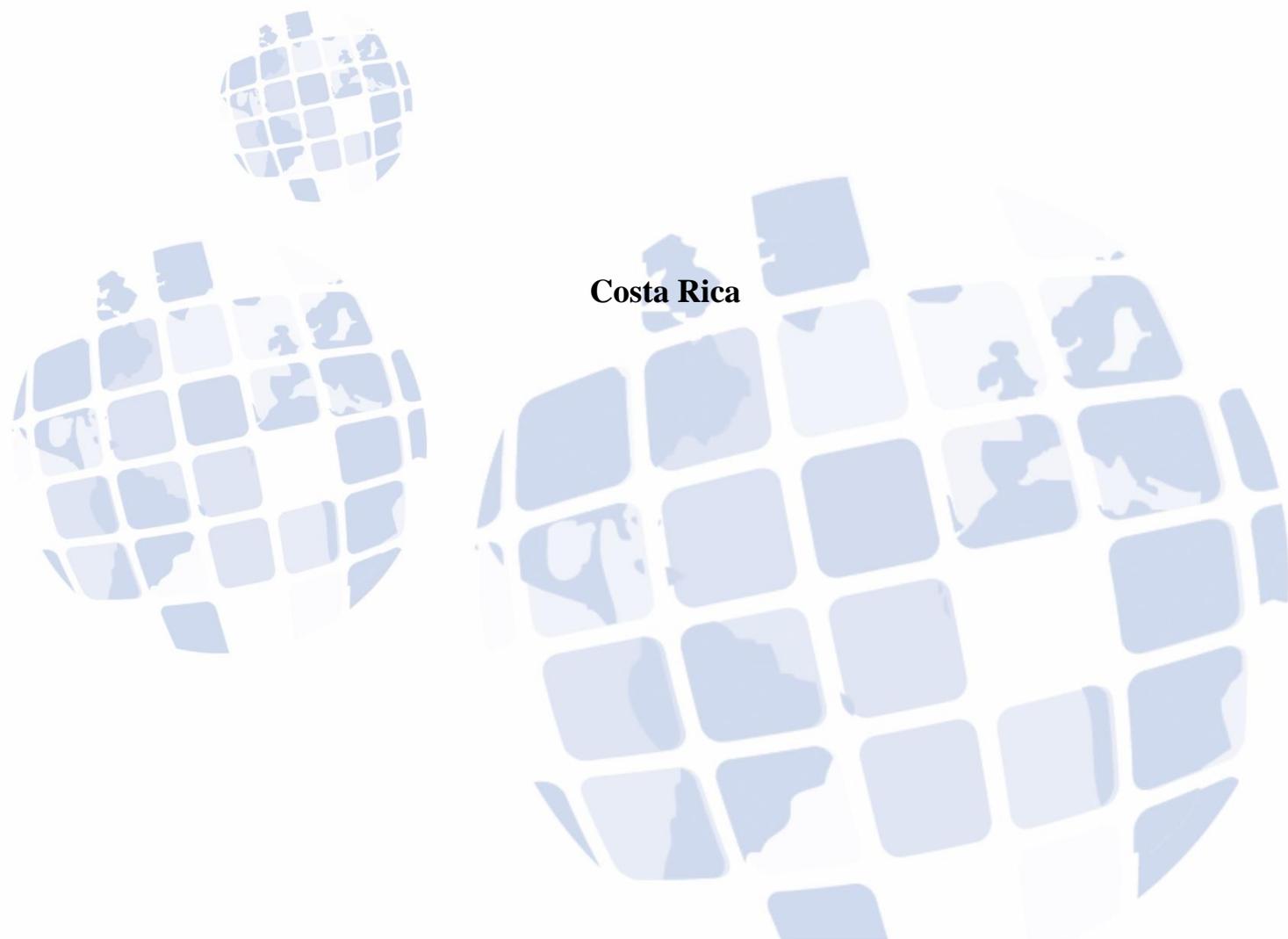
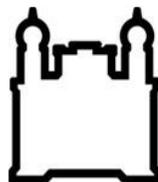


# Observatório sobre Regulação Internacional de Fatores de Risco Associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis



**NETHIS**

NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE  
BIOÉTICA E DIPLOMACIA EM SAÚDE



**FIOCRUZ**

**Relatório Técnico de Pesquisa “Projeto Observatório de Regulação Internacional de Fatores de Risco Associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis”**

**Fundação Oswaldo Cruz – Gerência Regional de Brasília**

Diretora: Fabiana Damásio

**Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde**

Coordenador: José Paranaguá de Santana

João Victor Viegas

**Revisão e edição**

Roberta de Freitas Campos

André Freire

**Equipo de trabajo – Costa Rica**

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

Karol Madriz Morales Hilda Núñez Rivas

Marlene Roselló Araya

Adriana Blanco Metzler, Coordinadora

**Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica Coalición Costa Rica Saludable**

Tatiana Gamboa Gamboa

**Red Nacional Antitabaco de Costa Rica (RENATA)**

Vivian Sandí Mora

**Coalición Costa Rica Saludable**

Giselle Amador Muñoz

**Costa Rica,  
2021**

# Brasil, 2024

## Sumário

1. Contexto demográfico .....	4
Perfil epidemiológico de las enfermedades no transmisibles .....	9
2. Sistema de salud .....	18
3. Regulación del desarrollo de la salud.....	39
4. Políticas Públicas Nacionales.....	42
5. Internalização .....	43
Alimentos Ultraprocessados .....	43
6. Referencias bibliográficas .....	45

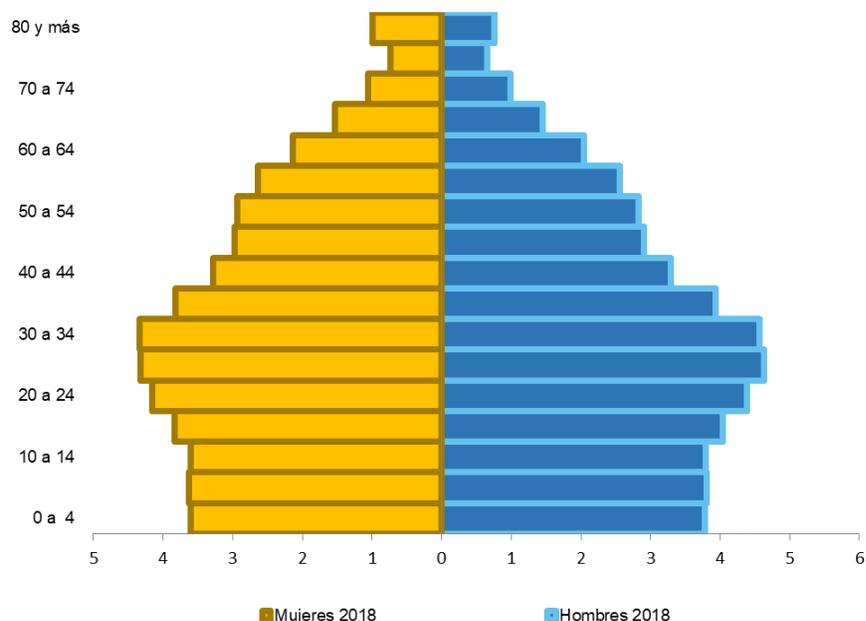
## **1. Contexto demográfico**

Costa Rica es un país centroamericano, con una extensión territorial de 51 100 km<sup>2</sup> y su división política administrativa consta de siete provincias y 81 cantones. Tiene una población de 5 003 402 habitantes (2018), las mujeres representan 50,01% de la población total ligeramente superior a la masculina (49,99%) y presenta una densidad poblacional de 98 habitantes por km<sup>2</sup>. Las zonas urbanas concentran 72,8% de la población (1).

