



Estrategia de Cooperación con Costa Rica 2016-2019

**OPS/OMS
Representación en Costa Rica
Julio 2016**



LISTA DE SIGLAS Y ACRONIMOS

ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados
AE	Área de Enfoque
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ARMAR	Metodología para el análisis de situación en salud: articulación, recopilación, manejo, análisis, reporte
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
AYA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CELAC	Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños
CEN	Centros de Educación y Nutrición
CHA	Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud, OPS/OMS
CHA/HT	Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual, OPS/OMS
CHA/IR	Unidad Reglamento Sanitario Internacional, Alerta y Respuesta ante Epidemias, y Enfermedades Transmitidas por el Agua, OPS/OMS
CHA/VT	Unidad Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores, OPS/OMS
CI	Cooperación Internacional
CINAI	Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
CONARE	Consejo Nacional de Rectores
COSEVI	Consejo de Seguridad Vial
DaO	Delivering as One
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
ECP	Estrategia de Cooperación con el País
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares



EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FGL	Departamento de Familia, Género y Curso de Vida, OPS/OMS
FGL/HL	Unidad Curso de Vida Saludable, OPS/OMS
FGL/IM	Unidad Inmunización Integral de la Familia, OPS/OMS
FM	Fondo Mundial
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
FPNU	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GATS	Global Adult Tobacco Survey
GEF	Fondo Mundial de Medio Ambiente
GIZ	Agencia Alemana de Cooperación
HSS	Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS
HSS/HS	Unidad de Servicios de Salud y Acceso, OPS/OMS
HSS/HR	Unidad de Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS
HSS/MT	Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias, OPS/OMS
IAFA	Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
ICODER	Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación
ICD	Instituto Costarricense sobre Drogas
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IFAM	Instituto de Fomento y Asesoría Municipal
ILANUD	Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente
INCIENSA	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
INCUCAI	Instituto Nacional Centro Único de Ablación e Implante de Argentina
INS	Instituto Nacional de Seguros
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JICA	Agencia de Cooperación Internacional de Japón
MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MEP	Ministerio de Educación Pública
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica



MINAE	Ministerio del Ambiente y Energía
MS	Ministerio de Salud
NMHG	Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OE	Objetivos Estratégicos
OEA	Organización de los Estados Americanos
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMM	Organización Meteorológica Mundial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUMUJER	Organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PE	Prioridades Estratégicas
PEA	Población Económicamente Activa
PED	Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Caso de Desastre, OPS/OMS
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
POLCI	Política de Cooperación Internacional
PTB	Plan de Trabajo Bienal
RIT	Resultados Intermedios
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SDE	Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
STEPS	Metodología Pasos para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles



UCR	Universidad de Costa Rica
UNA	Universidad Nacional
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIDO	Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
UPAZ	Universidad para la Paz
UPU	Unión Postal Universal
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana



Contenido

LISTA DE SIGLAS Y ACRONIMOS.....	2
Resumen Ejecutivo	8
Capítulo 1 - Introducción.....	12
Capítulo 2 – Situación de la Salud y el Desarrollo.....	13
2.1 Principales logros y desafíos en salud y desarrollo	13
2.2 Cooperación para salud y desarrollo.....	24
Capítulo 3 – Revisión de la Cooperación de OPS/OMS durante el pasado ciclo de ECP.....	27
3.1 Medición del logro de las prioridades de cooperación de la ECP 2010-2014.....	28
3.2 Análisis de la aplicación de la ECP en otros elementos de planificación de la cooperación:	29
3.3 Relacionamiento Estratégico de OPS/OMS en Costa Rica	32
3.4 Lecciones aprendidas del ciclo de cooperación 2010-2014.....	32
Capítulo 4 – La Agenda Estratégica para la Cooperación de OPS/OMS.....	33
PE 1. Avanzar hacia la Salud Universal mediante el fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud, basado en la participación social, la articulación intra e intersectorial y la cooperación entre países y bajo los lineamientos que el país defina para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).	33
PE 2. Fortalecida la formación, planificación, gestión y regulación nacional del recurso humano en salud, promoviendo la disminución de brechas de disponibilidad, distribución, productividad y calidad que afectan el desempeño del sistema de salud del país.	35
PE 3. Reducida la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles mediante la colaboración intersectorial para incidir en sus determinantes; desarrollando acciones para la promoción de la salud, reducción de los riesgos, detección temprana, monitoreo y vigilancia y el aseguramiento al tratamiento oportuno.	36
PE 4. Fortalecida la capacidad de gestión integral de riesgos sanitarios relacionados con eventos de importancia para la salud pública, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud ambiental, la variabilidad del clima y adaptación al cambio climático.	37
PE 5. Promovida la mejora del estado de salud y calidad de vida de la población con equidad a lo largo del curso de vida, mediante la promoción de la salud y el abordaje de los determinantes sociales.	38
Capítulo 5 – Implementación de la Agenda Estratégica: Implicaciones para el Secretariado	39
Referencias Bibliográficas	41
ANEXOS	45
Anexo 1. Actores en Salud que participaron en la Identificación de las Prioridades Estratégicas	45



Anexo 2. Vinculación de las Prioridades Estratégicas de la ECP 2016-2019 con los Resultados Intermedios del Plan Estratégico de OPS 2014-2019 y los Efectos (Outcomes) del 12° Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019.	47
--	----



Resumen Ejecutivo

Situación de la Salud

Con una población estimada de alrededor de 5 millones de habitantes, tres cuartas partes urbana, y una esperanza de vida al nacer de 79,6 años (82,1 en mujeres), Costa Rica ha alcanzado una tasa de dependencia mínima y configura un bono demográfico que durará hasta 2045.

Presenta buenos indicadores promedio nacionales para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, producto de la inversión en educación y en protección social en salud, pero con desventajas apreciables en los discapacitados, inmigrantes, trabajadores estacionales e indígenas.

Las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, los accidentes de transporte terrestre y la violencia interpersonal destacan como primeras causas de morbilidad y muerte, mientras que las causas perinatales, la neumonía y diarrea han dejado de constituir problemas de salud.

Las fortalezas ambientales posicionaron al país como nación responsable e innovadora en materia ecológica pero aún no logra la universalidad en el acceso a agua, presenta baja cobertura en tratamiento de aguas residuales y una gestión no óptima de residuos sólidos.

Cuatro transformaciones culturales influyen en la sociedad costarricense: el aumento del uso de las tecnologías de información y comunicación, la influencia de los inmigrantes y turistas, el aumento de la población que profesa una religión distinta a la católica y la inseguridad ciudadana.

Políticas y Sistemas de Salud

La Constitución Política de Costa Rica reconoce el derecho a la salud a través del reconocimiento del derecho a la vida. La Ley General de Salud (1973) define la salud de la población como un bien público y establece la función del Estado de velar por ella a través del sistema de salud, el mismo que presta servicios de salud, agua y saneamiento. Los servicios de salud se ofertan a través del sector público y privado. En el sector público predomina la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de los servicios personales, sin límites y sin copagos. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo; presta servicios en instalaciones propias o contratadas en el sector privado a través de compromisos de gestión. El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad que se financian con pagos de bolsillo o con primas de seguros privados. El Ministerio de Salud, como ente rector del sistema, cumple funciones de dirección política, regulación sanitaria,



direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico, y tiene adscritos a los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI), el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). El Instituto Nacional de Seguros es responsable de las coberturas de riesgos laborales y de tránsito y de otorgar los servicios de atención relacionados.

Costa Rica presenta un avance importante en el logro de la cobertura universal de salud. Existen leyes para brindar un seguro de salud, de forma progresiva, a toda su población; actualmente mediante diferentes regímenes de aseguramiento se cubre al 94.4% de la misma.

El país reconoce que existe debilitamiento de la rectoría del Ministerio de Salud, entre otras razones, por problemas de organización, seguimiento y evaluación, separación inconclusa de funciones y de coordinación con la CCSS; y que hay aspectos que mejorar en el acceso efectivo a los servicios de salud, ya que el modelo de prestación de servicios no responde completamente a las necesidades y expectativas de la población porque presenta limitaciones de equidad, calidad y oportunidad; debe adaptarse al nuevo perfil poblacional y existe poca oferta de atención para personas con problemas por consumo de sustancias psicoactivas.

Cooperación para la salud

La Política de Cooperación Internacional (CI) 2014-2022 establece como prioridades el alineamiento de la CI con los planes nacionales de desarrollo; la dimensión del país como oferente y receptor de CI (reconociendo su decrecimiento debido a que el país ha alcanzado un nivel per cápita de renta media alta); la priorización de poblaciones vulnerables y zonas fronterizas; la rendición de cuentas y el privilegio a acciones que dejen capacidades instaladas para mejorar la gestión pública.

Los proyectos de cooperación internacional abarcan una diversidad de temas, entre ellos: donación y trasplante de órganos, tejidos y células; evaluación de tecnologías en salud; normativa en energía nuclear; control del tabaco; radiaciones y gestión de residuos radiactivos; agricultura familiar y seguridad alimentaria y nutricional; gestión integral de residuos sólidos y residuos electrónicos; enfermedades transmisibles (VIH, malaria); prevención de embarazo adolescente, envejecimiento activo, cuentas nacionales de salud.

Producto de la reforma de su modelo de desarrollo en la década de los noventa, Costa Rica muestra un buen desempeño en la mayoría de los indicadores del estado de salud de su población lo cual, sin embargo, no se traduce en la desaparición de las desigualdades en salud y bienestar entre diferentes grupos poblacionales. A lo anterior contribuye la persistencia de diferencias en las



condiciones de trabajo, empleo, ingreso, educación, ambiente y el propio sistema de salud que no ha logrado que toda la población tenga acceso efectivo a los servicios de atención.

El gobierno, instalado en mayo del 2014, se ha comprometido a impulsar la equidad, la inclusión social, el conocimiento, la innovación y el desarrollo sostenible en el país, en medio de un debate en torno a la interrogante de si el modelo de desarrollo nacional, particularmente en el sistema de salud, requiere cambios estructurales más profundos.

Lo anterior constituye un desafío para la cooperación internacional para el desarrollo, de cara a un país que, por primera vez en su historia, se ha propuesto gestionar estratégicamente la cooperación de modo que contribuya al desarrollo nacional profundo y en los albores de un nuevo compromiso de la comunidad internacional para implementar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Partiendo del reconocimiento de grandes avances del país en salud y desarrollo, y de que aún persisten tanto desigualdades en la calidad de vida y el acceso a los servicios de salud como desafíos relativos a estilos de vida, promoción de la salud y seguridad humana, la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS con Costa Rica para el período 2016-2019 prioriza el fortalecimiento de la gobernanza en salud; la gestión de los recursos humanos en salud; la reducción de la carga que representan las enfermedades crónicas no transmisibles; la gestión de los riesgos sanitarios y la promoción de la salud a lo largo del curso de vida.

Todo lo anterior se expresa en cinco *prioridades estratégicas* descritas a continuación:

PE 1. Avanzar hacia la Salud Universal mediante el fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud, basado en la participación social, la articulación intra e intersectorial y la cooperación entre países y bajo los lineamientos que el país defina para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

PE 2. Fortalecida la formación, planificación, gestión y regulación nacional del recurso humano en salud, promoviendo la disminución de brechas de disponibilidad, distribución, productividad y calidad que afectan desempeño del sistema de salud del país.

PE 3. Reducida la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles mediante la colaboración intersectorial para incidir en sus determinantes; desarrollando acciones para la promoción de la salud, reducción de los riesgos, detección temprana, monitoreo y vigilancia, y aseguramiento al tratamiento oportuno.



PE 4. Fortalecida la capacidad de gestión integral ante riesgos sanitarios relacionados con eventos de importancia para la salud pública, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud ambiental, la variabilidad del clima y la adaptación al cambio climático.

PE 5. Promovida la mejora del estado de salud y calidad de vida de la población con equidad a lo largo del curso de vida, mediante la promoción de la salud y el abordaje de los determinantes sociales.

Estas Prioridades Estratégicas (PE) constituyen la Agenda Estratégica y fueron identificadas mediante un ejercicio participativo de la Oficina de País con los principales actores en el campo de la salud, que constituyen contrapartes nacionales de la cooperación de OPS/OMS.

Se tomó en consideración que las Prioridades Estratégicas respondieran al Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, la Política Nacional de Salud, los Principales Logros y Desafíos en Salud (Capítulo 2), el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2013-2017, (MANUD), las Lecciones Aprendidas del Ciclo de Cooperación 2010-2014 y las Prioridades de Liderazgo de la OMS. Adicionalmente, se preservó que cada Área de Enfoque (AE) tuviera vinculación con los Resultados Intermedios (RIT) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y con los Efectos del 12° Programa General de Trabajo de la OMS (Anexo 2).



Capítulo 1 – Introducción

La Estrategia de Cooperación con el País (ECP) 2016-2019 tiene como propósito definir la visión a mediano plazo de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, con base en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y el 12° Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019. Esto para dirigir las acciones de cooperación con Costa Rica de manera alineada con las prioridades de salud del país y armonizada con los aportes de otras agencias del Sistema de Naciones Unidas y otros socios para el desarrollo.

