



Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030

Dr. Daniel Salas Peraza
Ministro de Salud

Dra. Andrea Garita Castro
Directora Dirección de Planificación, Ministerio de Salud

Dra. Rosibel Méndez Briceño
Jefa de la Unidad de Planificación Sectorial, Ministerio de Salud

Dra. Margarita Claramunt Garro
Coordinadora Nacional ENTO, Ministerio de Salud

M.Psc. Miriam Fernández Esquivel
Apoyo técnico, Ministerio de Salud

Licda. Arelis Araya Jiménez
Apoyo técnico, Ministerio de Salud

Dr. José Eduardo Carvajal Obando
Apoyo técnico, Ministerio de Salud

Dr. Wilmer Marquiño Quezada
**Asesor Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades
OPS/OMS Costa Rica**

Licda. Cinthya Madrigal Rodríguez
Licda. Sarita Chaves Carrillo
MSc. Rebeca Alvarado Prado
Equipo consultor, Cisolud S.R.L

María Fernanda Cordero Pagoaga
Diseñadora

Asesorías En-Comunicación
Portada y arte final

616.398

Costa Rica. Ministerio de Salud.
Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No
Transmisibles y Obesidad 2022-2030 - San José, Costa Rica: El
Ministerio 2021.

156 p.; 21,59 x 27,94cm 17.2 MB PDF.

ISBN 978-9977-62-229-3

1.Enfermedades no transmisibles. 2. Obesidad.
3. Ministerio de Salud. 4. Costa Rica.

Agradecimientos

Especial agradecimiento por su contribución en la elaboración de la presente Estrategia:

EQUIPO TÉCNICO INSTITUCIONAL DE RECTORÍA DE ENTO

Unidad de Planificación Sectorial

Sra. Margarita Claramunt Garro
Sr. José Eduardo Carvajal Obando
Sra. Miriam Fernández Esquivel
Sra. Arelis Araya Jiménez

Unidad de Seguimiento y Evaluación

Sra. Nelly Zúñiga Méndez
Sra. Rosibel Vargas Gamboa

COMISIÓN NACIONAL INTERSECTORIAL ENTO

Ministerio de Salud

Sra. Adriana Torres Moreno
Sr. Allan Rímola Rivas
Sra. Ileana Ramírez Carranza
Sr. José Eduardo Carvajal Obando
Sra. Margarita Claramunt Garro
Sra. Miriam Fernández Esquivel
Sra. Arelis Araya Jiménez
Sra. Nelly Zúñiga Méndez

CCSS

Sra. Ana Jéssica Navarro Ramírez
Sr. Héctor Rubén Arias Mora
Sra. Maritza Solís Oviedo

INCIENSA

Sra. Adriana Blanco Metzler
Sra. Wei Wei Lu

IAFA

Sr. Esteban Masís López
Sra. Wendy Castro Castro

APOYO TÉCNICO

Ministerio de Salud

Sra. Cecilia Gamboa Cerda
Sr. Esteban Solís Chacón

CCSS

Sr. Abel Adriano Reyes
Sr. Ricardo Gómez Solís
Sr. Jaime Tortós Guzmán
Sra. Dominique Guillén Femenias
Sr. René Valladares Valladares
Sr. José Miguel Angulo Castro

INCIENSA

Sra. Hilda Núñez Rivas
Sra. Marlen Roselló Araya
Sra. Jaritza Vega Solano
Sra. Karol Madriz Morales
Sra. Karla Benavides Aguilar

Unidad Armonización de los Servicios de Salud

Sra. Ileana Ramírez Carranza

Vigilancia Enfermedades No Transmisibles

Sra. Adriana Torres Moreno

Economía de la Salud

Sr. Allan Rímola Rivas

ICODER

Sra. Elizabeth Cháves Alfaro
Sr. Minor Monge Montero

CEN-CINAI

Sra. Ana Cecilia Castillo Vásquez
Sra. Eugenia Villalobos Hernández

INS

Sra. D'angela Esquivel Pereira
Sr. Víctor Julio Arroyo Vega

MEP

Sra. Hannia Quirós Quirós
Sra. María Palma Ellis
Sra. Tatiana Patricia Méndez Aguilar

OPS/Costa Rica

Sra. María Laura Chacón Roldán
Sr. Wilmer Marquiño Quezada

IAFA

Sr. Jesús Méndez Muñoz
Sra. Carolina Salas Aguilar

Escuela de Nutrición UCR

Sra. Xinia Fernández Rojas

Escuela de Salud Pública UCR

Sra. Tatiana Gamboa Gamboa

Colegio Profesional de Nutricionistas

Sra. Norma Meza Rojas

Costa Rica Saludable

Sra. Nidia Amador Brenes
Sra. Carolina Bolaños Palmieri
Sra. Tatiana Gamboa Gamboa

| | |
|--|------------|
| Siglas, acrónimos y abreviaturas | 10 |
| Presentación | 12 |
| 1. Resumen ejecutivo | 13 |
| 2. Introducción | 14 |
| 3. Metodología | 15 |
| 4. Marco contextual | 17 |
| A. Mundial | 17 |
| B. Regional | 24 |
| C. Nacional | 28 |
| 5. Situación de las ENTO 2013-2021 | 32 |
| A1. Estado Actual de las ENTO en Costa Rica | 33 |
| 1. Enfermedades cardiovasculares | 35 |
| 2. Enfermedades cerebrovasculares | 42 |
| 3. Enfermedades respiratorias crónicas | 45 |
| 4. Enfermedad renal crónica (ERC) | 49 |
| 5. Cáncer | 54 |
| 6. Hipertensión arterial | 62 |
| 7. Diabetes | 64 |
| 8. Obesidad | 67 |
| A2. Carga económica de las ENTO | 73 |
| B. Factores de riesgo y factores protectores | 76 |
| 1. Consumo nocivo del alcohol | 76 |
| 2. Consumo excesivo de sal/sodio | 82 |
| 3. Consumo de tabaco | 87 |
| 4. Actividad física | 92 |
| 5. Alimentación saludable | 95 |
| 6. Salud mental | 97 |
| 7. Ambiente | 100 |
| C. Alcance de la Estrategia Nacional ENTO 2013-2021 | 103 |
| D. Nivel de cumplimiento de las metas de impacto de la Estrategia Nacional ENTO 2013-2021 | 105 |
| 6. Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las ENTO 2022-2030 | 117 |
| A. Principios y enfoques | 119 |
| B. Objetivo general de la Estrategia | 122 |
| C. Líneas estratégicas, objetivos y áreas de intervención | 122 |
| D. Metas de la Estrategia | 124 |
| Meta global | 124 |
| Metas de impacto y líneas base | 125 |
| E. Coordinación y articulación nacional | 126 |
| 7. Anexos | 128 |
| 8. Referencias bibliográficas | 134 |

Cuadros

| | | |
|-----------------|---|----|
| Cuadro 1 | Metas e indicadores del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 | 23 |
|-----------------|---|----|

Figuras

| | | |
|------------------|--|-----|
| Figura 1 | Etapas para la elaboración del ajuste y actualización de la Estrategia Nacional de ENTO 2022-2030 | 15 |
| Figura 2 | Factores de riesgo conductuales de las ENTO | 33 |
| Figura 3 | Proporción de defunciones debidas a ENT, Costa Rica, 2019 | 34 |
| Figura 4 | Tasa bruta y estandarizada de defunción por las ENT por sexo, por 100.000 habitantes, Costa Rica, 2019 | 34 |
| Figura 5 | Tasas de defunción estandarizadas por ENT por sexo, por 100.00 habitantes. Costa Rica, 2019 | 34 |
| Figura 6 | Porcentaje de defunciones prematuras por ENT, Costa Rica | 35 |
| Figura 7 | Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25), según provincia, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 37 |
| Figura 8 | Tasa de mortalidad por infarto agudo de miocardio (I21), según provincia de Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 40 |
| Figura 9 | Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69), según provincia, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 43 |
| Figura 10 | Tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40-J47), según provincia, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 47 |
| Figura 11 | Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica (N18), según provincia, Costa Rica, 2013-2017 (tasa por 100.000 habitantes) | 51 |
| Figura 12 | Tumores malignos más frecuentes, según sexo, Costa Rica, 2015 | 58 |
| Figura 13 | Tumores malignos con mayor mortalidad, según sexo, Costa Rica, 2019 | 60 |
| Figura 14 | Consumo de sal/sodio en población de 7 a 18 años, Costa Rica, 2016 | 85 |
| Figura 15 | Consumo de sal/sodio en población de 7 a 18 años, según sexo, Costa Rica, 2016 | 86 |
| Figura 16 | Meta establecida en la Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030 | 94 |
| Figura 17 | Condiciones de vivienda, Costa Rica, Censo 2011 | 103 |
| Figura 18 | Línea base y alcance, con respecto a las metas de impacto 1.1 y 1.2 de la Estrategia 2013-2021 | 107 |
| Figura 19 | Línea base y alcance, con respecto a las metas de impacto 1.3 y 1.4 de la Estrategia 2013-2021 | 108 |
| Figura 20 | Línea base y alcance, con respecto a las metas de impacto 1.5 y 1.6 de la Estrategia 2013-2021 | 108 |
| Figura 21 | Línea base y alcance, con respecto a las metas de impacto 1.7 y 1.8 de la Estrategia 2013-2021 | 109 |
| Figura 22 | Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 2 de la Estrategia 2013-2021 | 110 |

| | | |
|------------------|--|-----|
| Figura 23 | Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 3 de la Estrategia 2013-2021 | 110 |
| Figura 24 | Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 4 de la Estrategia 2013-2021 | 111 |
| Figura 25 | Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 5 de la Estrategia 2013-2021 | 112 |
| Figura 26 | Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 6 de la Estrategia 2013-2021 | 112 |
| Figura 27 | Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 7 de la Estrategia 2013-2021 | 113 |
| Figura 28 | Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 8 de la Estrategia 2013-2021 | 114 |
| Figura 29 | Infográfico Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las ENTO 2022-2030 | 118 |

Gráficos

| | | |
|-------------------|---|----|
| Gráfico 1 | Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 36 |
| Gráfico 2 | Tasa de mortalidad por infarto agudo de miocardio (I21), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 39 |
| Gráfico 3 | Tasa de mortalidad prematura por enfermedades isquémicas (I20-I25), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 41 |
| Gráfico 4 | Tasa de mortalidad prematura por infarto agudo de miocardio (I21), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 41 |
| Gráfico 5 | Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 42 |
| Gráfico 6 | Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 44 |
| Gráfico 7 | Tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40-J47), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 46 |
| Gráfico 8 | Tasa de mortalidad prematura por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40-J47), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 48 |
| Gráfico 9 | Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica (N18), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 50 |
| Gráfico 10 | Tasas de mortalidad por ERC por 100.000 habitantes, según sexo, ajustadas por edad y riesgos relativos (RR) con 95% de IC para Guanacaste versus el resto de Costa Rica, en periodos de 5 años, 1970-2012 | 53 |
| Gráfico 11 | Incidencia de tumores malignos por año, según sexo, Costa Rica, 2007-2015 (tasa por 100.000 habitantes) | 57 |
| Gráfico 12 | Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población masculina por año, Costa Rica, 2007-2015 (tasa por 100.000 habitantes) | 58 |
| Gráfico 13 | Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población femenina por año, Costa Rica, 2007-2015 (tasa por 100.000 habitantes) | 59 |
| Gráfico 14 | Mortalidad de tumores malignos más frecuentes por año, Costa Rica, 2009-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 59 |
| Gráfico 15 | Mortalidad de tumores malignos más frecuentes en la población masculina año, 2009-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 60 |

| | | |
|-------------------|---|----|
| Gráfico 16 | Mortalidad de tumores malignos más frecuentes en la población femenina por año, Costa Rica, 2009-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 61 |
| Gráfico 17 | Mortalidad prematura según tipo de cáncer, Costa Rica, 2012-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 61 |
| Gráfico 18 | Prevalencia de hipertensión arterial, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018 | 63 |
| Gráfico 19 | Prevalencia de hipertensión arterial según condición y sexo, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018 | 64 |
| Gráfico 20 | Prevalencia de diabetes mellitus, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018 | 65 |
| Gráfico 21 | Prevalencia de diabetes mellitus según condición y sexo, Costa Rica, 2010, 2014, y 2018 | 66 |
| Gráfico 22 | Mortalidad prematura según diabetes mellitus, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 66 |
| Gráfico 23 | Estado nutricional en población de 1 a 4 años, Costa Rica, 2008 a 2009 | 71 |
| Gráfico 24 | Estado nutricional según IMC en población de 5 a 64 años, Costa Rica, 2008 a 2009 | 71 |
| Gráfico 25 | Estado nutricional según IMC en población de 6 a 12 años, Costa Rica, 2016 | 72 |
| Gráfico 26 | Estado nutricional según IMC en población adolescente, Costa Rica, 2018 | 72 |
| Gráfico 27 | Prevalencia de diabetes mellitus, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018. Riesgo Cardiovascular | 73 |
| Gráfico 28 | Distribución por factor de provisión para neoplasias, Costa Rica, 2018 | 74 |
| Gráfico 29 | Costos por medicamentos para Diabetes Mellitus e Hipertensión, Costa Rica, 2012 y 2019 | 75 |
| Gráfico 30 | Costos por medicamentos para Diabetes Mellitus e Hipertensión, Costa Rica, 2012 y 2019 | 75 |
| Gráfico 31 | Niveles de prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último mes y año, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015 | 79 |
| Gráfico 32 | Edad de inicio del consumo de alcohol según sexo, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015 | 79 |
| Gráfico 33 | Niveles de prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en el último mes y año según sexo, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015 | 80 |
| Gráfico 34 | Consumo per cápita de bebidas alcohólicas en población mayor de 15 años, Costa Rica, 2011-2019 | 81 |
| Gráfico 35 | Prevalencia del consumo de alcohol en el último año en población mayor a 20 años, Costa Rica, 2010 y 2014 | 81 |
| Gráfico 36 | Consumo de sal y sodio en población adulta, Costa Rica, periodos 2004-2005 y 2012-2013 | 84 |
| Gráfico 37 | Consumo de sal/sodio en población adulta, Costa Rica por tipo de zona, periodos 2004-2005 y 2012-2013 | 85 |
| Gráfico 38 | Consumo de sal/sodio por grupo etario, Costa Rica, 2016 | 86 |
| Gráfico 39 | Niveles de prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida, en el último mes y año, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015 | 89 |
| Gráfico 40 | Edad de inicio del consumo de tabaco según sexo, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015 | 90 |

| | | |
|-------------------|--|-----|
| Gráfico 41 | Niveles de prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en el último mes y año, por sexo, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015 | 90 |
| Gráfico 42 | Tasa de incidencia anual de consumo de tabaco en estudiantes de secundaria, por año según sexo, Costa Rica, 2006, 2009, 2012 y 2015 | 91 |
| Gráfico 43 | Prevalencia del consumo de tabaco en el último año en población mayor a 20 años, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018 | 92 |
| Gráfico 44 | Prevalencia de población insuficientemente activa, Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006 y 2010 | 94 |
| Gráfico 45 | Prevalencia del nivel de actividad física, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018 | 94 |
| Gráfico 46 | Consumo de frutas y vegetales (5 o más porciones en un día cotidiano) en población mayor a 20 años, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018 | 96 |
| Gráfico 47 | Tasas de depresión según sexo, por cada 100.000 habitantes, Costa Rica, 2012-2016 | 98 |
| Gráfico 48 | Tasas de esquizofrenia según sexo, por cada 100.000 habitantes, Costa Rica, 2013-2019 | 99 |
| Gráfico 49 | Tasas de trastorno bipolar según sexo, por cada 100.000 habitantes, Costa Rica, 2013-2019 | 99 |
| Gráfico 50 | Tasas de intento de suicidio, según sexo, por cada 100.000 habitantes, Costa Rica, 2013-2019 | 100 |

Tablas

| | | |
|----------------|--|-----|
| Tabla 1 | Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25), según edad, Costa Rica, 2013-2019 | 38 |
| Tabla 2 | Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69), según grupo de edad, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 44 |
| Tabla 3 | Tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40-J47), según grupo de edad, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes) | 48 |
| Tabla 4 | Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica (N18), según grupos de edad, Costa Rica, 2013-2017 (tasa por 100.000 habitantes) | 52 |
| Tabla 5 | Distribución por función de consumo por enfermedad general, Costa Rica 2018, en millones de colones (CRC) | 74 |
| Tabla 6 | Mortalidad según enfermedades y condiciones transmitidas por el aire, número de defunciones y tasa por 100.000 habitantes, 2010-2014 | 101 |

Siglas, acrónimos y abreviaturas

| | |
|------------------|--|
| ACV | Accidentes Cerebrovasculares |
| ASADAS | Asociaciones Administradoras De Acueductos y Alcantarillados Rurales |
| AYA | Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados |
| CAARs | Comités Administradores de Acueductos Rurales |
| CARMEN | Iniciativa Conjunta de Acciones para la Reducción de las Enfermedades No transmisibles |
| CCSS | Caja Costarricense de Seguro Social |
| CDC | Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, por sus siglas en inglés |
| CEN-CINAI | Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral |
| CMCT | Convenio Marco para el Control de Tabaco |
| COMISCA | Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica [COMISCA] |
| CONAO | Comisión Nacional de Obesidad |
| CTCC | Comité Técnico de Enfermedades Crónicas y Cáncer |
| DM | Diabetes Mellitus |
| EBAIS | Equipos Básicos de Atención Integral en Salud |
| ECNT | Enfermedades Crónicas No Transmisibles |
| ENT | Enfermedades No Transmisibles |
| EPOC | Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica |
| ERC | Enfermedad Renal Crónica |
| FAO | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura |
| GAM | Gran Área Metropolitana |
| GARD | Alianza Global contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas |
| GYTS | Encuesta Nacional sobre Tabaquismos en Jóvenes 2015 |
| HTA | Hipertensión arterial |
| IAFA | Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia |

| | |
|-----------------|--|
| ICODER | Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación |
| IDRC | Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, por sus siglas en inglés |
| IMC | Índice de Masa Corporal |
| INCIENSA | Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud |
| INEC | Instituto Nacional de Estadística y Censos |
| IVAA | Inspección visual con ácido acético |
| IDRC | Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo |
| LINA/AYA | Laboratorio Nacional de Agua (LNA/AyA) |
| MEP | Ministerio de Educación Pública |
| MIDEPLAN | Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica |
| MINAE | Ministerio de Ambiente y Energía de Costa Rica |
| MICS | Multiple Indicator Cluster Survey |
| MPOWER | Monitor, Protector, Offer, Warn, Enforce y Raise |
| ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONU | Organización de Naciones Unidas |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PND | Plan Nacional sobre Drogas |
| PNCC | Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016 |
| PONDRAF | Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030 |
| RAFA | Reunión Red de Actividad Física de las Américas |
| RECAFIS | Red Costarricense de Actividad Física para la Salud |
| SICA | Sistema de la Integración Centroamericana |
| UCR | Universidad de Costa Rica |
| UNED | Universidad Estatal a Distancia |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| VPH | Virus del Papiloma Humano |

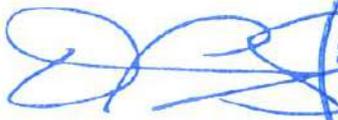
Presentación

La presente Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad (ENTO) 2022-2030, reúne el esfuerzo de múltiples actores institucionales y no gubernamentales, por construir una visión conjunta orientada a incidir positivamente sobre el tema de mortalidad prematura asociada a dichas condiciones de salud.

La Estrategia se articula con los compromisos nacionales establecidos en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente con el Objetivo 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades. De igual manera, se vincula a la Declaración de Antigua Guatemala, "Unidos para detener la Epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Centroamérica y República Dominicana".

Las Enfermedades No Transmisibles, constituyen la primer causa de mortalidad en el país desde hace varias décadas. Conllevan un alto costo para las personas que las padecen y sus familias, así como para el sistema de salud. Su origen es multicausal y por ello, es necesario el compromiso de toda la sociedad costarricense para generar acciones que permitan reducir los factores de riesgos que influyen en su aparición y potenciar los factores protectores, atendiendo a los determinantes sociales que los condicionan, así como favorecer las condiciones para la atención efectiva de las personas que la padecen, con el fin de mitigar sus efectos.

Como Ministerio de Salud, realizaremos los esfuerzos necesarios para la implementación de esta Estrategia, promoviendo la participación intersectorial y multidisciplinaria, con el fin de trabajar por mejorar la calidad de vida de la población.


Dr. Daniel Salas Peraza
Ministro de Salud



1 Resumen ejecutivo

Este documento presenta el ajuste y actualización de la Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad (ENTO) para el periodo 2022-2030, el cual se construyó a finales del año 2020, en conjunto con diferentes actores sociales e institucionales relacionados con el tema. Las Enfermedades No Transmisibles contempladas en la presente Estrategia son: las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias crónicas, renal crónica, diferentes tipos de cáncer, hipertensión, diabetes y obesidad.

Dichas condiciones presentan factores de riesgo comunes, tales como el consumo nocivo de alcohol, consumo excesivo de sal, consumo de tabaco, insuficiente actividad física y alimentación poco saludable. Asimismo, hay factores que ejercen un efecto protector, dentro de los que destacan la actividad física, la alimentación saludable, la salud mental y un ambiente saludable, libre de humo de tabaco.

Existe amplia evidencia de que las acciones orientadas a reducir los factores de riesgo y promover los factores protectores tienen efectos positivos en el abordaje de dichas patologías. Por ello, con el fin de unir esfuerzos para reducir la morbi-mortalidad por las ENT, la Estrategia Nacional ENTO 2022-2030 plantea un abordaje integral que contempla acciones orientadas a incidir sobre dichos factores, con un enfoque intersectorial, interinstitucional y multidisciplinario.

La presente Estrategia se realizó a partir de un proceso que contempló dos grandes componentes: (1) un análisis de situación que incluyó la identificación del estado actual de las ENTO y sus principales factores de riesgo asociados, así como el nivel del cumplimiento de las metas de la Estrategia 2013-2021; (2) la construcción del ajuste y la actualización de la Estrategia para el periodo 2022-2030.

Para la nueva Estrategia se definió como meta global: detener el aumento de la tasa de mortalidad prematura por ENTO, para lo cual se establecieron seis metas desagregadas por enfermedad y siete metas de efectos vinculadas a factores de riesgo y protectores. Así mismo, se plantearon cuatro líneas estratégicas con sus respectivas áreas de intervención: (1) Políticas y alianzas multi e intersectoriales, (2) Factores protectores y de riesgo, (3) Respuesta del sistema de salud y (4) Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico.

La Estrategia además contempla cinco principios y nueve enfoques, que buscan transversalizar una visión que considere los determinantes de la salud y el reconocimiento de los derechos humanos.

Introducción 2

El presente documento está conformado por ocho apartados: (1) resumen ejecutivo, (2) introducción, (3) metodología, (4) marco contextual, (5) análisis de situación de las ENTO para el periodo 2013-2021, (6) la Estrategia de Abordaje Integral de las ENTO 2022-2030, (7) anexos y (8) referencias bibliográficas.

En la metodología se expone la forma en que se llevó a cabo todo el proceso de ajuste y actualización de la Estrategia. El marco contextual contiene los antecedentes sobre las principales acciones que se han desarrollado en el plano mundial, regional y nacional para el abordaje integral de las ENTO, las referencias vigentes que involucran acuerdos, convenios, marcos jurídicos y políticos vinculados con la materia.

El análisis de la situación de las ENTO, se compone de cuatro subapartados: (a) estado actual de las ENT priorizadas, el cual contiene un análisis de situación de las enfermedades priorizadas; (b) estado actual de los factores de riesgo y protectores (consumo nocivo de alcohol, consumo excesivo de sal/sodio, consumo de tabaco, alimentación saludable, actividad física, salud mental y ambiente saludable); (c) alcance de la Estrategia Nacional 2013-2021, en el cual se menciona de manera general cómo fue, según la consulta a actores clave, el proceso de implementación durante el periodo 2013-2020; y (d) nivel de cumplimiento de las metas de impacto, subapartado para el cual se logró detallar la línea base y el alcance de estas, según la información obtenida de fuentes primarias y secundarias.

El apartado de la Estrategia 2022-2030 muestra el modelo de abordaje para las ENTO para el periodo señalado y se compone de: (a) enfoques y principios, (b) objetivos de la Estrategia, (c) líneas de acción y sus correspondientes lineamientos estratégicos, y (d) metas de la estrategia 2022-2030.

En los anexos se presenta información que amplía aspectos expuestos a lo largo del documento. Finalmente, se presenta la lista de fuentes bibliográficas consultadas para la elaboración de la presente Estrategia.

3 Metodología

Para el desarrollo del proceso de ajuste y actualización de la Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2013-2021, se trabajó sobre dos grandes componentes (1) un análisis de situación que incluyó la identificación del estado actual de las ENTO y de los principales factores de riesgo asociados, así como el nivel del cumplimiento de las metas de la Estrategia 2013-2021; (2) la construcción del ajuste y la actualización de la Estrategia para el periodo 2022-2030.

Dentro del modelo metodológico definido, se contempló el marco contextual como el encuadre que engloba los dos componentes anteriormente mencionados.

Las etapas para la elaboración de la presente estrategia fueron las siguientes:

Figura 1
Etapas para la elaboración del ajuste y actualización de la Estrategia Nacional de ENTO 2022-2030

Ajuste y actualización de la Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las ENTO 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud.

Para cada una de estas fases se utilizaron técnicas como la revisión documental, talleres, entrevistas semiestructuradas y entrevistas grupales, aplicando herramientas tecnológicas versátiles que se acoplaron a la modalidad virtual, dadas las limitaciones impuestas por la Emergencia Nacional debido a la pandemia por COVID-19.