La población se encuentra en proceso de transición demográfica avanzada, con una disminución de la base de la pirámide poblacional y un incremento en los grupos de edad mayores debido al aumento en la esperanza de vida. Esta tendencia incrementará la tasa de dependencia en el país durante los próximos años. La pirámide poblacional para el 2018 evidencia que la población ha ido envejeciendo, con mayores concentraciones de personas en edades mayores de 30 años; lo cual está relacionado con la reducción constante de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer (2).

En el gráfico 1 se observa que, porcentualmente los grupos de edad entre 25 a 34 años son los que presentan una mayor proporción poblacional, sobre todo en la población masculina. Por otra parte, la relación de dependencia (personas de 15 años y menos sumado con las personas de 64 años y más, contra las personas de 15 a 64 años) para el 2018 es de 0,46. Indica que actualmente hay 46 personas dependientes por cada 100 económicamente productivas (3).

**Gráfico 1.**  
**Costa Rica. Distribución porcentual de la población por sexo y grupos de edades 2018**



Fuente: INEC - Centro Centroamericano de Población. Estimaciones y proyecciones de población 1950 – 2050, noviembre 2013 (3).

En el cuadro 1 se presentan los principales indicadores demográficos de la población del país durante el período 2014-2017. Se observa el aumento de la población, la disminución de un punto en la tasa de crecimiento natural, en menor cantidad la disminución de la tasa de natalidad y de la tasa global de fecundidad, la cual en el 2014 era de 1,8 hijos al final del período fértil de las mujeres y para el 2016, la tasa se reduce a 1,70 hijos/mujer. La mortalidad general pasó de 4,3 muertes por 100 000 habitantes en el 2012 a 4,6 muertes por 100 000 habitantes en el 2017. En cambio, las tasas de mortalidad infantil (7,9

muertes/1000 nacimientos), mortalidad en la niñez (9,3 muertes/1000 nacimientos), mortalidad neonatal (6,2 muertes/1000 nacimientos), postnatal (1,8 muertes/1 000 nacimientos) y materna (2,7 muertes/10 000 nacimientos) disminuyeron, tal como se aprecia en el cuadro 1 (4).

### Cuadro 1

#### Costa Rica: Principales indicadores demográficos, 2014-2018

Indicador / Año	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Población al 30 de junio (en miles)</b>					
<b>Total</b>	4773	4832	4890	4947	5003
<b>Hombres</b>	2410	2439	2467	2495	2523
<b>Mujeres</b>	2362	2392	2422	2451	2480
<b>Tasa de crecimiento natural (por cien habitantes)</b>	10,7	10,5	9,7	9,2	8,9
<b>Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)</b>	15,0	14,9	14,3	13,9	13,7
<b>Tasa global de fecundidad (por mujer)</b>	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7
<b>Tasa de reproducción (por mujer)</b>					
<b>Bruta</b>	0.865	0.860	0.832	0.815	0.811
<b>Neta</b>	0.865	0.860	0.832	0.815	0.810
<b>Esperanza de vida al nacimiento</b>	79.7	79.9	80.0	80.2	80.3
<b>Hombres</b>	77.2	77.4	77.5	77.6	77.8
<b>Mujeres</b>	82.3	82.4	82.6	82.7	82.9

<b>Tasas de mortalidad</b>					
<b><u>General (por mil habitantes)</u></b>	<b>4.3</b>	<b>4.4</b>	<b>4.6</b>	<b>4.7</b>	<b>4.8</b>
<b>Hombres</b>	<b>4.8</b>	<b>5.0</b>	<b>5.2</b>	<b>5.2</b>	<b>5.4</b>
<b>Mujeres</b>	<b>3.8</b>	<b>3.7</b>	<b>4.0</b>	<b>4.1</b>	<b>4.1</b>
<b><u>Niñez (0 - 4 años) (por mil nacimientos)</u></b>	<b>9.5</b>	<b>8.9</b>	<b>9.3</b>	<b>9.6</b>	<b>9.4</b>
<b>Hombres</b>	<b>9.7</b>	<b>9.7</b>	<b>10.5</b>	<b>10.0</b>	<b>10.3</b>
<b>Mujeres</b>	<b>9.2</b>	<b>8.0</b>	<b>8.2</b>	<b>9.2</b>	<b>8.5</b>
<b><u>Infantil (por mil nacimientos)</u></b>	<b>8.1</b>	<b>7.7</b>	<b>7.9</b>	<b>8.0</b>	<b>8.4</b>
<b>Hombres</b>	<b>8.3</b>	<b>8.4</b>	<b>8.7</b>	<b>8.1</b>	<b>8.9</b>
<b>Mujeres</b>	<b>7.9</b>	<b>7.0</b>	<b>7.2</b>	<b>7.8</b>	<b>7.9</b>
<b><u>Neonatal (por mil nacimientos)</u></b>	<b>6.3</b>	<b>5.9</b>	<b>6.2</b>	<b>6.1</b>	<b>6.4</b>
<b>Hombres</b>	<b>6.5</b>	<b>6.6</b>	<b>6.9</b>	<b>6.3</b>	<b>6.7</b>
<b>Mujeres</b>	<b>6.0</b>	<b>5.2</b>	<b>5.4</b>	<b>6.0</b>	<b>6.0</b>
<b><u>Postneonatal (por mil nacimientos)</u></b>	<b>1.9</b>	<b>1.9</b>	<b>1.8</b>	<b>1.8</b>	<b>2.0</b>
<b>Hombres</b>	<b>1.9</b>	<b>1.8</b>	<b>1.8</b>	<b>1.8</b>	<b>2.1</b>
<b>Mujeres</b>	<b>1.9</b>	<b>1.9</b>	<b>1.8</b>	<b>1.9</b>	<b>1.9</b>
<b>Razón de mortalidad materna (por diez mil nacimientos)</b>	<b>2.9</b>	<b>2.8</b>	<b>2.7</b>	<b>2.2</b>	<b>1.5</b>

Fuente: Memoria Ministerio de Salud 2018.

El índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) es un indicador compuesto que mide los avances promedio de un país en función de tres dimensiones del desarrollo humano: vivir una vida larga y saludable, disponer de educación y tener un nivel de vida digno. Para el 2018 Costa Rica tuvo un IDH de 0,794 puntos, lo que supone una mejora respecto al 2016, en el que se situó en 0,791 posicionando al país en el número 68, a nivel mundial (5).

Por otra parte, el índice de Desarrollo Humano relativo al Género (IDG) del PNUD indicador social similar al IDH que mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres indica que para el 2018 Costa Rica obtuvo un IDG de 0,977 que lo clasifica como de desarrollo alto (5).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), para el 2020 los hogares pobres en Costa Rica alcanzaron el 26,2%, con lo cual el país retrocede 28 años en el indicador, de los cuales el 19,1% corresponde a pobreza no extrema y 7% a pobreza extrema (1).

### **Perfil epidemiológico de las enfermedades no transmisibles**

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan las enfermedades cardiovasculares (los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (la neumopatía obstructiva crónica o el asma); la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial (6).

El país ha alcanzado importantes avances en la erradicación de las enfermedades infecciosas y reducción de la desnutrición, como producto de la

inversión social y en salud. Sin embargo, los cambios económicos y sociodemográficos generados por la globalización, industrialización y urbanización han ocasionado que en Costa

Rica disminuyan las prevalencias de enfermedades infecciosas y desnutrición y aumenten aquellas relacionadas con exceso de peso, con predominio de enfermedades no transmisibles (ENT). Las tendencias nacionales muestran una elevada prevalencia de factores de riesgo de ENT especialmente en los grupos más vulnerables, como la niñez y la adolescencia, constituyéndose un grave problema de salud pública (7-10).