La anterior ECP abarcó el período 2010-2014. La elaboración de esta nueva versión, es una oportunidad para reforzar el rol de la OPS/OMS en el país, dado que la administración de gobierno que tomó posesión en mayo del 2014 (y cuyo mandato se extenderá hasta mayo del 2018) ha anunciado transformaciones en el modelo de prestación de servicios de salud.

La ECP es una herramienta para enfocar la cooperación técnica de la OPS/OMS en la realidad del país. La misma se expresa operacionalmente en Planes de Trabajo Bienales (PTBs) que contemplan los recursos humanos y financieros necesarios para su implementación con el concurso armonizado de los tres niveles de la Organización (Global, Regional y Nacional). Adicional a ello, la ECP constituye un instrumento de negociación con otros socios con el fin de complementar los recursos ordinarios de la Organización.

En la definición de la presente ECP se parte de la realidad nacional conciliada con la situación del continente en materia social y económica, de las tendencias en salud y tendencias de respuesta de los sistemas de salud. Además se consideró la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y la Agenda de Salud para Centroamérica y República Dominicana 2009-2018, que contienen los objetivos y compromisos asumidos en común acuerdo con todos los países de la Región y la Subregión.

El ejercicio de construcción de la ECP 2016-2019 tuvo tres etapas que sirvieron para (i) formular la Situación de Salud y Desarrollo (Capítulo 2) para lo cual se realizó una extensa revisión bibliográfica y entrevistas a funcionarios del Ministerio de Salud, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) y la Oficina de Coordinación de Naciones Unidas en Costa Rica; (ii) hacer la Revisión de la Cooperación de OPS/OMS durante el ciclo 2010-2014 (Capítulo 3); y (iii) formular la Agenda Estratégica para la Cooperación de OPS/OMS, las Implicaciones para el Secretariado y otras secciones del documento (Capítulos 1, 4 y 5).

En todo su proceso, la ECP contó con la plena participación del equipo técnico-administrativo de la Oficina y de otras instancias de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) bajo el liderazgo de la



Representante de País. Por otro lado, el proceso tuvo una etapa de consulta que involucró a los distintos socios de la cooperación, incluyendo a las agencias del Sistema de Naciones Unidas en el país. La estrategia ha sido consultada con las autoridades políticas y técnicas y toma como referencia las políticas y planes estratégicos de las principales instituciones vinculadas a la salud pública de Costa Rica.

Paralelamente, se realizó un análisis del relacionamiento estratégico de la Oficina de OPS/OMS en Costa Rica y un ejercicio FODA de la misma (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas); con el propósito de contar con insumos adicionales para identificar las implicaciones para la ejecución de la estrategia de cooperación.

El documento se estructura en cinco secciones: introducción; análisis de situación de salud del país; antecedentes de la cooperación internacional en Costa Rica; agenda estratégica de cooperación; e implicaciones de su implementación para la OPS/OMS.

Capítulo 2 – Situación de la Salud y el Desarrollo

2.1 Principales logros y desafíos en salud y desarrollo

2.1.1 Contexto político, social y macroeconómico

En mayo del 2014 tomó posesión el 47° Presidente de la República de Costa Rica luego de una elección democrática, libre y transparente realizada por decimosexta vez consecutiva y que, en esta ocasión, introdujo la paridad de género en las listas y el voto en el extranjero. Los resultados electorales reflejaron un clima de no continuidad de los partidos tradicionales y la evolución a un multipartidismo fragmentado, inédito desde 1953.

El nuevo gobierno encuentra un debate nacional sobre si el modelo de desarrollo generó logros mayores a los registrados anteriormente (tanto nacional como internacionalmente); y, además, una ciudadanía más crítica de la función pública y no tan convencida de que se está en el rumbo deseado (1).

Con una población de alrededor de 5 millones de habitantes, tres cuartas partes urbana, y una esperanza de vida de 79,6 años para el periodo 2015-2020 (2), el país ha alcanzado una tasa de dependencia mínima y configura un bono demográfico que durará hasta 2045.

Costa Rica ocupa un privilegiado sexto lugar en desarrollo humano entre los países de América Latina, producto de una alta inversión pública social. Sin embargo, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del país corregido por desigualdad, lo descendió 11 puestos en el ranking mundial del 2013 (3).



El Producto Interno Bruto (PIB) creció 3.5% en 2013, un ritmo moderado aunque inferior a los tres años anteriores (4). Esta tendencia continuó en el 2015 con la desaceleración del Índice Mensual de Actividad Económica, especialmente en las actividades agropecuaria y manufacturera y con un menor crecimiento en la industria de servicios (5). El déficit fiscal del Gobierno Central es el más alto en 12 años y ha llevado a un endeudamiento externo que alcanzó el 36% del PIB (1).

Con apreciables diferencias entre regiones, la pobreza total afecta al 22,4% de los hogares (Figura 1) y la pobreza extrema al 8,8% (6); mientras que la desigualdad en el ingreso se mantuvo, con el quintil mejor remunerado detentando el 53,9% del ingreso y el quintil peor remunerado, el 4,2% del ingreso (4).

Las poblaciones que destacan por su vulnerabilidad son los indígenas, los discapacitados, los trabajadores estacionales y los migrantes. Según el Censo del 2011, la población indígena representaba el 2,4% de la población, 47% de los cuales residía en 22 territorios que exhiben una marcada concentración de pobreza y marginación. Los discapacitados enfrentan restricciones para acceder a la educación y colocación laboral, además de sufrir discriminación (7).

Figura 1. Porcentaje de hogares pobres según regiones, Costa Rica 2014.



Elaborado por OPS Costa Rica con base en: INEC. Encuesta Nacional de Hogares 2014

En el primer trimestre del 2015, el desempleo abierto alcanzó al 10,1% de la fuerza de trabajoⁱ (8,8% para hombres, 12,3% para mujeres); mientras que 45,3% de la fuerza de trabajo ocupada

ⁱ Fuerza de trabajo o población económicamente activa en Costa Rica, es el conjunto de personas de 12 años o más que durante el período de referencia participaron en la producción de bienes y servicios económicos o estaban dispuestas a hacerlo. Está conformada por la población ocupada y la desocupada.

lo hacía en condiciones de informalidad (8).ⁱⁱ Sumado a lo anterior, las mujeres perciben en promedio un salario 14% menor que los hombres por igual trabajo (9).

Costa Rica ostenta una tasa de alfabetización de 99,1%, cerca del 90% de los niños y niñas terminan el ciclo completo de enseñanza primaria (10) y la escolaridad promedio de la población adulta llega a 8,4 años (7,1 años en la Región Huetar Norte). Sin embargo, existen deficiencias tanto en la cobertura como en la calidad de la educación secundaria, las cuales repercuten posteriormente en la disponibilidad de mano de obra calificada en los sectores dinámicos de la economía (9).

Si bien el 42,4% de las viviendas se encontraban en regular o mal estado y 2,7% en condiciones de hacinamiento, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG 2013), más del 90% de las mismas tenían acceso a fuentes mejoradas de agua y electricidad, a excepción de la Región Huetar Caribe. Una cuarta parte de las viviendas a nivel nacional estaba conectada al alcantarillado sanitario, en las zonas rurales menos del 10% contaban con ese servicio, como es el caso de las Regiones Brunca y Huetar Norte. El tanque séptico es la opción más generalizada en todas las Regiones, hay falta de reglamentación sobre su uso, sólo 3,6% de las descargas recibe tratamiento y el resto llega a los ríos. Si bien la práctica de separación de residuos sólidos en los hogares ha ido en aumento, no todos los municipios tienen programas de acopio y reciclaje apropiados (1,9).

Costa Rica tiene grandes fortalezas ambientales que la llevaron a posicionarse como nación responsable e innovadora en materia ecológica. Si bien asumió el compromiso de convertirse en carbono neutral, los esfuerzos no son suficientes para disminuir las emisiones de CO₂, especialmente provenientes del sector energía y transporte (mostrando estas últimas una tendencia al alza). Las áreas silvestres protegidas representan el 25% del territorio nacional, sin embargo adolecen de problemas de delimitación (9).

Cuatro transformaciones culturales influyen en la sociedad costarricense: el uso de las tecnologías de información y comunicación; la influencia de los inmigrantes y turistas; la pérdida de hegemonía de la Iglesia Católica; y la seguridad ciudadana (11). La televisión, radio e internet son fuente de información actualizada y de cohesión entre personas. En el caso de internet, casi la mitad de los hogares a nivel nacional tiene acceso mientras en la región Brunca sólo el 6,0% (9). La proporción de inmigrantes, que aumentó aceleradamente entre 1984 y el 2000, se estabilizó en 8,8% de la población según el Censo del 2011; siendo la mayoría de ellos nacidos en Nicaragua. En 2014 se alcanzó la cifra record de 2,5 millones de turistas que visitaron el país,

ⁱⁱ El empleo informal comprende el total de empleos que cumple las siguientes características: i) Personas asalariadas que no están inscritas en la seguridad social a través de sus patrones, ii) Ayudantes no remunerados, iii) Trabajadores por cuenta propia y empleadores que tienen empresas constituidas en sociedad.



dos tercios por vía aérea y la mitad desde América del Norte (12).ⁱⁱⁱ A pesar de ser un país confesional, la proporción de católicos practicantes regulares ha disminuido a poco más del 40% de la población (11). La seguridad es un tema de preocupación creciente en la sociedad costarricense, donde las tasas de homicidios, robos, infracciones a la Ley de Psicotrópicos y niveles de victimización, que habían mostrado un crecimiento entre 1990 y 2010, han mostrado descenso desde entonces, sin llegar aún a los valores precedentes (11).

En cuanto a la política exterior, Costa Rica mantiene su tradicional posición a favor de los derechos humanos, la paz y la democracia, y realiza esfuerzos para ganar espacio en foros multilaterales. Es Estado Miembro de Naciones Unidas, la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), entre otros. Además, en 2015 inició las conversaciones de adhesión a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). En septiembre del 2015, Costa Rica se adhirió a la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

2.1.2 Marco de desarrollo del país

El modelo de desarrollo planteado por el país a inicios de los noventa estuvo basado en la promoción de las exportaciones, atracción de la inversión extranjera directa, expansión de la inversión social pública, conservación ambiental, posicionamiento internacional como país ecológico y ampliación de derechos y libertades de las personas (1).

Los resultados distributivos no han sido halagadores: La mayor cobertura en educación no ha repercutido en mejor calificación de la Población Económicamente Activa (PEA) y la cobertura casi universal de la protección en salud coexiste con bolsas de exclusión. Los ciudadanos perciben una mayor inseguridad; mejoró la conservación pero disminuyó la sostenibilidad ambiental; la población tiene más oportunidad de participación en la vida pública, pero con distanciamiento de los políticos y sus agrupaciones (1).

El país muestra buen desempeño en Objetivos de Desarrollo del Milenio tales como enseñanza primaria universal, mortalidad infantil, mortalidad materna y asociación mundial para el desarrollo; pero presenta rezago en erradicar la pobreza, la igualdad entre géneros, el combate a enfermedades como VIH-Sida y tuberculosis, y la sostenibilidad del medio ambiente (10, 13).

ⁱⁱⁱ Según el World Travel & Tourism Council, en su informe Economic Impact 2014, las actividades generadas directamente del turismo representaron el 4,6% del PIB de Costa Rica. Si se toman en cuenta los servicios indirectos el aporte crece al 12,1%.



El nuevo gobierno se ha comprometido en un nuevo modelo de desarrollo basado en la equidad, la inclusión social, el conocimiento, la innovación y el desarrollo sostenible. El Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 establece tres pilares: impulsar el crecimiento económico y generar empleo de calidad; combatir la pobreza reduciendo la desigualdad; y gobernar en forma abierta, transparente, eficiente y lucha frontal contra la corrupción (9).

2.1.3 Estado de salud de la población

En las últimas dos décadas, Costa Rica mostró progresos importantes en salud expresados en un aumento en la esperanza de vida al nacer, mejores coberturas en servicios de salud y mejores efectos sobre algunos determinantes (Cuadro 1); aunque presenta rezagos a nivel subnacional, especialmente en las áreas rural y fronteriza (1, 9, 10, 12, 13, 14).

Cuadro 1: Indicadores Básicos de Salud		
Región de OMS	Américas	
Grupo de ingreso del Banco Mundial	Medio alto	
	Valor	Fuente
Población total en miles (2015)	4.978	(2)
Proporción de población menor de 15 años (2015)	22,4	(2)
Proporción de población de 60 años y más (2015)	11,3	(2)
Esperanza de vida al nacer: Total (2015-2020)	79,6	(2)
Hombres (2015-2020)	77,1	(2)
Mujeres (2015-2020)	82,1	(2)
Tasa de mortalidad neonatal x 1.000 nacidos vivos (2013)	6,45	(14)
Tasa de mortalidad infantil x 1.000 nacidos vivos * (2013)	8,66	(14)
Tasa de mortalidad en menores 5 años x 1.000 nacidos vivos* (2012)	2,2	(10)
Razón de mortalidad materna x 10.000 nacidos vivos † (2013)	1,98	(14)
Proporción de menores de 1 año vacunados con DPT3 ** (2013)	95,0	(15)
Proporción de niños de 1 año vacunados contra sarampión * (2013)	91,0	(15)
Proporción de mujeres 15-49 años, sexualmente activas, que usan métodos modernos de planificación familiar ** (2010)	79,9	(16)
Proporción de gestantes que reciben control prenatal adecuado ** (2010)	88,4	(16)
Proporción de partos atendidos por personal capacitado ** (2010)	95,3	(16)
Proporción de personas con VIH que reciben tratamiento ARV **	N.D.	
Proporción de casos de tuberculosis diagnosticados y tratados **	N.D.	
Densidad de médicos por 1.000 habitantes (2011)	2,51	(15)
Densidad de enfermeras por 1.000 habitantes (2011)	1,82	(15)
Gasto total en salud como % del PBI (2013)	10,0	(17)
Gasto público en salud como % del gasto público total (2013)	27,0	(17)
Gasto privado en salud como % del gasto total en salud (2013)	25,0	(17)
Tasa de alfabetismo en adultos (+15 años) (2011)	99,1	(10)
Proporción de población que usa fuentes mejoradas de agua ** (2012)	97,0	(15)
Proporción de población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento ** (2012)	94,0	(15)
Tasa de incidencia de pobreza sobre la base de \$1,25 por día (PPA) (2012)	1,4	(4)



Cuadro 1: Indicadores Básicos de Salud		
Puesto en Índice de Desarrollo Relacionado a Género, de 187 países (2013)	43	(3)
Puesto en el Índice de Desarrollo Humano, de 187 países (2013)	68	(3)

* Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Costa Rica.