La primera etapa permitió la identificación del estado actual de las ENTO y el nivel de cumplimiento de las metas establecidas. Para ello, fue necesario realizar tareas como: revisión documental y de líneas base, construcción de plantillas y guías de trabajo, identificación de actores sociales según las metas, convocatoria y comunicación con actores sociales, consulta a actores sociales, revisión y análisis de la información recopilada, actualización de la información sistematizada, consulta para realimentación de los hallazgos de proceso y ajuste final de resultados.

En el caso de la consulta de actores, a lo largo de todo el proceso se trabajó con informantes clave a nivel interinstitucional e intersectorial relacionado directamente con el abordaje de las ENTO y sus factores protectores y de riesgo. Se realizaron consultas individuales sobre temas específicos, de acuerdo al nivel de *expertise* en el tema, y ocho procesos formales para recopilar la información de forma grupal, a través de talleres participativos, utilizando distintas técnicas: cuestionarios en línea, votaciones grupales, pizarras interactivas, además de métodos de trabajo como discusiones, plenarias y entrevistas semiestructuradas.

Los talleres participativos se diseñaron con el objetivo de revisar la Estrategia vigente y su alcance, así como realizar el ajuste para el periodo 2022-2030 según los acuerdos grupales. Se revisó a profundidad cada elemento de la Estrategia, y a través de preguntas generadoras, se realizó una valoración de su implementación y, finalmente, se plantearon los ajustes para el periodo 2022-2030. De esta forma, respecto a los principios, metas, líneas y lineamientos, la dinámica consistió, primeramente, en revisar la Estrategia 2013-2021, antes de pasar a la discusión grupal y realizar alguna modificación. Se procuró, en ese sentido, que los espacios individuales fueran al inicio y los grupales fueran al cierre de las sesiones.

La revisión y el análisis de la información fue sistematizado en detalle con el fin de ordenar y consolidar el ajuste de la Estrategia, la cual fue validada con los actores implicados.

4 Marco contextual

El presente marco contextual responde a la necesidad de identificar las iniciativas, acuerdos, estrategias, lineamientos, políticas y planes relacionados con el abordaje de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad a nivel mundial, regional y nacional. Para cada nivel se muestra la información de manera cronológica.

A Mundial

En la 53.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2000, los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron la *Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, en la cual se comprometen a “reducir la carga de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura relacionada con las enfermedades no transmisibles” (OMS, 2000a, p. 3).

Para dicha Estrategia se propusieron tres objetivos principales: El primero hace referencia a la identificación de las emergentes Enfermedades No Transmisibles (ENT) y al análisis de los factores de riesgo y determinantes de estas, haciendo especial énfasis en aquellas poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. El segundo se inclina a la reducción de la exposición de las personas y poblaciones a factores de riesgo comunes en las ENT, como el consumo nocivo de alcohol, el consumo de tabaco, las dietas malsanas e inactividad física y otros determinantes. Por último, el tercer objetivo destaca la importancia que tienen las intervenciones de atención de salud eficaces en relación con el costo que conlleva el tratamiento de las ENT (OMS, 2000a).

En mayo del mismo año, la Asamblea de la Salud reafirma el objetivo de la Estrategia Mundial, mediante resolución WHA53.17: “disminuir la mortalidad prematura y mejorar la calidad de vida” (OMS, 2000b, p. 1) y basándose en la vigilancia, la prevención primaria y el fortalecimiento de los sistemas de salud.

A partir de la publicación de la Estrategia Mundial, los Estados miembros de la OMS han adoptado otras resoluciones que buscan reforzarla, entre ellas, el *Convenio Marco para el Control del Tabaco* (OMS, 2003a), la *Estrategia Mundial para la alimentación de lactante y el niño pequeño* (OMS, 2003b), la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud* (OMS, 2004a) y la A58.16 *Prevención y control del cáncer* (OMS, 2005a).

Según la OMS, (2003a) en cuanto al Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT-OMS), se reconoce que la propagación de la epidemia de tabaquismo es un problema mundial con graves consecuencias para la salud pública, que requiere la más amplia cooperación internacional posible y la participación de todos los países en una respuesta internacional eficaz, apropiada e integral (p. 8).

El CMCT-OMS entra a regir a partir del 27 de febrero de 2005 y cuenta con 168 países signatarios, siendo uno de los tratados más respaldados de las Naciones Unidas. Representa uno de los mayores pactos por la búsqueda del grado máximo de salud y calidad de vida de las personas y proporciona un marco de acción para el control del tabaco a nivel mundial y nacional, desde la protección contra la exposición al humo, hasta medidas de reducción mediante el control de la publicidad, promoción y patrocinio de industrias tabacaleras (OMS, 2003a).

Por otra parte, la *Estrategia Mundial para la Alimentación de Lactante y el Niño Pequeño*, basada en la resolución WHA55.25 Nutrición del lactante y del niño pequeño, insta a los Estados miembros a que adopten con carácter de urgencia dicha estrategia con el “fin de asegurar una alimentación óptima de todos los lactantes y niños pequeños y de reducir los riesgos asociados a la obesidad y a otras formas de malnutrición” (OMS, 2003b, p. 29).

Para el 2004, ante las cifras alarmantes de la poca ingesta de frutas y verduras y la creciente cantidad de casos en el mundo y las Américas por muertes a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad, la OMS y la Organización de las Naciones Unidas de la Alimentación y la Agricultura (FAO) realizan la *Estrategia mundial de alimentación, actividad física y salud*. Así mismo, en 2005, con el fin de incrementar los esfuerzos para promover el consumo de frutas y vegetales, OMS y FAO organizaron una serie de talleres con expertos en el tema, quienes se reunieron para elaborar una guía de intervención enfocada en promover el consumo de esos alimentos en los distintos países.

Dicha guía planteó principios y metas generales a cumplir de acuerdo con la situación de cada país, así como ejemplos para que las intervenciones a nivel nacional y subnacional sean eficaces, efectivas, congruentes y coherentes a la hora de promover el consumo adecuado de frutas y verduras (OMS y FAO, 2005). Dicho marco recomienda a los países la recopilación de datos sobre la oferta y el consumo de frutas y verduras integrado a un sistema de monitoreo para obtener información sobre los hábitos alimenticios, la producción agrícola y el acceso a los alimentos, entre otras variables necesarias para intervenir a través de programas de acción.

En cuanto a la prevención de cáncer, se establece, a través de la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2005, que la vigilancia y la investigación son componentes clave para la elaboración de programas de control del cáncer para cada país, los cuales deben tomar en cuenta aspectos como la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y la atención de cuidados de largo plazo (OMS, 2005a).

Para el 2008, mediante la resolución WHA61.14 (OMS, 2008a) se aprueba el Plan de Acción para la Estrategia Mundial de Prevención y Control de ENT, el cual consta de seis objetivos y establece acciones, plazos e indicadores para medir el desempeño de los Estados miembros, la Secretaría y los asociados internacionales. Lo anterior, con el fin de guiar su labor en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, entre el periodo 2008 y 2013 a nivel mundial y regional (OMS, 2008b). Los seis objetivos del plan de acción fueron los siguientes:

1. Elevar la prioridad acordada a las enfermedades no transmisibles en el marco de las actividades de desarrollo en el plano mundial y nacional, e integrar la prevención de esas enfermedades en las políticas de todos los departamentos gubernamentales;
2. Establecer y fortalecer las políticas y planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;
3. Fomentar intervenciones para reducir los principales factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol;
4. Fomentar la investigación en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles;
5. Fomentar alianzas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles;
6. Realizar un seguimiento de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes y evaluar los progresos en los ámbitos nacional, regional y mundial (pp. 6-19).

Con respecto al tema de factores protectores, en 2008 la OMS elaboró una guía para examinar los beneficios acerca de la actividad física y su promoción, tomando como antecedentes los datos alarmantes en morbilidad y mortalidad, y los factores de riesgo asociados, por ejemplo, la inactividad física (2008c).

Es así como la *Guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física* constituyó un esquema con los elementos básicos para proveer a los Estados miembros de OMS, para facilitar la promoción e implementación de políticas públicas en actividad física, (OMS, 2008c). Junto con lo anterior, la OMS, como parte de sus acciones, establece además un marco de seguimiento y evaluación para la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (OMS, 2009a).

Posteriormente, se plantearon las *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*, documento publicado en 2010 con la intención de animar a las instancias responsables de la formulación y ejecución de políticas públicas a adaptar dicha guía a sus políticas nacionales tomando en consideración las necesidades, recursos y datos relevantes de cada país, y procurando contemplar el trasfondo cultural e histórico, los valores y las desigualdades que coexisten en la coyuntura y realidad de cada población. En dicho documento se resalta que “las políticas y planes nacionales sobre actividad física deberían incorporar múltiples estrategias encaminadas a ayudar a las personas y a propiciar un entorno adecuado y creativo para la práctica de la actividad física” (OMS, 2010a, p. 35).

Ese mismo año se firma la *Carta de Toronto para la Promoción de la Actividad Física*, la cual representa un llamado a la acción a través de cinco áreas clave: planes de acción nacional, desarrollo de asociaciones, reorientación de los servicios y financiamiento que den prioridad a la actividad física, introducción de reglamentos y políticas y adopción de enfoques comunitarios (Global Advocacy Council for Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health, 2010).

Para el año 2010, se establece la resolución A63.13 Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial (OMS, 2010b), para después lanzar la *Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* (OMS, 2010c), en la cual se definieron cinco objetivos, entre los cuales se resalta:

Aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol (OMS, 2010c, p. 9).

La Estrategia, además de facilitar el apoyo técnico a los Estados miembros en materia de prevención y gestión de los trastornos ocasionados por el uso nocivo del alcohol, busca brindar elementos para mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia con el fin de desarrollar políticas basadas en evidencia y que sean evaluables (OMS, 2010c).

En este contexto, y ese mismo año, la OMS también elabora el *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*, las cuales integran el tercer objetivo del Plan de acción de la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (OMS, 2010d). En dicho documento, la entidad insta a desplegar esfuerzos mundiales para que los niños y las niñas crezcan en un entorno que prevenga el consumo de bebidas alcohólicas y alimentos con alto contenido calórico, grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal, pero que, sobre todo, se reduzca el efecto que la publicidad de este tipo de alimentos produce en la población infantil.

En abril de 2011, la OMS celebró la *primera Conferencia Ministerial Mundial sobre modos de vida sanos y lucha contra las enfermedades no transmisibles*, que organizó junto con la Federación de Rusia, en Moscú. Esta conferencia permitió a los países definir sus desafíos y respuesta requerida para abordar el tema de las ENT. Resulta clave retomar los acuerdos generados en esta primera Conferencia Ministerial de acuerdo con la OMS (2011a), plasmando tres objetivos fundamentales:

1. Poner de relieve la magnitud y el impacto socioeconómico de las enfermedades no transmisibles.
2. Examinar las experiencias internacionales en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
3. Facilitar pruebas de la necesidad imperiosa de fortalecer las iniciativas mundiales y nacionales para prevenir las enfermedades no transmisibles como parte de los planes de salud y los marcos de desarrollo sostenible.

Para el desarrollo de estos objetivos se realizaron mesas de trabajo relacionadas con la temática principal: control de tabaco, alimentación y nutrición, uso nocivo del alcohol, actividad física, deportes y transporte, seguimiento de las ENT y sus determinantes, ENT y desarrollo socioeconómico, opciones innovadoras para la financiación de la salud,

investigación y educación, atención primaria y ENT, acceso a tecnologías y medicamentos esenciales, sociedad civil y movilización social (OMS, 2011a).

Si bien los resultados de las mesas de trabajo de la *Primera Conferencia Ministerial* no representan el criterio de la OMS, funcionarían como guía de sugerencias para contemplar diferentes posiciones y visiones de los participantes que declararon y se comprometieron en tres planos: a nivel de gobierno, a nivel de Ministerio de Salud y en el plano internacional, a desarrollar política pública para la promoción de entornos saludables, así como a promover el acceso a programas integrales de prevención, tratamiento y atención de las ENT y apoyar la aplicación de las iniciativas internacionales pertinentes para hacer frente a las enfermedades no transmisibles (OMS, 2011a).

Ahora bien, resulta clave mencionar que una de las necesidades más importantes para ese momento era la urgencia de fortalecer la capacidad de vigilancia con un marco que no solo diera seguimiento a los factores de riesgo, sino también a los resultados de morbilidad y mortalidad, principalmente en país de ingresos bajos y medios, lo cual sin duda significaba un avance necesario para la toma de decisiones (OMS, 2011a).

Se discutió la necesidad de aumentar recursos para la salud y la prevención de las ENT a través de nuevos sistemas de financiación, la necesidad de llevar a cabo investigación, el uso nocivo del alcohol como factor de riesgo evitable y las medidas restrictivas, de comercialización, regulaciones e intervenciones para la prevención del uso nocivo. Por otro lado, se abordó la preocupante subida del consumo de tabaco a nivel mundial y posibles medidas económicas para disminuir la demanda (OMS, 2011a).

Por otra parte, el acceso a medicamentos esenciales, seguros y de calidad se determina como un factor clave para la calidad de vida de las personas con ENT, y los gobiernos juegan un papel importante en la regulación de este mercado; además, de acuerdo con la *Primera Conferencia Ministerial Mundial*, son “*los responsables del acceso equitativo, la calidad, la seguridad y el uso adecuado de los medicamentos y los dispositivos médicos*” (OMS, 2011b, p. 3). Asimismo, se reconoce la importancia de programas preventivos y de control de las ENT desde sistemas de salud basados en atención primaria de la salud.

En septiembre del 2011, tuvo lugar a la *Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de la ONU sobre la prevención y control de las Enfermedades no Transmisibles*, en la ciudad de Nueva York. En esta reunión, jefes y jefas de Estado y de Gobierno y otros representantes, reconocen que “*las enfermedades no transmisibles son una amenaza para las economías de muchos Estados miembros, y que pueden aumentar las desigualdades entre países y poblaciones*” (ONU, 2011, p. 1). Además, reafirman “*el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*” (ONU, 2011, p. 2).

En dicha reunión se establecieron retos y puntos clave para afrontar las ENT y sus repercusiones en el desarrollo de las sociedades y se reconoció que abordar este desafío requiere el esfuerzo de todos los gobiernos y toda la sociedad para reducir los factores de riesgo y crear entornos que promuevan la salud, reforzar las políticas y los sistemas de salud nacionales, promover la cooperación internacional y las alianzas de colaboración, incentivar la investigación y desarrollo, y finalmente dar seguimiento y evaluar los proyectos, planes

y programas de los Estados miembros (ONU, 2011).

Para el 2012, en la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud se establece el *Proyecto de Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición materna, del lactante y del niño pequeño*, en el cual se retoman metas mundiales, y en su meta 4 se plantea que al 2025 se debe “lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez” (OMS, 2012a).

En marzo de 2013, durante la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, se firma la resolución *A66-8 Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, el cual cuenta con un total de 25 indicadores y 9 metas mundiales (OMS, 2013b), siendo este parte del *Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* (OMS, 2013a)

Las metas de este plan fueron:

1. Reducción relativa del 25% de la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.
2. Reducción relativa de al menos un 10% del uso nocivo del alcohol, según proceda en el marco del contexto nacional.
3. Reducción relativa del 10% en la prevalencia de inactividad física.
4. Reducción relativa del 30% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio en la población.
5. Reducción relativa del 30% de la prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años.
6. Reducción relativa del 25% de la prevalencia de hipertensión, o limitación de la prevalencia de hipertensión en función de las circunstancias del país.
7. Detener el aumento de la diabetes y la obesidad.
8. Al menos el 50% de las personas que lo necesitan reciben farmacoterapia y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) para prevenir los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.
9. 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, tanto en los centros de salud públicos como en los privados (pp. 31-32).

La principal finalidad del Plan de Acción Mundial se basó en prevenir y reducir la carga de morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles. El plan, además, plantó ocho principios: derechos humanos, cooperación internacional y solidaridad, acción multisectorial, empoderamiento de las personas y las comunidades, cobertura sanitaria

universal, consideración de todo el ciclo de vida, estrategias basadas en evidencia, y manejo de conflicto de intereses (OMS, 2013a).

En octubre de 2015, durante el septuagésimo periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se aprueba la resolución A70.1: *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, a partir de la cual los Estados miembros se comprometen a trabajar por el desarrollo del mundo, a través del alcance de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas. Estos objetivos y metas “son de carácter integrado e indivisible y conjugan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental” (ONU, 2015, p. 1).

Durante la Asamblea General, los Estados miembros se comprometieron a adoptar estos objetivos con el fin de transformar el desarrollo de la humanidad y la salud. Declararon, también, su compromiso con la prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles. En su tercer objetivo, se comprometieron a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas de todas las edades. Además, en el ODS 2 se plantea “poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible” y en el ODS 3 “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas” (ONU, 2015, pp. 17-18).

Específicamente, el ODS 3 hace referencia directa a las ENT, las cuales se toman como referente para la presente Estrategia; además de la meta 3.a, que consiste en fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (ONU, 2015), se establecen las siguientes metas e indicadores:

Cuadro 1

Metas e indicadores del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3

| META | INDICADOR |
|---|---|
| 3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. | 3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas. 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio. |
| 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. | 3.5.1 Cobertura de los tratamientos farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento de trastornos por abuso de sustancias adictivas. 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo del alcohol per cápita (a partir de los 15 años) durante un año civil en litros de alcohol puro. |

Fuente: Ministerio de Salud con base en Organización de Naciones Unidas, (2017).

A partir de la publicación de la Agenda 2030 y los ODS, se busca dar un giro al accionar de los estados miembros de la ONU, y todas las iniciativas y esfuerzos que se realicen deberán tomar como base esta agenda y los ODS.

Sumado a lo anterior, en 2016 se presenta, en la 9.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, la Declaración de Shangai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: garantizar la salud y el bienestar sostenible para todos, cuyo objetivo es fortalecer las actividades de promoción de la salud desde tres esferas: (1) reforzar la buena gobernanza en pro de la salud, (2) mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y comunidades saludables, y (3) reforzar los conocimientos sobre la salud (OMS, 2016a, p. 4). Igualmente, en el 2016, en la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud se emite el Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil, en el cual establecen como objetivo “reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad debidas a las enfermedades no transmisibles, (...) tanto en la infancia como en la edad adulta y limitar el riesgo de que la siguiente generación sufra obesidad” (OMS, 2016b).

Más recientemente, en el 2019 se publica el *Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030*, en el se vuelve a reconocer “la actividad física regular es un factor de protección bien conocido para la prevención y el tratamiento de las principales enfermedades no transmisibles (ENT)” (OMS y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019, p. 12). Por lo tanto, este Plan de Acción no solo representa un paso importante para la prevención de las ENT, sino que también busca contribuir “al logro de los objetivos comunes, las prioridades políticas y la ambición de la Agenda 2030” (OMS y OPS, 2019, p.12).

Según la revisión del Plan de Acción Mundial para el control y prevención de las ENT 2013-2030, realizada para aplicar en el periodo 2023-2030, el abordaje de las ENT tiene nuevos retos de cara a la pandemia del COVID-19, que llevan a la necesidad de crear y mantener entornos saludables así como desafíos en la atención a las personas con ENT desde los servicios de salud. Las acciones multisectoriales destinadas a “reconstruir para mejorar”, deben integrar las intervenciones contra las ENT en las iniciativas para reconstruir sistemas de salud resilientes, en particular a través del fortalecimiento de la asistencia primaria de salud y la cobertura sanitaria universal.

B Regional

De manera paralela a las acciones planteadas a escala mundial, los Estados miembros de la región de las Américas fueron adoptando una serie de acuerdos para avanzar en la atención de las ENTO. En 2002, durante la 26.^a Conferencia Panamericana en la 54.^a Sesión del Comité Regional, se emite la resolución CSP26.R15 *Respuesta de Salud Pública a las enfermedades crónicas*, donde se reconoce que las ENTO son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe. Esta resolución “respalda un enfoque integrado a la prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante la Iniciativa Conjunta de Acciones para la Reducción de las Enfermedades No transmisibles (CARMEN)” (OPS, 2002a, p. 1).

A través del análisis de la situación de los países de la región y los alarmantes datos

que arrojaron las encuestas realizadas en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua acerca de los factores de riesgo, los Ministerios de Salud de cada país lograron dimensionar el contexto y la prevalencia de las enfermedades, lo que les permitió llevar a cabo iniciativas puntuales y conjuntas para tratar dicha problemática. Así es como nacen las comisiones de trabajo a nivel regional o subregional, como el *Comité Técnico de Enfermedades Crónicas y Cáncer (CTCC)*, en el marco de la Secretaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana la Comisión (Sub) Regional de Enfermedades Crónicas y la *Comité Técnico de Enfermedades Crónicas y Cáncer (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica [COMISCA], 2009)*.

Por su parte, la OPS emite en el 2006, la Resolución CD47.R9 (OPS, 2006), la cual da lugar al desarrollo de la Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, que incluye el régimen alimentario, la actividad física y la salud, y cuya meta es “prevenir y reducir la carga de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo conexos en las Américas” (OPS, 2007a, p. 11).

En dicha resolución se insta a los Estados Miembros a que implementen el Plan de Acción, desde un enfoque de sistema de salud integrado basado en atención primaria de salud, la intersectorialidad, la vigilancia y evaluación de la eficacia de los programas (OPS, 2006). La Estrategia (OPS, 2007a) propone seis enfoques estratégicos:

1. Promoción de los cambios de política y formulación de una política pública eficaz.
2. Fortalecimiento de la capacidad para llevar a cabo actividades comunitarias.
3. Fortalecimiento de los servicios de salud la prevención y el control integrado de las enfermedades crónicas.
4. Refuerzo de las competencias de la fuerza laboral para la atención de salud en el ámbito de la prevención y el control de las enfermedades crónicas.
5. Creación de alianzas multisectoriales y redes para luchar contra las enfermedades crónicas.
6. Fortalecimiento de la capacidad para generar información y gestionar los conocimientos sobre las enfermedades crónicas (pp. 9-11).

Además de lo anterior, propone líneas de acción para hacerle frente a la prevalencia de las enfermedades crónicas, relacionadas con el manejo de políticas y programas políticos de salud pública: “Política pública y promoción de la causa, vigilancia, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y manejo integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo” (OPS, 2007a, pp. 11-13).

Para el año 2009, se publica el *Plan de Salud Centroamericano*, el cual propone como un objetivo estratégico: “reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles y

no transmisibles, violencia de género y social, ambiente y los estilos vida” (COMISCA, 2009, p. 20). Dicho objetivo respondía al componente salud del plan y, a su vez, al perfil epidemiológico de la situación particular para ese entonces, donde las ENT ocupaban el primer lugar en las tasas de mortalidad en los países de la región y los estudios poblacionales de las capitales centroamericanas reportaban una elevada prevalencia en las ENT y los factores de riesgo (COMISCA, 2009). “En el marco del plan, se conformó la Comisión Técnica de Enfermedades Crónicas y Cáncer, la cual está integrada por representantes del sector salud, Ministerios de Salud e institutos de seguridad social y un representante del INCAP (Sistema de la Integración Centroamericana, 2020)”.

De esta forma, se plantean siete desafíos de la región, todos en relación con la promoción de la salud en función de las ENTO y la carga de morbilidad y mortalidad asociadas a estas. Es válido recordar que para ese momento los desafíos planteados fueron:

(1) Inicio del trabajo con la población joven en los aspectos de prevención de los factores de riesgo, (2) Conocimiento de la magnitud de la carga real de morbilidad y mortalidad por ENT y sus factores de riesgo, (3) Promoción del uso de medios de transporte masivos y el consumo de frutas y vegetales, (4) Ratificación e implementación del convenio marco del tabaco y aprovechar la oportunidad de la poca prevalencia del uso del tabaco, (5) Políticas para la regulación de las grasas trans y de la sal, (6) Mejoramiento de la vigilancia y el monitoreo de la calidad de atención, (7) Organización de los servicios que oriente a la atención integral de las enfermedades crónicas y a la preparación de los recursos humanos para enfrentar estos desafíos (COMISCA, 2009, p. 26).

En febrero de 2011 tiene lugar a la Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las ENT y la Obesidad, en la cual los Ministros y Ministras de Salud de las Américas y sus representantes ratifican el compromiso de fortalecer las políticas de prevención y control de las ENT; además, acuerdan “facilitar la participación de sectores como educación, agricultura, comercio, medios de comunicación, industria alimenticia, gobiernos locales y otros, junto con las autoridades sanitarias, para evitar los ambientes obesogénicos y contribuir a la prevención del sobrepeso y la obesidad” (OPS, 2011a, p. 3).

Otra de las acciones de la región por parte de COMISCA tuvo lugar en junio de 2011, durante la XXXIV Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana en el marco de la Cumbre de Naciones Unidas sobre ENT, donde se planteó la Declaratoria de Antigua Guatemala Unidos para detener la Epidemia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Centroamérica y República Dominicana (COMISCA, 2011a).

En diciembre de ese mismo año, la XXXV Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, consideró dentro de las resoluciones afines con las ENTO, que la Enfermedad Renal Crónica entraría dentro de las ENT como problema de salud pública de prioridad por el alto costo social y económico; por ello se solicitó incluir los riesgos laborales y la contaminación ambiental como factores de riesgo, hasta el momento vistos como no tradicionales (COMISCA, 2011b).

En 2011 se plantea la *Declaración-Llamado de acción concertada de Aruba* sobre obesidad con especial atención a la obesidad infantil, durante la Conferencia Panamericana sobre Obesidad que se realizó entre el 8 y 11 de junio en Aruba. En esta, los gobiernos participantes se comprometieron a luchar contra la obesidad, en especial la obesidad infantil, además de apoyar las políticas públicas y estrategias efectivas, incorporar la obesidad en la recopilación de datos de los sistemas de vigilancia de las ENT de los países, aumentar la conciencia del impacto negativo que tiene la obesidad en la productividad laboral y, por tanto, en el desarrollo socioeconómico de los países (OPS, 2011b).

