz, vivienda, educación, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad
- **Protección social:** Garantía que la sociedad otorga a través de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios de una manera adecuada a través de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Se debe cumplir las siguientes condiciones para la protección social:

- Acceso a los servicios de salud: que exista la oferta necesaria para la provisión de servicios de salud y que las personas puedan acceder física y económicamente a ellos.

- Seguridad financiera en el hogar: que el financiamiento de los servicios de salud no constituya una amenaza para la estabilidad económica de las familias ni para el desarrollo de sus miembros.
- Solidaridad en el financiamiento: intergeneracional, entre diversos grupos ocupacionales y entre grupos de diverso ingreso.
- Dignidad en la atención: que la atención de salud se provea con calidad y en condiciones de respeto a las características raciales, culturales y económicas de los usuarios definidas mediante un proceso de diálogo social.
- **Rectoría:** se define como la acción de gobernar, dirigir, conducir a una comunidad, conjunto de instituciones o personas, o ejercer autoridad sobre ellas. Sobre esta base, surge el concepto de rectoría de la producción social de la salud, que es la función mediante la cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales clave y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población.
- **Rendición de cuentas:** Es la acción, como deber legal y ético, que tiene todo funcionario o persona de responder e informar por la administración, el manejo y los rendimientos de fondos, bienes o recursos públicos asignados y los resultados en el cumplimiento del mandato que le ha sido conferido.
- **Salud:** Es un producto social, depende tanto de los diversos determinantes como de la respuesta y organización social que se genere para abordarla, por lo que, sobre la base de este conocimiento, se empezó a enfatizar en realizar acciones preventivas dirigidas a grupos de riesgo, para proteger y mejorar el estado de salud de la población, asimismo se debe apoyar a las personas para que tengan la capacidad de adoptar estilos de vida saludables y participar activamente en el cuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad, y brindar las condiciones y requisitos para que esto se dé; es decir, promocionar la salud.
- **Sector social:** Conjunto de entes públicos, centralizados y descentralizados, que tienen una competencia explícita y legal, dirigida a satisfacer las necesidades básicas de la población tales como: salud, educación, vivienda, alimentación y empleo.
- **Seguridad alimentaria y nutricional (SAN):** Se refiere al estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, social y económico a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar que coadyuva al logro de su desarrollo.
- **Solidaridad:** Principio por el cual se asegura la protección de la salud para toda la población mediante un modelo de financiamiento por el cual cada individuo cotiza en el seguro social de acuerdo con sus posibilidades, y permitir el acceso al sistema de salud de aquellos grupos con menos recursos.
- **Universalidad:** Es la responsabilidad del Estado de garantizar la incorporación de toda la población con plenos derechos y deberes al sistema de salud con calidad, sin límites geográficos, sociales, económicos y culturales. Para hacer efectivo este principio se debe aumentar la accesibilidad, la cobertura, la oportunidad, la eficiencia, y en general la calidad de los servicios que se brindan.
- **Valores sociales:** Son ideales que actúan como motor que pone en marcha nuestras acciones dirigidas a la meta que queremos alcanzar, los valores son finalidades y no medios y, por ello, estimables por sí mismos y no con vistas a alguna otra cosa.

Son significaciones sociales que poseen las personas, cosas o circunstancias, funcionan como filtros e inciden en la función reguladora de la conducta y por lo tanto en las actitudes hacia el mundo circundante, y que expresa una correspondencia entre lo que se piensa, lo que se dice y lo que se hace en el plano individual y que posee una correspondencia con la sociedad.

- **Vulnerabilidad:** Fenómeno social multidimensional que da cuenta de los sentimientos de riesgo, inseguridad e indefensión y de la base material que los sustenta (CEPAL, 2000:52).

Resulta de la combinación de los siguientes elementos:

- Eventos, procesos o rasgos que entrañan adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, hogares y personas.
- La incapacidad para adaptarse a las consecuencias de la materialización de estos riesgos.

ANEXO N° 2: Colaboradores del Ministerio de Salud

División Técnica de Rectoría de la Salud

Nydia Amador Brenes. Directora

Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud

Andrés Sánchez Moreira. Director

Anargerie Solano Siles.

Raquel Rodríguez Rodríguez

Vilma Pacheco Urpí

Dirección de Mercadotecnia de la Salud

Carmen Cecilia Arroyo González

Patricia Barquero Zanaurian

Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Impacto de las Acciones en Salud

César Gamboa Peñaranda. Jefe Unidad de Evaluación de Impacto

Nancy Vargas Guevara.