** Indicador de Cobertura Universal de Salud. http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/

N.D. No disponible

† En Costa Rica ocurren un promedio de 70.000 nacimientos al año.

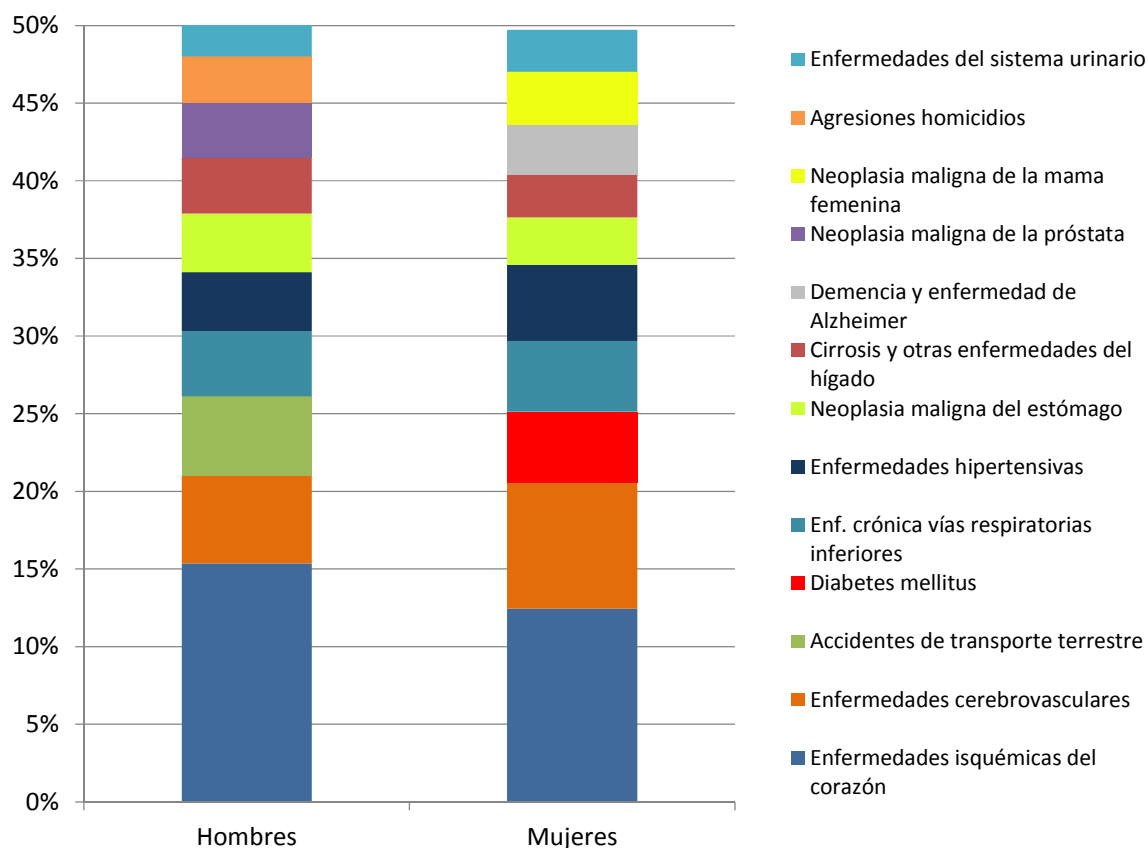
El registro de causas de muerte en Costa Rica es considerado de calidad media (18) y el registro de causas externas de muerte debido a accidentes de tránsito es considerado confiable (19). Sobre esa base, la enfermedad isquémica del corazón, los accidentes de transporte terrestre y la violencia interpersonal son las primeras causas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP); con un ascenso notable entre 1990 y 2010 de la cirrosis, enfermedad renal crónica, cáncer colorectal, VIH-Sida y enfermedad hipertensiva cardíaca; y un descenso notable de las causas perinatales, neumonía y diarrea (14, 20).

Este perfil de las causas de muerte se mantuvo en el año 2012, donde las enfermedades crónicas no transmisibles y las causas violentas ocuparon los primeros lugares tanto en hombres como en mujeres; pero resaltando los homicidios como causa importante en hombres y la diabetes y demencia y enfermedad de Alzheimer en mujeres (Figura 2).

Las tres primeras causas de Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad fueron la enfermedad isquémica del corazón, el síndrome depresivo mayor y el dolor lumbar. Las 10 primeras causas en 2010, pero que no estuvieron en 1990, fueron los desórdenes musculoesquelético, el dolor de cuello, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y violencia interpersonal (20).



Figura 2. Primeras 10 causas de muerte según sexo, Costa Rica 2012.



Nota: Cálculos de la OPS Costa Rica con base en el Sistema Regional de Mortalidad, 2012, OPS/OMS.
 Disponible en: http://ais.paho.org/hip/viz/mort_causasprincipales_lt_oms.asp

2.1.4 Respuesta del Estado

Frente a lo anterior, el Estado cuenta con una amplia plataforma legal e institucional. La Constitución Política de Costa Rica reconoce el derecho a la salud mediante el reconocimiento del derecho a la vida. La Ley General de Salud (1973) define la salud de la población como un bien público y le confiere al Estado la función de velar por ella mediante el sistema de salud (21).

El sistema de salud presta servicios de salud, agua y saneamiento. Los servicios de salud son ofertados por los sectores público y privado. En el sector público predomina la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de los servicios personales, sin límites y sin copagos. La CCSS se financia con las contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado. Administra tres regímenes: el

Seguro de Enfermedad y Maternidad, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y el Régimen no Contributivo; y presta servicios en instalaciones propias o contratadas en el sector privado mediante compromisos de gestión.

Por su parte, el sector privado está conformado por una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad financiados con pagos de bolsillo o con primas de seguros privados.

El Ministerio de Salud, como ente rector del sistema, cumple funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. Tiene adscritos a los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI), el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). El Instituto Nacional de Seguros es responsable de las coberturas de riesgos laborales y de tránsito y de otorgar los servicios de atención relacionados. Entre las innovaciones desarrolladas en Costa Rica en la década de los noventa, destacan la conformación de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), la desconcentración de los hospitales y clínicas públicas,^{iv} la introducción de los acuerdos de gestión y la creación de las Juntas de Salud (22).

Costa Rica presenta un avance importante en el logro de la cobertura universal de salud, en concordancia con la Estrategia Regional de OPS/OMS. Existen leyes para brindar un seguro de salud, de forma progresiva, a toda su población. Actualmente, según la condición de aseguramiento, pueden identificarse cinco grupos: (Figura 3) (23): i) asegurados directos activos;^v ii) familiares de asegurados directos; iii) población pobre y sus familiares asegurados por cuenta del Estado; iv) pensionados; y v) no asegurados.^{vi}

^{iv} En abril del 2013 la Junta Directiva de la CCSS revertió el proceso de 24 clínicas y hospitales a nivel nacional por considerar que no produjo el impacto en la gestión y calidad de servicios a los usuarios.

^v Los asegurados directos activos están constituidos por los trabajadores asalariados o dependientes y trabajadores independientes o por cuenta propia que se acogen al seguro voluntario.

^{vi} Los no asegurados son personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y migrantes indocumentados.

Figura 3. Población nacional según condición de aseguramiento. Costa Rica 2013



Elaborado por OPS Costa Rica con base en: CCSS. Indicadores de la Seguridad Social 2008-2013.

El primer nivel de atención está organizado en 103 Áreas de Salud, divididas en Sectores, cada uno de los cuales está encargado de un EBAIS o Equipos Básicos de Atención Integral en Salud que brinda acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud. El segundo nivel está representado por clínicas mayores, hospitales regionales y periféricos que ofrecen consulta especializada, internamiento y cirugía de especialidades básicas. El tercer nivel está representando por hospitales nacionales generales y especializados de mayor complejidad (22, 24, 25).

La población tiene acceso a medicamentos y otras tecnologías en salud, pero persiste el desafío de su uso racional. Existen barreras legales y administrativas para el acceso efectivo a servicios de salud de la población en extrema pobreza, ciertos grupos indígenas, trabajadores estacionales y migrantes.

El país reporta que cuenta con las capacidades básicas señaladas en el Reglamento Sanitario Internacional 2005 y se considera preparado para responder a una epidemia mayor; pero no así a emergencias biológicas, químicas o radiológicas. Se reconocen algunas debilidades en la gestión de la información de vigilancia de grupos de alto riesgo y el sistema de información en salud adolece de problemas de articulación entre los diferentes subsistemas y una baja cultura del uso de la información para la toma de decisiones en salud (26)

Si bien los determinantes sociales de la salud y las consecuencias del cambio climático están en un lugar privilegiado de la agenda pública, existen debilidades para evaluar, gestionar y responder a emergencias relacionadas.



Durante los últimos años se ha cuestionado la calidad, la calidez y la productividad de los servicios de salud, así como la situación financiera y el riesgo de sostenibilidad de la CCSS. Estudios y consultas nacionales originadas desde la Presidencia de la República, la Contraloría General de la República y autoridades del Ministerio de Salud y la CCSS, concluyeron que la base de los problemas son estructurales: el modelo de atención, el modelo de gestión de recursos humanos, la gestión tecnológica, la recaudación y la gestión financiera (27, 28, 29).

El Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 (9) identifica como problemas principales en salud, nutrición y deporte:

- Debilitamiento de la rectoría del Ministerio de Salud, entre otras razones, debido a problemas de organización, seguimiento y evaluación, separación inconclusa de funciones y débil coordinación con la CCSS (24, 30, 31).
- Modelo de prestación de servicios que no responde a las necesidades y expectativas de la población ya que presenta limitaciones de equidad, calidad y oportunidad (32, 33).
- Aumento en la incidencia y mortalidad prematura por accidentes de tránsito y descoordinación de instituciones para brindar atención integral a quienes los padecen.
- Oferta de atención reducida para personas con problemas por consumo de sustancias psicoactivas.
- Desigualdades y falta de oportunidades para la práctica de la actividad física, con énfasis en zonas rurales, fronteras y de riesgo social.
- Aumento del sobrepeso/obesidad, sobre todo en los grupos de edad joven.
- Falta de cobertura universal de los servicios de agua potable.
- Baja cobertura del tratamiento de aguas residuales, especialmente ordinarias.
- Gestión integral no óptima de los residuos sólidos.

En el proceso de construcción de la Agenda para el Desarrollo Post 2015, el país realizó una amplia consulta nacional donde la ciudadanía expresó sus deseos para el futuro: una sociedad más inclusiva y equitativa; un sistema de salud sostenible que atienda las necesidades de salud con calidez y calidad; educación integral; y una sociedad segura (33).

Frente a los problemas anteriores y los resultados del Diálogo Nacional (29), el Plan Nacional de Desarrollo (9) plantea los siguientes programas para el período 2015-2018:

- Estrategia Nacional dirigida a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT)
- Detección temprana, control y rehabilitación de las personas con cáncer.
- Sistema de información en salud automatizado, integrado y oportuno.
- Reducción de listas de espera y priorización de intervenciones en los servicios de salud.

- Promoción de estilos de vida saludables en la población.
- Programa Nacional de Atención de Trastornos Mentales, del Comportamiento y Adicciones.
- Programa CEN-CINAI para promover el crecimiento y desarrollo hasta los 12 años de edad.
- Estrategia para la atención de pacientes que sufren accidentes de tránsito y laborales
- Programa Nacional para el Abastecimiento de Agua de Calidad Potable a la Población.
- Programa Nacional de Protección y Recuperación del Ambiente Humano.
- Sostenibilidad financiera del seguro de salud y maternidad y del seguro de invalidez, vejez y muerte de la CCSS.
- Desarrollo de la infraestructura y evaluación de tecnologías en salud.