En la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana y la 64.^a Sesión del Comité Regional, realizada el 17 al 21 de setiembre del 2012, se emite la resolución CSP28.9 que da lugar a la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2012-2025*, la cual es elaborada como respuesta a la consulta regional y pone especial énfasis en las necesidades de brindar aún más atención a las ENT en la agenda económica y de desarrollo, con enfoque multisectorial, de modo que involucre al sector público o gobierno, sector privado, sector académico y sociedad civil a nivel regional, subregional y nacional (OPS, 2012a).

Así mismo, a pesar de que en la región se ha trabajado en importantes iniciativas y políticas públicas dirigidas a la prevención de las ENT, contando con nuevos conocimientos e información actualizada acerca de estas, la Estrategia reconoce que siguen prevaleciendo desigualdades socioeconómicas en temas de acceso a servicios de salud (OPS, 2012a).

Otra de las necesidades pendientes que se desprenden de dicha Estrategia, es que para esa fecha se hablaba de la urgencia de integrar la vigilancia de las ENT de manera más eficiente y robusta en los sistemas de información de salud existentes, utilizando los instrumentos de la OMS/OPS de forma estandarizada, a fin de contribuir al propósito esencial de la Estrategia de “reducir la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo prevenibles, al igual que los costos asociados con las ENT, de manera de promover el bienestar y mejorar la productividad y las perspectivas de desarrollo en la Región” (OPS, 2012a, p. 7).

A raíz de ello, se resolvió que los Estados miembros debían: darle prioridad a las ENT como un componente integrador en su política pública, establecer mecanismos para promover el diálogo entre sectores, fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación, aumentar la prevalencia de los factores protectores, mejorar la cobertura y acceso a servicios, y participar de forma activa en la preparación del plan de acción regional a presentarse el siguiente año (OPS, 2012a).

Este plan, aprobado en 2013 mediante la resolución CD52.R9 Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para el periodo 2013-2019 (OPS, 2012b), establece un marco regional de trabajo, basado en cuatro líneas de acción (OPS, 2014a).

1. Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y control de las ENT.
2. Factores de riesgo y factores protectores de las ENT.
3. Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo.
4. Vigilancia e investigación de las ENT (p. 7).

A partir de estas líneas de acción se busca trabajar en las nueve metas relativas a las ENT, las cuales se basan en las mismas nueve metas del *Marco Mundial de Vigilancia Integral para prevenir y controlar las ENT* (OMS, 2013b) de la OMS en el *Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020* (OMS, 2013a).

Por otro lado, otra de las acciones orientadas hacia las ENT, fue la *Resolución CD52.R10 La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica*, en la cual se insta a los Estados miembros a fortalecer "la vigilancia de la enfermedad renal crónica con énfasis en las poblaciones y comunidades de riesgo y los servicios de salud para mejorar la calidad y seguridad de la atención de los pacientes" (OPS, 2013a).

En cuanto al factor de riesgo de obesidad en niñez y adolescencia, desde la OPS se lanza en 2014 el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*, el cual tiene como objetivo general "detener el aumento acelerado de la epidemia de la obesidad en la niñez y la adolescencia, de manera de que no se registre aumento alguno en las tasas de prevalencia actuales en cada país" (OPS, 2014b).

Finalmente, el aporte más reciente de la región fue en 2019, con la *Iniciativa Regional para la Atención Integral para el Cáncer Pediátrico en los países de la región SICA*, cuyo primer objetivo busca "impulsar el compromiso político con respecto al diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico" (COMISCA y Sistema de Integración Centroamericana, 2019, p.21).

Nacional

En Costa Rica, las enfermedades cardiovasculares ocupan, desde finales de los años 1970, la primera causa de mortalidad en ambos sexos (Ministerio de Salud y Ministerio de Deporte y Recreación, 2011). Ante esta situación, en 1998 se desarrolló un análisis de la situación de las ENT en Costa Rica, y en 1999 el país se adhiere a la Red Panamericana de proyectos *Iniciativa Conjunta de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles* (CARMEN) (Hernández, 2011).

El país fue respaldado por la OPS con sede en Costa Rica, mediante la resolución CSP26.R.15, en la cual esta se compromete a proporcionar cooperación técnica a los Estados miembros. Esta iniciativa, que actualmente es conocida como la Red CARMEN y tiene como principal finalidad reducir los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles en la población y tiene tres líneas de acción: (1) elaboración de políticas, (2)

acción comunitaria, y (3) servicios de salud receptivos. Además, contempla tres estrategias: (1) prevención integrada y promoción de la salud, (2) efecto demostrativo, y (3) promoción de la equidad en salud (OPS, 2002b).

Por otra parte, respecto a los planes formulados en los últimos años en el país relacionados con las ENTO se encuentra el *Plan Nacional de Salud 2016-2020*, el cual se fundamenta en un conjunto de principios y ejes transversales, orientados hacia la equidad, oportunidad y calidad en salud, así como la reducción de las brechas, la cohesión social y la sostenibilidad del sistema de salud costarricense (Ministerio de Salud, 2016a, p. 18). En este plan se destaca que la alimentación saludable, la actividad física y el consumo de tabaco son temas básicos para la prevención de ENT, las cuales se asocian de manera directa al sedentarismo, la falta de recreación sana y la prevalencia de consumo de tabaco (Ministerio de Salud, 2016a).

Dentro del análisis epidemiológico de este Plan, se aborda la mortalidad y las enfermedades más frecuentemente relacionadas, así como los factores de riesgo más comunes y su prevalencia por género. Se indica, en concreto, que la situación de Costa Rica es congruente con la mundial, ya que se cita a la OMS: “Dentro de las ENT que más muertes producen están las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas” (Ministerio de Salud, 2016a, p. 35).

Ahora bien, en relación con los compromisos país, Costa Rica suscribe la Declaración de la Política para reducir el consumo de sal en la Américas, lanzada por la OPS en 2009, y formula el *Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal/Sodio en la población de Costa Rica 2011-2021*. En dicho plan se subraya que el consumo de sal en nuestro país es mayor al valor recomendado por la OMS, lo cual constituye una amenaza para la hipertensión arterial como factor de riesgo importante en las ENT (Ministerio de Salud, 2011a).

Por otro lado, en lo referente al abordaje del tema de cáncer, en 2006 se elabora *Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016* (PNCC), como parte del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica Nacional de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Al respecto, cabe indicar que se presentaron obstáculos que dificultaron la ejecución de dicho plan, entre ellos “recursos humanos y económicos insuficientes y un trabajo poco coordinado y separado entre las instituciones del sector salud” (Ministerio de Salud, 2012a, p. 13). Por ello, se planteó un proceso de revisión y actualización del plan y se formula posteriormente el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017, el cual incluye metas e indicadores, desde el Enfoque de Determinantes de la Salud (Ministerio de Salud, 2012a).

Respecto al tema de factores protectores y de riesgo de las ENT, en atención al compromiso del Ministerio de Salud de “incidir sobre los determinantes que llevan a que las poblaciones alcancen los niveles de actividad física suficiente para obtener beneficios en la salud y la calidad de vida” (Ministerio de Salud y Ministerio de Deporte y Recreación, 2011, p. IX), en 2011 se formula el *Plan Nacional de Actividad Física y Salud*, en dos ediciones; la primera en el periodo de 2006-2010 y la segunda del 2011-2021. Este incluyó acciones relacionadas con un enfoque sobre determinantes de la salud tales como: cultura de cuidado individual

y responsabilidad colectiva, mejoramiento del hábitat humano, desarrollo de capacidades humanas, entre otros. El objetivo es puntual de dicho plan es,

Promover la actividad física en todas sus modalidades para contribuir a la salud de la población a la paz social y a la prevención y reducción de las enfermedades crónica no transmisibles, del consumo de drogas y de la violencia social (Ministerio de Salud y Ministerio de Deporte y Recreación, 2011, p. 18).

El Plan Nacional está enmarcado en la *Política de Desarrollo del Deporte, Educación física, actividad física y la Recreación 2010-2014*, e integra las siguientes modalidades: actividad física, deporte, educación física y recreación a nivel nacional a través de políticas, programas, estrategias y planes (Ministerio de Salud y Ministerio de Deporte y Recreación, 2011, p. 11).

Este Plan está dirigido a varios escenarios: comunitario, educativo, laboral, servicios de salud y centros especializados; además, define cinco principios orientadores con el objetivo de fundamentar las acciones establecidas a fin de lograr activar niveles mayores de actividad física en la población, a saber: derechos humanos, diversidad, igualdad y equidad de género y cohesión social. Así las cosas, la *Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030* busca atender la prevalencia de los bajos niveles de actividad física en toda la población, con el fin de contribuir a prevenir las ENT, sobre todo aquellas aplicadas al sobrepeso y la obesidad (Ministerio del Deporte et al., 2020).

En material legislativa, un paso importante para la prevención de las ENT en Costa Rica fue la elaboración y aprobación de la Ley 9028 Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2012a), la cual tiene los siguientes objetivos:

1. Reducir el consumo de productos elaborados con tabaco
2. Reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo de productos elaborados con tabaco
3. Reducir el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo
4. Prevenir la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes
5. Fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento a las generaciones presentes y futuras de los riesgos atribuibles al consumo de productos elaborados con tabaco y por la exposición al humo de tabaco
6. Combatir el comercio ilícito de estos productos (art. 2)

Por otro lado, en noviembre de 2014, las instituciones del sector salud firman el *Acuerdo Nacional para el Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad 2014-2021*, en el cual toman en cuenta las declaraciones internacionales de las que ha sido firmante el país, así como las Estrategias y Planes de Acción mundial y regional. En este acuerdo se firman nueve metas nacionales, que responden a las metas regionales y mundiales de prevención y control de las ENT (Ministerio de Salud, 2014).

Este compromiso país se concreta con la oficialización de la *Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas y Obesidad 2013-2021*, cuya formulación fue conducida por el Ministerio de Salud con el apoyo técnico y financiero de la OPS. Este instrumento constituyó un avance importante en la orientación, ordenamiento, articulación y consenso de esfuerzos nacionales encaminados al logro de la meta global de reducción de la mortalidad prematura por ENT (Ministerio de Salud, 2014). En dicha Estrategia se estableció como meta general “la reducción de la mortalidad prematura por las siguientes enfermedades: cáncer, cardiovascular, cerebrovascular, respiratoria crónica, renal crónica de etiología desconocida, y diabetes mellitus” (Ministerio de Salud, 2014, p. 12). En apartados posteriores se ampliará sobre la Estrategia y su alcance.

Relacionado con la Estrategia 2013 - 2021, en el 2017 se presenta el *Plan para el Abordaje Integral del Sobrepeso y Obesidad en la Niñez y Adolescencia*, con la intención de profundizar en el problema de salud pública constituido por la obesidad y el sobrepeso, y focalizar especialmente en este grupo poblacional que, de acuerdo con las tendencias, mostraba un incremento progresivo (Ministerio de Salud, 2017a). Con este plan se reconoce la necesidad de comprender la obesidad y el sobrepeso y la salud de los niños y niñas desde un enfoque que contempla múltiples factores sociales, de comportamiento y genéticos, así como la interacción con el entorno al que está expuesto el ser humano a temprana edad.

En el Plan para el Abordaje Integral del Sobrepeso y Obesidad en la Niñez y Adolescencia contempla e integra acciones multisectoriales en distintos ámbitos, según el Ministerio de Salud (2017a):

1. Intervenciones en los ambientes obesogénicos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y control del sobrepeso y obesidad en la comunidad, centros educativos y servicios de salud.
2. Normalización y control.
3. Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico.
4. Fortalecimiento de los mecanismos de acción intersectorial (p. 21).

Otra de las acciones implementadas en el país relacionada con el tema de las ENTO, fue la elaboración por parte del Ministerio de Salud y la CCSS, con apoyo de OPS, del Protocolo de Vigilancia de la Enfermedad Renal Crónica No Tradicional, en el 2019. Este protocolo tiene como objetivo general:

Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Renal Crónica No Tradicional que permita monitorear el comportamiento de la enfermedad e identificar grupos poblacionales y zonas geográficas de mayor afectación que oriente a la toma de decisiones y elaboración de políticas de salud pública (p. 13).

Como se desprende de lo expuesto en este apartado, han sido múltiples las iniciativas a nivel nacional e internacional para atender el tema de las ENTO. En este sentido, la presente Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030, se suma a dichas acciones, constituyéndose en un mecanismo para articular los esfuerzos institucionales y sociales con el fin de avanzar en un abordaje más efectivo que rescate la experiencia y conocimiento adquirido a lo largo de los años en la Estrategia anterior.

5 Situación de las ENTO 2013-2021

A.1 Estado actual de las ENTO en Costa Rica

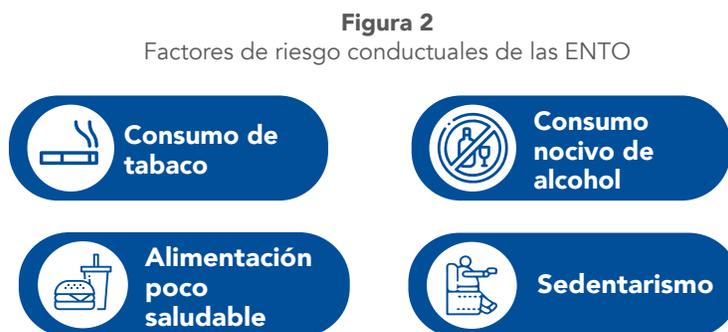
Como se ha descrito previamente, las condiciones de salud en las que se enfoca la Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad, están constituidas por las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratoria crónica, renal crónica, cáncer, hipertensión arterial, diabetes y obesidad.

Para abordar un tema como las ENTO, es necesario partir del reconocimiento de que la salud es un producto social, que se desarrolla en un contexto histórico donde diversos aspectos interactúan y ejercen una influencia a lo largo de la vida de las personas y los grupos sociales, en sus decisiones y posibilidades de acción, generando efectos que impactan directamente en el proceso salud/enfermedad de manera diferenciada. Ejemplo de ello es el hecho de que, las personas con más vulnerabilidad y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las de mayor posición socioeconómica, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, a alimentación poco saludable y presentan un acceso más limitado a los servicios de salud (OMS 2021).

Por ello, es importante mencionar la influencia en el tema de ENTO, de los determinantes sociales de la salud, los cuales son definidos por la OMS como las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Los determinantes influyen directamente sobre los factores protectores y de riesgo de las ENTO.

Sobre esta línea, existe un reconocimiento de que los principales factores de riesgo conductuales asociados a las ENTO los constituyen la insuficiente actividad física, la alimentación poco saludable, el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol. A su vez, dichas conductas están vinculadas a la aparición de los principales factores de riesgo metabólico de ENT: hipertensión (aumento de la tensión arterial), el sobrepeso

y la obesidad, hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre) e hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre), donde, según los datos disponibles a nivel mundial, el principal factor de riesgo metabólico en términos de muertes atribuibles, es el aumento de la presión arterial, seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea.



Fuente: Ministerio de Salud.

Por otra parte, en los últimos años ha habido importantes avances en el estudio de las ENT, que han permitido identificar que los trastornos mentales y otras afecciones de salud mental contribuyen a la carga mundial de las estas enfermedades. Por ello, la OMS ha recomendado a los países incluir la salud mental y el ambiente saludable como parte de las áreas a abordar en el tema de ENT, y considerar las intervenciones costo eficaces para la salud mental de la OMS, dentro de las intervenciones en materia de ENT, según corresponda al contexto local. Por este motivo, en la presente Estrategia se presenta junto a los principales factores conductuales protectores, el tema de salud mental y ambiente saludable.

Según la OMS (2020a), siete de diez causas de muerte se asocian a ENT. En 2019, las cardiopatías, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer de pulmón y la neumopatía obstructiva crónica provocaron en sumatoria 100 millones más de años de vida saludable perdidos. Así mismo, para la Región de las Américas el consumo de drogas tiene una relación importante con la discapacidad y mortalidad (OMS, 2020a).

En 2016, los años perdidos por discapacidad y muerte prematura ocasionada por ENT, estimados para Costa Rica (estandarizado por edad y por cada 100.000 habitantes) sumaron un total de 5.689,9; siendo 2.326,6 por enfermedad cardiovascular, 1.738,4 por cáncer, 847,3 por diabetes mellitus tipo 2 y 767,6 enfermedad renal crónica (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá [INCAP], COMISCA, 2020)

Para el año 2019 se estimó que la proporción de defunciones debidas a Enfermedad No Transmisibles fue de 80,73%, siendo las enfermedades cardiovasculares las de mayor proporción (31,74%). En la siguiente figura se presenta la proporción de defunciones por ENT en Costa Rica para dicho año:

Figura 3
Proporción de defunciones debidas a ENT, Costa Rica, 2019



Fuente: Ministerio de Salud

Con respecto a las diferencias por sexo, las tasas de defunciones tienen una mayor carga en los hombres que en las mujeres: 320,3 y 255,5 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Figura 4
Tasa bruta y estandarizada de defunción por las ENT por sexo, por 100.000 habitantes, Costa Rica, 2019



Fuente: Ministerio de Salud

Figura 5
Tasas de defunción estandarizadas por ENT por sexo, por 100.00 habitantes. Costa Rica, 2019



Fuente: Ministerio de Salud

Por otro lado, en el caso de la muerte prematura por ENT la proporción de muertes en menores de 70 años fue de 34,23% para el 2019.

Figura 6
Porcentaje de defunciones prematuras por ENT, Costa Rica



Fuente: Ministerio de Salud

Como se desprende de los datos presentados, resulta necesario fortalecer las acciones orientadas a la promoción de la salud de la población y la prevención de las enfermedades no trasmisibles, dado el peso que en su conjunto ocupan en la morbilidad del país y por ende, en los elevados costos que representa su atención para el sistema de salud, lo cual cobra aún mayor importancia en un contexto de creciente envejecimiento de la población.



1 Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares agrupan una serie de condiciones de salud que comprenden diversas enfermedades del corazón y del sistema vascular. Para efectos de la Estrategia se considera las enfermedades isquémicas del corazón, cuyo evento final es el infarto agudo al miocardio, debido a que en el país son las que tienen mayor peso en la mortalidad prematura, en este grupo de enfermedades.

La enfermedad isquémica del corazón agrupa aquellas condiciones que implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causadas por daño al corazón o a los vasos sanguíneos por aterosclerosis. Se estima que cada año mueren más personas por enfermedad cardiovascular que por cualquier otra causa; los principales factores asociados son edad, sexo, antecedentes familiares, el tabaquismo, la mala alimentación, la falta de actividad física, el consumo de alcohol, la hipertensión, la diabetes y la obesidad (OPS, s.f.-a).

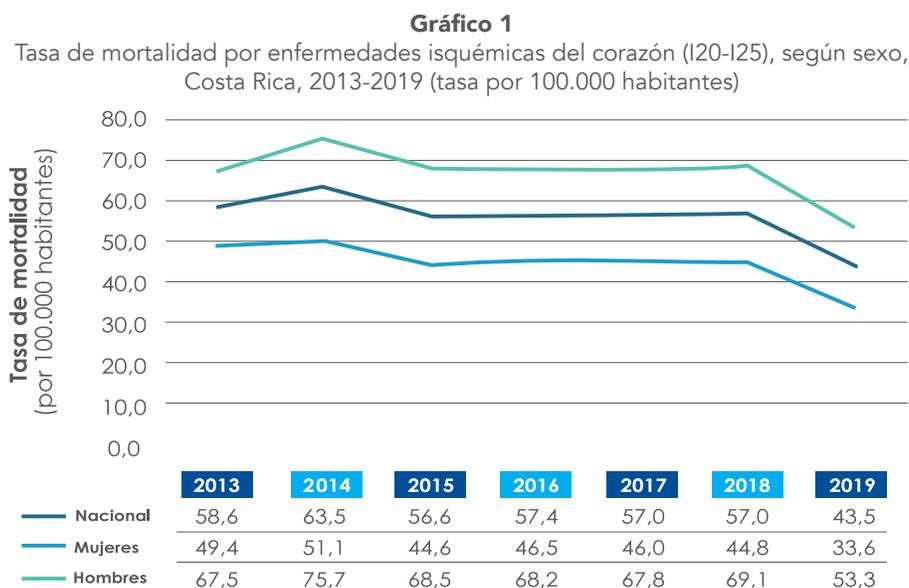
La OMS ha planteado recomendaciones para el control de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de la salud mediante un paquete de tres elementos: (1) MPOWER (Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce y Raise; en español Vigilar, Proteger, Ofrecer, Advertir, Hacer y Aumentar) para el control de tabaco, (2) SHAKE (Surveillance [Vigilancia], Harness [Movilización del Sector], Adopción de Normas, Knowledge [Conocimiento] y Entorno) para la reducción de sal y (3) HEARTS (Hábitos y estilos de vida saludables, Evidencia, Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, Riesgo cardiovascular, Trabajo en equipos multidisciplinarios y Sistemas de monitoreo) para el manejo clínico de

la hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia a través de consejería en estilos de vida y prevención secundaria (OPS, s.f.-b).

En el plano nacional, Costa Rica cuenta con la Guía para la Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares, desarrollada por la CCSS, la cual establece una serie de intervenciones orientadas a la prevención y atención de dichas enfermedades en la red de servicios de salud de dicha institución (CCSS, 2015).

Por otro lado, de los cinco grupos de causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio han sido históricamente la principal causa de muerte en la población costarricense con una tendencia creciente en la morbilidad en las últimas décadas y representan, de hecho, la cuarta causa de consulta externa y un 6% del total de egresos (CCSS, 2015).

Respecto a los datos de mortalidad por las enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25), a nivel nacional se muestra un descenso en la tasa de mortalidad cruda (por 100.000 habitantes), la cual ha pasado de 58,6 en 2013 a 43,5 en el 2019. Además, según sexo, las mujeres pasaron de 49,4 a 33,6 y los hombres de 67,5 a 53,3 por cada 100.000 habitantes en mismo período.

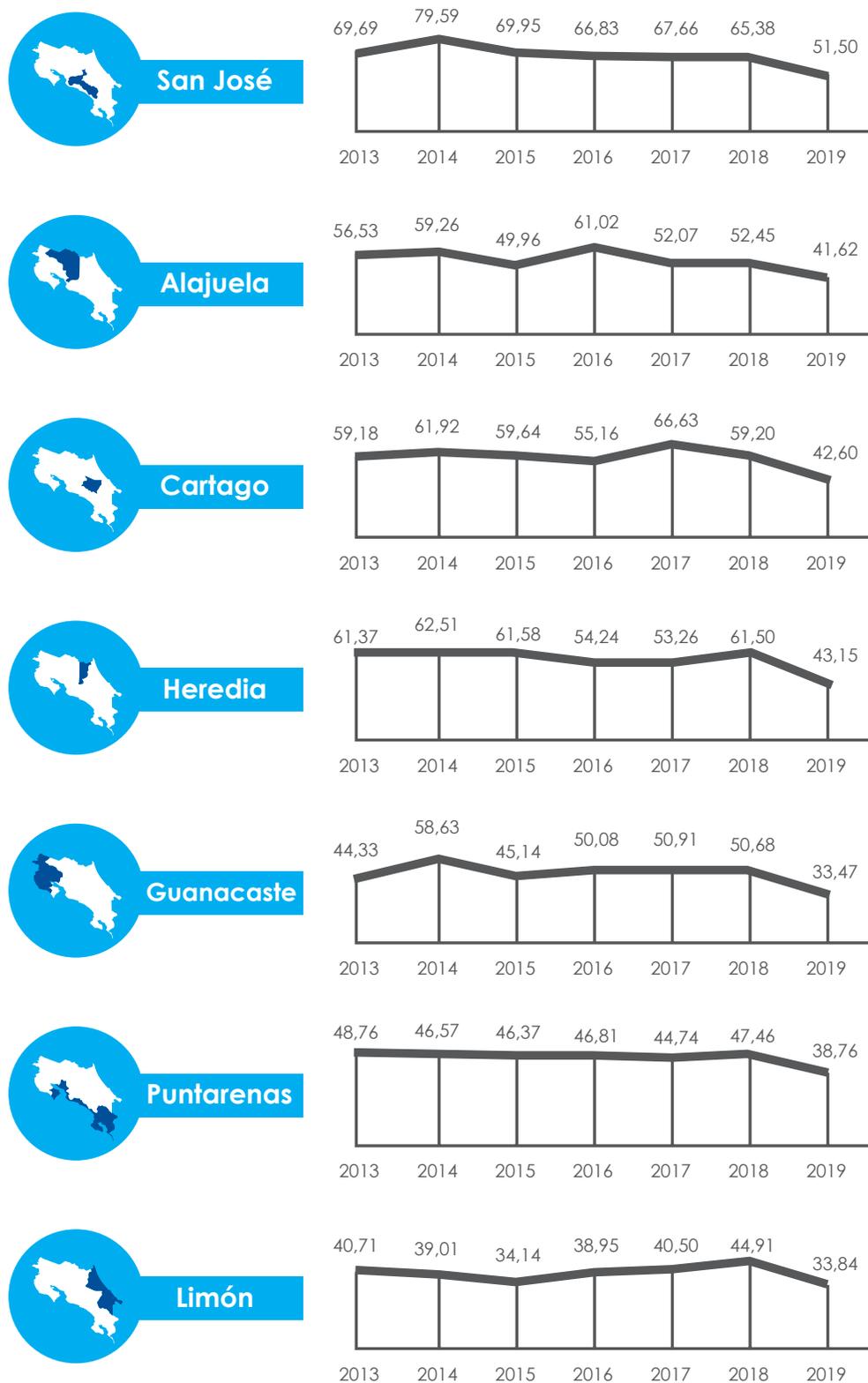


Fuente: Ministerio de Salud con base en Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y Ministerio de Salud, (2020).