Anexo N°3: Participantes de las instituciones

Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Impacto de las Acciones en Salud Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud

Olga Barrantes Romero
Margarita Claramount Garro
Carmen Macanche Baltodano
Karol Madriz Morales
Rita Méndez Villalobos
María de los Angeles Rojas Espinoza
Olga Segura Cárdenas

Unidad de Evaluación de Impacto de las Acciones en Salud

Miguel Hernández Garbanzo
Ithínia Martínez Mora
Róger Prendas Lépez
Miriam Rivas Ramírez
Nelly Zúñiga Méndez

Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud Unidad de Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas

Elizabeth López Mora
Raquel Rodríguez

Unidad de Servicios de Salud de Protección y Mejoramiento del Hábitat Humano

Vilma Pacheco Urpí
Federico Paredes Valverde

ENLACES INSTITUCIONALES

Instituto Costarricense de Acueductos Y Alcantarillados

Talía Coto
Juan Carlos Hidalgo
Flora M. González
Rodolfo Ramírez
María del Mar Solano

Caja Costarricense de Seguro Social

Hugo Chacón
Jorge Monge

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

Rodolfo Rojas

Consejo Nacional de la Persona Joven

Luis Esquivel
Alejandro González
Carolina Mendieta
Elsi Bell
Felipe Obando
Grettel Oses

Defensoría de los Habitantes De La República

Carlos Valerio

FLACSO

Jorge Mora

Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación

Elizabeth Chaves
Roberto Roque
Jorge Luis Solano

Instituto Mixto de Ayuda Social

Marlene Oviedo

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Douglas Mata

Instituto Nacional De Las Mujeres

Carol Valerio
María Esther Vargas

Instituto Nacional de Seguros

Ana P. Santamaría
Catalina Vargas

MAOCO

Juan Luis Salas

Ministerio de Agricultura Y Ganadería

María Cecilia Fernández

Ministerio de Educación Pública

Denia Rodríguez

Ministerio de Cultura y Juventud

Roxanna Delgado

Ministerio de Desarrollo y Planificación

María Cristina Coto

Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos

Eduardo Morales

Francisco Padilla

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Vanessa Soto

Patronato Nacional de la Infancia

Marvin Castro

Universidad de Costa Rica

Facultad de Ingeniería

Escuela de Ingeniería Industrial

Armando Castro Arias. Coordinador Talleres

Eduardo Andrade Garnier

Melissa Pizarro Aguilar

Adriana Jiménez Madrigal

Paula Ramírez

Marco González Víquez

Alejandra Medina

Mariana Solera

Carolina Vásquez Soto

Carlos Villalobos

Mariana Solera

Silvia Solano

Silvia Solano Mora

Mariana Solera J.

Carlos Villalobos Araya

Silvia Solano Mora

Alejandra Medina Posada

Ismael Mazón

Escuela de Ingeniería Civil

Roberto Fernández M

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Ciencias Políticas

Álvaro Navarro Vargas

Escuela de Sociología

Asdrúbal Alvarado Vargas
Karina Valverde Salas
Mariano Sáenz Vega

Escuela de Trabajo Social

Carmen María Castillo
Carolina Rojas Madrigal
Freddy Esquivel
Hilda Castillo

Escuela de Geografía

Eduardo Bedoya Benítez
Francisco Solano Mata

Escuela de Comunicación

Kattia Pierre M

Postgrado de Comunicación

Silvia Carbonell

Escuela de Antropología

Margarita Bolaños

Escuela de Psicología

Zaida Salazar Mora

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Luis Diego Calzada

Facultad de Microbiología

José Miguel Esquivel

Escuela de Enfermería

María Griselda Ugalde

Escuela de Nutrición

Patricia Sedó

Escuela de Tecnologías en Salud

Rafael Sanabria Rodríguez

Programa Atención Integral en Salud Pública

Isabel Gamboa

**Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Administración Pública**

Andrea Vindas

Post grado en Economía

Juan Rafael Vargas

Escuela de Administración de Negocios

Randall Hidalgo Solano

Escuela de Salud Pública

Mauricio Vargas Fuentes

**Facultad de Ciencias de la Educación
Escuela de Orientación y Educación Especial**

Carmen Cubero

Facultad de Derecho

Lilliana Arrieta

CICANUM

Janeth González Pineda
Patricia Mora

Instituto de Investigaciones Económicas

Carmen Cedeño

INII

María Lorena Blanco R.

INISA-PROINUE

Norma Lau Chang

INIFAR

Olga Baudrit

Oficina de Bienestar y Salud

Alejandra Rivero Breedy
Ana Yanci Zuñiga Bermudez
Fabiola Fernández Trejos

Sistema de Bibliotecas y Documentación

Geovanni Carrillo A

Trabajo Comunal Universitario-VAS

German Cedeño

Unidad de Adquisiciones

Ingrid Espinoza Leal

Kattia Salazar Córdoba

Vicerrectoría de Acción Social

María Pérez Yglesias

Vicerrectoría de Investigación

Rafaela Sierra

Universidad Nacional

Departamento de Educación Física

José Mauricio Vargas

Universidad Santa Paula

Gabriel Mejía R.

Misión

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

Visión

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

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