Coincidentemente, la Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier” plantea las siguientes líneas estratégicas y ámbitos de acción (34):

- Fortalecimiento y consolidación del sector salud mediante coordinación sectorial; modernización del marco legal; modulación de la inversión, el gasto y el financiamiento; fortalecimiento de los recursos humanos; mejoramiento de la calidad de la atención; y gestión del conocimiento.
- Equidad y universalidad de las acciones en salud mediante la Estrategia de Atención Primaria; cobertura universal en salud con énfasis en poblaciones vulnerables; vigilancia de los determinantes sociales; intervenciones integrales en ECNT, VIH-Sida e ITS, salud mental, violencia intrafamiliar; educación y atención a salud sexual y reproductiva; atención y prevención de accidentes de tránsito; salud de los trabajadores; y acceso, regulación y control de productos de interés sanitario.
- Promoción de la salud, recreación y deporte mediante estilos de vida saludables; y alimentación y nutrición adecuadas y seguras.
- Salud ambiental mediante el fortalecimiento del saneamiento ambiental y alcantarillado; la gestión integral de residuos sólidos y del recurso hídrico; control de la calidad del aire y de la contaminación sónica.
- Gestión integral del riesgo y adaptación al cambio climático a través de la reducción de los riesgos; preparación y respuesta; capacidad de recuperación; y adaptación para enfrentar los efectos del cambio climático.

Las políticas y planes antes mencionadas involucran a los siguientes actores en salud del país:

- Ministerio de Salud (incluyendo CEN-CINAI, INCIENSA, IAFA^{vii})
- Ministerio del Ambiente y Energía (MINAE)

^{vii} Centro Colaborador de OMS en Costa Rica. http://apps.who.int/whocc/List.aspx?cc_code=COR



- Ministerio de Educación Pública (MEP)
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN)
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)⁷
- Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)
- Universidades nacionales de Costa Rica (UNA,⁷ UCR, CONARE)
- Colegios profesionales
- Agencias del Sistema de Naciones Unidas (UNFPA, UNICEF, Coordinador Residente)
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA)
- Consejo de Seguridad Vial (COSEVI)
- Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM)

2.2 Cooperación para salud y desarrollo

2.2.1 Asociación y cooperación para el desarrollo

Hasta hace poco no existían mecanismos estables de coordinación de los cooperantes para el desarrollo en general y para salud en particular (35). Con el fin de contar con un sistema de gestión de la cooperación internacional no reembolsable, que contribuya efectivamente al desarrollo del país, el gobierno elaboró por primera vez una Política de Cooperación Internacional 2014-2022 (POLCI) (36). Bajo los principios de la Declaración de París^{viii} y reconociendo el decrecimiento de la cooperación internacional (CI), la POLCI establece como pautas principales:

- Alineamiento de la CI con Planes Nacionales de Desarrollo y política exterior del país.
- Reconocimiento de la doble dimensión de país: Oferente y receptor de CI.
- Priorización de poblaciones vulnerables, regiones, sectores y temas definidos en los Planes Nacionales de Desarrollo.
- Orientación preferente de la CI a zonas fronterizas, zonas costeras y urbanas marginales en apoyo a la disminución de brechas.
- Constitución de un marco de transparencia, seguimiento, monitoreo y rendición de cuentas.
- Privilegio a acciones que dejen capacidades instaladas para mejorar la gestión pública, modernización estructural, sostenibilidad de políticas inclusivas y desarrollo de tecnologías.
- Privilegio a acciones que apalanquen procesos de desarrollo social, ambiental y productivo.
- Importancia a la gestión del riesgo, mejora de la huella ecológica y el déficit ecológico.

^{viii} La Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (marzo 2005) describe cinco principios: (i) apropiación de la implementación de la ayuda por parte de los países receptores; ii) alineación de los donantes con las estrategias de los países; iii) armonización del enfoque y las acciones entre los donantes; iv) enfoque en los resultados; y v) rendición mutua de cuentas.



Sin embargo, al momento de establecer prioridades de CI, el Eje Social del POLCI sólo señala una demanda en educación de la sexualidad y servicios integrales en salud sexual y reproductiva (36) como prioridad relacionada a salud.

El Área de Cooperación Internacional del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN) considera a la OPS/OMS en Costa Rica como un “organismo de asistencia técnica al Ministerio de Salud” (37). En el análisis de la CI no reembolsable 2009-2013, el MIDEPLAN sólo menciona brevemente a OPS/OMS como cooperante multilateral, pero no ahonda en su descripción; ya que no ha institucionalizado mecanismos formales de coordinación y articulación para la gestión de la cooperación internacional que brinda (38).

La cooperación internacional que recibe el Ministerio de Salud es gestionada mediante la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud. Los proyectos de cooperación internacional abarcan diversos temas, entre ellos: donación y trasplante de órganos, tejidos y células; evaluación de tecnologías en salud; normativa en energía nuclear; control del tabaco; radiaciones y gestión de residuos radiactivos; agricultura familiar y seguridad alimentaria y nutricional; gestión integral de residuos sólidos y residuos electrónicos; enfermedades transmisibles (VIH, malaria); prevención de embarazo adolescente; envejecimiento activo; cuentas de salud.

En el caso de la demanda de cooperación internacional, los principales socios del Ministerio de Salud son: OPS, OIEA, FAO, OIM, FPNU, AECID, BID, JICA, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (FM); el Instituto Nacional Centro Único de Ablación e Implante de Argentina (INCUCAI); el Fondo Mundial de Medio Ambiente (GEF); la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de México; la Agencia Nacional Para la Promoción de la Industria IT de Corea; la Agencia Alemana de Cooperación (GIZ) y el Ministerio de Salud de Uruguay.

A su vez, el país cuenta con gran capacidad técnica para compartir sus buenas prácticas y experiencias exitosas como, por ejemplo, en el proceso de fortificación de alimentos, el sistema de vigilancia de mortalidad materna y el programa CEN/CINAI.

Una limitante para la ejecución de proyectos de cooperación internacional es la falta de disponibilidad de recursos. El Ministerio de Salud no cuenta con recursos asignados para cubrir los costos de los proyectos, tanto para ofrecer cooperación, como para cubrir las contrapartidas de proyectos de cooperación externa. No obstante, algunos proyectos han sido financiados mediante la cooperación triangular o utilizando plataformas virtuales. En el caso de la cooperación triangular, se han tenido muy buenas experiencias en el tema de gestión integral de residuos sólidos ejecutadas con el Fondo de Cooperación Triangular Costa Rica - España.



2.2.2 Colaboración con el Sistema de Naciones Unidas a nivel país

Las organizaciones residentes que participan del Equipo de País de Naciones Unidas en Costa Rica son: ACNUR, FAO, OPS/OMS, PNUD, FPNU, UNICEF, OIM, OMM, UPU, OIT, UNESCO, UPAZ, ILANUD, UNOPS y Banco Mundial. Las organizaciones no residentes son UNIDO, UNODC, ACNUDH, PNUMA, OIEA y ONUMUJER.

El país no ha adoptado la aproximación de Unidos en la Acción o Delivering as One (DaO) y no cuenta con un Joint National / UN Steering Committee. No obstante, se desarrolla un Programa Conjunto para mejorar la Seguridad Humana de migrantes temporales Ngöbe-Bugle en Costa Rica y Panamá entre OIM, FPNU y UNICEF con el apoyo del Fondo Fiduciario de Naciones Unidas para Seguridad Humana; específicamente en producción de alimentos y acceso a servicios sociales y de salud (39).

Adicionalmente, en el Marco de Aceleración de los ODM, con apoyo de PNUD, OIT y OPS, se elaboró un Plan Nacional de Inserción Laboral para la población con discapacidad en Costa Rica, 2012-2015 (40).

Teniendo como base una Evaluación Común de País coincidente con los Logros y Desafíos en Salud y Desarrollo del presente documento (Capítulo 2), el Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD -) 2013-2017 plantea como áreas prioritarias de trabajo: i) promoción de la igualdad, equidad y acceso a oportunidades para el desarrollo humano, incluyendo salud; ii) fortalecimiento de la gobernabilidad democrática; iii) promoción de la seguridad ciudadana, convivencia y acceso a la justicia; iv) sostenibilidad ambiental y gestión del riesgo; y v) desarrollo productivo y generación de empleo (41).

2.2.3 Contribuciones del país a la agenda de salud mundial

No se ha podido identificar un registro completo de las contribuciones de Costa Rica a la agenda de salud mundial, pero se reconoce su participación activa en foros mundiales y regionales de salud. También, existen registros parciales de la movilización de recursos humanos en las modalidades de cooperación sur-sur y triangular a países de la Región de las Américas (42).



Capítulo 3 – Revisión de la Cooperación de OPS/OMS durante el pasado ciclo de ECP

Una de las etapas de formulación de la ECP es la revisión de la implementación de la Estrategia de Cooperación en el ejercicio anterior. La ECP 2010-2014 definió 4 ejes estratégicos y 18 prioridades, las cuales se presentan en el Cuadro 2:

Cuadro 2: Prioridades Estratégicas de la Cooperación, ECP Costa Rica 2010-2014
PRC1. Fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud con énfasis en la conducción sectorial
PRC2. Planificación estratégica sectorial para el desarrollo de los recursos humanos (a nivel gerencial, ciencias médicas, ambientales y sociales, relacionadas con la salud)
PRC3. Extensión de la protección social en salud para poblaciones excluidas
PRC4. Mejora en la calidad y la seguridad en la prestación de servicios de salud de atención a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano
PRC5. Desarrollo de las redes integradas de servicios de salud con base en la estrategia de atención primaria de salud
PRC6. Fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones municipales y de base comunitaria prestadoras de servicios de protección y mejoramiento del hábitat humano
PRC7. Mejoramiento de la gestión de riesgo ante emergencias y desastres por parte del sector salud
PRC8. Fortalecimiento de la gestión de la seguridad alimentaria y nutricional por parte del Estado, en el contexto de la crisis mundial económica
PRC9. Participación activa y oportuna de Costa Rica en la cooperación horizontal, en la agenda regional y subregional y en los cuerpos directivos de la organización en consecuencia con los compromisos internacionales asumidos por el país
PRC11. Construcción de una agenda priorizada de investigación en salud pública, desarrollo y transferencia tecnológica
PRC12. Fortalecimiento de intervenciones en salud descentralizadas asociadas con actores locales y alianzas en el ámbito nacional, con un enfoque de género e interculturalidad
PRC13. Desarrollo e implementación de una estrategia de promoción de la salud que incorpore a los diversos actores del modelo de producción social de la salud
PRC14. Desarrollo del sistema de información y vigilancia de la salud con una visión integradora y descentralizada acorde con el RSI, que permita analizar la información desagregada según género, edad, etnia y zona geográfica, para la toma de decisiones de manera oportuna
PRC15. Mantenimiento de los logros alcanzados en salud materna e infantil, mejora de la salud en la adolescencia, la salud sexual y reproductiva y promoción del envejecimiento activo y saludable
PRC16. Integración de los diferentes actores para un manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, accidentes de tránsito y violencia, para lograr la prevención de estos daños y la reducción de la mortalidad
PRC17. Mantenimiento de los logros alcanzados, avance en la agenda inconclusa y atención de los nuevos retos en el manejo integral de las enfermedades transmisibles
PRC18. Mantenimiento de los logros alcanzados, avance en la agenda inconclusa y atención de los nuevos retos en las enfermedades prevenibles por inmunizaciones

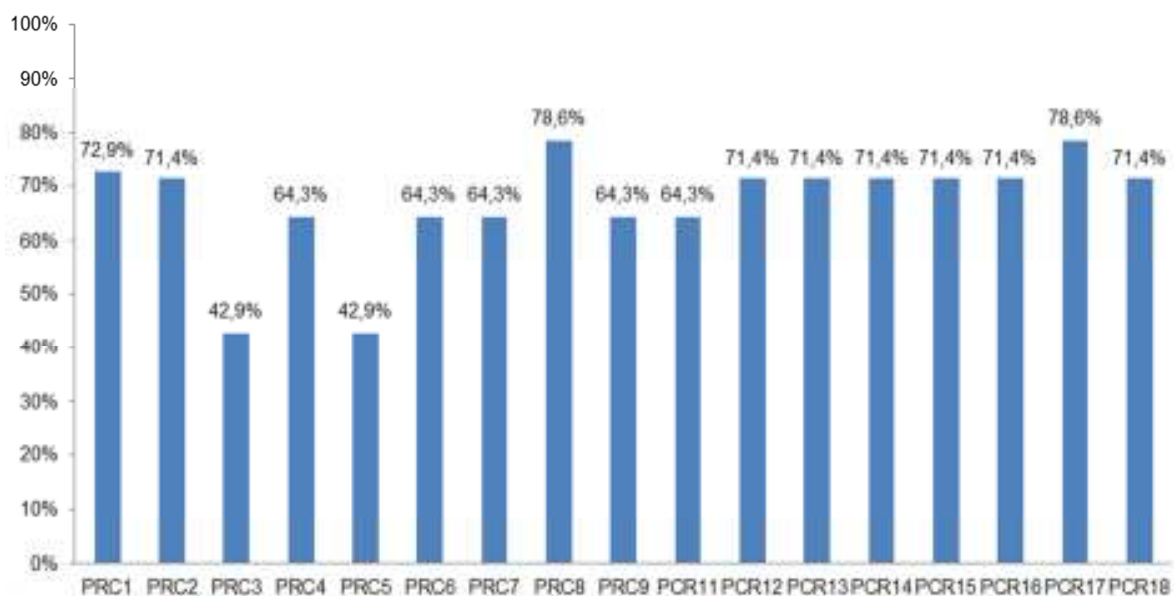
La revisión de la cooperación de OPS/OMS con Costa Rica durante el ciclo 2010-2014 consistió en (i) la medición del logro de las prioridades de cooperación establecidas para dicho ciclo, utilizando una herramienta desarrollada por la Oficina Sanitaria Panamericana y (ii) el análisis de la aplicación de la ECP en otros elementos de planificación de la cooperación, empleando un cuestionario señalado en la Guía 2014 de la OMS para la formulación de una ECP (44).