Sobre el comportamiento de la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón del periodo 2013 al 2019 por provincia, se observa que (1) las tasas tienen una tendencia al descenso en general más notoria en los últimos 2 a 3 años del periodo en todas las provincias, (2) las tasas son más altas en el área del casco urbano metropolitano y más bajas desde el inicio del periodo en las provincias costeras; y (3) la magnitud del descenso registrado en cada tasa por provincia en el último año observado, comparado con la tasa del primer año de dicho periodo, es muy similar por cada provincia, es decir, el descenso se observa a nivel nacional. Por otro lado, la presentación de tasas más bajas en zonas costeras puede explicarse por densidad de población menor, en alguna medida.

Figura 7

Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25), según provincia, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

Es importante mencionar que el descenso en la tasa de mortalidad por grupo de edad a partir de los 40 años, en el periodo en mención, corrobora el descenso de registro de tasas crudas por provincia de gráficos anteriores.

Tabla 1
Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25), según edad, Costa Rica, 2013-2019

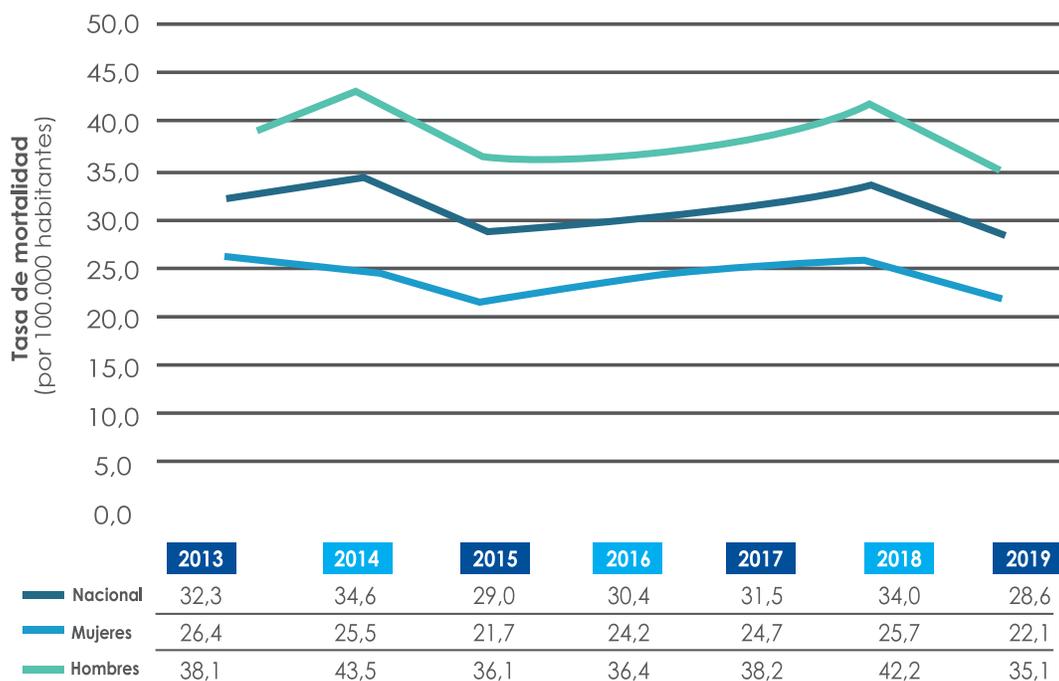
| Grupo de edad | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| <1 año | 0,0 | 0,0 | 1,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 1 a 4 años | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 5 a 9 años | 0,00 | ,0 | 0,00 | ,0 | 0,00 | ,0 | 0,0 |
| 10 a 14 años | 0,30 | ,0 | 0,00 | ,0 | 0,00 | ,0 | 0,0 |
| 15 a 19 años | 0,30 | ,0 | 0,00 | ,2 | 0,50 | ,0 | 0,0 |
| 20 a 24 años | 2,00 | ,7 | 0,90 | ,7 | 0,90 | ,5 | 0,7 |
| 25 a 29 años | 2,0 | 0,4 | 1,3 | 1,3 | 0,7 | 2,0 | 1,1 |
| 30 a 34 años | 3,9 | 3,5 | 1,9 | 2,8 | 3,0 | 2,5 | 2,7 |
| 35 a 39 años | 4,5 | 5,8 | 5,6 | 7,1 | 7,4 | 5,9 | 4,1 |
| 40 a 44 años | 12,0 | 15,8 | 10,4 | 10,6 | 14,5 | 13,7 | 11,9 |
| 45 a 49 años | 22,3 | 24,7 | 18,4 | 21,5 | 25,3 | 18,4 | 16,3 |
| 50 a 54 años | 46,2 | 45,4 | 46,4 | 40,6 | 35,6 | 41,6 | 24,6 |
| 55 a 59 años | 80,3 | 77,7 | 79,0 | 70,8 | 70,5 | 66,9 | 50,4 |
| 60 a 64 años | 141,7 | 143,1 | 128,3 | 116,0 | 115,8 | 124,4 | 91,4 |
| 65 a 69 años | 232,1 | 239,2 | 207,4 | 206,2 | 184,6 | 181,4 | 148,2 |
| 70 a 74 años | 349,8 | 430,5 | 350,0 | 333,3 | 306,6 | 265,1 | 249,4 |
| 75 años y más | 1151,4 | 1217,1 | 1049,1 | 1068,3 | 1039,5 | 1024,5 | 767,5 |

Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

Respecto a la tasa de mortalidad del Infarto agudo de miocardio (I21), esta también presenta un leve decrecimiento de 3,7 puntos entre las tasas de mortalidad crudas por cada 100.000 habitantes de 2013 y 2019. Además, se presenta una tasa de mortalidad específica en mujeres de 26,4 en 2013 y de 22,1 en 2019; mientras que los hombres pasaron de 38,1 a 35,1, respectivamente.

Gráfico 2

Tasa de mortalidad por infarto agudo de miocardio (I21), según sexo.
Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)

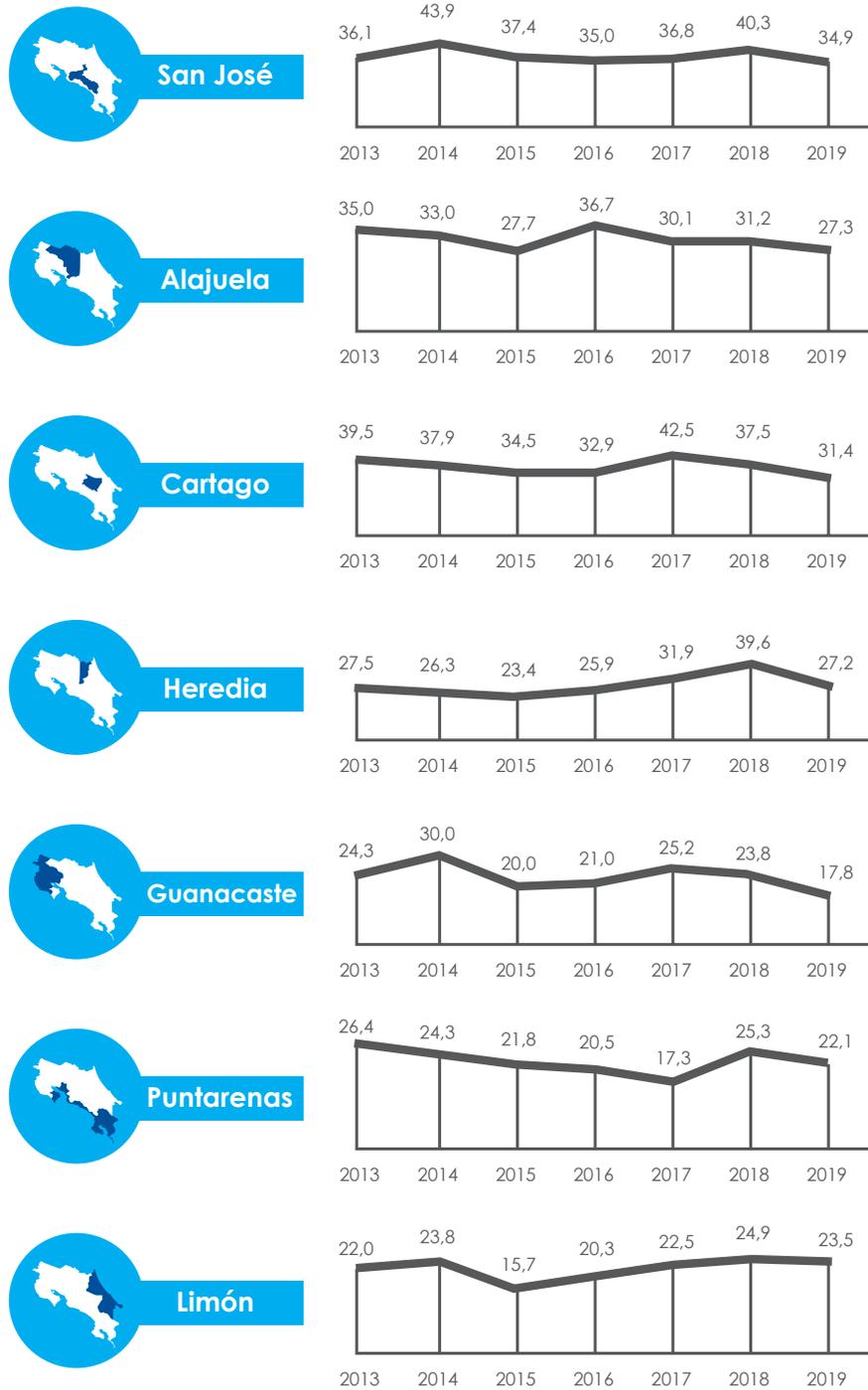


Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

Las tasas de mortalidad por infarto agudo de miocardio presentan una tendencia al descenso por cada provincia del 2013 al 2019, con tasas más altas en la Gran Área Metropolitana.

Figura 8

Tasa de mortalidad por infarto agudo de miocardio (I21), según provincia de Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)

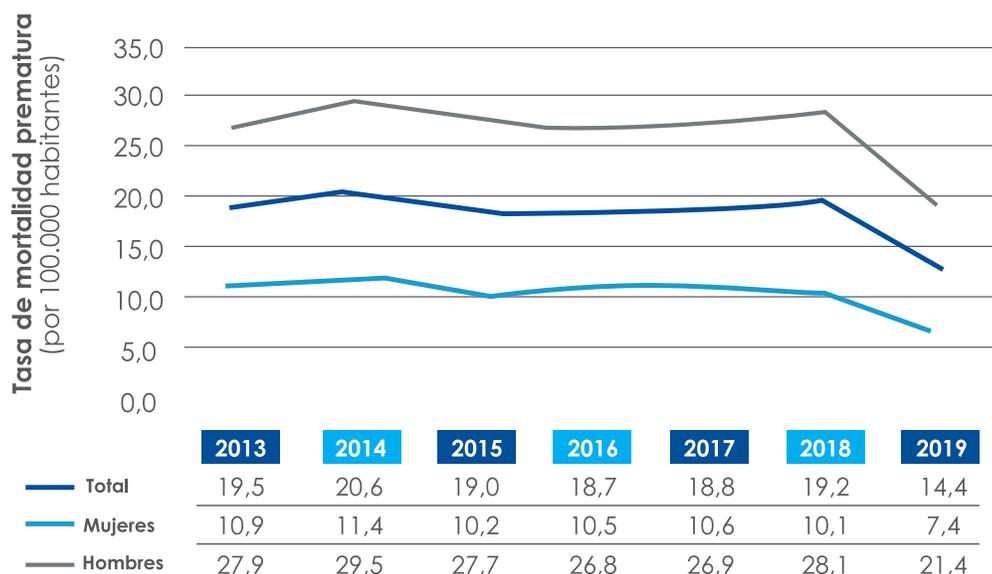


Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

Por otra parte, la tasa de mortalidad prematura por enfermedades isquémicas del corazón en Costa Rica reporta una reducción de 5,1 puntos en el periodo 2013 a 2019; para hombres fue de 6,5 y para mujeres de 3,5 puntos.

Gráfico 3

Tasa de mortalidad prematura por enfermedades isquémicas (I20-I25), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)

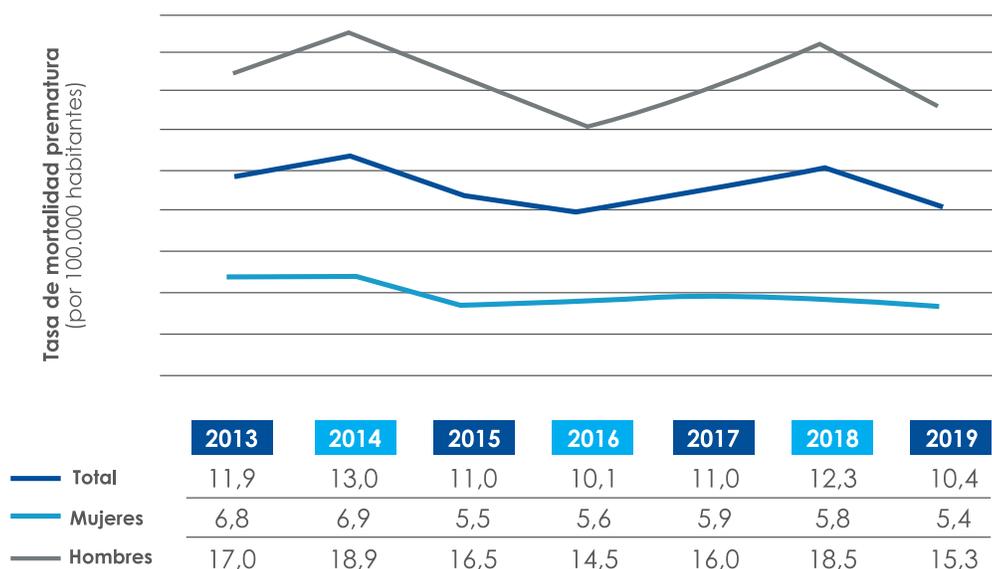


Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

Para la tasa de mortalidad prematura por infarto agudo de miocardio entre los periodos 2013 al 2019 se muestra una reducción de 1,5 puntos entre la tasa de 2013 y 2019, siendo los hombres los que presentaron un descenso más importante de 1,4 puntos entre los periodos antes mencionados.

Gráfico 4

Tasa de mortalidad prematura por infarto agudo de miocardio (I21), según sexo. Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

2 Enfermedades cerebrovasculares



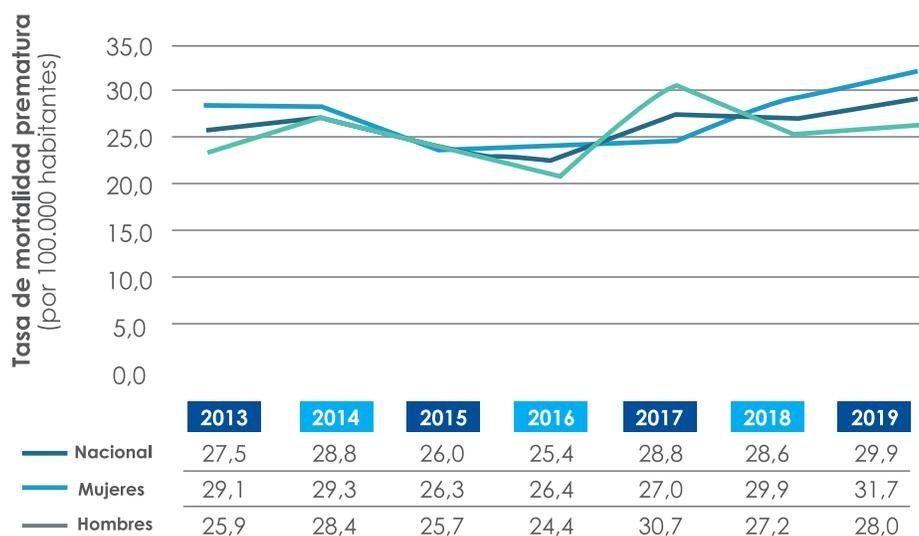
Las enfermedades cerebrovasculares, son también conocidas como accidentes cerebrovasculares (ACV) suelen ser fenómenos agudos que están asociados a obstrucciones vasculares que impiden que la sangre fluya hacia el cerebro; estos eventos están asociados con factores de riesgo como hipertensión arterial y diabetes; además de una alimentación no saludable, inactividad física, consumo de tabaco y consumo nocivo de alcohol (OMS, s.f.-a).

Los ACV son la enfermedad neurológica más frecuente; se estima una incidencia promedio mundial de 200 casos por cada 100.000 habitantes cada año, y una incidencia de 600 casos por cada 100.000 habitantes. Estos eventos representan un problema a nivel social y sanitario, pues implican una mortalidad medianamente alta o incapacitante (Bender del Busto, 2019).

A nivel nacional, se conoce que la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares 160-169 (por 100.000 habitantes) en el 2013 fue de 27,48 y mostró un aumento en 2014 (28,83). En 2016 fue de 25,42, en 2017 de 28,82, en 2018 de 28,56 y, finalmente, en 2019 de 29,85. Además, según sexo, las mujeres pasaron de 29,1 a 31,7 y los hombres de 25,9 a 28,0 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 5

Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60 - I69), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)

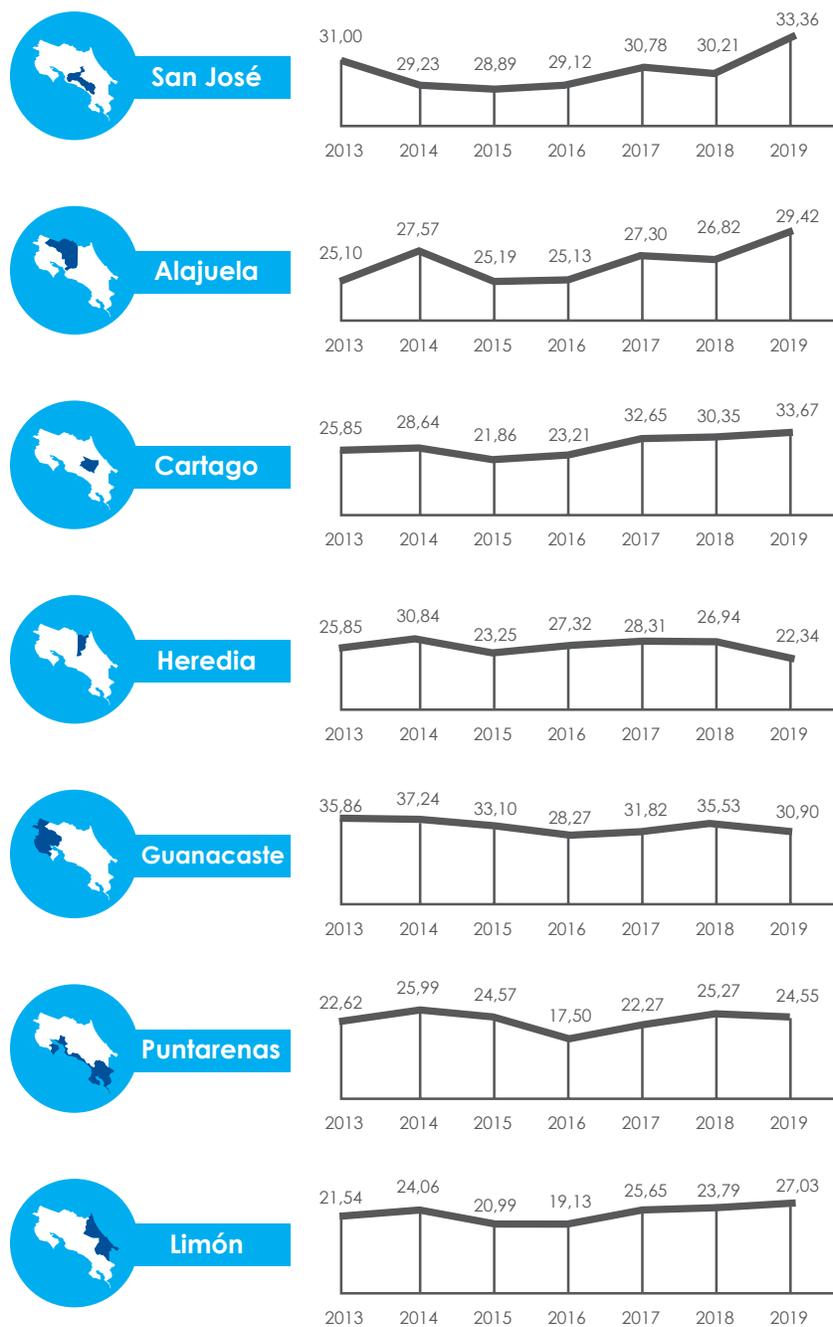


Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud (2020).

En cuanto a las provincias, en el periodo observado la tasa por AVC ha mostrado una tendencia al incremento en todas ellas, con excepción de Heredia y Guanacaste.

Figura 9

Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69), según provincia, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud (2020).

Los grupos de edad donde se presenta mayor concentración de la mortalidad por la enfermedad cerebrovascular corresponden a aquellos que agrupan a personas de 50 años y más, siendo el grupo de 75 a más años el que presenta la tasa cruda más alta.

Tabla 2

Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (160-169), según grupo de edad, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)

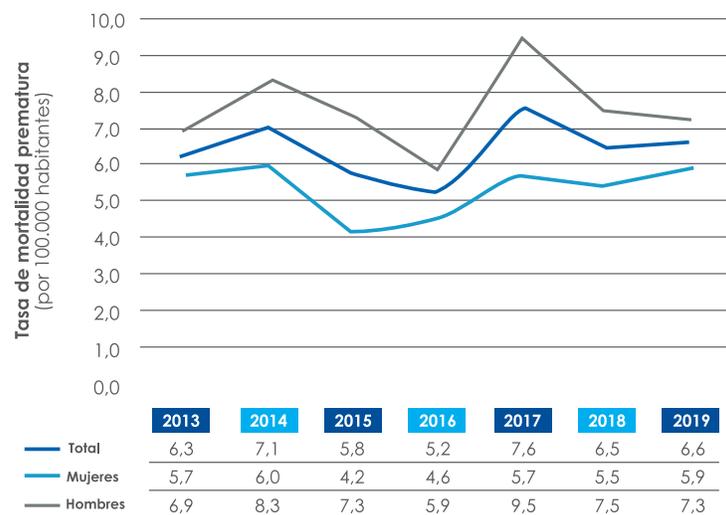
| Grupo de edad | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <1 año | 1,4 | 0,0 | 1,4 | 0,0 | 8,2 | 8,2 | 5,5 |
| 1 a 4 años | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 4,0 | 3,0 | 7,4 |
| 5 a 9 años | 0,0 | 0,3 | 0,8 | 0,0 | 1,1 | 0,8 | 0,3 |
| 10 a 14 años | 0,0 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,5 |
| 15 a 19 años | 0,2 | 0,2 | 0,7 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 |
| 20 a 24 años | 0,5 | 0,9 | 0,2 | 1,4 | 1,4 | 0,5 | 0,7 |
| 25 a 29 años | 0,7 | 0,4 | 1,8 | 1,1 | 1,8 | 1,3 | 0,9 |
| 30 a 34 años | 2,3 | 2,0 | 1,2 | 1,4 | 1,1 | 1,3 | 0,9 |
| 35 a 39 años | 3,6 | 4,4 | 4,8 | 1,6 | 4,2 | 3,3 | 2,8 |
| 40 a 44 años | 3,7 | 4,0 | 4,6 | 2,9 | 6,6 | 4,3 | 8,2 |
| 45 a 49 años | 8,8 | 12,5 | 5,1 | 9,2 | 10,6 | 9,5 | 9,5 |
| 50 a 54 años | 10,4 | 17,8 | 15,0 | 11,7 | 15,4 | 15,6 | 12,8 |
| 55 a 59 años | 21,6 | 27,4 | 19,1 | 17,6 | 22,6 | 22,3 | 16,9 |
| 60 a 64 años | 38,9 | 45,9 | 40,9 | 31,9 | 44,9 | 37,3 | 36,4 |
| 65 a 69 años | 90,4 | 66,8 | 54,7 | 54,0 | 79,8 | 55,4 | 72,1 |
| 70 a 74 años | 167,6 | 144,7 | 119,3 | 114,0 | 129,2 | 127,2 | 157,5 |
| 75 años y más | 640,6 | 654,6 | 600,4 | 589,2 | 582,9 | 602,2 | 621,3 |

Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

A partir de los datos existentes, se concluye que, respecto a la mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular, Costa Rica presenta un aumento de 0,3 puntos entre las tasas del 2013 al 2019, donde para los hombres fue de 0,4 y para las mujeres de 0,2 puntos de la tasa por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 6

Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares (160-169), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).



3 Enfermedades respiratorias crónicas

Las enfermedades respiratorias crónicas contemplan un grupo de diversas condiciones, dentro de las cuales un exponente principal es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), a la que se presta especial énfasis en la presente estrategia. El EPOC se caracteriza por una limitación persistente del flujo aéreo como respuesta inflamatoria crónica a procesos infecciosos crónicos y de inhalación de partículas o gases tóxicos (OMS, 2017a).