En Costa Rica, desde la década de 1970, las ENT, como son las cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial (HTA), han sido la principal causa de muerte y discapacidad (11).

## **2.1. Enfermedades cardiovasculares**

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo y Costa Rica no es la excepción. Para el 2019, según el INEC de las defunciones (24292) el 25,7% (n= 6235) correspondió a las enfermedades cardiovasculares, entre ellas fiebre reumática y otras enfermedades reumáticas del corazón (n=33), hipertensiva (n=1134), isquémica del corazón (n=2285), circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón (n=922), enfermedades cerebrovasculares, de las venas y las arterias (n=1857) y otras enfermedades del aparato circulatorio (n=4) De estas el 53,8% corresponde a los hombres (12).

### **Hipertensión arterial**

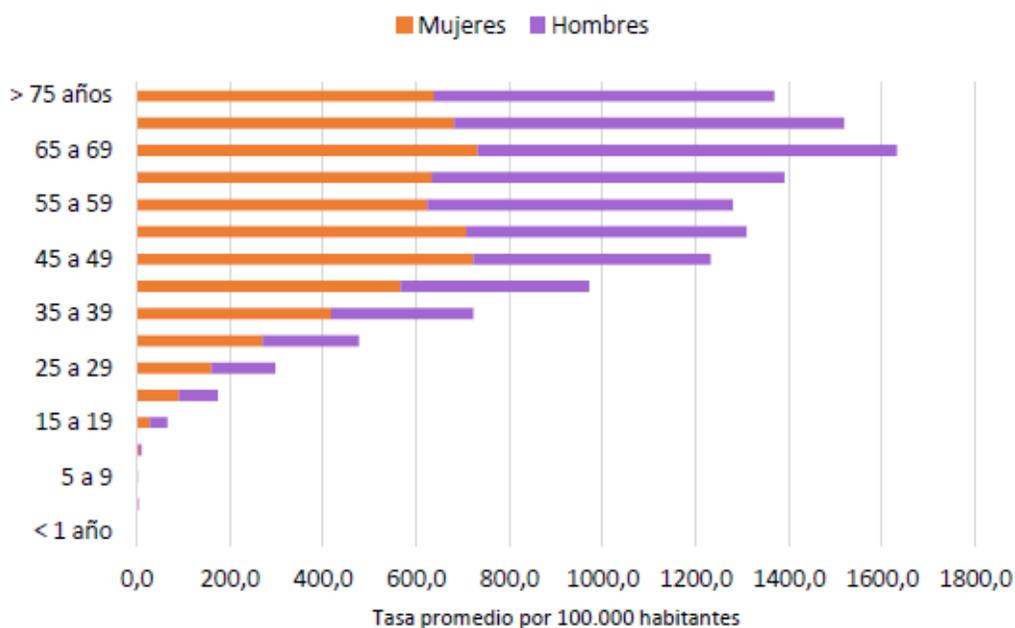
La “Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular” realizada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en el 2014 (8), evidenció que la prevalencia general de HTA fue de 36,2% (diagnosticada 31,2% y no diagnosticada 5,0%). La prevalencia de HTA diagnosticada en el sexo masculino fue de 28,2% y la no diagnosticada de 6,6%. Para el sexo femenino,

la prevalencia de HTA fue de 34,2% y 3,4% la diagnosticada y no diagnosticada, respectivamente. Se observó que la prevalencia de HTA diagnosticada en ambos sexos aumentó según grupos de edad, siendo mayor en el grupo de 65 años y más (en hombres 65,3% y 74,8% en

mujeres). Para el 2018, esta prevalencia aumentó ligeramente, se reportó en 37,2% (diagnosticada 32,4% y 4,8% no diagnosticada) (14).

La incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad, a partir de los 40 años, representa el 75% del total de los casos, es mayor en el grupo de 65 a 69 años con una tasa promedio de 814,2 casos por 100 000 habitantes. Afecta más a las mujeres que a los hombres con una tasa promedio de 314,7 casos por 100 000 mujeres y 273,8 casos por 100 000 hombres (4). En el Gráfico 2, se presenta la morbilidad por HTA, según grupo de edad y sexo, 2014-2018.

**Gráfico 2**  
**Costa Rica: Morbilidad por hipertensión arterial, según grupo de edad y sexo, 2014-2018**  
(tasa promedio quinquenal por 100 000 habitantes)



**Fuente:** Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2019 (4).

## **Diabetes mellitus**

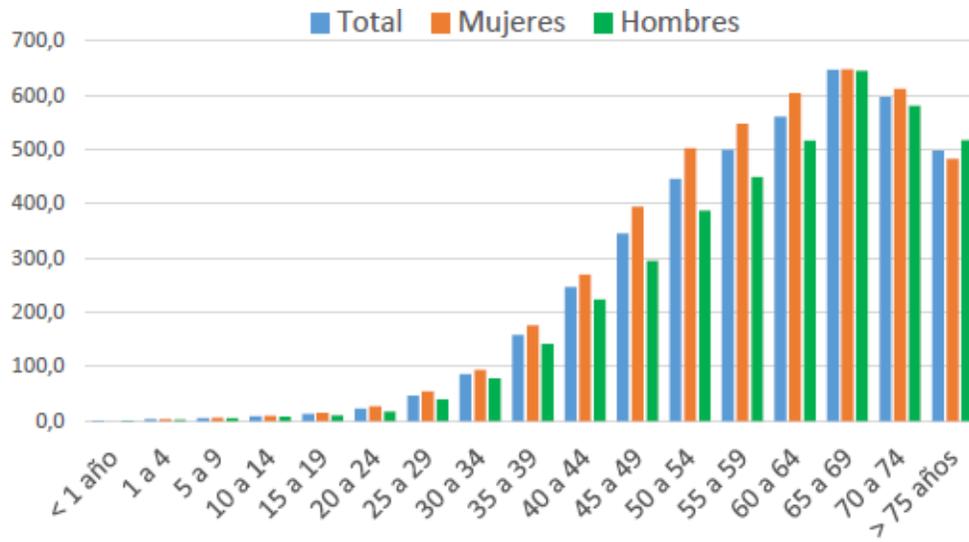
Según datos de la “Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular” realizada en el 2014 por la CCSS (8), la prevalencia de la diabetes *mellitus* (DM) diagnosticada en la población general fue de 10,0% y la de diabetes no diagnosticada fue de 2,8% (total 12,8%).

Comparando la información con la obtenida en la encuesta en el 2018 (14) se observa un aumento del 2%, en la prevalencia de DM por lo que actualmente el 14,8% de la población costarricense mayor de 20 años presenta DM.

La incidencia de DM aumenta a partir de los 40 años. La mayor, se presenta en el grupo de 65 a 69 años con una tasa de 647,2 casos por 100 000 habitantes y afecta generalmente a las mujeres (Gráfico 3).

### **Gráfico 3**

**Costa Rica: Morbilidad por diabetes mellitus,  
según grupo de edad y sexo, 2014-2018.**  
(tasa promedio quinquenal por 100 000 habitantes)



**Fuente:** Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2019.

## Cáncer

El avance en la tecnología, la cobertura diagnóstica y la mayor longevidad de las personas ha permitido que diversas enfermedades, entre ellas el cáncer, se diagnostiquen con mayor frecuencia y se genere mayor registro de mortalidad en los adultos y los adultos mayores. El cáncer es la segunda causa de mortalidad en el país, según el INEC representó en el 2018, el 23,3% de las defunciones totales. En el Cuadro 2 se presenta la localización de los tumores con más alta mortalidad en la población femenina y masculina (4).