3.1 Medición del logro de las prioridades de cooperación de la ECP 2010-2014

Se midió la relevancia, efectividad, eficiencia e impacto para 17 de las 18 prioridades de cooperación para el ciclo 2010-2014.^{ix}

Del resultado de la evaluación combinada de los atributos anteriores, 10 prioridades tuvieron un resultado de más de 70%; 5 tuvieron un resultado superior al 60% y 2 alcanzaron cerca del 40%. Estas últimas fueron las relacionadas con la extensión de la cobertura de la protección social a poblaciones excluidas y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud (PRC3, PRC5). (Figura 4).

Figura 4. Prioridades de cooperación de la OPS/OMS con Costa Rica, 2010-2014. Resultados de la medición



Al analizar uno a uno los atributos, se encontró que todas las prioridades estratégicas del ciclo 2010-2014 fueron relevantes; ya que estuvieron alineadas con las necesidades nacionales, el Plan Estratégico 2007-2012 de OPS y el Undécimo Programa General de Trabajo de OMS. Sin embargo, la prioridad relacionada al desarrollo de redes integradas de servicios de salud no figuró como prioridad en el Plan Nacional de Salud, por lo que obtuvo un puntaje menor.

^{ix} No se realizó la medición de los atributos para la prioridad 10: "Gestión racional de los recursos de la Organización según las normas de OPS/OMS" por considerar que no eran aplicables a la misma.

En cuanto a efectividad, medida como el alcance de los resultados esperados, fueron 7 las prioridades estratégicas que se lograron completamente, 8 se lograron parcialmente y sólo 2 no se lograron (protección social de poblaciones excluidas y desarrollo de redes integradas de servicios de salud).

Desde el punto de vista de eficiencia, medida como su expresión en los Planes de Trabajo Bianuales y la asignación y ejecución de recursos financieros, 14 de las prioridades estratégicas lograron entre 67% y 100% y sólo 3 lograron un nivel menor de 50% (protección social para poblaciones excluidas, fortalecimiento de la gestión de desastres y emergencias, y desarrollo de redes integradas de servicios de salud).

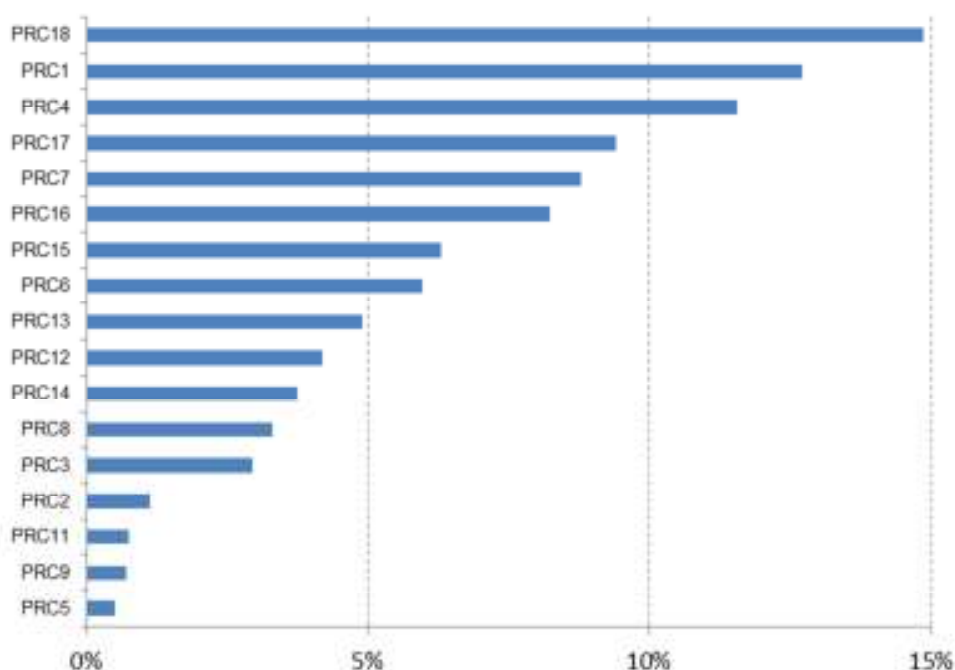
El impacto logrado por las prioridades estratégicas, medido por el cumplimiento de los indicadores planteados en los Planes de Trabajo Bianuales (PTB), se alcanzó en muy alto nivel en 13 de las mismas. En 4 prioridades el logro fue menor, a saber: protección social para poblaciones excluidas, mejora en calidad y seguridad en la prestación y mejoramiento del hábitat, fortalecimiento en la gestión de la seguridad alimentaria y nutricional, y desarrollo del sistema de información de salud.

3.2 Análisis de la aplicación de la ECP en otros elementos de planificación de la cooperación:

- Los planes de trabajo y sus respectivos presupuestos reflejaron las prioridades de cooperación en el ciclo 2010-2014 a pesar de que la viabilidad de implementar algunas prioridades estuvo afectada por los cambios políticos y administrativos de las contrapartes.
- Las ventajas comparativas de la OPS/OMS, expresadas también en las prioridades de liderazgo de la OMS, fueron tomadas en consideración; lo cual se manifestó en productos y servicios referentes al Reglamento Sanitario Internacional, preparación ante pandemias, enfermedades crónicas no transmisibles, investigación en salud y atención primaria en salud.
- Todas las prioridades de cooperación en el ciclo 2010-2014 tuvieron financiamiento que varió entre 0,4% para la PRC5, relacionada al desarrollo de redes integradas de servicios de salud, y 14,9% para la PRC18, relacionada a enfermedades prevenibles por vacunación (Figura5). Gran parte del financiamiento provino de contribuciones voluntarias.

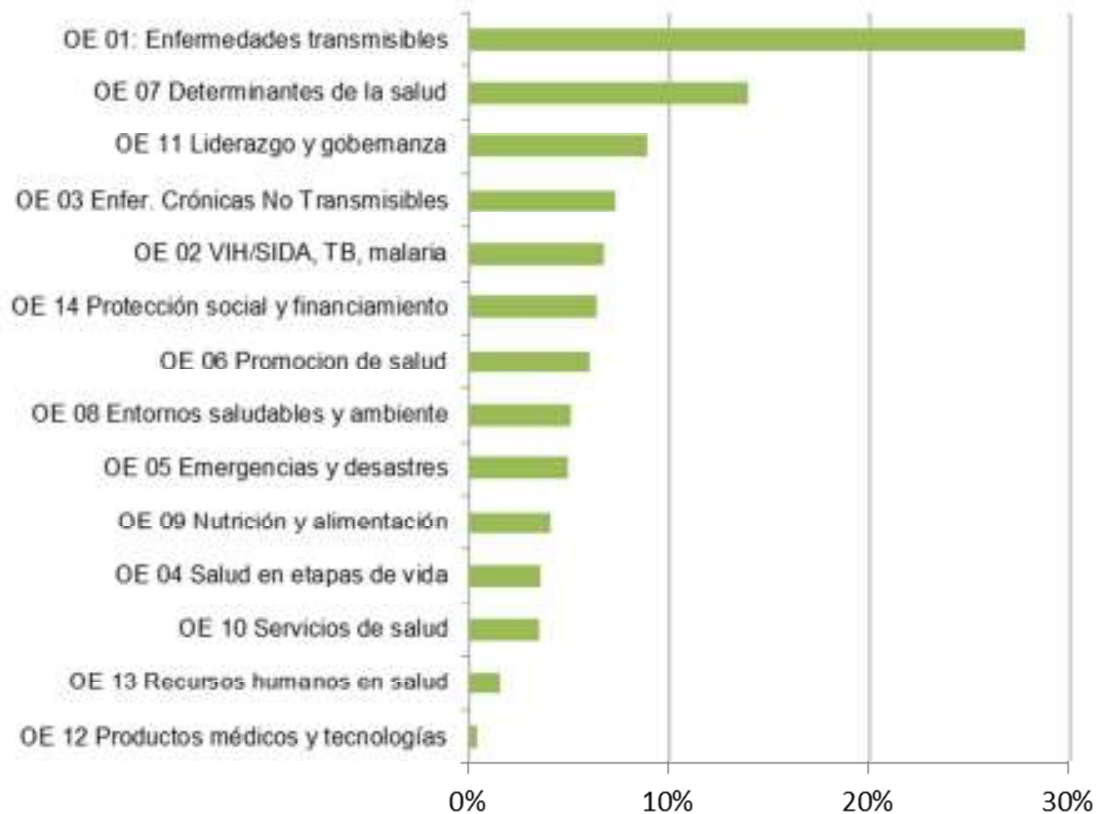


Figura 5. Presupuesto ejecutado 2010-2013 según prioridad de cooperación del ECP 2010-2014



- Durante el ciclo de cooperación 2010-2014 estuvo vigente el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, el cual estableció 14 Objetivos Estratégicos (OE) relacionados directamente con la cooperación a los países y 2 relacionados más con el accionar del Secretariado. La revisión de la ejecución presupuestaria de OPS/OMS en Costa Rica entre 2010-2013, para los 14 OE antes mencionados, mostró que todos contaron con financiamiento y que éste osciló de 0,4% para lo relacionado con asegurar la mejora del acceso, calidad y uso de productos médicos y tecnologías sanitarias (OE 12), a 27,7% para lo concerniente a reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles (OE 1) (Figura 6).

Figura 6. Presupuesto ejecutado 2010-2013 según Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico OPS 2008-2012



- El uso de la ECP con fines de abogacía y movilización de recursos estuvo dirigido a la PRC2, prioridad relacionada con la planificación estratégica de recursos humanos en salud, y la PRC16, concerniente al control de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (tabaco).
- Las competencias y habilidades en la Oficina de País estuvieron alineadas inicialmente con las prioridades de cooperación; pero la contratación de profesionales en el bienio 2012-2013 requirió ajuste del perfil de algunos puestos.
- El soporte técnico, gerencial y administrativo de los niveles regional y global fue adecuado, aunque con algunos retrasos por procedimientos administrativos.
- La infraestructura para tecnologías de información y comunicación adoleció de una importante limitación de ancho de banda que dificultó la implementación de las prioridades de cooperación. Esta situación se resolvió durante el 2015.

3.3 Relacionamento Estratégico de OPS/OMS en Costa Rica

Como parte de los insumos para la elaboración de la ECP 2016-2019, se realizó un ejercicio para construir y analizar la actual red de relacionamiento estratégico institucional de la Oficina de la OPS/OMS en Costa Rica, con el objetivo de reorientar las relaciones con las distintas instituciones en el marco de la Estrategia de Cooperación con el País.

El ejercicio partió de la identificación de todas las instituciones relacionadas con el quehacer de la OPS/OMS en Costa Rica para luego analizar, en el presente y el futuro, los siguientes aspectos: a) Afinidad efectiva: acercamiento de la Oficina con cada actor en su trabajo de cooperación técnica en el país, b) Influencia: capacidad del actor de influir favorable o desfavorablemente en el funcionamiento de la Oficina, y c) Tipo de cooperación con la institución: técnica, de gestión, estratégica, política.

Al momento de la formulación de la ECP, el tipo de relacionamiento de la oficina de OPS/OMS en Costa Rica con las instituciones del país es principalmente técnico y de gestión. En el futuro, la oficina propone aprovechar más el relacionamiento estratégico y político.

3.4 Lecciones aprendidas del ciclo de cooperación 2010-2014

- Las prioridades estratégicas con mejor desempeño fueron aquellas que estuvieron alineadas a las políticas y planes nacionales de desarrollo y de salud.
- El elevado número de prioridades estratégicas no estuvieron de acuerdo con el volumen de recursos financieros y técnicos disponibles para el programa de cooperación técnica; lo cual limitó su impacto.
- Debe asegurarse la difusión amplia de la ECP y la realización de sus evaluaciones de medio término y final.

Capítulo 4 – La Agenda Estratégica para la Cooperación de OPS/OMS

Las Prioridades Estratégicas (PE) que constituyen la Agenda Estratégica fueron identificadas mediante un ejercicio participativo de la Oficina de País con los principales actores en salud que constituyen contrapartes nacionales de la cooperación de OPS/OMS. Dicho ejercicio se realizó durante un Taller de Consulta en San José el 3 de noviembre de 2015 (Anexo 1).

Se tomó en consideración que las Prioridades Estratégicas respondieran al Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, la Política Nacional de Salud, los Principales Logros y Desafíos en Salud (Capítulo 2), el Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo 2013-2017, las Lecciones Aprendidas del Ciclo de Cooperación 2010-2014 y las Prioridades de Liderazgo de la OMS. Adicionalmente, se aseguró que cada Área de Enfoque (AE) tuviera vinculación con los Resultados Intermedios (RIT) del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y los Efectos del 12° Programa General de Trabajo de la OMS (Anexo 2).