La EPOC es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las Américas. Pese a ser un importante problema de salud pública prevenible y tratable, fue responsable, en 2010, de más de 235.000 muertes en las Américas, con lo cual se posicionó como la sexta causa de mortalidad a nivel regional. Alrededor de un 23% de estas defunciones fueron prematuras, es decir, en personas de 30 a 69 años (OPS, 2014c). Además, se estima que hay 65,0 millones de personas con EPOC en el mundo, mientras que en la región la cifra es de 13,2 millones. La discapacidad y menor calidad de vida que conlleva esta enfermedad para el grupo que la padece, se relaciona con una carga económica importante sobre los servicios de salud y de soporte social (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017; OPS, 2014c).

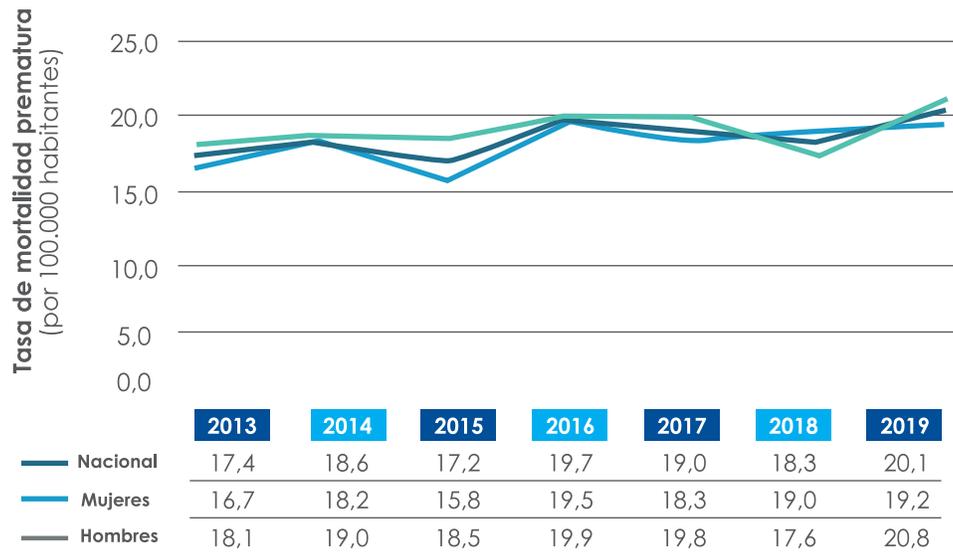
Para abordar este tipo de enfermedades, la OMS estableció la Alianza Global contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas (GARD), que agrupa organizaciones nacionales e internacionales, instituciones y organismos para promover un sistema integral enfocado en prevenir y controlar dichas enfermedades (OMS, 2020b). A ello se suman las “Medidas de control de infecciones en la atención sanitaria de pacientes con enfermedades respiratorias agudas en entornos comunitarios” (OMS, 2009b) y las publicaciones de la Alianza Mundial contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas (OMS, s.f.-b).

Por otra parte, es importante mencionar que para la prevención de estas condiciones es fundamental el abordaje, principalmente, de temas como la no contaminación del aire y del ambiente. En este sentido, trabajar el factor de riesgo referente al consumo de tabaco se considera una de las principales estrategias de prevención para este grupo de enfermedades (Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales, 2017).

En Costa Rica, la mortalidad por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40-J47) presentó una tendencia al incremento en el periodo observado, aumento que también es constante en el caso de las tasas por sexo.

Gráfico 7

Tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40-J47), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)

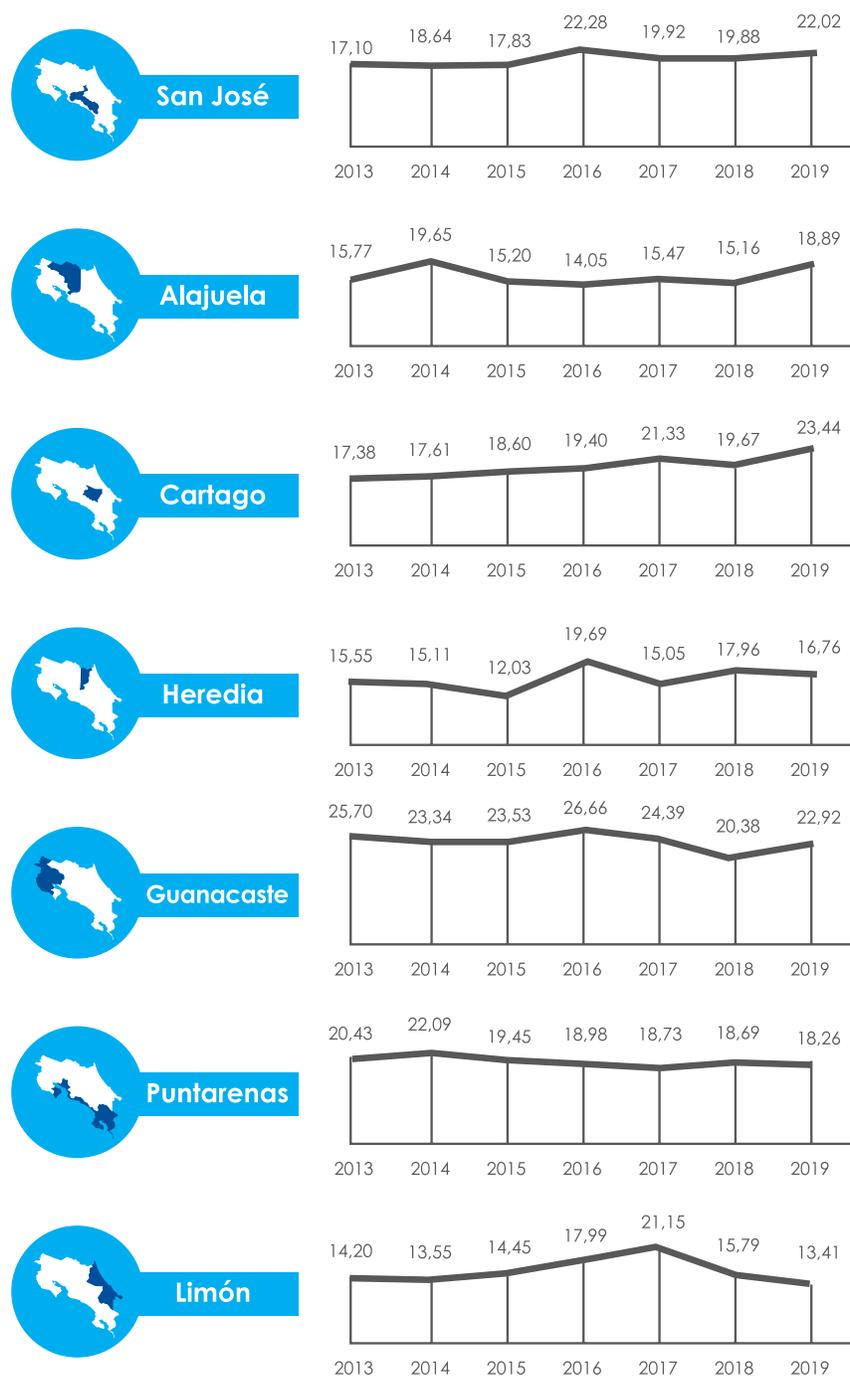


Fuente: Ministerio de Salud con base en el INEC y la Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud (2020).

En cuanto a las provincias, Guanacaste presentó la tasa de mortalidad cruda más elevada para los años 2013 a 2018; para el 2019, la mortalidad más elevada se registró en Cartago. La menor tasa cruda de mortalidad entre 2013 y 2014 la presentó Limón, luego Heredia, en 2015; del 2017 al 2018 fue Alajuela y para el 2019 fue Limón. Las tasas crudas de todas las provincias demuestran una tendencia a mantenerse con pocos cambios en periodo, y la tasa del último año -2019- solo fue más baja en las provincias costeras. En Limón se observaron las tasas promedio más bajas a nivel nacional.

Figura 10

Tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40-J47), según provincia, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

A continuación, se muestran los datos de mortalidad por EPOC por grupo de edad para el periodo de 2013-2019, dentro de los cuales destaca el grupo de edad de 55-59 años, el cual mantuvo una tendencia al alza sostenida.

Tabla 3

Tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40-J47), según grupo de edad, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)

| Grupo de edad | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <1 año | 0,0 | 1,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 1 a 4 años | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,3 |
| 5 a 9 años | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| 10 a 14 años | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,0 |
| 15 a 19 años | 0,5 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 1,0 | 0,5 | 0,0 |
| 20 a 24 años | 0,5 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,2 |
| 25 a 29 años | 0,5 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,4 | 0,2 | 0,2 |
| 30 a 34 años | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,7 | 0,7 | 0,9 | 0,4 |
| 35 a 39 años | 0,0 | 0,6 | 1,7 | 0,0 | 2,6 | 0,0 | 0,0 |
| 40 a 44 años | 1,3 | 0,7 | 1,3 | 1,6 | 1,6 | 0,0 | 2,1 |
| 45 a 49 años | 1,3 | 0,3 | 1,4 | 1,0 | 0,7 | 2,7 | 1,4 |
| 50 a 54 años | 3,4 | 2,2 | 2,5 | 1,1 | 1,1 | 1,4 | 2,8 |
| 55 a 59 años | 6,9 | 4,9 | 9,3 | 4,5 | 5,5 | 5,8 | 9,2 |
| 60 a 64 años | 16,9 | 17,7 | 8,8 | 18,8 | 16,0 | 8,1 | 13,4 |
| 65 a 69 años | 31,9 | 32,1 | 30,6 | 25,9 | 32,1 | 30,0 | 44,7 |
| 70 a 74 años | 88,1 | 83,5 | 79,9 | 73,1 | 70,8 | 79,2 | 77,3 |
| 75 años y más | 484,6 | 523,3 | 461,4 | 541,0 | 491,5 | 467,4 | 499,2 |

Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

Finalmente y en términos globales, respecto a la mortalidad prematura por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Costa Rica presenta un aumento de 0,7 puntos entre las tasas del 2013 al 2019; para hombres fue de 1,0 y para mujeres de 0,4 puntos de la tasa por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 8

Tasa de mortalidad prematura por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (J40-J47), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en el INEC y la Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud (2020)



4 Enfermedad renal crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), también conocida como insuficiencia renal crónica, implica la pérdida gradual de la función renal, cuya principal repercusión es la retención de líquidos y productos secundarios tóxicos derivados del metabolismo normal, asociado a serios trastornos electrolíticos. Dentro de los síntomas más comunes se encuentran náuseas, vómitos, pérdida de apetito, fatiga, debilidad, problemas de sueño, cambios en la producción de orina, entre otros (OMS, s.f.-c).

Es importante anotar que en el país, además de la ERC convencional existe otro tipo llamado Enfermedad Renal Crónica No Tradicional (ERCnt), también conocida como Nefropatía Mesoamericana. Esta condición no se encuentra asociada a la diabetes ni hipertensión como sucede con la patología renal tradicional, y afecta principalmente a varones jóvenes dedicados a actividades agrícolas con antecedente de exposición a temperaturas especialmente elevadas.

En 2013, la Organización Panamericana de la Salud estableció (OPS, 2013, a,b) la Resolución titulada La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica (CD52-R10-s-) y un texto asociado a la misma (CD52-8-s-). En este último se indica que muchos países no cuentan con registros fiables respecto al evento ERC, sin embargo, la prevalencia estimada a nivel mundial se encuentra entre 10 y 16% en población adulta. En América Latina, la tasa de incidencia de ERN por todas las causas ha incrementado de 27,8 en 1992 a 188,0 en 2006 (casos por 1.000.000 de habitantes), siendo la diabetes la principal causa (OPS y OMS, 2013). Cabe indicar que en las últimas dos décadas se ha registrado un aumento sustancial de ERC en la región centroamericana, y como consecuencia de ello, miles de muertes. En cuanto a las tasas de mortalidad específica por insuficiencia renal crónica por cada 100.000 habitantes (CIE 10, N-18), en los primeros lugares se encuentran Nicaragua (42,8), El Salvador (41,9), Perú (19,1), Guatemala (13,6) y Panamá (12,3). Lo anterior representa una carga en la calidad de vida de las personas y en el sistema de salud (OPS, 2013b).

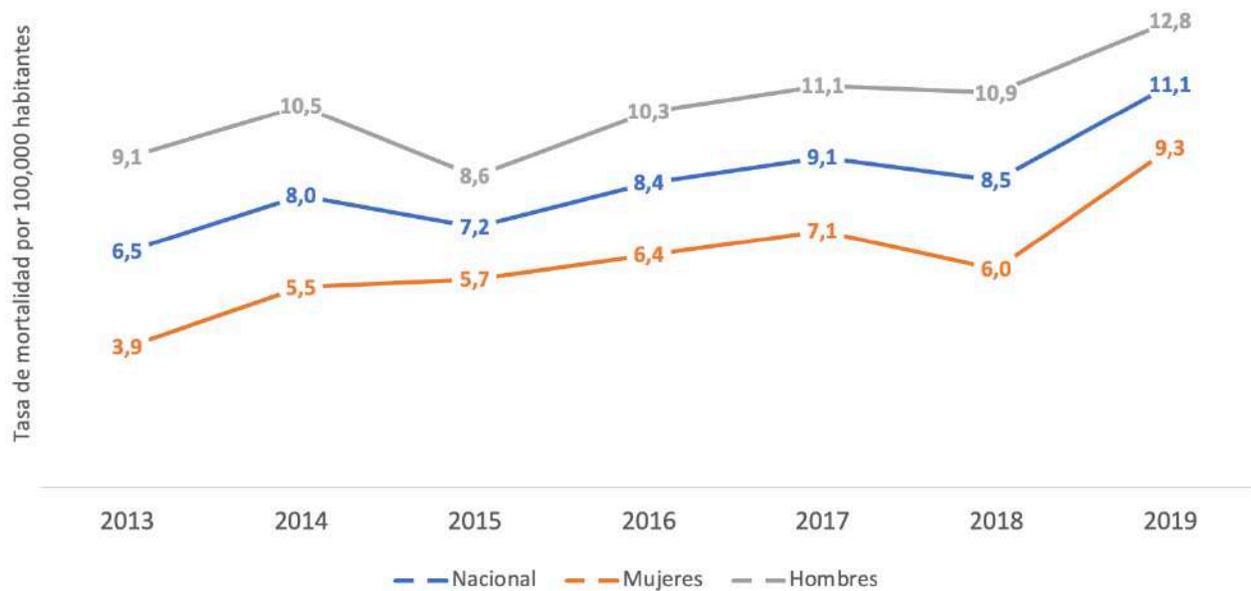
Ante el alarmante incremento de dicha enfermedad en la región, se ha propuesto: (1) fortalecer los sistemas de vigilancia y de notificación obligatoria, (2) fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia y las alertas ambientales -las aguas, el suelo, los alimentos, entre otros-, (3) fortalecer la investigación que permita entender mejor la enfermedad en todas sus etapas, (4) fortalecer los mecanismos de reglamentación y control para garantizar la higiene laboral y la salud ocupacional, (5) considerar el ejercicio del derecho a la salud. Además, se recomienda (6) promover acciones que comprendan un modelo de atención que propicie el abordaje de la enfermedad en todas sus etapas, (7) promover el establecimiento de una red centroamericana de centros de información toxicológica, (8) promover, en los países de la región, la adopción de políticas de compras que garanticen la calidad de los insumos y los medicamentos, (9) crear conciencia sobre este problema de salud pública en la sociedad civil y empoderar a las comunidades afectadas para que participen de manera activa en la prevención y el control de la enfermedad (OPS, 2013b).

En la actualidad, se estima que 1 de cada 10 personas padece de enfermedad crónica renal, es decir, afecta hasta el 10% de la población, indistintamente de la edad y raza. Además, 1 de cada 5 hombres y 1 de cada 4 mujeres de 65 a 74 años tienen ERC, a partir de lo cual se determina que hasta la mitad de las personas mayores de 75 años presentan algún grado de esta enfermedad (OPS, 2013b).

Las tasas más altas de mortalidad por enfermedad renal crónica se registran en El Salvador y Nicaragua, sin embargo, también se dan en Belice, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá y algunas regiones de México. En Costa Rica, las enfermedades del sistema urinario, que incluyen a la ERC, variaron, y pasaron de ocupar el lugar 13.º entre las principales causas de muerte en 2010, a ocupar el 6.º lugar cuatro años después, en 2014 (Ministerio de Salud, 2019). En Costa Rica, la mortalidad por insuficiencia renal crónica (Nº18) se estimó para 2013 en un 6,5 y para el 2019 en un 11,1 por 100.000 habitantes. Según sexo, la tasa en mujeres varió de 3,9 en 2013 a 9,3 en 2019 y en los hombres de 9,1 a 12,8 por cada 100.000 habitantes. Es importante mencionar que estos datos incluyen la ERCnt.

Gráfico 9

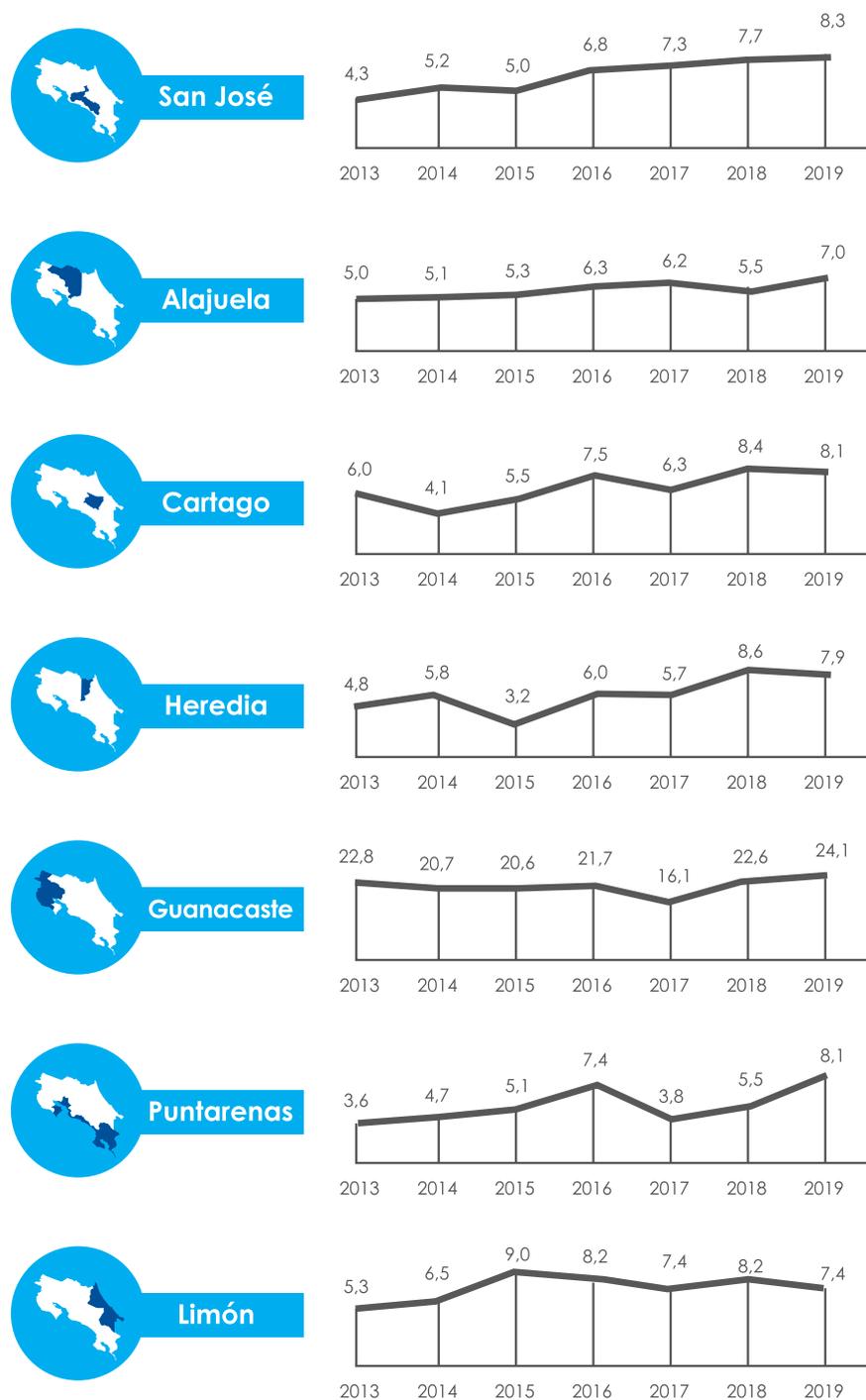
Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica (N18), según sexo, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en el INEC y la Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud (2020).

En cuanto a las provincias, las tasas por ERC en todas, menos Guanacaste, mantuvieron una leve tendencia al incremento. Guanacaste, de hecho, registra en el periodo observado la tasa más alta de mortalidad en todo el periodo.

Figura 11
Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica (N18),
según provincia, Costa Rica, 2013-2017 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

Los grupos de edad donde se presenta mayor concentración de la mortalidad por la ERC inician a partir de los 60 años y siguen una tendencia creciente hasta ser más alta en las personas mayores de 75 años.

Tabla 4

Tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica (N18), según grupos de edad, Costa Rica, 2013-2017 (tasa por 100.000 habitantes)

| Grupo de edad | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|
| <1 año | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 1 a 4 años | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 1 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| 5 a 9 años | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 10 a 14 años | 0,0 | 0,3 | 0,3 | 1 | 0,0 | 0,5 | 0,0 |
| 15 a 19 años | 0,2 | 0,5 | 0,5 | 1 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| 20 a 24 años | 0,5 | 0,9 | 0,9 | 3 | 0,5 | 1,4 | 0,5 |
| 25 a 29 años | 0,7 | 0,5 | 0,5 | 5 | 1,8 | 0,2 | 0,7 |
| 30 a 34 años | 2,7 | 1,8 | 2,6 | 3 | 0,5 | 1,6 | 2,5 |
| 35 a 39 años | 2,9 | 4,4 | 1,8 | 13 | 1,1 | 3,3 | 2,4 |
| 40 a 44 años | 3,3 | 1,7 | 4,3 | 14 | 2,9 | 2,6 | 2,2 |
| 45 a 49 años | 6,9 | 5,1 | 6,1 | 17 | 3,7 | 6,1 | 6,2 |
| 50 a 54 años | 5,6 | 6,1 | 7,8 | 17 | 4,6 | 6,4 | 8,4 |
| 55 a 59 años | 7,0 | 15,3 | 17,9 | 22 | 10,6 | 10,2 | 6,3 |
| 60 a 64 años | 22,8 | 14,0 | 11,9 | 38 | 13,8 | 18,8 | 19,5 |
| 65 a 69 años | 28,2 | 22,3 | 24,8 | 33 | 26,5 | 32,0 | 36,3 |
| 70 a 74 años | 26,0 | 29,0 | 172,4 | 28 | 23,6 | 38,7 | 49,2 |
| 75 años y más | 484,6 | 523,3 | 105,8 | 187 | 132,7 | 133,9 | 144,7 |

Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

Por otra parte, específicamente en relación con la ERCnT, en 2019 en Costa Rica se estableció el Protocolo Nacional de Vigilancia de Enfermedad Renal Crónica No Tradicional, definiendo el caso confirmado como:

Todo paciente de 10 a 60 años con TFGe (Basado en CKD-EPI), de tres meses que pueden ser retrospectivo basado en el historial médico o prospectivo a partir de la primera determinación), menor de 60 ml/min/1.73 m² o daño funcional o estructural renal (como lo es la microalbuminuria, sedimento urinario o estudios por imágenes) en dos determinaciones de al menos 3 meses entre ambas, sin la presencia de antecedente de diagnóstico de enfermedad con reconocida asociación con la presencia de Enfermedad Renal Crónica (Diabetes, hipertensión arterial, lupus, nefropatía hereditaria, enfermedad autoinmune, uropatía obstructiva, cardiopatía hipertensiva, nefropatía crónica hipertensiva, cardiopatía y nefropatía crónica hipertensiva, malformaciones congénitas, poliquistosis renal, anemia drepanocítica, vasculitis y mieloma), ni presencia de lesión renal aguda demostrada al momento del diagnóstico (Ministerio de Salud, 2019, p. 8).

En dicho Protocolo se establece la notificación obligatoria de las personas identificadas con esta condición, lo cual favorecerá el registro de datos.

Aunque el protocolo es de reciente creación, entre 1990 y 2013 Costa Rica reportó 8.382 muertes bajo el evento de enfermedad renal crónica compatibles con enfermedad crónica de causas no tradicionales; las tasas de mortalidad crudas como estandarizadas pasaron de 8,93/100.000 a 11,48/100.000. Guanacaste es la provincia con las tasas acumuladas más altas, particularmente si se comparan con las tasas nacionales y con otras provincias (Rivera-Chavarría y Méndez-Chacón, 2016).

Un estudio de Wesseling et al. (2015) citado por el Ministerio de Salud (2019) estimó un exceso de mortalidad por ERC en Costa Rica, principalmente en la provincia de Guanacaste. Además, las tasas aumentan en los cantones secos y cálidos, en donde es común la producción extensa de caña de azúcar. Así mismo, se estableció como factores de riesgo la temperatura alta, la precipitación baja, la extensión de áreas de cultivo dedicadas a caña de azúcar y la exposición a plaguicidas (Crowe, s.f; Ministerio de Salud, 2019).

Gráfico 10

Tasas de mortalidad por ERC por 100.000 habitantes, según sexo, ajustadas por edad y riesgos relativos (RR) con 95% de IC para Guanacaste versus el resto de Costa Rica, en periodos de 5 años, 1970-2012



Fuente: Wesseling et al., 2015 citado por Ministerio de Salud, (2019).

5 Cáncer

El cáncer designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. En general, el cáncer se caracteriza por ser la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos (OMS, 2018a). En el caso de la presente Estrategia, se han priorizado los cánceres de mama, cérvix, colon y estómago, los cuales tienen un peso muy importante en la mortalidad prematura del país.