### Cuadro 2.

**Costa Rica: Mortalidad de tumores más frecuentes, según localización y sexo 2018** (tasa promedio por 100 000 habitantes)

<b>Mujeres</b>		<b>Hombres</b>	
<b>Tipo de cáncer</b>	<b>Tasa</b>	<b>Tipo de cáncer</b>	<b>Tasa</b>
<b>Mama</b>	<b>343</b>	<b>Próstata</b>	<b>435</b>
<b>Estómago</b>	<b>238</b>	<b>Estómago</b>	<b>414</b>
<b>Colon</b>	<b>208</b>	<b>Pulmón</b>	<b>222</b>
<b>Pulmón</b>	<b>131</b>	<b>Colon</b>	<b>203</b>
<b>Páncreas</b>	<b>112</b>	<b>Páncreas</b>	<b>126</b>

Fuente: INEC, Costa Rica estadísticas vitales (4).

## Sobrepeso y obesidad

Tanto el sobrepeso como la obesidad constituyen trastornos crónicos y multifactoriales, son parte de los factores de riesgo de diferentes enfermedades, entre ellas: la diabetes mellitus, la hipertensión y el cáncer (4).

El Primer Censo Escolar Peso/Talla Costa Rica, 2016 realizado en la población de 6-12 años de edad mostró, según la valoración del Índice de Masa Corporal (IMC) una prevalencia de sobrepeso de 20% y de obesidad de 14%, es decir, un 34% con

exceso de peso (5,15). En la Encuesta colegial de vigilancia nutricional y actividad física realizada por el Ministerio de Salud en el 2018 a 8 297 estudiantes de 13 a 17 años de colegios públicos y privados, mostró que el 21,1% de los adolescentes de Costa Rica tiene sobrepeso y el 9,8% obesidad, evidenciando que más de un 30% tienen exceso de peso. Estas cifras representan un grave problema de salud pública en ambos grupos etarios (16).

Respecto a la población mayor de 20 años, en la Encuesta de factores de riesgo del 2014 (8), los resultados evidenciaron que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población en general fue 36,8% y 29,4%, respectivamente. La prevalencia de sobrepeso fue mayor en el grupo de 65 y más años con un valor de 37,9% y el de la obesidad en el grupo de 40 a 64 años con 34,8%.

## **2. Sistema de salud**

La Constitución Política de Costa Rica reconoce el derecho a la vida, y en la Ley General de Salud (1973) se define la salud de la población como un bien público, y le confiere al Estado la función de velar por ella a través del sistema de salud (17).

### **Principios del Sistema Nacional de Salud**

- **Universalidad:** cobertura de servicios de salud a toda la población residente en el territorio costarricense. De igual manera, se entiende la universalidad en cuanto a la cobertura contributiva de todos los participantes del sistema.
- **Solidaridad:** la carga financiera se debe distribuir de manera justa entre todos los miembros de la sociedad. Esto es, que la contribución al

financiamiento se realice de acuerdo con las posibilidades económicas de cada persona.

- Equidad: se entiende como la distribución justa de los recursos. Busca asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, con oportunidad, eficiencia y calidad para la atención de las necesidades iguales de los usuarios.

- Enfoque de atención primaria: el modelo se fundamenta en el análisis de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, y en una atención integral y continua de las necesidades y problemas de salud individuales y orientados a la población, en las estrategias y acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la Estrategia de Atención Primaria (18).

### **Objetivos del Sistema Nacional de Salud**

1. Garantizar a toda la población servicios integrales de salud de buena calidad.
2. Elaborar y aplicar estrategias y programas que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de recursos y control en el uso de los mismos.
3. Establecer y promover subsistemas y procesos administrativos para el manejo de recursos del Sistema en cada uno de los niveles, de manera efectiva, eficiente, equitativa, y participativa, y promover la movilización de los otros sectores, a fin de garantizar una disponibilidad suficiente y racional de los mismos.
4. Garantizar la existencia de una legislación nacional en salud, congruente y actualizada, para facilitar el cumplimiento de los propósitos, objetivos y funciones del Sistema Nacional de Salud y las Políticas Nacionales de Salud(18).

### **Funciones del Sistema Nacional de Salud**

Según el Decreto Ejecutivo N° 19276-S (19) las funciones establecidas para el Sistema Nacional de Salud en el Artículo 42, son:

1. Reducción de las muertes prevenibles y evitables, las enfermedades, la

discapacidad y desarrollo de la capacidad física y mental de la población.

2. Intensificar la promoción, el apoyo a las organizaciones y la participación comunitaria.

3. Desconcentrar administrativamente e incrementar la capacidad resolutive de los servicios de salud mediante el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud.
4. Desarrollar y fortalecer los subsistemas de prestación de servicios de salud, seguro de salud y salud ocupacional, atención al ambiente, participación comunitaria, información, planeación, normativo, investigaciones, vigilancia epidemiológica, financiero, recursos humanos, suministros transporte, ingeniería y mantenimiento e investigaciones

## **Organización**

El Sistema Nacional de Salud está conformado por el Sector Salud, los servicios de atención privados de protección y mejoramiento del hábitat humano, las organizaciones comunitarias orientadas a la salud, las universidades, las municipalidades, las compañías farmacéuticas, la Comisión Nacional de Emergencias y los organismos de cooperación internacional. Su conformación se reconoce en 1989, por Decreto Ejecutivo N°19276-S. Está integrado por el conjunto de instituciones y organizaciones que forman parte del sector público y privado y que tienen como finalidad principal la protección y el mejoramiento del estado de la salud de las personas, las familias y las comunidades, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo (18,20).

De acuerdo con el decreto ejecutivo No. 33151-MP, del 8 de mayo de 2006, el Poder Ejecutivo de Costa Rica se divide en sectores. Uno de los cuales, es el Sector Salud, constituido por el conjunto de instituciones públicas encargadas de “proteger y mejorar el estado de salud de la población”, cuya competencia explícita y legal es proveer servicios de salud a la población (21).

La conformación más reciente y vigente del sector salud se establece por el Decreto Ejecutivo N°41187 el Sector Salud, Nutrición y Deporte, norma vigente a partir de

junio del 2018, el cual está conformado por las siguientes instituciones centralizadas y descentralizadas (18):

- Ministerio de Salud (MS)
- Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG)
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA)
- Instituto Nacional de Seguros (INS)
- Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)
- Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI)
- Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
- Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) y
- Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE).

En el subsector privado se encuentran los servicios médicos particulares, compañías aseguradoras, cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados. El Instituto Nacional de Seguros (INS) opera tanto en el sector público como en el privado, es responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados (22).

Además, el decreto No. 33151-MP del 8 de mayo de 2006, establece que el Ministerio de Salud es el encargado de ejercer la rectoría del Sector Salud, por lo cual cumple funciones de dirección y conducción política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. En

regulación se incluyen las normas y reglamentos en medio ambiente, alimentación y medicamentos (21).

## **Aseguramiento, provisión y beneficiarios de los servicios de salud**

Los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la CCSS, principal proveedor de servicios de salud. El Ministerio de Salud (MS) como ente rector del sistema y las instituciones adscritas a este, como los Centros de Educación y Nutrición (CEN) y los Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI) y el IAFA, que atienden a poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente (22).

La CCSS es la mayor entidad autónoma descentralizada de Costa Rica (además, administra las pensiones de Estado). Es la encargada de financiar, comprar y prestar servicios de salud personales, sin límites ni copagos al momento de utilizarlos. Se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado. Brinda servicios en instalaciones propias o contratadas en el sector privado mediante compromisos de gestión (23).