Un análisis de concordancia de las Prioridades Estratégicas mostró que quedaron alineadas con las catorce metas del Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (45).

PE 1. Avanzar hacia la Salud Universal mediante el fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud, basado en la participación social, la articulación intra e intersectorial y la cooperación entre países y bajo los lineamientos que el país defina para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

AE 1.1. Fortalecido el ejercicio de la rectoría y el desempeño del sistema de salud mediante el análisis sectorial y el desarrollo institucional.

Se prestará apoyo técnico para evaluar las diferentes dimensiones de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, incluyendo el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la forma de organización de las instituciones responsables, principalmente el Ministerio de Salud incluyendo el nivel local (las áreas rectoras de salud), su gestión y los resultados obtenidos para catalizar su fortalecimiento. Asimismo se formularán opciones de política para mejorar la conducción y gobernanza del sistema de salud (incluida la rendición de cuentas) y se propiciarán esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para la promoción de la salud con participación social. En este sentido, se dará énfasis a la implementación del marco de monitoreo de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la



Cobertura Universal de Salud como, por ejemplo, en la evaluación de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

AE 1.2. Establecidos ejes de intervención para procurar la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud y de aquellas instituciones asociadas al sector salud.

Se aplicará la gestión del conocimiento y la información, mediante la sistematización y difusión de mejores prácticas nacionales e internacionales para el diseño de estrategias de financiamiento que incrementen su nivel de recursos y la eficiencia del gasto en salud. Se promoverá que las ganancias en eficiencia sirvan para incrementar la inversión en el primer nivel de atención y en la sostenibilidad y expansión de los regímenes especiales del Seguro de Salud para poblaciones vulnerables y no asegurados. Se prestará asesoría técnica para el análisis y evaluación económica y financiera del Seguro de Salud, incluyendo la construcción de escenarios para proyectar el impacto de fenómenos como la transición demográfica, epidemiológica y el costo de la incorporación de tecnologías sanitarias.

AE 1.3. Aumentado el acceso a servicios integrales de calidad, con enfoque de atención primaria de salud, organizados en redes integradas y un primer nivel de atención fortalecido, considerando los grupos vulnerables.

La Organización ofrecerá liderazgo en la evaluación y redefinición del modelo de atención, para centrarlo en las personas, las familias y las comunidades y participará de alianzas estratégicas para reorientar las acciones del sector salud, en función del nuevo modelo, desde el nivel local. De igual manera brindará apoyo técnico para catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera para la organización de los servicios de salud en Redes Integradas de Servicios de Salud. También se determinarán líneas de investigación, intercambio de experiencias y buenas prácticas para la reorientación de la prestación de servicios con base en la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

AE 1.4. Formuladas opciones de política que aúnen principios éticos y fundamentos científicos para el acceso equitativo, oportuno y de calidad a las tecnologías sanitarias mediante su evaluación sistemática.

Se identificarán opciones de política para la definición y desarrollo de alternativas para el acceso sostenible de las innovaciones sanitarias de alto impacto financiero, mediante la evaluación de tecnologías sanitarias.

AE 1.5 Fortalecidas las capacidades nacionales para la cooperación entre países para la salud y el desarrollo.

La Organización apoyará el fortalecimiento de las instancias nacionales encargadas de la gestión de la cooperación internacional en salud, en particular a la Unidad de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud. Se brindará apoyo técnico para la elaboración de un análisis de situación de las iniciativas de



cooperación entre países y la identificación de buenas prácticas y centros de excelencia. Se fomentará la difusión del conocimiento a nivel nacional e internacional de los logros alcanzados por Costa Rica en el campo de la salud pública para que las experiencias nacionales sirvan de insumo para el abordaje de la problemática por parte de países hermanos; se dará relevancia a las intervenciones clave para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

PE 2. Fortalecida la formación, planificación, gestión y regulación nacional del recurso humano en salud, promoviendo la disminución de brechas de disponibilidad, distribución, productividad y calidad que afectan el desempeño del sistema de salud del país.

AE 2.1. Apoyada técnicamente la formulación de opciones de política, mecanismos de negociación, estrategias de implementación y monitoreo que aborden los temas críticos de educación y trabajo para lograr la Salud Universal.

Incluye promover la institucionalización de una dirección nacional de Recursos Humanos en Salud en el Ministerio de Salud, el establecimiento de mecanismos colegiados nacionales de gobernanza para la toma de decisiones y la armonización de los marcos regulatorios relacionados con la calidad de la formación, la provisión de servicios y cuidados de la salud y del ejercicio profesional en función de las necesidades nacionales.

AE 2.2. Proporcionado apoyo técnico para el diseño e implementación de un mecanismo nacional de planificación de recursos humanos en salud, basado en un sistema de información integrado que identifique brechas de recursos humanos que afectan el desempeño del sistema de salud.

Incluye el avance del sistema nacional de información impulsado por el Ministerio de Salud, el cual integre las bases de datos institucionales del sector salud en cuanto a personal laborando, registros profesionales, certificación educativa y otros requeridos; así como el establecimiento de un mecanismo colegiado de planificación de alcance nacional aplicada a la oferta y demanda de la fuerza laboral en salud para el país.

AE 2.3. Facilitadas alianzas y actuaciones conjuntas para mejorar la regulación de la formación de técnicos y profesionales en salud para su optimización en función de la garantía del derecho a la salud, la gestión eficiente del cuidado a la salud, el empleo digno y equilibrio en el mercado laboral.

Incluye la caracterización/investigación de aspectos clave de la fuerza laboral en salud; la dinámica de mercado educativo y de trabajo; los marcos legales de inserción, gestión, desempeño y productividad laboral; y las brechas de empleo como fundamento para el diseño de marcos regulatorios e



intervenciones innovadoras que faciliten la gestión del talento humano nacional en función de las necesidades del país.

AE 2.4. Prestado apoyo técnico para la creación de capacidades institucionales en la formación de competencias como eje transversal del fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, incluyendo la investigación.

Se apoyará el establecimiento de mecanismos y alianzas para el fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública aprovechando las capacidades instaladas del país en materia de gestión del conocimiento e investigación. A la vez, se fortalecerá el nodo nacional del Campus Virtual de Salud Pública como estrategia para mejorar las capacidades institucionales en salud pública, mediante el aprovechamiento del uso de las tecnologías de información y comunicación.

PE 3. Reducida la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles mediante la colaboración intersectorial para incidir en sus determinantes; desarrollando acciones para la promoción de la salud, reducción de los riesgos, detección temprana, monitoreo y vigilancia y el aseguramiento al tratamiento oportuno.

AE 3.1. Promovido el fortalecimiento de los sistemas de información para el monitoreo, vigilancia y evaluación de políticas asociadas a los factores protectores y de riesgo.

La cooperación se dirigirá a promover la aplicación de la metodología ARMAR 7 para el análisis de la situación en salud; el análisis de las encuestas poblacionales STEPs y GATS; el mejoramiento de las capacidades de los programas de vigilancia de la CCSS y el MS; y el desarrollo de metodologías para monitorear y evaluar políticas dirigidas al control de los factores de riesgo.

AE 3.2. Apoyada la implementación y la evaluación de las intervenciones de promoción y prevención, que contengan el aumento del sobrepeso/obesidad en edades tempranas, el consumo de sodio y sal, el consumo del tabaco y el consumo nocivo de alcohol.

Las acciones se centrarán en intervenciones para reducir el consumo de sodio/sal y alimentos con alto contenido calórico y bajo aporte nutricional; la protección de la niñez y adolescencia de la publicidad que estimula el consumo de sustancias adictivas (alcohol, tabaco, por ejemplo); la promoción de la lactancia materna y la adecuada nutrición infantil.

AE 3.3. Fortalecida la capacidad nacional para detectar oportunamente y controlar la enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica de causa no tradicional.



Se promoverán metodologías que permitan mejorar la gestión de los servicios de salud y la calidad de la atención a personas con enfermedades crónicas mediante la implementación del Modelo de Atención de Enfermedades Crónicas; con énfasis en la mejora de los sistemas de información clínica, la capacitación a los recursos humanos, la re-organización de los equipos de atención para que los pacientes logren metas terapéuticas y las alianzas con otros sectores.

AE 3.4 Aumentada la capacidad del país para la vigilancia y la atención de los problemas relacionados con la Salud Mental.

Se apoyará la implementación de la Política de Salud Mental, con énfasis en el aumento de la capacidad para vigilar suicidios, violencia y adicciones. Además se brindará cooperación técnica para la capacitación en servicio del personal del primer nivel de atención para la detección y seguimiento de las adicciones y trastornos del comportamiento. Se fomentará la participación de las instituciones nacionales en los observatorios globales de demencia y suicidios.

AE 3.5. Facilitado el establecimiento de alianzas intersectoriales en el abordaje de la prevención y atención de las lesiones asociadas a la movilidad y seguridad vial.

Se acompañará al Consejo de Seguridad Vial como aliado estratégico y se evaluará la posibilidad para que sea definido como un Centro Colaborador de la OMS. Se facilitará la cooperación entre países y las alianzas con la CCSS y el INS.

PE 4. Fortalecida la capacidad de gestión integral de riesgos sanitarios relacionados con eventos de importancia para la salud pública, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud ambiental, la variabilidad del clima y adaptación al cambio climático.

AE 4.1. Fortalecido el liderazgo y las capacidades del sector salud para la gestión integral de riesgos sanitarios y el abordaje intersectorial de sus determinantes.

Las acciones se dirigirán al control de vectores y la prevención de contaminación de agua y alimentos para la protección de los grupos más vulnerables como los pueblos indígenas, afrodescendientes, la niñez, y las mujeres.

AE 4.2. Fortalecida la gestión de la información y el conocimiento en salud y ambiente, que permita la articulación de acciones en diferentes sectores del Estado.



Se estimulará la aplicación del proceso para el manejo de riesgos ambientales en la salud con énfasis en el análisis de escenarios, identificación de amenazas, análisis de riesgos y el desarrollo y evaluación de planes de gestión.

AE 4.3. Fortalecidas las capacidades básicas de preparación, alerta y respuesta requeridas para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y el abordaje de las emergencias y desastres.

Se brindará cooperación para mejorar los programas nacionales de vigilancia epidemiológica mediante metodologías que mejoren la gestión, el monitoreo y la evaluación y el desarrollo de planes para el abordaje de los riesgos sanitarios y de interés para la salud pública. Se continuará promoviendo el fortalecimiento de las capacidades de la Unidad de Gestión de Riesgo del Ministerio de Salud.

PE 5. Promovida la mejora del estado de salud y calidad de vida de la población con equidad a lo largo del curso de vida, mediante la promoción de la salud y el abordaje de los determinantes sociales.

AE 5.1. Fortalecida la promoción de la salud y la participación social para el desarrollo de prácticas saludables en el curso de vida.

Se promoverá la creación de ambientes que favorezcan la adopción de estilos de vida saludable por parte de la población. Se apoyará la formulación e implementación de iniciativas que promuevan la actividad física, la alimentación saludable, la lactancia materna exclusiva y la seguridad laboral.

AE 5.2. Fortalecidas las capacidades del sector salud para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, mediante el mejoramiento del monitoreo del estado de salud y de la promoción del enfoque de “salud en todas las políticas”.

Se apoyará la definición de los indicadores de país para el seguimiento de la línea de base y el cumplimiento de metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Se fortalecerán las capacidades del sector salud para implementar la Agenda 2030 sobre Desarrollo Sostenible mediante la identificación de las intervenciones clave y la implementación del enfoque de Salud en Todas las Políticas en la formulación y evaluación de políticas, planes y programas para la salud y el desarrollo.

AE 5.3. Apoyada la expansión del acceso efectivo a las intervenciones clave a lo largo del curso de vida.

Se promoverá la evaluación del acceso efectivo a intervenciones clave a lo largo del curso de vida con el enfoque de medición de las inequidades. La cooperación incluirá la implementación de las estrategias para la eliminación de la transmisión vertical de VIH/sífilis congénita, la prevención de la obesidad infantil,



el envejecimiento saludable, la protección de los trabajadores, la prevención del embarazo en adolescentes, la mortalidad neonatal y la prevención de la mortalidad y morbilidad materna grave.

Capítulo 5 – Implementación de la Agenda Estratégica: Implicaciones para el Secretariado

La Oficina de País considera que contará con los recursos e infraestructura necesarios para implementar la Agenda Estratégica 2016-2019, siempre y cuando se cumplan los siguientes supuestos:

- Contar como mínimo con un puesto de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) y un puesto de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH). Las Áreas de Enfoque relacionadas con Familia, Género y Curso de Vida (FGL) y Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud (CHA) se pudieran atender con la contratación de personal bajo otras modalidades y con el apoyo técnico del nivel regional y global.
- Contar con presupuesto para financiar consultores con experticia en:
 - Gestión de políticas de recursos humanos.
 - Desarrollo sostenible, gestión integral de riesgos y preparativos y respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.
- Contar con el apoyo y acompañamiento técnico del Nivel Regional en temas específicos como:
 - Sostenibilidad financiera del sistema de salud (HSS/HS) y evaluación de tecnologías sanitarias (HSS/MT).
 - Instrumentos actualizados para la evaluación de la función de rectoría, el nivel de integración de las redes y el desempeño de las funciones esenciales de salud pública (HSS/HS).
 - Políticas y gestión de recursos humanos para la salud (HSS/HR).
 - Evaluación de la gestión de programas prioritarios (CHA/IR, CHA/VT, CHA/HT, FGL/IM).
 - Gestión de riesgos sanitarios (CHA/IR, CHA/VT, PED).
 - Desarrollo sostenible y equidad en salud (SDE).
 - Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida (FGL/HL).
- Gestionar la movilización de contribuciones voluntarias nacionales y los recursos institucionales nacionales enfocados a las Prioridades Estratégicas y Áreas de Enfoque, asegurando el buen diseño de los proyectos y la integración de los costos directos de los mismos.