En 2015, esta condición fue la segunda causa de muerte en el mundo, ocasionando 8,8 millones de defunciones. Fue, de hecho, responsable de una de cada seis muertes. Se considera que esta enfermedad está relacionada con factores de riesgo conductuales y de alimentación, así también como hábitos de actividad física deficientes, consumo de tabaco y alcohol (OMS, 2018a).

El impacto económico y social del cáncer ha aumentado a través del tiempo. Se estima que el costo total atribuible a la enfermedad en 2010 fue de 1,16 billones de dólares, tanto por prevención como por diagnóstico, así como atención y tratamiento (OMS, 2018a).

Tal y como se indicó en apartados previos, la OMS puso en marcha en 2013 el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 (OMS, 2013a), definiendo como objetivo la reducción de un 25% la mortalidad prematura causada por el cáncer para el 2025. Además, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer colabora en conjunto con el Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas en la prevención y control de ENT (OMS, 2018a). Otros instrumentos vinculados a esta materia son los siguientes:

- Instrumento de autoevaluación de las capacidades básicas de los programas nacionales de control del cáncer (OMS, 2012b).
- Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales (OPS, 2016).
- Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino (OPS, 2013c).
- Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres (OPS, 2013d).
- Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA) (OMS, 2013c).
- Control del cáncer - aplicación de los conocimientos- política y abogacía (OMS, 2007a).

- Control del cáncer - aplicación de los conocimientos - planificación (OMS, 2007b).
- Control del cáncer: Prevención (OMS, 2007c).
- Control del cáncer: Detección temprana (OMS, 2007d).
- Control del cáncer - aplicación de los conocimientos - diagnóstico y tratamiento (OMS, 2007e).
- Control del cáncer: Cuidados paliativos (OMS, 2007f).
- Preparación de la introducción de las vacunas contra el virus del papiloma humano (OMS, 2006).
- Acción mundial contra el cáncer (OMS y Unión Internacional Contra el Cáncer, 2005).
- WHO position paper on mammography screening (OMS, 2014).

En Costa Rica, se cuenta con el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017 (Ministerio de Salud, 2012a) y el Decreto N° 36565-S Creación Consejo Plan de Cáncer (Presidencia de la República de Costa Rica y Ministerio de Salud, 2012). Además, existe el Registro de Tumores desde 1976, donde se declaró evento de notificación obligatoria; este sistema es de los primeros registros de cáncer de América Latina (Zamora, Ortiz, Campos, Galán-Rodas y Lajous, 2018).

Con respecto al cáncer gástrico y cáncer colorrectal se han desarrollado proyectos en el grupo de edad de 50 a 74 años a partir del 2015, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2015-2018, y posteriormente se le dio continuidad en el PND 2019-2022.

En el caso del cáncer gástrico se desarrolló un proyecto para el diagnóstico oportuno en las áreas de salud adscritas al Centro de Diagnóstico Temprano de cáncer gástrico de Cartago, Corredores y Puntarenas. El indicador aplicado a este proyecto fue: "Porcentaje de cáncer gástrico diagnosticado en etapa temprana". Se tomó como línea base 0 para el 2015, en el 2017 se reportó 30%, y en el 2019 se reportó 38%.

Para el cáncer colorrectal, se realizó un proyecto de tamizaje en las áreas de salud de Valverde Vega, Atenas, Santo Domingo, San Isidro y Belén. El indicador aplicado a este proyecto fue: "Porcentaje de cobertura del tamizaje cáncer de colon en población de 45 a 74 años". Aunque el grupo de edad en el indicador es 45 a 74 años, el proyecto se desarrolló en el grupo de edad de 50 a 74 años, modificación que fue incluida en el PND 2019- 2022. El indicador es de medición bienal. Se tomó como línea base 0 para 2015, en 2016 se reportó en 2.88 %, en 2018 se reportó 10,47 %.

Con relación a la calidad de la atención al paciente oncológico, en el PND 2019-2022, se estableció el indicador "Porcentaje de pacientes con cáncer atendidos por equipos multidisciplinarios en los centros de salud que cuentan con servicios de Hemato-oncología". La línea base se construyó en 2019 y se reportó en 3900 pacientes. (CCSS, GM- DSS-

00300- 2021, 16 de febrero de 2021). No se cuenta con información segregada por edad, provincia y sexo.

Sumado a lo anterior, la CCSS cuenta con el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, cuyo fin es aumentar la capacidad resolutive de los centros de salud y mejorar la gestión en red, poniendo énfasis en aspectos como promoción de la salud, diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz, la rehabilitación y los cuidados paliativos (CCSS, s.f.-a).

Otras acciones realizadas en el país para el abordaje del cáncer son (Ministerio de Salud, 2012a, pp.19-20):

- Creación del Departamento de Lucha Contra el Cáncer, en el Ministerio de Salubridad Pública, para la prevención del cáncer, noviembre de 1949.
- Decreto 11148-SPPS de creación de la Comisión Nacional de Cáncer Gástrico, encargada de estudiar, investigar, coordinar y sugerir al Ministerio de Salud, acciones relacionadas con la promoción de la detección del cáncer gástrico a nivel nacional.
- Decreto 14641, del 11 de julio de 1983, Lucha Contra el Cáncer Infantil.
- Decreto de Emergencia Nacional para la Detección Precoz y Control del Cáncer de Cuello Uterino y de Mama, 1994.
- Decreto 30206-S-MP, del 20 de marzo de 2002, de creación Comisión del Programa de Prevención y Atención Integral del Cáncer Cervicouterino y Mama.
- Decreto 28851-S, del 14 de septiembre del 2000, Manual “Guía de Atención Integral para el Cáncer de Mama”.
- Decreto 29561-S, del 1 de junio del 2001, Manual de Normas de Atención del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Decreto 33271-SPPS, del 20 de junio de 2006, de creación del Consejo Nacional de Cáncer, órgano adscrito al Despacho del Ministro de Salud, y que declara de interés público y nacional el problema que representa el cáncer.
- Normas y Procedimientos del Cáncer, Consejo Nacional de Cáncer-Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social-Instituto Costarricense Contra el Cáncer, 2005.
- Reglamento para la Asignación de Recursos Económicos Públicos a Organizaciones de Cuidado Paliativo, Instituto Costarricense Contra el Cáncer.
- Decreto de las Normas para la Habilitación y Acreditación de Servicios de Cuidados Paliativos, Ministerio de Salud.
- Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero para el I y II Nivel de Atención, 2006.

- Normas de Atención Integral en Salud a las personas.
- Convenio Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social para la Construcción del Laboratorio Nacional de Citologías, Alcance N° 18 de La Gaceta N° 98, del 28 de mayo de 1998.

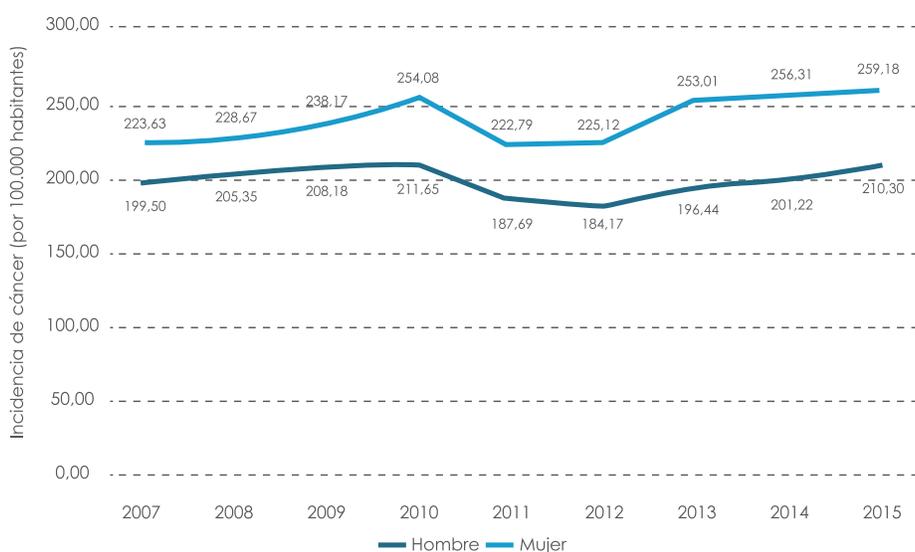
Sumado a lo expuesto anteriormente, la CCSS cuenta con la “Propuesta uso de fondos (Ley 9028)” (CCSS, s.f.-b) y la Implementación de vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) para la prevención del cáncer de cérvix en 2019 (CCSS, 2019).

Por otro lado, dentro de los principales desafíos para la atención del cáncer en la CCSS, se identifican los siguientes: (1) un contexto de malos hábitos en alimentación y sedentarismo, (2) la inequidad en el acceso a pruebas de detección, (3) limitada disponibilidad y aplicación de guías de atención basadas en evidencia, (4) tiempos de espera para estudio de imágenes, biopsias y cirugía en los hospitales nacionales, (5) necesidad de coordinación entre cirugía-quimioterapia-radioterapia para un óptimo tiempo de tratamiento, y (6) limitada capacidad de llevar a cabo estudios de costo-efectividad para la adopción de nuevas tecnologías en áreas como la genética, medicamentos, dispositivos y equipo (CCSS, s.f.-c).

Por otra parte, respecto a la incidencia acumulada de cáncer a lo largo del periodo 2007 a 2015 esta se muestra superior en mujeres respecto a los hombres. En el caso de las mujeres se registra un incremento de dicha incidencia para el periodo indicado de 2007 y 2015, mientras que para hombres varió de 199,50 a 210,30 por cada 100.000 habitantes en el mismo periodo.

Gráfico 11

Incidencia de tumores malignos por año, según sexo, Costa Rica, 2007-2015 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Salud, (2020a).

La incidencia de tumores malignos más frecuentes en 2015 para hombres fue piel, próstata, estómago, colon y ganglios linfáticos; y para mujeres, piel, mama, cuello del útero, tiroides y estómago.

Figura 12

Tumores malignos más frecuentes, según sexo, Costa Rica, 2015

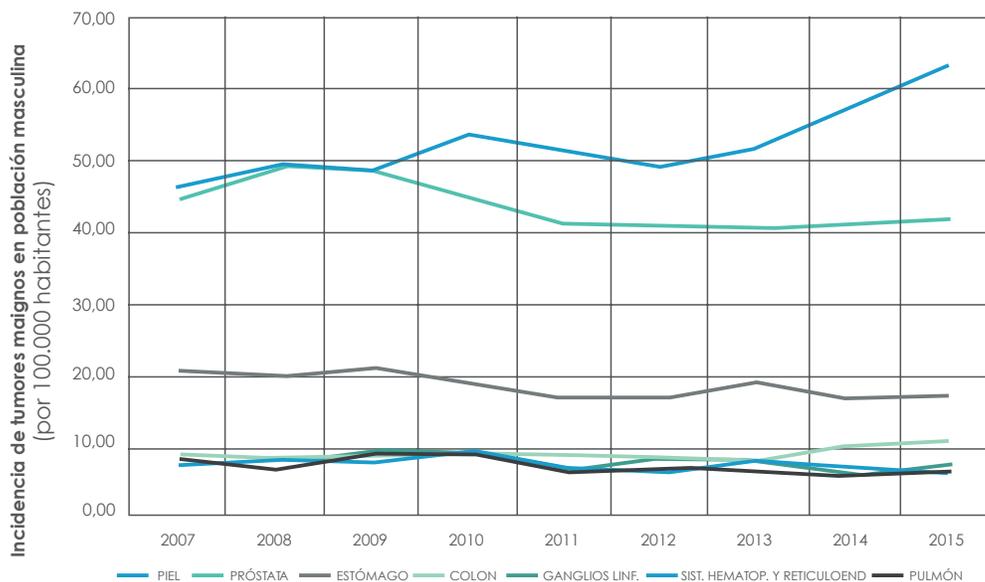


Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Salud, (2020a).

En cuanto a la incidencia de tumores malignos específicos más frecuentes en población masculina en el periodo 2007 al 2015, se muestra un incremento en los cánceres de piel, colon y ganglios linfáticos, y una disminución en próstata, estómago, sistema hematopoyético y retículo endoplasmático o endoplásmico y pulmón.

Gráfico 12

Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población masculina por año, Costa Rica, 2007-2015 (tasa por 100.000 habitantes)

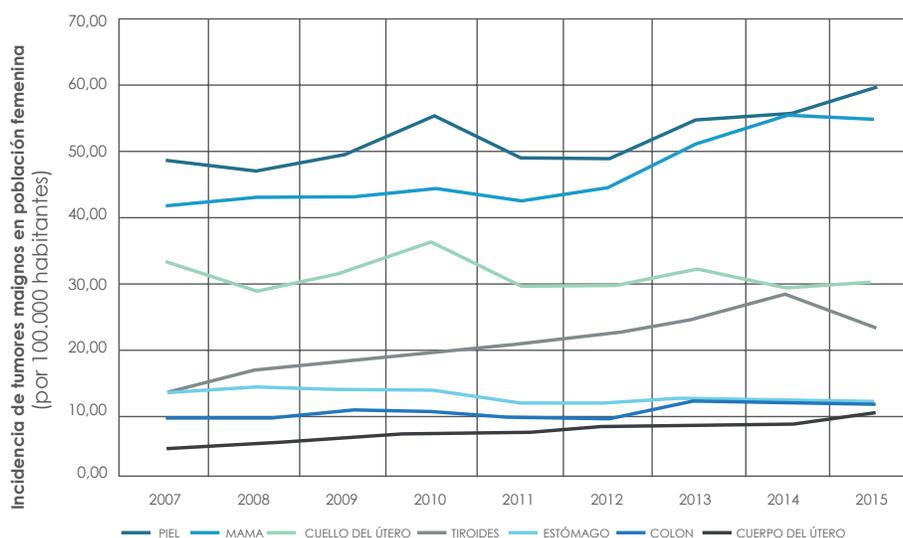


Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Salud, (2020a).

La incidencia de tumores malignos específicos más frecuentes en población femenina en el periodo 2007 al 2015 presenta un incremento para los cánceres de piel, mama, tiroides, colon y cuerpo del útero, y una disminución en cuello del útero y estómago.

Gráfico 13

Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población femenina por año, Costa Rica, 2007-2015 (tasa por 100.000 habitantes)

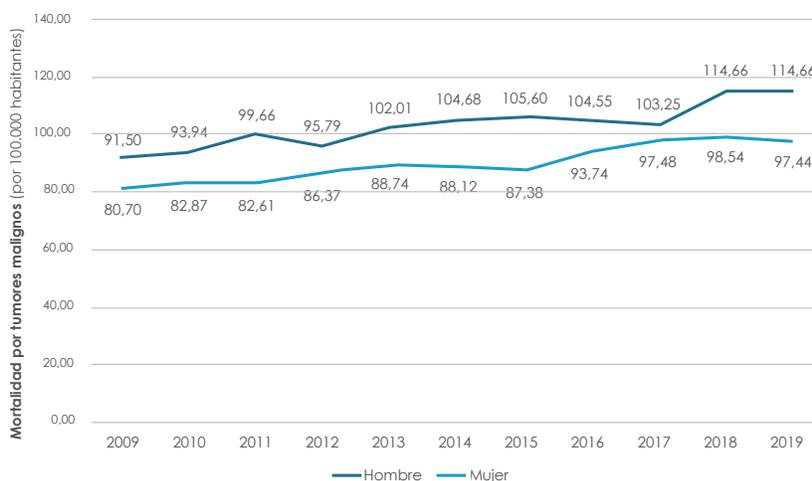


Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Salud, (2020a).

La mortalidad de los tumores malignos, entre el 2009 y 2019, denota un incremento en las tasas según sexo, siendo más elevada en los hombres, con tasas que variaron de 91,50 en 2009 a 114,66 en 2019; mientras que la variación en mujeres fue de 80,70 a 97,44 por cada 100. 000 habitantes, respectivamente.

Gráfico 14

Mortalidad de tumores malignos más frecuentes por año, Costa Rica, 2009-2019 (tasa por 100.000 habitantes)

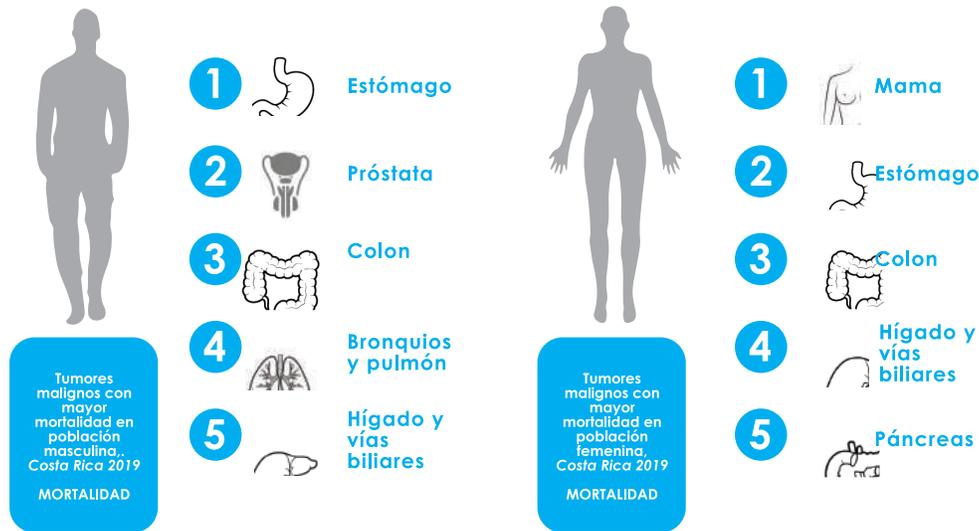


Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

En 2019, los tumores malignos más frecuentes en la población masculina fueron estómago, próstata, colon, bronquios y pulmón, hígado y vías biliares. Mientras que, para la población femenina fueron mama, estómago, colon, hígado y vías biliares, y páncreas.

Figura 13

Tumores malignos con mayor mortalidad, según sexo, Costa Rica, 2019

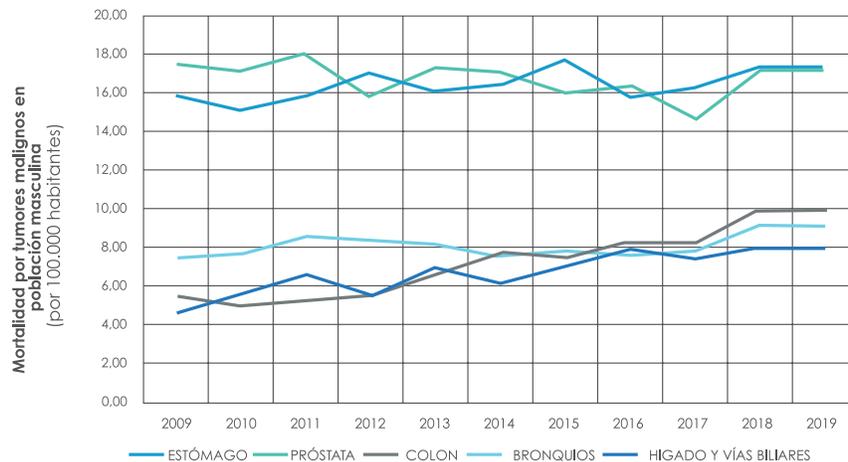


Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

En cuanto a la mortalidad por tumores malignos en población masculina en el periodo 2009 y 2019, se determina, un incremento sostenido en las tasas de los cánceres de estómago, colon, bronquios y pulmón, hígado y vías biliares. Solo el cáncer de próstata registra una tendencia a la baja en el periodo.

Gráfico 15

Mortalidad de tumores malignos más frecuentes en la población masculina por año, 2009-2019 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

La mortalidad de tumores malignos en población femenina del periodo 2009 a 2019 presenta un incremento en los cánceres de mama, colon, hígado y vías biliares y páncreas, y una tendencia a la reducción de la tasa de mortalidad, solamente en cuello del útero.

Gráfico 16

Mortalidad de tumores malignos más frecuentes en la población femenina por año, Costa Rica, 2009-2019 (tasa por 100.000 habitantes)

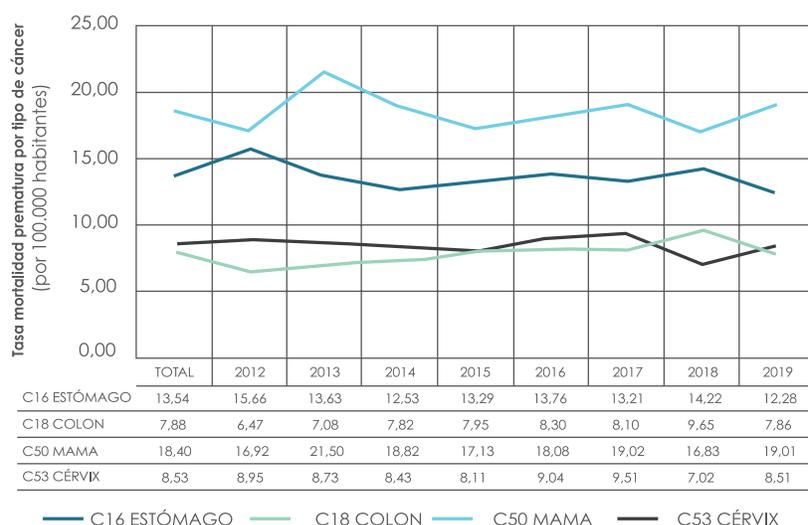


Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

Finalmente, la tasa de mortalidad prematura muestra un ligero descenso en el cáncer de estómago (13,56 a 12,28), colon (7,88 a 7,86) y cérvix (8,53 a 8,51) en el periodo 2012 a 2019; mientras que el cáncer de mama superó en 0,61 puntos la tasa por cada 100.000 habitantes (18,40 a 19,01).

Gráfico 17

Mortalidad prematura según tipo de cáncer, Costa Rica, 2012-2019 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).

6 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede generar un daño en estos. Es un trastorno grave considerado uno de los principales factores de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular. La HTA se puede prevenir o controlar, a través de diferentes estrategias como la disminución del consumo de sal, dieta alta en frutas y vegetales, ejercicio físico y un peso corporal saludable. Sin embargo, una vez instalado este evento requiere un seguimiento que incluye la prescripción de medicamentos antihipertensivos, con el fin de mitigar las consecuencias asociadas al padecimiento (OMS, 2020).

Existen instrumentos especializados para guiar al abordaje que realizan los países en materia de ENTO, incluyendo HTA. A nivel regional destaca el Modelo HEARTS en las Américas (OPS, s.f.-b), que busca promover la adopción de las mejores prácticas mundiales en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y mejorar el desempeño de los servicios a través del mejor control de la hipertensión y la promoción de la prevención secundaria, con énfasis en la atención primaria de salud. Incluye protocolos de tratamiento, investigación, entrenamiento y educación, estandarización de datos, innovación en la organización de la atención y del uso de datos, así como el uso de instrumentos de medición de presión validados. Es importante indicar que, la iniciativa HEARTS “prioriza el manejo sistemático de la hipertensión incorporando intervenciones de diagnóstico y terapéuticas de eficiencia comprobada y de bajo costo” (OPS, s.f.-b, p.9).

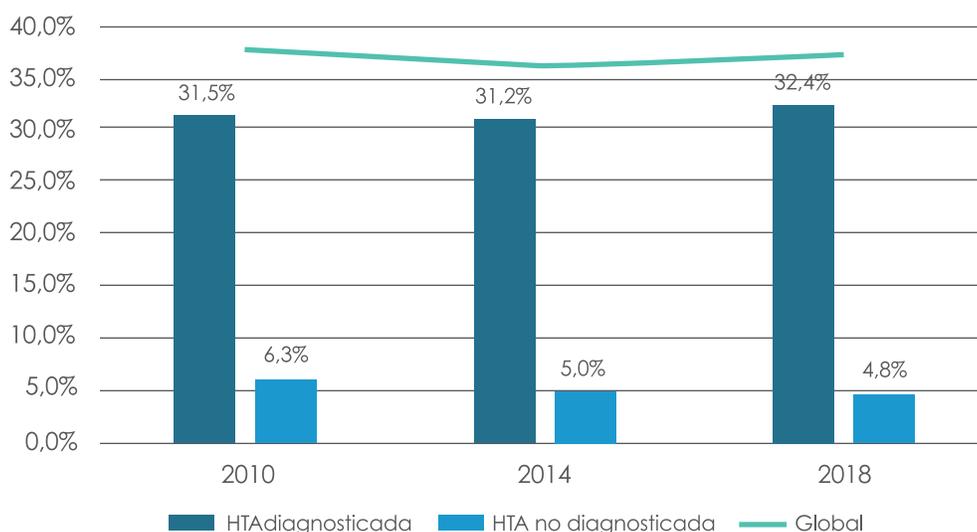
A nivel mundial, se estima que 1 de cada 3 personas adultas tiene una tensión arterial elevada (OMS, 2020c). Además, se conoce que la hipertensión arterial afecta entre el 20 a 40% de la población adulta en la región de las Américas, representando alrededor de 250 millones de personas (OMS, 2020c). En 2010, a nivel de Centroamérica, San José se encuentra en la tercera posición de la prevalencia de la HTA superado por Belice y Managua (Wong, 2013, p.7 y 15).

Entre las iniciativas a nivel nacional, en 2002 se plantearon las Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la HTA en el primer nivel de atención (CCSS, 2002a). En 2005, se implementa la Metodología para evaluar la calidad de atención en HTA (Trazadora), que deriva en planes de mejora en la calidad de la atención (CCSS, 2005). Además, en 2009, la CCSS establece las Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la HTA a nivel general (CCSS, 2002b). Para el 2015 se planteó la Guía para la prevención de enfermedades cardiovasculares 2015, que incluye el abordaje de la hipertensión (CCSS, 2015).