El modelo de prestación de servicios de salud de la CCSS se basa en los principios de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, integralidad, participación social, evolución progresiva de beneficios y concordancia con la realidad económica. Tiene como objetivos el acceso, la continuidad, la aceptabilidad, la efectividad y la eficiencia, y aplica un enfoque centrado en las personas (23).

El seguro de salud se constituyó para la población trabajadora público y privado. Se clasifican según diversas modalidades de aseguramiento, tales como (23):

- a) asegurados directos (trabajadores asalariados; pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales; personas que individual o

colectivamente se acojan a la modalidad de seguro voluntario;  
trabajadores independientes que cotizan en forma individual o colectiva;  
y población en

condición de pobreza asegurada por el Estado).

- b) asegurados indirectos (familiares y dependientes de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el beneficio familiar)
- c) no asegurados (personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad y migrantes indocumentados).

Se provee el seguro universal de salud al combinar los regímenes de seguridad social de cuatro grupos en un solo fondo nacional:

- Los asalariados y sus familias: cerca del 60% del fondo (el empleado contribuye con el 5,5% del ingreso, el patrono con el 9,25% y el Estado con el 0,25%, pagado por medio de deducciones obligatorias a la planilla);
- Los trabajadores independientes y sus familias (siempre que su ingreso sea mayor a un mínimo específico, determinado anualmente): alrededor de 25% del fondo (donde el empleado contribuye entre 3,45 y 10,69% del ingreso y el Estado una proporción inversa para alcanzar un total de 12,25% del ingreso);
- Los pensionados y todo dependiente: alrededor de 15% del fondo (el pensionado contribuye 5% de su pensión, el fondo de pensiones el 8,75% y el Estado el 0,25%);
- Los beneficiarios totalmente subsidiados (el Estado es único responsable del financiamiento y se basa en impuestos sobre artículos de lujo, tabaco, licor, importaciones y ganancias de la lotería nacional).

Este diseño del ingreso es progresivo: el 20% más pobre (los que ganan menos

de 5% del ingreso nacional) reciben cerca de 30% del gasto público en servicios de salud (24).

Cabe resaltar, que según los indicadores de la seguridad social 2013-2017, la cobertura de las prestaciones es del 100% y de la cobertura contributiva del 95,40% [http://www.ccss.sa.cr/est\\_indicadores](http://www.ccss.sa.cr/est_indicadores) (25).

En la Encuesta Nacional de Hogares 2020 del INEC, según la consideración de aseguramiento el 15,64% de la población no cuenta con un seguro de salud. (ENAHO 2020) (26).

Por su parte, el sector privado abarca una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad, ambos financiados con pagos en efectivo o con primas de seguros privados. Se encuentran los servicios médicos privados, compañías aseguradoras, las cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados (22).

El Instituto Nacional de Seguros (INS) opera tanto en el sector público como en el privado y es responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados (18).

Durante más de 60 años la Dirección General de los Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CEN CINAI) del Ministerio de Salud ha brindado servicios de alimentación y nutrición. Tiene como misión "Contribuir al bienestar actual y futuro de los niños y niñas, brindando servicios de salud en atención y protección infantil, nutrición preventiva, y promoción del crecimiento y desarrollo infantil con calidad,

accesibles y equitativos; dirigidos a la niñez desde su periodo de gestación hasta los 13 años, a sus grupos familiares y comunidad, impulsando la participación social y el desarrollo integral del país". Los CEN-CINAI comparten una gran responsabilidad social, por constituir uno de los pilares para el combate a la pobreza y contribuir al desarrollo equitativo por su relación con los sectores de menores ingresos, incluyendo migrantes. Con su implementación se ha mejorado la salud de la población infantil, como inversión en el desarrollo económico y social del país en el largo plazo (27).

Para cumplir con la misión de la provisión de servicios de salud en nutrición y desarrollo infantil, la Dirección Nacional de CEN-CINAI tiene bajo su responsabilidad tres funciones generales que se implementan a mediante la atención directa a clientes, el acompañamiento al grupo familiar en su tarea de crianza y socialización, promoviendo acciones sinérgicas con la comunidad. Las funciones son:

1. Promover la participación social para potenciar el impacto de las acciones del programa.
2. Acompañar al grupo familiar en la tarea de crianza y socialización.
3. Proveer servicios de protección y promoción del crecimiento y desarrollo infantil.

Para lograr las funciones, la Dirección Nacional de CEN-CINAI propone modalidades extramuros e intramuros para operar la prestación de servicios de atención en nutrición, alimentación y educación dirigidos a la población infantil, los cuales han demostrado ser de impacto positivo en la calidad de vida en la etapa adulta (27).

Por otra parte, con la promulgación de la Ley No. 7035 se creó el Instituto sobre

Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), sucesor del Instituto Nacional Sobre Alcoholismo (INSA) para todos los efectos legales del tema. El IAFA es un órgano adscrito al Ministerio de Salud, el cual tiene independencia en su funcionamiento administrativo y personalidad jurídica instrumental, teniendo a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, al tabaco y a otras drogas lícitas o ilícitas, así como la coordinación y aprobación de todos los programas públicos y privados orientados a aquellos mismos fines, de conformidad con dicha ley (28).

Con ello se pretendió ampliar la cobertura y el ámbito de acción del Instituto al incluir el consumo de diferentes drogas tanto lícitas como ilícitas, y no sólo alcohol como lo fue durante los años anteriores. Esto, ante la situación generada en torno al consumo de diferentes drogas, tanto en el ámbito nacional como internacional (25).

Al IAFA le corresponde la coordinación de los programas públicos y privados orientados a los mismos fines de la institución, según su ley constitutiva y la regulación y control de la publicidad relacionada con las bebidas alcohólicas que se publique por cualquier medio de comunicación, según el artículo 45 de la Ley No. 5489 (28).

## **Beneficios**

La CCSS administra tres regímenes: el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), el Seguro de Invalidez Vejez y Muerte (SIVM) y el régimen no contributivo. Sus beneficios se detallan en el Reglamento de Salud del 2006 (19).

El SEM cubre las siguientes prestaciones de atención integral a la salud: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; servicio de farmacia para la concesión de medicamentos; servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete; asistencia en salud oral y asistencia social, individual y familiar.

El IVM incluye pensión por vejez, pensión por invalidez y pensión por orfandad y viudez. Finalmente, el régimen no contributivo provee aseguramiento para las personas y sus familiares que no cotizaron al sistema por su condición de pobreza o discapacidad, ofreciendo las prestaciones ordinarias del paquete de atención integral del SEM y prestaciones monetarias para las familias con casos de parálisis cerebral profunda. Quedan excluidos de los subsidios las consecuencias de un aborto intencional, aunque sí cubren los gastos en salud en caso de que se desarrolle una enfermedad a causa del mismo.

Las personas con discapacidad permanente o temporal y con necesidad de servicios de rehabilitación física o cognitiva son atendidas en el Centro Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.

La Dirección Nacional de CEN-CINAI, para la provisión de servicios de salud en nutrición y desarrollo infantil se plantean tres tipos de servicios, que en la práctica se brindan en forma integrada y articulada a los clientes. Este es el caso de los componentes de acciones de nutrición preventiva, servicios de atención y protección infantil y servicios de promoción del crecimiento y desarrollo (27).

Las personas que requieran modificar hábitos, costumbres y actitudes para disuadir el consumo de drogas y minimizar sus consecuencias pueden ser

atendidas por el IAFA. El IAFA cuenta con los servicios de promoción y prevención de la salud con programas dirigidos a centros de salud, centros educativos, empresas y padres. Además, en la línea de tratamientos mediante grupos terapéuticos, talleres educativos, línea de orientación, capacitación clínica, entre otros (28).