- Disponer de mayor agilidad en los procesos administrativos del Nivel Regional, especialmente en la asignación oportuna y programada de los recursos financieros y la revisión oportuna de los convenios con otras instituciones.

La implementación de la Agenda Estratégica se hará a través de los Programas de Trabajo Bienales que cubran el período de la misma. Por tanto, la expresión programática y presupuestaria se mantendrá en el marco de la ECP. Para mantener la alineación de la ECP con las realidades del país y el contexto de salud regional y global, se realizarán los ajustes que de acuerdo a la evaluación de medio periodo se requieran. Al término de la ECP se realizará una evaluación orientada a conocer el valor agregado de la cooperación de la OPS/OMS y que sirva a la vez como insumo para la subsiguiente ECP.



Referencias Bibliográficas

1. Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (Costa Rica). Vigésimo Informe Estado de la Nación / PEN. – 20 Ed.- San José C.R.: Programa Estado de la Nación. 2014. 348 pp.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [Internet]. Observatorio Demográfico, 2013 (LC/G.2615-P), Santiago de Chile, 2014 [citado 20 jun 2015]. Disponible en: <http://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/observatoriodemografico2013.pdf>
3. PNUD [Internet]. Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. [citado 18 jun 2015] Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/2014-report/download>
4. Banco Mundial [Internet]. Datos. Washington; 2015 [citado 17 jun 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/>
5. Banco Central de Costa Rica [Internet]. Comentario sobre la economía nacional N°5 – 2015. 21 de mayo de 2015 [citado 17 jun 2015]. Disponible en: http://www.bccr.fi.cr/publicaciones/politica_monetaria_inflacion/Comentario_economia_nacional_5_2015.pdf
6. Costa Rica. INEC [Internet]. Encuesta Nacional de Hogares 2014. [citado 17 jun 2015]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/enaho/result/pobreza.aspx>
7. Oficina del Alto Comisionado DDHH. Comité de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, Costa Rica (2014) [citado 17 jun 2015]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/countries/LACRegion/Pages/CRIndex.aspx>
8. Costa Rica. INEC [Internet]. Encuesta Continua de Empleo. Indicadores del Mercado Laboral Costarricense. Primer Trimestre 2015. Vol 1 Año 4. [citado 17 jun 2015]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/flipbook/ece0115/index.html>
9. Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [Internet]. Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante” / MIDEPLAN. San José, CR. [cita 17 jun 2015]. Disponible en: <https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/cd1da1b4-868b-4f6f-bdf8-b2dee0525b76/PND%202015-2018%20Alberto%20Cañas%20Escalante%20WEB.pdf?quest=true>
10. Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [Internet]. Informe de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013. MIDEPLAN. San José CR. [citado 17 jun 2015]. Disponible en: http://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/cd742a62-cf42-4c4b-9bfb-f5cee291c005/informe_de_Avance_2013.pdf
11. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe nacional sobre desarrollo humano 2013. Aprendiendo a vivir juntos: Convivencia y desarrollo humano en Costa Rica / PNUD. 1ed. San José, CR: PNUD, 2013. 325 pp.
12. Costa Rica. Instituto Costarricense de Turismo [Internet]. Anuario Estadístico 2014. [citado 19 jun 2015]. Disponible en: http://www.visitcostarica.com/ict/pdf/estadisticas/Anuario_de_Turismo_2014.pdf
13. Costa Rica. INEC [Internet]. Mortalidad materna y su evolución reciente, 2014. Datos preliminares. Vol. 1 Año 1. [citado 19 jun 2015]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/A/MT/Población%20y%20Demografía/Defunciones/Generales/Publicaciones/C1/01-2014/Mortalidad%20materna.pdf>
14. Costa Rica. INEC [Internet]. Panorama demográfico Año 2013. Año 8. [citado 19 jun 2015]. Disponible en: http://www.inec.go.cr/wwwisis/documentos/INEC/Boletines/Panorama%20Demografico/Panorama_Demogr%C3%A1fico_2013.pdf



15. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Indicadores Básicos 2014. [citado 19 jun 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27300&Itemid=270&lang=es
16. Costa Rica. Ministerio de Salud [Internet]. Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010. [citado 25 jun 2015]. Disponible en: <http://encuestas.ccp.ucr.ac.cr/camerica/pdf/irensr2010.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Base de datos de cuentas nacionales de salud. [citado 25 jun 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database>
18. Mathers Colin D., Ma Fat Doris, Inoue Mie, Rao Chalapati, Lopez Alan D. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organ. [Internet]. Mar 2005 [citado 26 Jun 2015]; 83(3): 171-177c. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000300009&lng=en.
19. Kavi Bhalla, James E Harrison, Saeid Shahrzaz, Lois A Fingerhut & on behalf of the Global Burden of Disease Injury Expert Group. Availability and quality of cause-of-death data for estimating the global burden of injuries. Bull World Health Organ. [Internet]. Nov 2010 [citado 26 Jun 2015]; 88(11): 831-838c. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/BLT-09-068809-table-T4.html>
20. University of Washington. The Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) [Internet]. GBD Profile: Costa Rica. [citado 26 jun 2015]. Disponible en: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_costa_rica.pdf
21. Vargas LK. Marco legal de la salud pública en Costa Rica. [Internet]. En: La Salud Pública en Costa Rica: Escuela de Salud Pública. Estado Actual, Retos y Perspectivas. San José CR: Universidad de Costa Rica; 2011 [citado 20 jun 2015]. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/sitios/libro.html>
22. Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL. Sistema de salud de Costa Rica. Salud Pública Mex 2011;53 supl 2:S156-S167.
23. Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social [Internet]. Indicadores de la Seguridad Social 2008-2013. [citado 22 jun 2015]. Disponible en: http://www.ccss.sa.cr/est_indicadores
24. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud: Costa Rica. Washington D.C.: OPS, Septiembre 2009.
25. Salas A. Organización de la oferta de los servicios de salud en Costa Rica. En: La Salud Pública en Costa Rica: Escuela de Salud Pública. Estado Actual, Retos y Perspectivas. San José CR: Universidad de Costa Rica; 2011 [citado 20 jun 2015]. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/sitios/libro.html>
26. México. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. Diagnóstico del Sistema de Información en salud de la Región Mesoamericana [citado 25 jun 2015]. Disponible en: http://www.iadb.org/wmsfiles/products/SM2015/Documents/Spanish/Informe%20Sistema%20de%20informacion%20en%20Salud_completo.pdf
27. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el Estado de Situación Financiera del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social: Situación Reciente y Proyecciones. OPS, Julio 2011.
28. Organización Panamericana de la Salud. Cinco estudios acerca del seguro social de salud de Costa Rica. Resúmenes ejecutivos. OPS, 2013.
29. Costa Rica. Ministerio de Salud. Diálogo nacional para el fortalecimiento del seguro de salud costarricense en el contexto de la salud pública.- 1ª ed. – San José, CR: Ministerio de salud, 2014. 135 p.



30. Costa Rica. Ministerio de Salud / Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, 2014. [citado 22 jun 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=312&Itemid=224
31. Costa Rica. Contraloría General de la República. Informe sobre el ejercicio de la función de rectoría del Ministerio de Salud. Informe N° DFOE-SOC-IF-13-2012. División de Fiscalización Operativa y Evaluativa. Área de Servicios Sociales. 20 diciembre 2012.
32. Abarca A. La calidad desde los usuarios del servicio de salud. En: La Salud Pública en Costa Rica: Escuela de Salud Pública. Estado Actual, Retos y Perspectivas. San José CR: Universidad de Costa Rica; 2011 [citado 20 jun 2015]. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/sitios/libro.html>
33. Naciones Unidas [Internet]. Consulta Nacional Post 2015. Construyendo una agenda de desarrollo para Costa Rica. [citado 22 jun 2015]. Disponible en: http://www.cr.undp.org/content/dam/costa_rica/docs/undp_cr_agendapost2015_2013.pdf
34. Costa Rica. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud, Documento de trabajo. Comunicación personal.
35. Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica /AECID [Internet]. Marco de Asociación País: Costa Rica 2011-2015. [citado 23 jun 2015]. Disponible en: <http://aecid.cr/pdf/MAP-CR.pdf>
36. Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Área de Cooperación Internacional [Internet]. Política de Cooperación Internacional. [citado 23 jun 2015]. Disponible en: <https://app.box.com/s/2fng06cpf9y906v657p4q8c91wg4nz2t>
37. Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Área de Cooperación Internacional. Respuesta a interrogantes sobre la CI en salud y desarrollo en Costa Rica. 24 de junio de 2015. Comunicación personal.
38. Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Área de Cooperación Internacional [Internet]. La Cooperación Multilateral no Reembolsable en Costa Rica, 2009-2013. [citado 24 jun 2015]. Disponible en: http://documentos.mideplan.go.cr:8080/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/0b144b35-f4bc-4ced-a5ac-958aeefaeabf/Cooperacion_Multilateral_no_Reembolsable_en_Costa_Rica.pdf?guest=true
39. UNFPA [Internet]. Seguridad humana de los migrantes indígenas Ngöbe y Bugle. [citado 24 jun 2015] Disponible en: <http://www.unfpa.or.cr/programa-de-pais/poblaciones/persona-afro-indigena/introduccion>
40. Costa Rica. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. [Internet]. Plan Nacional de Inserción Laboral para la Población con Discapacidad en Costa Rica, 2012-2015. [citado 24 jun 2015]. Disponible en: <http://www.pnud.or.cr/images/stories/planmaf.pdf>
41. Naciones Unidas [Internet]. Marco de asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) 2013-2017. [citado 24 jun 2015]. Disponible en: <http://undg.org/home/country-teams/latin-america-the-caribbean/costa-rica/>
42. Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Área de Cooperación Internacional [Internet]. Sistema de Gestión de Proyectos (no reembolsables) de Cooperación Internacional (SIGECI). [citado 24 jun 2015]. Disponible en: http://www.mideplan.go.cr/?option=com_content&view=article&id=840
43. Organización Panamericana de la Salud. Instrumento de Evaluación de la Estrategia de Cooperación con el País. Representación de OPS/OMS en Nicaragua. Comunicación personal.
44. World Health Organization. Guide for the formulation of the WHO Country Cooperation Strategy. Guide 2014. Final draft, March 2015. Annex 6, page 43.



45. Naciones Unidas [Internet]. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. [citado el 9 dic 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>



ANEXOS

Anexo 1. Actores en Salud que participaron en la Identificación de las Prioridades Estratégicas

Ministerio de Salud

- Virginia Murillo, Viceministra de Salud
- María Esther Anchía, Viceministra de Salud
- Rosa Novygrodt, Asesora Despacho
- Alexander Cascante Alfaro, Oficialía Mayor
- Germana Sánchez, INCIENSA
- Adriana Salazar Gonzáles, Jefe Unidad de Asuntos Internacionales (UAIS)
- Vigny Alvarado, UAIS
- Luis Carlos Fallas, Asuntos Bilaterales
- Luis Sandi, Director IAFA
- María Ethel Trejos, DGVS
- Alba Varela Rodríguez, Jefa USSAAP
- William Barrantes, Director DGS
- Eugenio Androvetto, Director de Protección al Ambiente Humano
- Guiselle Rodríguez, Directora de Regulación de Productos de Interés Sanitario
- Melany Ascensio, CONIS
- Esteban Cerdas, CONIS
- María Gabriela Castro, Directora CEN-CINAI
- Andrea Garita Castro, Directora DPPEAS
- Julio Mena Zamora, Gestión del Riesgo
- Xinia Arias Quirós, Directora de Atención al Cliente
- Alejandra Acuña Navarro, Jefa UPES
- Elena Rojas, PDE
- Luis Tacsan, Director de Investigación y tecnologías en Salud
- Juan de Dios Jaime Rumoroso Solis, Director de Promoción de la Salud

Caja Costarricense de Seguro Social

- Manuel León Alvarado, Gerente Administrativo
- Gustavo Picado Chacón, Gerente Financiero
- Roger Ballester, Director
- Manuel Rodríguez, Director
- Rey Jimenez, Director de Proyectos
- Faridy Helo Guzmán, médico geriatra
- Albin Chaves, Director DFE
- Raúl Sanchez Alfaro, Director DDSS
- Oscar Villegas del Carpio, Grupo de Tarea
- Cecilia Zúñiga, Gestión de Riesgos
- Xiomara Badilla Vargas, Jefa
- Sandra Rodríguez, Directora CENDEISSS

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica

- Karla Gamboa, Cooperación Internacional
- Jorge Castro, Analista



Ministerio de Agricultura y Ganadería

- Orlando Barrientos Saborio, Profesional de la Secretaría Ejecutiva de Planificación Sectorial

Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS)

- Catalina Montero, Directora Técnica

Consejo Nacional de Seguridad Vial

- Roy Rojas, Director de Proyectos

Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias

- Carlos Picado, Jefe de Unidad Desarrollo Estratégico
- Alber Mata

Unión Nacional de Gobiernos Locales

- Karla Rojas, Cooperación Internacional

Universidad de Costa Rica

- Luis Villalobos Solano, Decano de la Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Costa Rica

- Berna van Wendel, Docente-investigadora

Colegio de Médicos

- Jackeline Aguilar

Colegio de Enfermeras

- Ana Chaves Santamaría, Fiscal Asistente

INCAP

- Carolina Siu, Directora
- Katty Jiménez H., Cooperación técnica

CRID

- Irene Céspedes, Coordinadora General

OPS/OMS

- Lilian Reneau-Vernon, Representante de OPS en Costa Rica
- Cristian Morales, Representante de OPS en Cuba
- Anahí Fernández, Administradora Oficina de País
- Enrique Pérez-Flores, Asesor
- Mario Cruz Peñate, Asesor
- Gerardo Galvis, Asesor
- Marcelo Korc, Asesor
- Mónica Padilla, Asesora
- Jenny Ortiz, Comunicadora



Anexo 2. Vinculación de las Prioridades Estratégicas de la ECP 2016-2019 con los Resultados Intermedios del Plan Estratégico de OPS 2014-2019 y los Efectos (Outcomes) del 12° Programa General de Trabajo de la OMS 2014-2019.

PRIORIDAD ESTRATEGICA (PE)	ÁREA DE ENFOQUE (AE)	RESULTADO INTERMEDIO (RIT)	EFFECTOS (OUTCOMES)
PE 1. Avanzar hacia la Salud Universal mediante el fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud, basado en la participación social, la articulación intra e intersectorial y la cooperación entre países y bajo los lineamientos que el país defina para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).	AE 1.1 Fortalecido el ejercicio de la rectoría y el desempeño del sistema de salud mediante el análisis sectorial y el desarrollo institucional.	RIT 4.1 Aumento de la capacidad nacional para lograr la cobertura universal de salud.	Todos los países cuentan con políticas, estrategias y planes nacionales de salud de carácter integral actualizados en los últimos cinco años.
	AE 1.2 Establecidos ejes de intervención para procurar la sostenibilidad financiera del Seguro de Salud y de aquellas instituciones asociadas al sector salud.	RIT 4.2 Aumento del acceso a servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad.	Existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona.
	AE 1.3 Aumentado el acceso a servicios integrales de calidad con enfoque de atención primaria de salud, organizados en redes integradas y un primer nivel de atención fortalecido, considerando los grupos vulnerables.	RIT 4.2 Aumento del acceso a servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad.	Existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona.
	AE 1.4 Formuladas opciones de política que aúne principios éticos y fundamentos científicos para el acceso equitativo, oportuno y de calidad a las tecnologías sanitarias mediante su evaluación sistemática.	RIT 4.3 Mejoramiento del acceso y del uso racional de medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad.	Mejor acceso y uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad.
	AE 1.5 Fortalecidas las capacidades nacionales para la cooperación entre países para la salud y el desarrollo	No aplica RIT.	Mandatos y resoluciones relacionadas: Alianza de Busan para la Cooperación Eficaz al Desarrollo (2011), Cooperación entre países para el desarrollo sanitario en las Américas (resolución CE152/15 [2013])
PE 2. Fortalecida la formación, planificación, gestión y regulación nacional del recurso humano en salud, promoviendo la disminución de brechas de disponibilidad, distribución, productividad y calidad que afectan el desempeño del sistema de salud del país.	AE 2.1 Apoyada técnicamente la formulación de opciones de política, mecanismos de negociación, estrategias de implementación y monitoreo que aborden los temas críticos de educación y trabajo para lograr la Salud Universal.	RIT 4.5 Disponibilidad adecuada de personal de salud competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido y tratado de manera justa.	Existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona.
	AE 2.2 Proporcionado apoyo técnico para el diseño e implementación de un mecanismo nacional de planificación de recursos humanos en salud basado en un sistema de información integrado para identificar brechas de recursos humanos que afectan el desempeño del sistema de salud.	RIT 4.5 Disponibilidad adecuada de personal de salud competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido y tratado de manera justa.	Existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona.
	AE 2.3 Facilitadas alianzas y actuaciones conjuntas para mejorar la regulación de la formación de técnicos y profesionales en salud para su optimización en función de la garantía del derecho a la salud, la gestión eficiente del cuidado a la salud, el empleo digno y equilibrio en el mercado laboral.	RIT 4.5 Disponibilidad adecuada de personal de salud competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido y tratado de manera justa.	Existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona.
	AE 2.4 Prestado apoyo técnico para la creación de capacidades institucionales en la formación de competencias como eje transversal del fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, incluyendo la investigación.	RIT 4.5 Disponibilidad adecuada de personal de salud competente, culturalmente apropiado, bien reglamentado y distribuido y tratado de manera justa.	Existencia de políticas, medios financieros y recursos humanos para mejorar el acceso a servicios integrados de salud centrados en la persona.

PRIORIDAD ESTRATEGICA (PE)	ÁREA DE ENFOQUE (AE)	RESULTADO INTERMEDIO (RIT)	EFFECTOS (OUTCOMES)
PE 3. Reducida la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles mediante la colaboración intersectorial para incidir en sus determinantes; desarrollando acciones para la promoción de la salud, reducción de los riesgos, detección temprana, monitoreo y vigilancia y el aseguramiento al tratamiento oportuno.	AE 3.1 Promovido el fortalecimiento de los sistemas de información para el monitoreo, vigilancia y evaluación de políticas asociadas a los factores protectores y de riesgo	RIT 2.1 Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	Ampliación del acceso a intervenciones para prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
	AE 3.2 Apoyada la implementación y la evaluación de las intervenciones de promoción y prevención, que contengan el aumento del sobrepeso/obesidad en edades tempranas, el consumo de sodio y sal, el consumo del tabaco y el consumo nocivo de alcohol.	RIT 2.1 Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo RIT 2.5 Reducción de los factores de riesgo nutricionales	Ampliación del acceso a intervenciones para prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Reducción de los factores de riesgo nutricionales.
	AE 3.3 Fortalecida la capacidad nacional para detectar oportunamente y controlar la enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica de causa no tradicional.	RIT 2.1 Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	Ampliación del acceso a intervenciones para prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
	AE 3.4 Aumentada la capacidad del país para la vigilancia y la atención de los problemas relacionados con la Salud Mental.	RIT 2.2 Aumento de la cobertura de servicios de tratamiento para los trastornos mentales y los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	Aumentado la tasa de usuarios tratados por establecimientos ambulatorios de salud mental por encima del promedio regional de 975 por 100.000 habitantes
	AE 3.5 Facilitado el establecimiento de alianzas intersectoriales en el abordaje de la prevención y atención de las lesiones asociadas a la movilidad y seguridad vial.	RIT 2.3 Reducción de los factores de riesgo relacionados con la violencia y los traumatismos, haciendo hincapié en la seguridad vial, los traumatismos infantiles y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes.	Reducción de los factores de riesgo de violencia y lesiones, con especial atención a la seguridad vial, las lesiones de los niños y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes.
PE 4. Fortalecida la capacidad de gestión integral de riesgos sanitarios relacionados con eventos de importancia para la salud pública, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud ambiental, la variabilidad del clima y adaptación al cambio climático.	AE 4.1 Fortalecido el liderazgo y las capacidades del sector salud para la gestión integral de riesgos sanitarios y el abordaje intersectorial de sus determinantes	RIT 5.2 Aumento de la capacidad de recuperación de los países y de la preparación a fin de desplegar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a las epidemias y pandemias	Aumento de la capacidad de los países para formar resiliencia y una preparación suficiente para activar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a epidemias y pandemias relevantes.
		RIT 5.5 Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias que tienen consecuencias para la salud pública.	Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias que tienen consecuencias para la salud pública.
	AE 4.2 Fortalecida la gestión de la información y el conocimiento en salud y ambiente que permita la articulación de acciones en diferentes sectores del estado.	RIT 5.3 Países con un programa de gestión de riesgos para emergencias ocasionadas por todo tipo de amenazas para la salud, dirigido a un sector de la salud capaz de resistir los efectos de los desastres y con énfasis en los grupos vulnerables de la población	Los países tienen capacidad para gestionar los riesgos de salud pública vinculados con las emergencias.
		RIT 3.5 Reducción de las amenazas medioambientales y ocupacionales para la salud	Reducción de las amenazas medioambientales para la salud.
	AE 4.3 Fortalecidas las capacidades básicas de preparación, alerta y respuesta requeridas para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y el abordaje de las emergencias y desastres.	RIT 1.3 Aumento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes, programas o estrategias integrales de vigilancia, prevención, control o eliminación de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores	Ampliación del acceso al tratamiento de primera línea para los casos confirmados de paludismo.
		RIT 1.5 Aumento de la cobertura de vacunación de las poblaciones y comunidades de difícil acceso y mantenimiento del control, la erradicación y la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación	Aumento de la cobertura vacunal de las poblaciones y comunidades de difícil acceso.
		RIT 5.1 Todos los países tienen las capacidades básicas mínimas de alerta y respuesta para todo tipo de peligros previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)	Todos los países tienen las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) para la alerta y respuesta a todo tipo de peligros.
		RIT 5.2 Aumento de la capacidad de recuperación de los países y de la preparación a fin de desplegar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a las epidemias y pandemias	Aumento de la capacidad de los países para formar resiliencia y una preparación suficiente para activar una respuesta rápida, previsible y eficaz frente a epidemias y pandemias relevantes.

PRIORIDAD ESTRATEGICA (PE)	ÁREA DE ENFOQUE (AE)	RESULTADO INTERMEDIO (RIT)	EFFECTOS (OUTCOMES)
PE 5. Promovida la mejora del estado de salud y calidad de vida de la población con equidad a lo largo del curso de vida, mediante la promoción de la salud y el abordaje de los determinantes sociales.	AE 5.1 Fortalecida la promoción de la salud y la participación social para el desarrollo de prácticas saludables en el curso de vida	RIT 3.1 Aumento del acceso a las intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto	Ampliación del acceso a intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño y el adolescente.
		RIT 3.2 Aumento del acceso a intervenciones para que los adultos mayores puedan llevar una vida independiente	Aumento de la proporción de personas de edad que pueden llevar una vida independiente.
	AE 5.2 Fortalecidas las capacidades del sector salud para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, mediante el mejoramiento del monitoreo del estado de salud y de la promoción del enfoque de "salud en todas las políticas".	RIT 3.4 Mayor liderazgo del sector de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud	Mayor coordinación intersectorial de las políticas para abordar los determinantes sociales de la salud.
		RIT 1.1 Aumento del acceso a intervenciones clave para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS	Ampliación del acceso a intervenciones fundamentales para personas infectadas por el VIH.
		RIT 1.2 Aumento del número de pacientes con tuberculosis diagnosticados y tratados con éxito	Aumento del número de pacientes con tuberculosis tratados con éxito.
		RIT 1.3 Aumento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes, programas o estrategias integrales de vigilancia, prevención, control o eliminación de la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores	Ampliación del acceso al tratamiento de primera línea para los casos confirmados de paludismo.
		RIT 1.4 Aumento de la capacidad de los países para formular y ejecutar planes, programas o estrategias integrales de vigilancia, prevención, control o eliminación de las enfermedades desatendidas, tropicales y zoonóticas.	Ampliación y mantenimiento del acceso a los medicamentos esenciales para las enfermedades tropicales desatendidas.
		RIT 1.5 Aumento de la cobertura de vacunación de las poblaciones y comunidades de difícil acceso y mantenimiento del control, la erradicación y la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación.	Aumento de la cobertura vacunal de las poblaciones y comunidades de difícil acceso.
		RIT 2.1 Aumento del acceso a intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	Ampliación del acceso a intervenciones para prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.
		RIT 2.2 Aumento de la cobertura de servicios de tratamiento para los trastornos mentales y los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas	Ampliación del acceso a servicios para los trastornos mentales y por consumo de sustancias.
		RIT 2.3 Reducción de los factores de riesgo relacionados con la violencia y los traumatismos, haciendo hincapié en la seguridad vial, los traumatismos infantiles y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes.	Reducción de los factores de riesgo de violencia y lesiones, con especial atención a la seguridad vial, las lesiones de los niños y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes.
		RIT 2.4 Aumento del acceso a servicios sociales y de salud para personas con discapacidades, incluida la prevención.	Ampliación del acceso para las personas con discapacidad.
		RIT 2.5 Reducción de los factores de riesgo nutricionales	Reducción de los factores de riesgo nutricionales.
	AE 5.3 Apoyada la expansión del acceso efectivo a las intervenciones clave a lo largo del curso de vida.	RIT 3.1 Aumento del acceso a las intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto	Ampliación del acceso a intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño y el adolescente.
		RIT 3.2 Aumento del acceso a intervenciones para que los adultos mayores puedan llevar una vida independiente	Aumento de la proporción de personas de edad que pueden llevar una vida independiente.
		RIT 3.3 Aumento de la capacidad del país de integrar el género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad en el ámbito de la salud	Incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en las políticas y los programas de la Secretaría y los países.