El INS ofrece servicios de salud relacionados con los seguros obligatorios de riesgos de trabajo y accidentes de tránsito, y ofrece un seguro privado de salud (22).

### **Organización de la prestación servicios de salud de la CCSS**

Los servicios de salud deben contar con mecanismos que permitan la adaptación continua a la situación dinámica y compleja que atienden en los espacios población.

La prestación de servicios de salud se organiza en componentes, niveles de atención y redes. A continuación, se describen cada uno de los elementos de la organización institucional (23).

**Componentes de la prestación:** son el conjunto de elementos que, en forma articulada, permiten la prestación de servicios de salud:

- Atención en Escenarios Fuera de los Establecimientos de Salud (EFES)
- Consulta Externa
- Atención en Emergencias
- Atención Quirúrgica
- Internamiento
- Soporte al Diagnóstico y Tratamiento

**Niveles de atención:** la CCSS presta sus servicios mediante una red de servicios organizados en tres niveles. En el primer nivel se encuentran las unidades de atención primaria, llamadas Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), que atienden a grupos poblacionales de 3 500 a 4 000 personas junto con algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas de atención ambulatoria. En este nivel se implementan programas de atención integral en función de la condición etaria, del proceso de vida y género. Está organizado en 105 áreas de salud, divididas en 525 sedes de EBAIS y 668 puestos de visita periódica.

El segundo nivel está representado por clínicas mayores: ocho hospitales regionales y 12 periféricos que proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos e internamientos cortos.

El tercer nivel incluye tres hospitales nacionales generales y seis especializados de mayor complejidad, además de seis centros o unidades especializadas. Cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica (23).

En la Figura 1, se muestra los componentes, niveles y redes de la prestación de servicios de salud de la CCSS.

**Figura 1. Organización de la Prestación de Servicios de Salud**



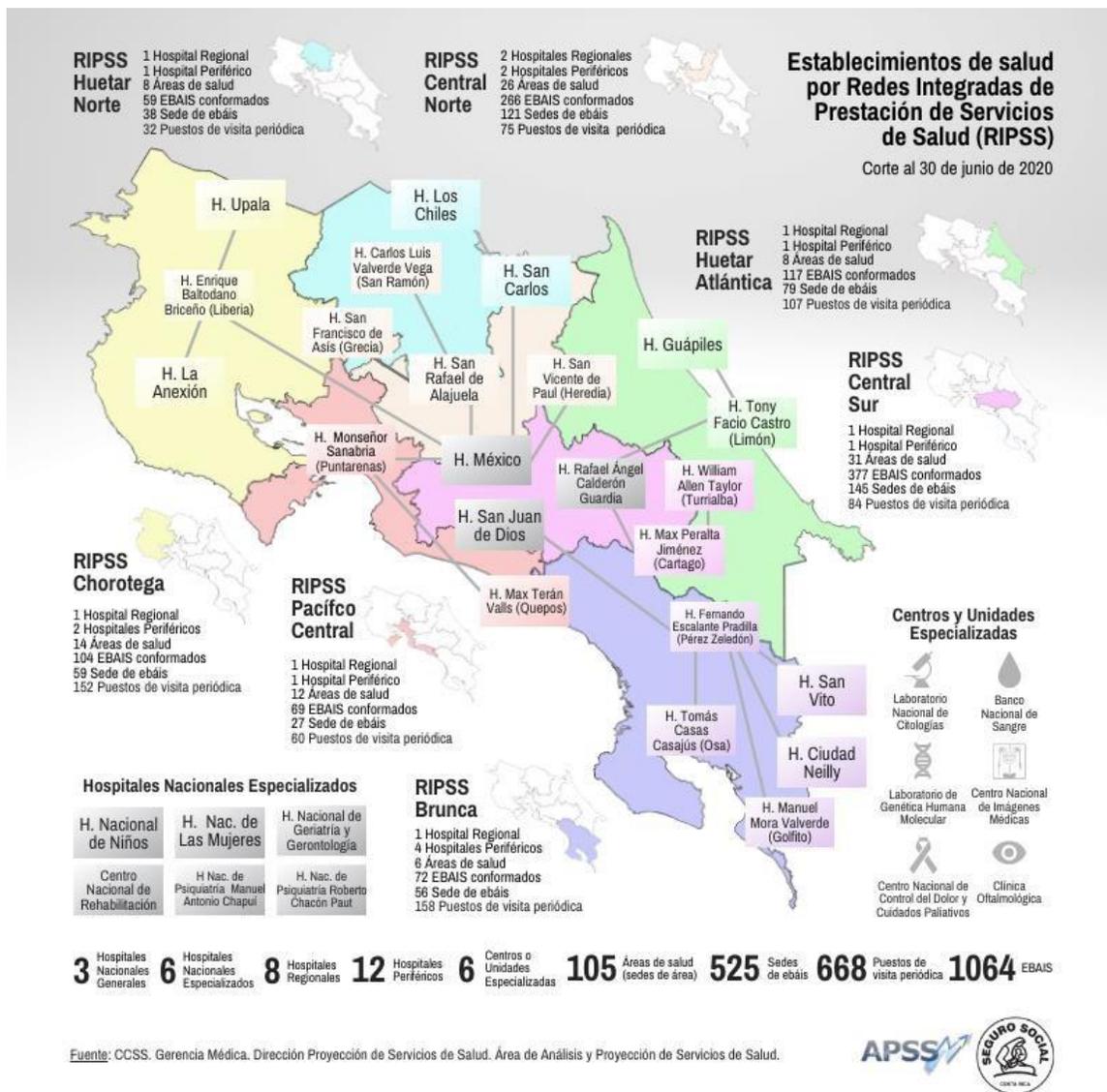
CCSS. Propuesta Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. Ajustada para prueba de campo. 2016.

**Red de prestación de servicios de salud:** la organización de la prestación de servicios en redes, es una de las principales expresiones operativas de la estrategia de Atención Primaria de Salud y permite abordar la fragmentación de la prestación.

Una red se define como un conjunto de establecimientos, los cuales prestan servicios de salud en distintos ámbitos de complejidad, gestionados, coordinados y articulados entre sí, con responsabilidades asignadas para asegurar el continuo asistencial en un espacio población a cargo definido (23).

En la Figura 2, se muestra la red prestación de servicios de salud de la CCSS.

**Figura 2. Establecimientos de salud por redes integradas de prestación de servicios de salud (RIPSS) de la Caja Costarricense de Seguro Social**



La CCSS contrata, además, bajo varias figuras, a proveedores del sector privado, con y sin fines de lucro, cuando lo considera necesario, con el fin de extender su red de servicios. En los años ochenta, la CCSS empezó a contratar cooperativas para prestar servicios de salud en áreas donde era deficitaria. Actualmente las cooperativas Coopesaín, Coopesalud, Coopesiba y Coopesana y dos entidades nocooperativas, la Asociación ASEMECO y la Universidad de Costa Rica, atienden a 15% de la población con base en contratos para el primer

nivel de atención. Estos proveedores, en caso de complejidad, deben referir a sus pacientes al segundo y tercer nivel de la red pública. También contrata servicios diagnósticos y tratamiento de alta complejidad, sobre todo para pacientes con cáncer. Las cooperativas y universidades trabajan con su propio personal (29).

## **Rectoría del sistema de salud**

Según el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud

Por Rectoría debe entenderse el ejercicio político, técnico, administrativo y legal del Ministerio de Salud, para dirigir, conducir, regular, controlar y fiscalizar los diferentes procesos de la sociedad relacionados con la producción social de la salud y el gasto público en salud (30).

Con el proceso de reforma iniciado en los años noventa se reafirmó el papel rector del MS para lo cual se establecieron las siguientes 4 funciones básicas: dirección y conducción, vigilancia de la salud, regulación e investigación científica y desarrollo tecnológico.

## **Dirección y conducción**

Es el proceso sistémico orientado a dirigir políticamente y a guiar de manera operativa y estratégica la producción social de la salud. Esta función se fundamenta en la formulación y seguimiento al cumplimiento de la Política Nacional de Salud, Programas Sectoriales de Salud y Planes Estratégicos en Salud, para lo cual, requiere de planificación, coordinación e integración de las actividades relacionadas con la producción social de la salud y con la promoción

de la capacidad de respuesta de los actores que participan en este proceso (30).

### **Vigilancia de la salud**

Garantiza el fortalecimiento de la salud en los distintos espacios población del territorio nacional, mediante la conducción, dirección y evaluación de las intervenciones sanitarias a partir del Análisis de la situación de salud y la Vigilancia epidemiológica y la elaboración de escenarios de salud, los cuales constituyen el principal insumo para la función de planificación estratégica. Incluye el desarrollo de sistemas de información para la medición, análisis y monitoreo de los factores que determinan la situación de salud actual y para la evaluación de escenarios futuros (31).

El MS cuenta con una dirección especializada en vigilancia en salud apoyada en una red de unidades operativas en los niveles regional y local que concentra la vigilancia en los eventos en salud. Desde 2002 el MS publica una lista de indicadores desagregados a nivel cantonal sobre el estado de salud de la población. Predomina el monitoreo de 66 enfermedades de declaración obligatoria, 11 de las cuales se someten a un control más estricto debido a su importancia y transmisibilidad (30).

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) apoya la vigilancia epidemiológica con los laboratorios y Centros Nacionales de Referencia (31). La misión, la estrategia maestra y la visión del INCIENSA son las siguientes:

“Misión: Contribuir a mejorar el estado de salud de la población a través de la generación y difusión del conocimiento e información estratégica para la toma de decisiones en salud pública; mediante la vigilancia

epidemiológica basada en laboratorio y especializada, la investigación, la enseñanza, el aseguramiento de la calidad y la verificación del cumplimiento de la normativa en productos de interés sanitario.

Estrategia maestra: dar respuesta a las exigentes demandas en salud pública, mediante un trabajo realizado con un alto nivel de compromiso; sustentado por los valores institucionales, el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad (SIGC), la gestión de redes de laboratorios y la participación en redes y comisiones técnicas nacionales e internacionales, para ejecutar con excelencia nuestros procesos misionales” (31).

Por otra parte, la Caja Costarricense del Seguro Social tiene un departamento de Epidemiología de la Salud donde vigila el comportamiento y tendencias de los indicadores de Salud, y le entrega los reportes al Ministerio de Salud (23).

### **3. Regulación del desarrollo de la salud**

Es el control y evaluación de las actividades que afectan la salud de las personas y el ambiente, para garantizar que los actores sociales que realizan actividades relativas a la salud de las personas y del ambiente, cumplan con lo estipulado en instructivos, manuales, formularios y demás instrumentos, así como en los reglamentos, leyes y procedimientos jurídicos, administrativos y técnicos. Implica difundir, capacitar, aplicar y evaluar (30).

La regulación implica control constante, o sea, velar por que los diferentes actores sociales cumplan las medidas sanitarias que rigen de manera oficial los procesos de la producción social de la salud.

El resultado debe ser el control de la calidad de la atención y de los gastos e

inversión.

Las acciones que realiza el Ministerio de Salud en el marco de la regulación del desarrollo de la salud son (30):

1. Desarrollo del sistema de salud que incluye la formulación de políticas, planes y la participación social en salud, así como sistemas de la evaluación. Ministerio de Salud.
2. Establecimiento de normas, estándares, patrones y registros. Ministerio de Salud.
3. Gestión financiera.
4. Coordinación entre organizaciones, niveles del gobierno y sectores de la economía.
5. Evaluación y seguimiento permanente a los establecimientos de salud.
6. Fortalecimiento del programa de acreditación de hospitales.
7. Acreditación académica para asegurar la calidad de la formación de recursos humanos en salud. CONESUP.
8. Regular la calidad de los alimentos y medicamentos en el país. MEIC/Ministerio de Salud.
9. Establecer vía decreto la venta libre de algunos medicamentos. Ministerio de Salud.
10. La defensa del consumidor, MEIC/Ministerio de Salud.

La Ley General de Salud y sus reglamentos(17) establecen las condiciones mínimas de operación para los prestadores médicos y afines públicos y privados en términos de infraestructura y equipo, que incluyen requisitos de calidad y seguridad para los principales insumos (recursos humanos, productos farmacéuticos, servicios de diagnóstico). El MS es el que verifica el cumplimiento de las condiciones, habilitando el permiso de operación según

clasificación de riesgo a la salud. En caso de incumplimiento, la única sanción autorizada en la Ley es el cierre de los establecimientos.

En el ejercicio de la función de regulación se han evaluado diversos programas y establecimientos, como la Atención Integral en el Primer Nivel de Atención (Evaluaciones de EBAIS), la mortalidad infantil, la protección del ambiente, el ejercicio profesional, etc. También se reconocen “los subsistemas de controles y registros de medicamentos, alimentos y equipos médicos; el de servicios de salud y los de protección al ambiente humano” (30).

Esta función la desempeña el MS a través de un conjunto de normas, reglamentos y acciones específicas que llevan a cabo las Direcciones Centrales de la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario.

El MS y la CCSS conjuntamente evalúan las actividades desarrolladas en el sector salud. Algunos programas se autoevalúan anualmente, como los compromisos de gestión y otros se monitorean con menor frecuencia, como la satisfacción del usuario. Ambas instituciones contratan organizaciones públicas y privadas, incluyendo a agencias internacionales para realizar análisis de contexto y evaluaciones de resultados e impacto. El MS está desarrollando un área específica de evaluación de impacto de las acciones en Salud, con el fin de fundamentar el diseño de políticas de salud en evidencias científicas (30).

### **Investigación científica y desarrollo tecnológico**

Es la promoción y desarrollo de investigaciones científicas y desarrollo tecnológico en salud, para producir conocimiento científico y respuestas tecnológicas necesarias para apoyar la dirección y conducción de la producción social de la salud, de acuerdo con las prioridades en salud.

En la Reforma al Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud N° 41999-S (30) desetiembre del dos mil diecinueve, se menciona:

Artículo 2.- De las funciones sustantivas para el ejercicio de la Rectoría en Salud. Para ejercer la Rectoría, el Ministerio ejecuta, de manera continua, sistemática, proactiva, multidisciplinaria, sectorial, intersectorial y participativa, las funciones sustantivas para el ejercicio de la Rectoría en Salud. Estas Funciones, no excluyentes entre sí, son:

- Dirección y Conducción Política de la Salud.
- Vigilancia de la Salud.
- Planificación de la Salud.
- Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud.
- Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud.
- Regulación de la Salud.

#### **4. Políticas Públicas Nacionales**

A identificação de normas relacionadas ao tema de Alimentos Ultraprocesados foram incluídos no Template de Regulação Nacional – Costa Rica, criado para essa pesquisa e disponível em: <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2024/07/Costa-Rica-Template-Regulacao-Nacional.xlsx> , constando as seguintes categorias de análise:

- Tema
- Título
- Sub-Título (se houver)
- Resumo
- Tipo de Norma (lei, portaria, Resolução...)

- Órgão Regulador (MS, Congresso, Agencia...)
- Data de publicação
- Fonte
- Link de acesso

## **5. Internalização**

A verificação da internalização dos acordos internacionais multilaterais na política interna dos países foi realizada a partir do framework de análise próprio, elaborado para essa finalidade que incluiu as seguintes variáveis:

- Tema
- Resolução Internacional
- Ano Organismo
- Regulamento Internacional Previsto
- Categoria
- Existe Regulamentação Nacional? ( ) Sim ou ( ) Não
- Número de Regulação Nacional
- Indicação da Regulamentação Nacional
- Observação

A análise das recomendações internacionais internalizadas pelo Estado costarricense limitou-se apenas aos alimentos ultraprocessados, em vista de que a regulação nacional da Costa Rica coletada fora limitada a esse produto.

### **Alimentos Ultraprocessados**



O código “N/A” diz respeito a recomendações internacionais relacionadas ao âmbito da pandemia de COVID-19. Isso, pois, em vista de que a coleta das normas nacionais da Costa Rica se restringiu até o ano de 2019. Optamos por considerar que as recomendações internacionais relacionadas à COVID-19 não são aplicáveis.

## 6. Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [Internet]. San José, CR: INEC;2021. [citado diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.inec.cr/estadisticas>.
2. Costa Rica en cifras 2018. INEC [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/recostaricaencifras2018.pdf>
3. Brenes Camacho G, Araya Umaña OM, González Quesada ME, Méndez Fonseca F. Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad, 1950-2050. San José, Costa Rica: CCP: INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2013. 97 p.
4. Memoria institucional 2018 Ministerio de Salud. [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/memorias/memoria\\_2014\\_2018/memoria\\_institucional\\_2018.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria_2014_2018/memoria_institucional_2018.pdf)
5. Panorama general. Informe sobre Desarrollo Humano 2019 Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2020]. Disponible en: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_overview\\_-\\_spanish.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf)
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2021 [consultado 22 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
7. Encuesta de Hogares. Cuadro 3. Costa Rica. Principales características de los hogares y de las personas por nivel de pobreza según zona, julio

2019. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS  
[Internet]. [citado 3 de diciembre de 2020].

Disponible en:

<https://www.inec.cr/buscador?buscar=pobreza>

8. Wong R. (2016). Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular, segunda encuesta 2014. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS.  
[Internet]. [citado 3

de diciembre de 2020]. Disponible en:

<https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/628/encuesta2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Costa Rica. Ministerio de Salud. Plan para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia. / Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición — San José, Costa Rica: Ministerio de Salud, 2017. [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2020]. Disponible en:

[https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/planes\\_salud/abordaje\\_obesidad.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/planes_salud/abordaje_obesidad.pdf)

10. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS 3 de octubre del 2014 [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/obesity-plan-of-action-child-spa-2015.pdf>

11. Costa Rica. Ministerio de Salud. Estrategia nacional de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad y su plan de acción San José, Costa Rica: El Ministerio, 2014. 100 p.

12. INEC. Cuadro 4 Costa Rica. Total de defunciones por sexo, según grupos de causas de muerte, 2019. Disponible en <https://www.inec.cr/poblacion/defunciones>.

13. Costa Rica. Ministerio de Salud. Plan para la Reducción del Consumo de Sal / Sodio en la población de Costa Rica 2011-2021. [Internet]. [citado 25 de enero de 2021]. Disponible

en:

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/1103-plan-nacional-para-la-reduccion-del-consumo-de-sal-sodio-en-la-poblacion-de-costa-rica-2011-2021/file>

14. Caja Costarricense del Seguro Social. Encuesta de Factores de Riesgo de enfermedades cardiovasculares. 2018. Un millón de personas en el país padecen hipertensión arterial. Noticia Teletica. Fecha: JUL. 15 202

- Disponible en:  
[https://www.google.co.cr/amp/s/www.teletica.com/amp/nacional/un-millon-de-personas-en-el-pais-padecen-hipertension-arterial\\_261906](https://www.google.co.cr/amp/s/www.teletica.com/amp/nacional/un-millon-de-personas-en-el-pais-padecen-hipertension-arterial_261906)
15. Censo Escolar Peso/Talla. Costa Rica, 2016 [Internet]. [citado 28 de enero de 2021]. Disponible en:  
<https://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/informe-ejecutivo-censo-escolar-peso-cortofinal.pdf>
  16. Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física. Costa Rica, 2018. Ministerio de salud.
  17. Ley general de salud. Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet]. [citado 13 de enero de 2021]. Disponible en:  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=63450&nValor3=72913&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=63450&nValor3=72913&strTipM=TC)
  18. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal. San José: OPS; 2019.
  19. Reglamento General Sistema Nacional Salud.  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=10255&nValor3=10974&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=10255&nValor3=10974&strTipM=TC)
  20. García, Rossana. El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. San José: CCSSUCR. [Internet]. [citado 28 de enero de 2021]. Disponible en:

[https://www.binasss.sa.cr/opac-  
ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en  
%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf](https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/El%20Sistema%20nacional%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.%20Generalidades.pdf)

21. Decreto ejecutivo No. 33151-MP, del 8 de mayo de 2006 Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet]. [citado 13 de enero de 2021]. Disponible en:

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto  
compl](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_compl)

[eto.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=63450&nValor3=72913&strTipM=TC](#)

22. Sáenz M del R, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL. Sistema de salud de Costa Rica. Salud Pública México. 2011;53:s156-67.
23. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud. caja costarricense de seguro social presidencia ejecutiva.comisión salud de junta directiva. proyecto de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. CCSS, 2019.
24. Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud\_Costa-Rica\_Evaluación-y-recomendaciones.pdf [Internet]. [citado 13 de enero de 2021]. Disponible en:[https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud\\_Costa-Rica\\_Evaluaci%C3%B3n-Recomendaciones.pdf](https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluaci%C3%B3n-Recomendaciones.pdf)
25. Caja Costarricense de Seguro Social | Indicadores [Internet]. [citado 27 de enero de 2021]. Disponible en:  
[https://www.ccss.sa.cr/est\\_indicadores](https://www.ccss.sa.cr/est_indicadores)
26. Encuesta Nacional de Hogares 2019. INEC-Enaho-2019. [Internet]. [citado marzo de 2021]. Disponible en:  
<https://www.inec.cr/estadisticas>.
27. Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral. (Dirección Nacional de CEN-CINAI). MODELO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO. Provisión de Servicios de Salud en Nutrición y Desarrollo Infantil. [Internet]. [citado 13 de enero de 2021]. Disponible en:  
[https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/memorias/memoria20\\_09/memoriainstitucional2008.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria20_09/memoriainstitucional2008.pdf)

28. Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Costa IAFA 2012 [Internet]. [citado 14 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.iafa.go.cr>
29. Fortalecimiento de la prestación de servicios. Documento Estratégico. Monografía. San José, Costa Rica. Diciembre 2016. CCSS, 2016.
30. Reglamento orgánico Ministerio de Salud.  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_compl](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_compl)

[eto.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=63251&nValor3=95531&strTipM=TC](#)

31. Reglamento Autónomo Decreto N° 41623-S Publicado

AlcanceN106\_2019-05-13.pdf [Internet]. [citado 14 de enero de 2021].

Disponible en:

[https://www.inciensa.sa.cr/inciensa/Inciensa%20Transparente/Juridico/Reglamentos/Reglamento%20Autonomo%20Decreto%20N%C2%B0%2041623-S%20Publicado%20AlcanceN106\\_2019-05-13.pdf](https://www.inciensa.sa.cr/inciensa/Inciensa%20Transparente/Juridico/Reglamentos/Reglamento%20Autonomo%20Decreto%20N%C2%B0%2041623-S%20Publicado%20AlcanceN106_2019-05-13.pdf)