Referente a la prevalencia de HTA en Costa Rica, la Encuesta de Factores de Riesgos Cardiovascular (CCSS 2010-2014-2018), mostró que para el 2010 la prevalencia global de hipertensión fue de 37,8%, para 2014 fue de 36,2%, y finalmente para 2018 se estimó en 37,2%.

Gráfico 18

Prevalencia de hipertensión arterial, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018



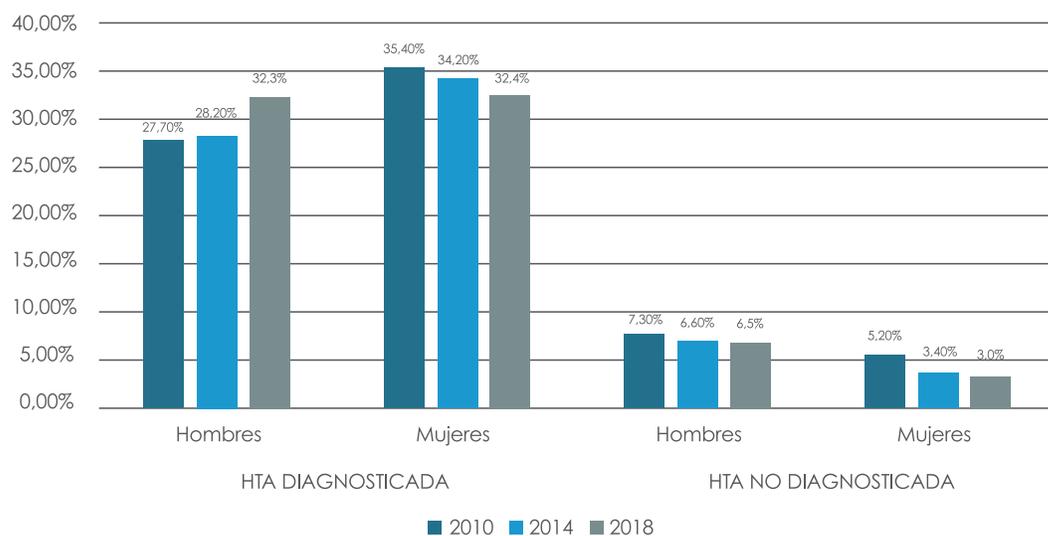
Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (2011, 2014, 2018).

La prevalencia de HTA distribuida según sexo muestra que las mujeres representan una mayor proporción respecto a los hombres (CCSS, 2011; CCSS, 2014). Por otro lado, en el 2010, el grupo de edad de mayor prevalencia fue el de 65 años y más. Para el 2015, específicamente en hombres, la mayor prevalencia de HTA diagnosticada se presentó también en este grupo de edad (65,3%); mientras que la HTA no diagnosticada se presentó en mayor proporción en el grupo de edad de 20 a 39 años (7,8%). En el caso de mujeres, la mayor prevalencia de HTA diagnosticada en el 2015 por grupos de edad se presentó en el grupo de 65 o más años (74,8%) y la HTA no diagnosticada se presentó en mayor proporción en mujeres de 40 a 64 años (3,6%) (CCSS, 2011; CCSS, 2014).

En el siguiente gráfico se presentan los datos de Prevalencia de hipertensión arterial según condición y sexo para el 2010, 2014 y 2018, donde se visualiza un aumento de detección de casos para hombres, no así para mujeres, cuya detección de casos ha descendido en el periodo indicado. Por otra parte, la HTA no diagnosticada decrece conforme avanza el periodo observado para ambos sexos.

Gráfico 19

Prevalencia de hipertensión arterial según condición y sexo, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018



Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010-2014-2018).

7 Diabetes

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica metabólica donde la glucosa en sangre es elevada (hiperglucemia) y está asociada con una deficiencia absoluta o relativa en la secreción o acción de la insulina. La diabetes tipo 2, es la más común, y presenta aproximadamente 85% a 90% de todos los casos (OPS, s.f.-c).

Esta enfermedad, se relaciona con los factores de riesgo modificables como obesidad y sobrepeso, actividad física y dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional. Una diabetes no controlada puede llevar a producir ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de miembros inferiores. La carencia de conocimientos acerca de las medidas de prevención y el no acceso a servicios de atención adecuados; conduce a aumentar la prevalencia de diabetes y al aumento de la discapacidad y muerte prematura (OPS, s.f.-c).

La Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció la carga que representa la diabetes para los países, por lo que enfatiza la necesidad de actuar para prevenir y mejorar el tratamiento de la diabetes en conjunto con la sociedad civil. Bajo este marco, OPS ha colaborado con la región de las Américas en la lucha contra la obesidad y la diabetes, en el fortalecimiento de la vigilancia, desarrollando campañas de información y facilitación de estrategias para mejorar la calidad de la atención de las ENT (OPS, s.f.-d).

En 2005, la OPS estableció los “Métodos Poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad”, documento basado en una propuesta para

abordar dichas condiciones (OPS, s.f.-e). Además, en 2009 se generó el documento “Paso a Paso en la educación y control de la diabetes: Pautas de atención integral” (OPS, s.f.-d).

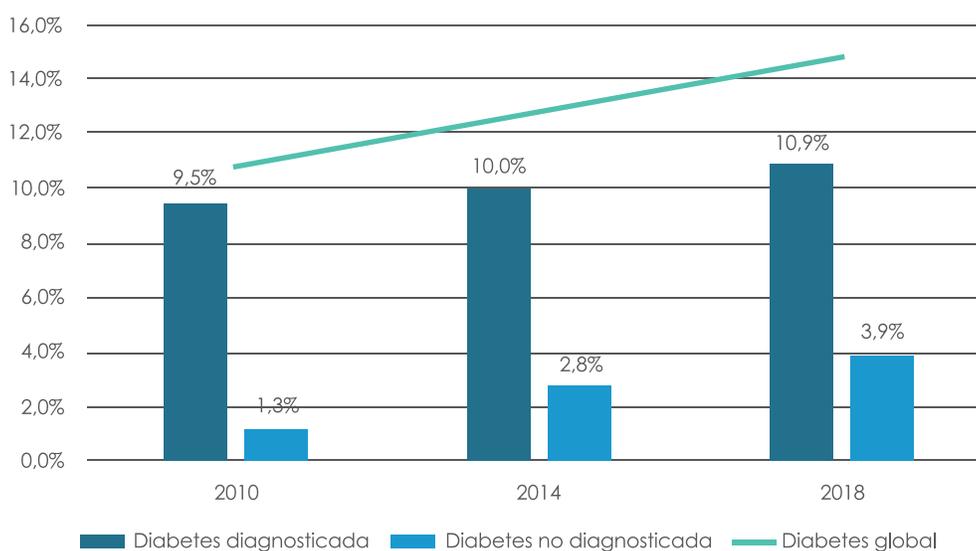
Respecto a la situación de la DM, se estima que en el mundo existen alrededor de 171 millones de personas con esta condición y que este número aumentará a 300 millones para el 2030 (OPS, s.f.-d). En 2016, la región de las Américas registró una prevalencia de diabetes de 8,3% en adultos; mientras que la tasa de mortalidad en la región fue de 33,1 por 100.000 habitantes, representando la cuarta causa de muerte por ENT (OPS, s.f.-c).

En el país el comportamiento de la Diabetes tipo I y II se ha incrementado del 2012 al 2015, con una diferencia absoluta de 6 puntos entre las tasas por cada 100.000 habitantes. Además, se conoce que existe una diferencia, con significancia estadística, respecto al sexo, afectando mayormente a mujeres. A nivel de provincias, Cartago tiene la tasa promedio más alta entre 2012 y 2015 (568,07 por cada 100,000 habitantes), seguida de Puntarenas (242,94), San José (220,30), Guanacaste (201,43), Alajuela (159,17), Heredia (156,89) y, finalmente, Limón (121,08) (Cubero-Alpízar y Rojas-Valenciano, 2017).

En cuanto a los grupos de edad, se encontró un aumento exponencial, donde el grupo de 50 a 54 años presenta la tasa más alta en los 3 años del periodo observado (2012-2014). Para el 2015, la incidencia más alta se presentó en el grupo 45 a 49 años (Cubero-Alpízar y Rojas-Valenciano, 2017).

A partir de la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovasculares, se estimó una prevalencia global de diabetes (diagnosticada y no diagnosticada) de 10,8% para el 2010, 12,8% para el 2014 y 14,8% para el 2018. La prevalencia de diabetes se ha incrementado en el periodo 2010/2018, al igual que la diabetes no diagnosticada (CCSS, 2011; CCSS, 2014).

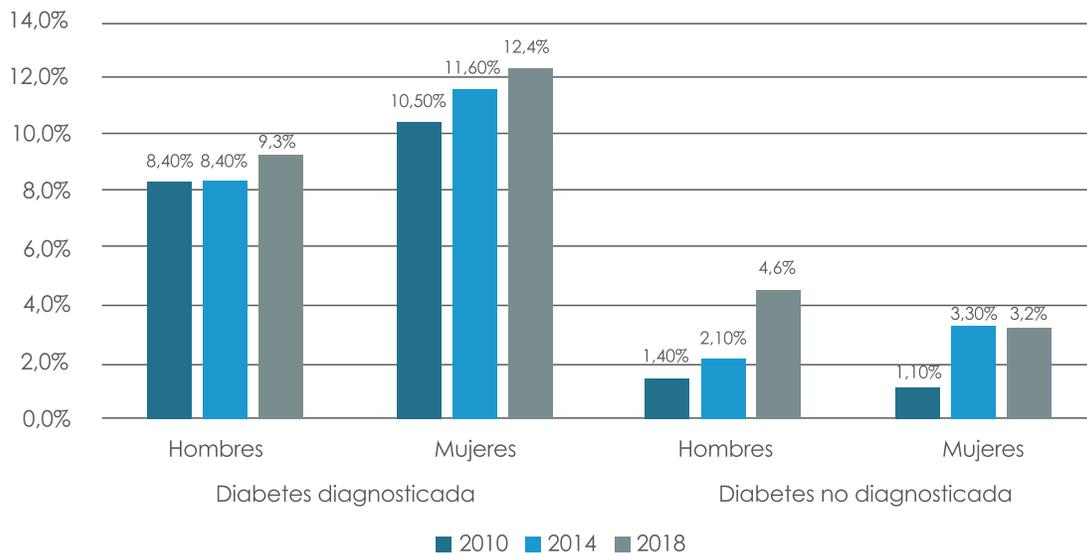
Gráfico 20
Prevalencia de diabetes mellitus, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018



Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010, 2014, 2018).

Gráfico 21

Prevalencia de diabetes mellitus según condición y sexo, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018

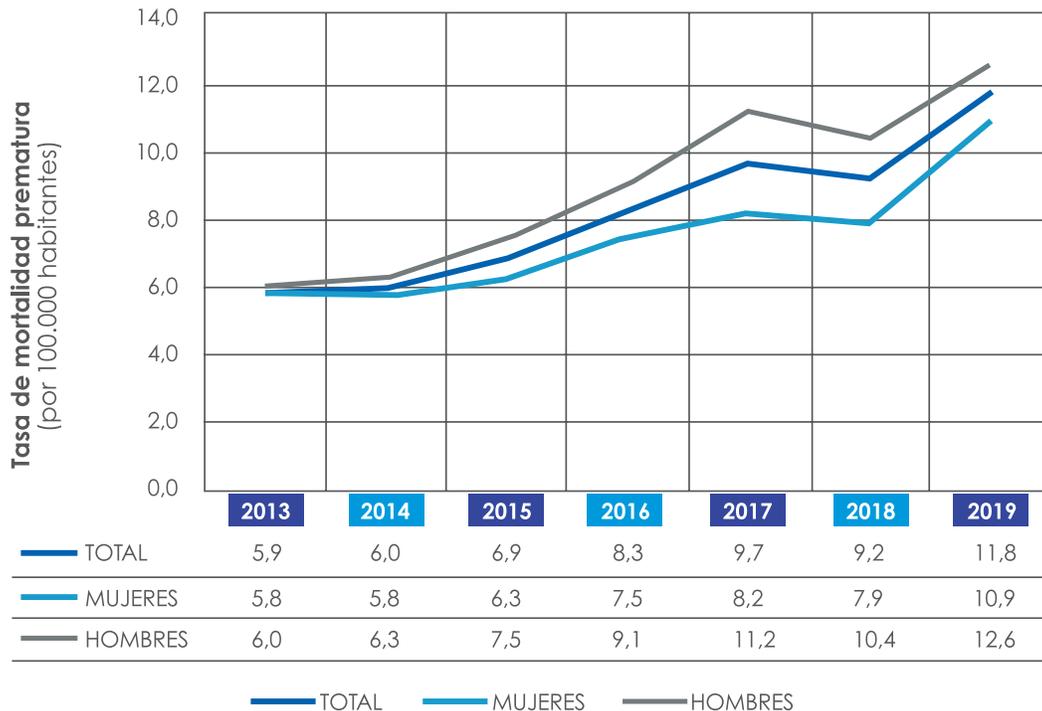


Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010, 2014, 2018).

Con base en los datos existentes, se identifica que la muerte prematura por diabetes mellitus en Costa Rica aumentó entre 2013 al 2019 (INEC y Ministerio de Salud, 2020).

Gráfico 22

Mortalidad prematura por diabetes mellitus, Costa Rica, 2013-2019 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, (2020).



8 Obesidad

La obesidad y el sobrepeso se comprenden como la acumulación excesiva de grasa, que tiende a ser perjudiciales para la salud y el bienestar de los individuos. Generalmente el método para medir la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC) (Aguilera et al., 2019).

La obesidad se considera una enfermedad crónica, recurrente y progresiva (Aguilera et al., 2019); y coadyuvante como un factor de riesgo responsable de numerosas enfermedades crónicas, entre las cuales se encuentran la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (OMS, s.f.-d). La causa del sobrepeso y obesidad es más compleja que solo ingerir más energía de la que se gasta. Es un tema que tiene causas multifactoriales y determinantes compuestos por factores del entorno, individuales y relacionados al balance energético. En este sentido, el entorno puede constituirse en un ambiente obesogénico, que es el que promueve y apoya la obesidad en personas o poblaciones, mediante factores físicos, económicos, legislativos y socioculturales. (OPS, 2014, INCAP, 2016)

Para atender el tema, la OMS impulsa a los países a crear entornos que promuevan una alimentación más saludable y accesible para la reducción de la obesidad. En este marco, es necesario una estrategia poblacional, multisectorial, multidisciplinaria y adaptada al contexto cultural (OMS, s.f.-e).

Ante este panorama se planteó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud en 2004. Posteriormente, en 2011, se estableció la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (OMS, s.f.-f).

Actualmente, la obesidad y el sobrepeso se consideran una epidemia, dado que no menos de 2,8 millones de personas mueren cada año a causa de estas condiciones. El comportamiento de la obesidad se triplicó entre 1975 y 2016, alcanzando en 2016, 1.900 millones de adultos presentaron sobrepeso y más de 650 millones estaban en condición de obesidad (OMS, s.f.-d).

Así mismo, esta enfermedad representa una presión económica para los países por sus altos costos relacionados, ya que se estima que tanto el sobrepeso como la obesidad son responsables del 44% de la carga de diabetes, del 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7 y el 41% de la carga de algunos cánceres (Moreno, 2012). Dicha condición, por ende, se considera un detonante de enfermedades crónicas y se traduce en altos costos de atención (García-Rodríguez, García-Fariñas, Rodríguez-León y Gálvez-González, 2010).

Por su parte, la obesidad infantil se ha convertido en un problema de salud pública del siglo XXI que incrementa el riesgo de padecer sobrepeso y obesidad en la adultez, y las posibilidades de desencadenar diabetes y enfermedades cardiovasculares a edades tempranas, así como muerte prematura y discapacidades sociales (OMS, s.f.-d). En el 2016 se estimó 41 millones de niños y niñas menores de cinco años con sobrepeso u

obesidad, y 124 millones de niños, niñas y adolescentes con obesidad; esta última cifra se ha multiplicado en los últimos decenios por diez (OMS, 2017b).

La Asamblea Mundial de la Salud recomendó dar respuesta al entorno obesogénico y a los periodos cruciales en el curso de vida para afrontar esta problemática (OMS, s.f.-e). Para ello se conformó en el 2012 la Comisión de Alto Nivel para acabar con la obesidad infantil, la cual desarrolló el Informe "Acabar con la obesidad infantil", en el que se recomendó a los países abordar seis líneas de trabajo: (1) promover el consumo de alimentos saludables, (2) promover la actividad física, (3) atención pregestacional y prenatal, (4) dieta y la actividad física en la primera infancia, (5) la salud, la nutrición y la actividad física para los niños y niñas en edad escolar, y (6) control de peso (OMS, 2016b, p.9).

Por otra parte, a nivel mundial y regional se conocen las siguientes acciones relacionadas con el abordaje de la obesidad (Ministerio de Salud, 2017a):

- Estrategia Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, OMS A53/14, 22 de marzo 2000.
- Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas, Incluyendo el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud.
- Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño, OMS 2003.
- Un marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional. OMS y FAO 2005.
- Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud 2004.
- Alianza Panamericana por la Nutrición, la Salud y el Desarrollo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), Perú, 2009.
- Recomendaciones de la OMS sobre promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (2010).
- La Carta de Toronto para la Actividad Física: Un llamado Global para la Acción (2010).
- Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud, OMS (2010).
- Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en ocasión de la Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las ENT y la Obesidad, reunidos en la Ciudad de México, 25 de febrero 2011.
- Declaración de Moscú de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de

Vida Sanos y Lucha contra las Enfermedades No Transmisibles, abril del 2011. Moscú.

- Declaración - Llamado de acción concertada de Aruba sobre obesidad a través de toda la vida en todas las edades, emitida en la Primera Conferencia Panamericana de Obesidad, Aruba, 8 al 11 de junio 2011.
- XXXIV Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), el 23 de junio del 2011, se firma la Declaración de Antigua Guatemala "Unidos para detener la Epidemia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Centroamérica y República Dominicana", con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia de las ENT en la población de CA y RD. COMISCA. 2011.
- Declaratoria de Chapala, Medellín, para la promoción de actividad física de las Américas, X Reunión Red de Actividad Física de las Américas (RAFA), julio 2011.
- Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, septiembre 2011.
- Plan de Acción Mundial 2013-2020, Asamblea Mundial, mayo 2013. Estrategia Regional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (2012-2025).
- Plan de Acción Regional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (2013-2019).
- Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia de OPS/OMS, 53.º Consejo Directivo de la OPS 66a Sesión del Comité Regional de la OMS, 3 de octubre del 2014.
- Estrategia para la prevención del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia de Centroamérica y República Dominicana 2014-2025, COMISCA.
- Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil 2016. A 69/8 Asamblea Mundial de la Salud.
- Red de Actividad Física de las Américas (RAFA), febrero del 2007.

Por otro lado, en Costa Rica existen una serie de leyes y decretos relacionados con el tema de la obesidad (Ministerio de Salud, 2017a):

- Ley de Fomento de la Lactancia Materna N°7430 del 14 de septiembre de 1994.
- Ley N° 8809 Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral, del 28 de abril de 2010.
- Decreto Ejecutivo N° 17073-S de 16 de junio de 1986 Reglamento de Funcionamiento de la Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición. Sin embargo, con motivo del fortalecimiento de la rectoría en salud, se hace oportuno modificarlo mediante el Decreto N° 31714-MSMAG-MEIC, publicado en La Gaceta No. 63 del 30 de marzo del

2004, San José, Costa Rica.

- Decreto N° 33730-S-Ministerio de Educación Pública (MEP) mediante el cual se crea la Comisión Nacional de Obesidad (CONAO).
- Decreto N° Ejecutivo N° 36910-MEP-S, Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos, 2012.
- Decreto ejecutivo N° 26684-S-MEP, a través del cual se aprueba la creación de la Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias, 1998.
- Decreto ejecutivo N° 32886-S-C-MEP-MTSS-MP-G, que supone la creación de la Red de Actividad Física y Salud (RECAFIS), 2005.
- Decreto ejecutivo N° 34030 S-MAG-MEIC-MEP, a través del cual se establece la creación de la Red 5 Al Día Costa Rica, 2007.
- Decreto N° 38217-S-MAG-MEP, mediante el cual se establece el Día Nacional de Frutas y Vegetales, 2014.

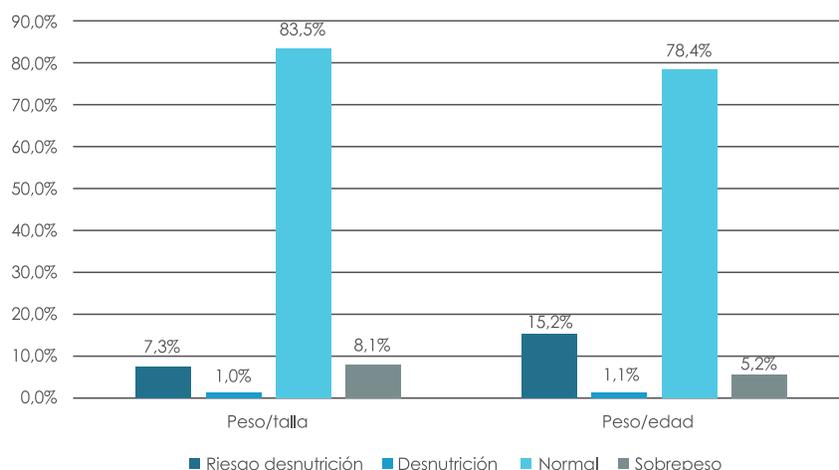
Por otra parte, en el año 2017 el Ministerio de Salud formuló el *“Plan para el abordaje integral del sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia”*, donde se plantea que la obesidad está condicionada por factores de entorno, individuales y balance energético, y se destaca la importancia del abordaje desde los determinantes de la obesidad, con enfoque de curso de vida y evaluación global del medio ambiente. Dentro de la definición de los determinantes del sobrepeso se encuentra el entorno social, político, alimentario, físico y del sistema de salud, entre otros (Ministerio de Salud, 2017a).

En cuanto a la situación del estado nutricional de la población en Costa Rica, en las décadas de los 60, 70 y 80, se registra la existencia de altos índices de desnutrición. Posteriormente, en la década de los 90 se da una mayor presencia de sobrepeso y obesidad, siendo que para 1996, se acercó al 14,9%, y continuó en aumento en la siguiente década, donde llegó a un 34% para el 2016 (Universidad de Costa Rica, 2019).

Respecto a los distintos grupos de edad, la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 muestra que el 8,1% de los niños y niñas entre 1 a 4 años presentó condición de sobrepeso, mientras que, en los niños y niñas de 5 a 12 años, el 11,8% registró sobrepeso y el 9,6% obesidad. En la población adolescente, el sobrepeso representó un 14,7% y la obesidad un 6,1%. En personas adultas, el porcentaje asciende al 64,5% (Ministerio de Salud, 2014).

Gráfico 23

Estado nutricional en población de 1 a 4 años, Costa Rica, 2008 a 2009

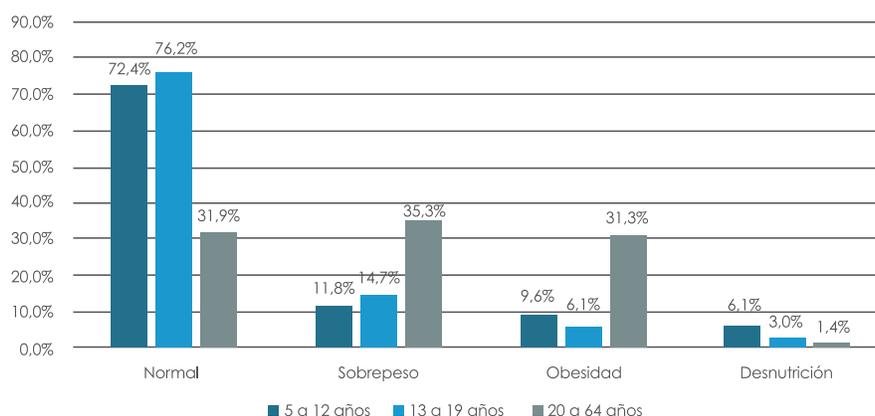


Nota: Actualmente se utiliza otra nomenclatura para la clasificación.

Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Salud, INCIENSA, CCSS, INEC e IAFA (2013).

Gráfico 24

Estado nutricional según IMC en población de 5 a 64 años, Costa Rica, 2008 a 2009



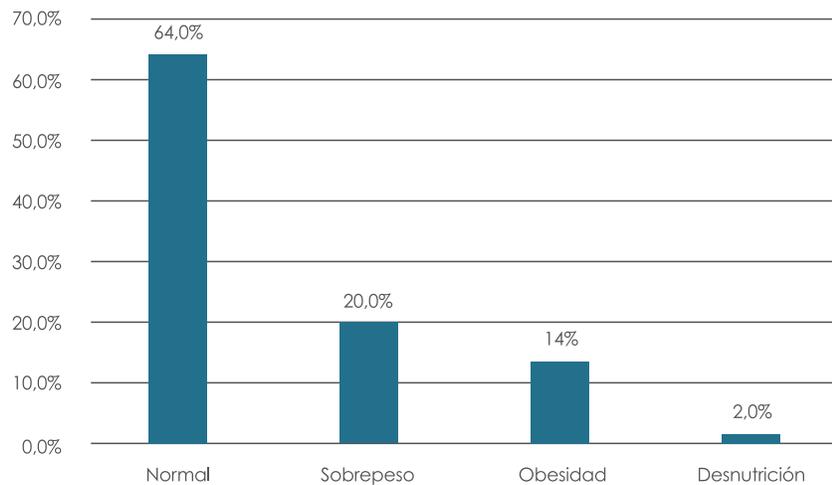
Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Salud, INCIENSA, CCSS, INEC e IAFA (2013).

La Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia del 2018, mostró que en la población pre-escolar (menor de 5 años) un 2,9% presentó bajo peso para la edad debajo de dos desviaciones estándar (bajo peso moderado y severo) y 0,3% por debajo de menos de tres desviaciones estándar (bajo peso severo). Por otro lado, la prevalencia de sobrepeso fue de 7,4%, que corresponde a las dos desviaciones estándar (moderada y severa) y 2,3% a tres desviaciones estándar (severa) (Ministerio de Salud, UNICEF, INEC, 2019).

Respecto al Censo Escolar Peso/Talla 2016, este reflejó que un 34% de población infantil (6 a 12 años) presenta condición de obesidad y sobrepeso, con una mayor prevalencia en los cantones de Atenas, Puriscal, San Mateo, Hojanca, Coronado, Santo Domingo y Mora (Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública, 2017).

Gráfico 25

Estado nutricional según IMC en población de 6 a 12 años, Costa Rica, 2016.

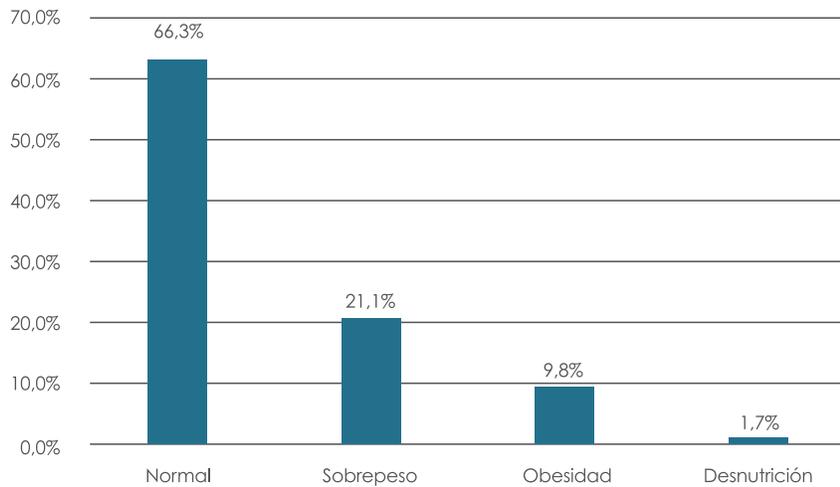


Fuente: Ministerio de Salud con Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública, 2017. Censo Escolar Peso/Talla.

La Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física (2018) estimó un 30,9% de prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adolescente. En esta población, la distribución en zona urbana fue de 31,5% y para zona rural se estimó en 29,2%. Además, se encontró una mayor proporción en mujeres (23,8%) con sobrepeso respecto a los hombres (18,1%); en el caso de la obesidad, los hombres presentaron una prevalencia de 10,5% y las mujeres de 9,2% (Ministerio de Salud, 2020b).

Gráfico 26

Estado nutricional según IMC en población adolescente, Costa Rica, 2018

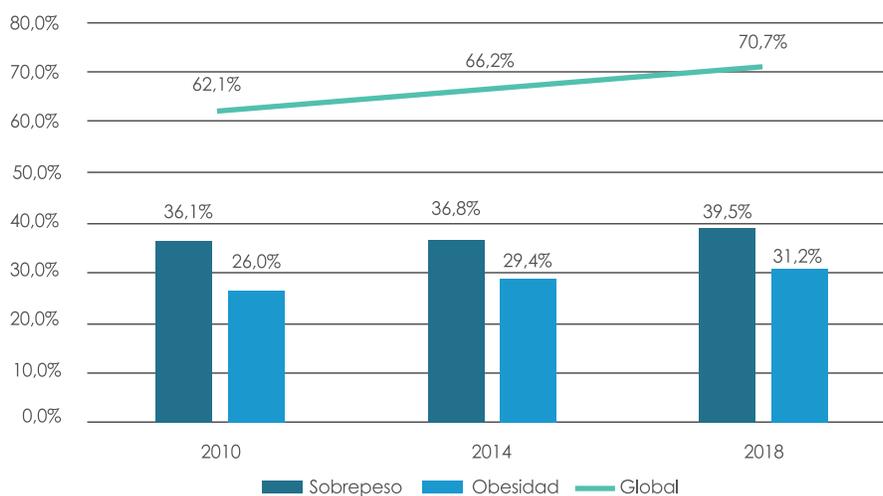


Fuente: Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública, (2020). Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física.

Finalmente, la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovasculares muestra un incremento relativo de 9,4% entre el periodo 2010 y 2018 para sobrepeso en población mayor de 19 años; mientras que el aumento relativo de obesidad para los mismos años fue de 20,0% aproximadamente. Por tanto, el aumento relativo fue de 13,8% para sobrepeso y obesidad, para estos periodos (CCSS, 2011; CCSS, 2014 y 2018).

Gráfico 27

Prevalencia de obesidad y sobrepeso. Costa Rica, 2010, 2014 y 2018. Riesgo Cardiovascular



Fuente: Ministerio de Salud con base en la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010-2014-2018).

A.2 Carga económica de las ENTO

Las ENT representan un costo elevado tanto para las personas que las padecen y sus familias, como para los centros de trabajo y sistemas de salud de los países, que son afectados por la carga económica que implica la morbilidad, discapacidad y/o muerte prematura de las personas con dichas condiciones.

Según la OPS (2011), en la región de las Américas las enfermedades no transmisibles plantean una carga económica, que puede sentirse mucho más allá del sector de la salud y que contribuye a las desigualdades sociales.

De acuerdo con la clasificación de las enfermedades / condiciones y la distribución por función de consumo presupuestario por enfermedad en Costa Rica, las ENT son las enfermedades que generan el mayor gasto, alcanzando un 45,67% del gasto total. En la distribución de consumo por enfermedad destaca con el mayor gasto (¢592.954,71 en millones de colones) el rubro de atención curativa, mientras que el rubro de atención preventiva es el que muestra el menor gasto (¢654,05 millones de colones). En este sentido, solo el 0.11 % del consumo se orientó a la promoción y prevención, según se observa en la Tabla 5. (M.S. Sistema de Cuentas de Salud. 2018).

Tabla 5

Distribución por función de consumo por enfermedad general, Costa Rica 2018, en millones de colones (CRC)

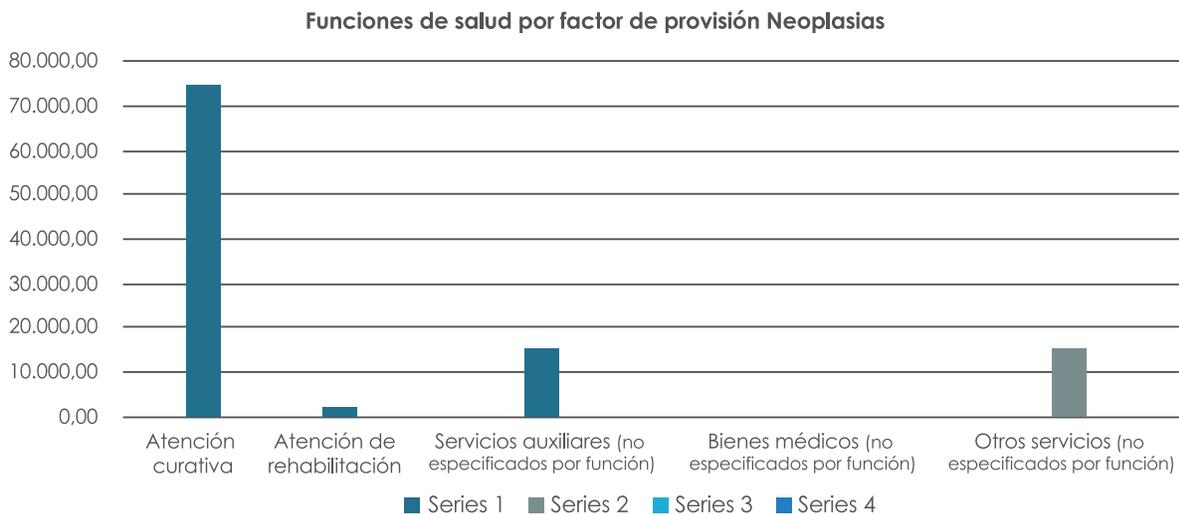
| Clasificación de enfermedades/ condiciones | FUNCIONES DE SALUD | HC.1 | HC.2 | HC.3 | HC.4 | HC.5 | HC.6 | HC.7 | HC.9 | TODOS HC | SHARE OF DIS |
|---|--|----------------------|----------------------------|---|--|---|------------------------|--|--|--------------|--------------|
| | Costa Rican Colone (CRC) Millones | Atención curativa | Atención rehabilitación | Servicios de atención de larga duración (Salud | Servicios auxiliares (no especificados por función) | Bienes médicos (no especificados por función) | Atención preventiva | Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud | Otros servicios de salud no especificados (n.e.p) | | |
| DIS 1 | Enfermedades infecciosas y parasitarias | 33.089,27 | 389,57 | 170,36 | 5.302,89 | 9.211,29 | 9.840,58 | | 19.185,98 | 77.198,95 | 2,94 |
| DIS 2 | Salud reproductiva | 98.156,18 | 649,76 | | 17.299,40 | 11.378,47 | 0,60 | | 6.382,11 | 133.866,53 | 5,10 |
| DIS 3 | Deficiencias nutricionales | 4.774,44 | 41,96 | | 413,53 | 17.300,39 | 2,00 | | 2.299,15 | 24.831,47 | 0,95 |
| DIS 4 | Enfermedades no transmisibles | 592.954,71 | 10.835,06 | 41.675,92 | 84.498,25 | 231.121,80 | 654,05 | 748,79 | 235.940,01 | 1.198.428,59 | 45,67 |
| DIS 5 | Lesiones | 113.040,96 | 626,71 | 109,59 | 17.284,04 | 10.370,86 | 492,57 | | 5.747,87 | 147.672,60 | 5,63 |
| DIS 6 | No relacionado con una enfermedad específica | 168,75 | | | 0,72 | 119,53 | 8.429,01 | 213.559,71 | 11,71 | 222.289,44 | 8,47 |
| DIS.nec | Otras enfermedades/ condiciones y enfermedades/condiciones no especificadas (n.e.p) | 310.237,79 | 2.287,89 | 1.037,15 | 62.196,16 | 315.768,61 | 1.304,21 | | 126.868,83 | 819.700,64 | 31,24 |
| Todos DIS | | 1.152.422,11 | 14.839,95 | 42.993,03 | 186.994,99 | 595.270,96 | 20.723,02 | 214.308,50 | 396.435,67 | 2.623.988,22 | |
| Share of HC | | 43,92 | 0,57 | 1,64 | 7,13 | 22,69 | 0,79 | 8,17 | 15,11 | | |

Fuente: Sistema de Cuentas de Salud. Ministerio de Salud. 2018

Al igual que lo expuesto en el cuadro anterior, según factor de provisión por Neoplasias se destaca un mayor gasto en la atención curativa (¢75.443,30 millones de colones), lo que representa un 77,24% del total de los factores de provisión.

Gráfico 28

Distribución por factor de provisión para neoplasias, Costa Rica, 2018.



Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Ministerio de Salud, con base en datos de Cuentas de Salud 2018.

Entre las ENT, el mayor gasto en medicamentos corresponde a la atención de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, ambos sumados alcanzan un 40% del total de gastos en medicamentos en ENT, como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 29

Costos por medicamentos para Diabetes Mellitus e Hipertensión, Costa Rica, 2012 y 2019



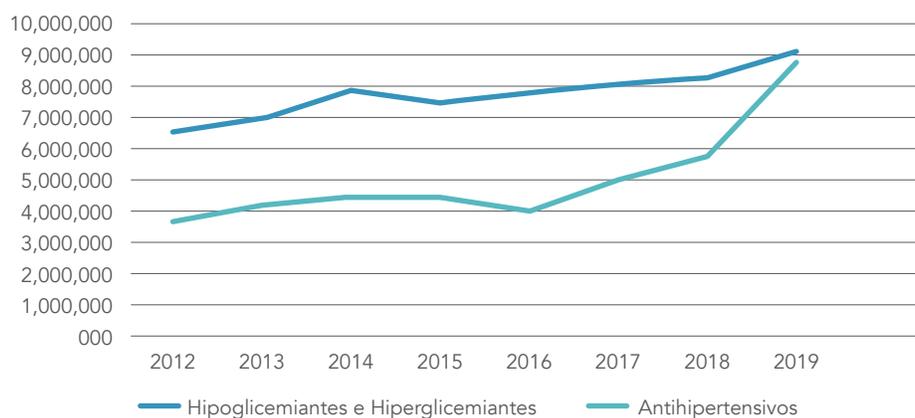
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación. Base de datos de consumo y gastos en medicamentos (2014-2020), Dirección de Farmacoepidemiología. CCSS 2021.

Desde el 2012 tanto el costo por medicamentos para las personas con Diabetes Mellitus como para las personas con Hipertensión Arterial, han venido subiendo año tras año, teniendo mayor gasto los destinados a tratar la diabetes.

Llama la atención que para el tratamiento de la hipertensión, el ascenso ha sido mayor, sobre todo desde año 2016; y para el 2019 el gasto en medicamentos anti-hipertensivos se encontraba muy cerca de alcanzar el destinado a DM.

Gráfico 30

Costos por medicamentos para Diabetes Mellitus e Hipertensión, Costa Rica, 2012 y 2019



Fuente: Ministerio de Salud a partir de base de datos de consumo y gastos en medicamentos (2014-2020), Dirección de Farmacoepidemiología. CCSS. 2021.

Como se desprende de los datos presentados, el gasto público destinado a la atención de las ENTO plantea la necesidad de fortalecer las acciones en materia de prevención, no solo para mejorar la calidad de vida de la población, sino también reducir la presión sobre el sistema de salud pública.

B Factores de riesgo y protectores

1 Consumo nocivo de alcohol



Se entiende por uso nocivo del alcohol, el consumo que tiene consecuencias perjudiciales para la salud y la vida social de la persona bebedora, quienes lo rodean y la sociedad en general, así como los hábitos relacionados con la bebida que están asociados con un mayor riesgo de resultados adversos en materia de salud (OMS, 2021).

El consumo nocivo de alcohol representa un problema de salud pública considerado uno de los principales factores de riesgo de la mala salud a nivel mundial (OMS, 2010b, p. 9).

Esta práctica genera diferentes consecuencias a nivel personal, familiar y comunitario, dentro de las cuales se destacan: violencia, lesiones, problemas de salud mental y enfermedades como el cáncer o accidentes cerebrovasculares (OMS, 2019a).

A nivel mundial, se considera que es el tercer factor de riesgo relacionado con muerte prematura y discapacidad. En 2016, se calculó que 2,3 millones de muertes y 106,5 millones de Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre los varones fueron atribuibles al consumo de alcohol. En el caso de las mujeres, los datos respectivos fueron de 0,7 millones y 26,1 millones. Asimismo, en 2016 el alcohol causó en todo el mundo el 7,2% de todas las muertes prematuras en personas de hasta 69 años, donde las más jóvenes se vieron afectadas desproporcionadamente, con un 13,5% de todas las muertes atribuidas a alcohol para el grupo de entre los de 20 a 39 años (OMS, 2021).

En el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud (2019), el consumo total de alcohol por habitante de más de 15 años aumentó de 5,5 litros de alcohol puro en 2005 a 6,4 litros para el 2010 y 2016 (OMS, 2019a).

Según los últimos cálculos realizados por la OMS a nivel mundial, 283 millones de personas mayores de 14 años (237 millones de hombres y 46 millones de mujeres) viven con trastornos por consumo de alcohol, lo que representa el 5,1% de la población adulta mundial. La dependencia del alcohol, como forma más grave de trastorno por consumo de alcohol, afecta al 2,6% de los adultos del mundo, es decir, a 144 millones de personas (OMS, 2021, p. 6).

En 2016 se registraron 3 millones de muertes asociadas al consumo nocivo de alcohol, lo cual representa 1 de cada 20 muertes, que a su vez constituye el 5% de la carga mundial

de la morbilidad (OMS, 2019a). Actualmente, las estimaciones de las enfermedades relacionadas con el alcohol revelan de forma parcial el impacto de este comportamiento. Además, esta práctica conlleva un impacto social y económico para la mayoría de los países, el cual contribuye a las disparidades sanitarias y, en general, a la pobreza y el aislamiento social (OMS, 2011c).

Para apoyar a los países en el abordaje de esta problemática, en el año 2000 la OMS genera la “Guía Internacional para Vigilar el consumo del Alcohol y sus consecuencias sanitarias”(OMS, 2000c). Posteriormente, en 2007, la OPS plantea el documento “Alcohol y Salud Pública en las Américas: Un caso para la acción” (OPS, 2007b), y en 2010, la OMS socializa la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol, avalada por la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud, la cual contempla cinco objetivos orientados a disminuir este comportamiento y prevenir dichas consecuencias (OMS, 2010b). Para 2013, la OMS publica el documento “Alcohol y atención primaria en salud”, en el cual se establecen evidencias referentes a los daños ocasionados por el alcohol y el manejo de consumo de riesgo en los ámbitos de la atención primaria (OMS, 2013d).

Según la OMS, el consumo de alcohol en la región de las Américas es aproximadamente un 40% más alto en nuestra región respecto de la media mundial(OPS, s.f.-f). La mayoría de los países en las Américas no cuentan con políticas nacionales en materia de alcohol, y cuando existen, estas recaen, específicamente, en el sector salud en un 69% (OMS, 2019a).

No obstante, en el caso de Costa Rica, se ha avanzado en la regulación del tema de alcohol con leyes y decretos importantes como los siguientes:

- Ley 8204 “Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2001a).
- Ley 9047 “Ley Regulación y Comercialización de Bebidas con contenido alcohólico” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2012b).
- Ley 7972 “Creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes, apoyo a las labores de la cruz roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2000).
- Ley 8289 Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2002a)
- Decreto 5489: Reglamento sobre regulación y control de la propaganda de bebidas alcohólicas (Ministerio de Salud, 1991).
- Decreto 37110-S. Decreto sobre política del sector salud para el tratamiento de la persona

con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2012).

Es preciso indicar que en la Ley 8204 (2001a), específicamente en el artículo 3, se menciona el deber del Estado en cuanto a prevenir el consumo de drogas, particularmente cuando indica que debe:

Asegurar la identificación pronta, el tratamiento, la educación, el postratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas, y procurar los recursos económicos necesarios para recuperar a las personas farmacodependientes y a las afectadas, directa o indirectamente, por el consumo de drogas (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2001a)

Según Amador y Cortés (2016), este artículo de la Ley se introdujo por primera vez en la legislación de control de drogas hasta el año 1998 (Ley 7786) y diez años después de la primera versión de la “ley de estupefacientes y psicotrópicos” (Ley 7093).

Por otro lado, en 2002, mediante la Ley 8289, el Ministerio de Salud otorga personería jurídica al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la adicción al alcohol, tabaco y otras drogas lícitas e ilícitas (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2002a).

Costa Rica, además, ha apostado por un enfoque preventivo de consumo de drogas en personas menores de edad, mediante la Ley N° 7739 “Código de la Niñez y la Adolescencia” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1998), Ley N° 8093 “Creación del Programa Nacional de Educación contra las Drogas” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2001b) y Ley N° 8261 “Ley General de la Persona Joven” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2002b).

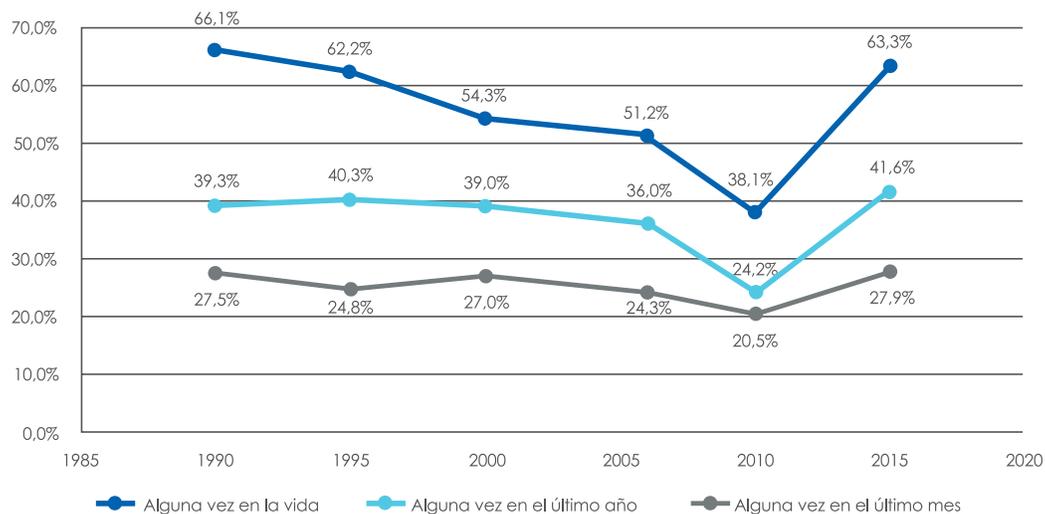
De igual manera, en el Decreto Ejecutivo N° 34784 se menciona que el consumo de drogas que producen dependencia es un problema de salud pública y de interés público y nacional (Ministerio de Salud, 2008).

Respecto a otros planes y políticas vinculadas al tema del alcohol y de salud mental, se encuentra el Plan Nacional sobre Drogas [PND] (Instituto Costarricense sobre Drogas, 2020), la Política Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social [POLSEPAZ], aprobada en 2010, y la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 (Ministerio de Salud, 2012b; Presidencia de la República de Costa Rica, 2010).

Por otro lado, para el análisis de situación sobre el consumo de alcohol en Costa Rica, se cuenta con datos de la Encuesta Nacional de Drogas 1990, 1995, 2000, 2006, 2010 y 2015, gracias a la cual se ha estimado un aumento relativo de 5,85% de consumo en la categoría “de consumo de alcohol alguna vez en el último año”, entre el periodo 1990 y 2015, mientras que para el consumo en “alguna vez en el último mes” fue de 1,45% (IAFA, 2018).

Gráfico 31

Niveles de prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último mes y año, en Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015

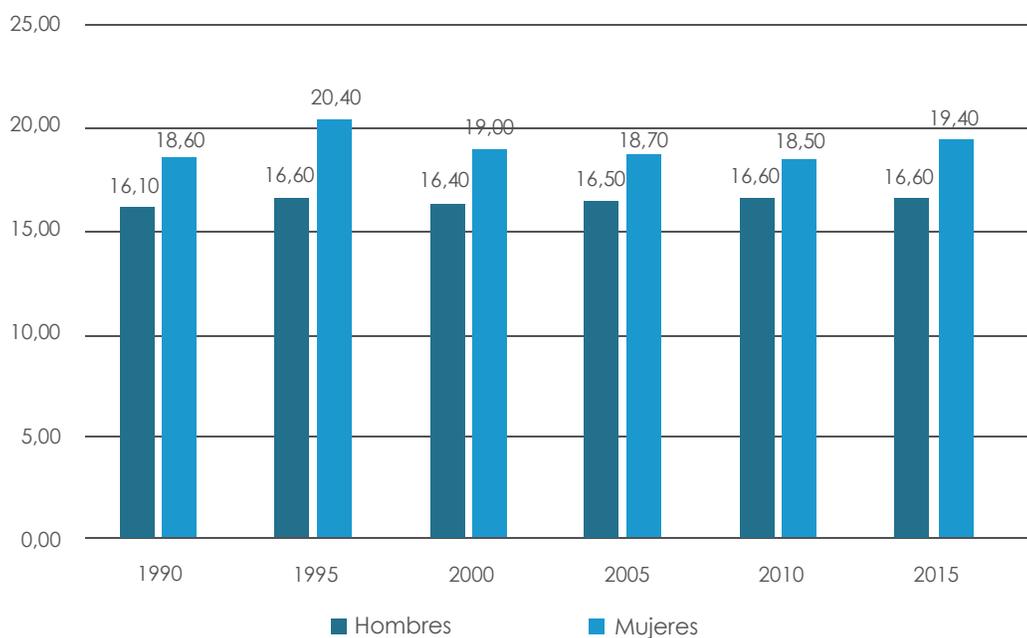


Fuente: Ministerio de Salud con base en VI Encuesta Nacional Consumo de Drogas en Costa Rica 2015 (IAFA, 2018).

Por otra parte, la edad de inicio de consumo de alcohol según sexo muestra que las mujeres postergan el consumo de alcohol por primera vez, siendo la edad promedio de inicio para 2015, 19,40 años frente a 16,60 para los hombres (IAFA, 2018).

Gráfico 32

Edad de inicio del consumo de alcohol según sexo, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015

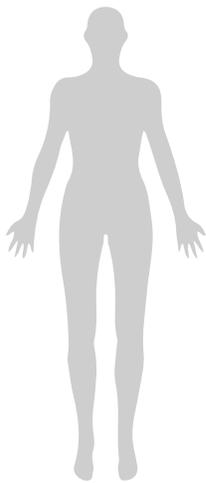


Fuente: Ministerio de Salud con base en VI Encuesta Nacional Consumo de Drogas en Costa Rica 2015 (IAFA, 2018).

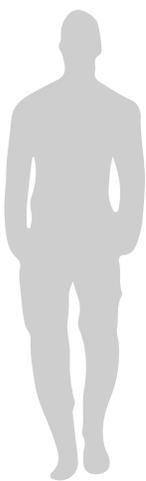
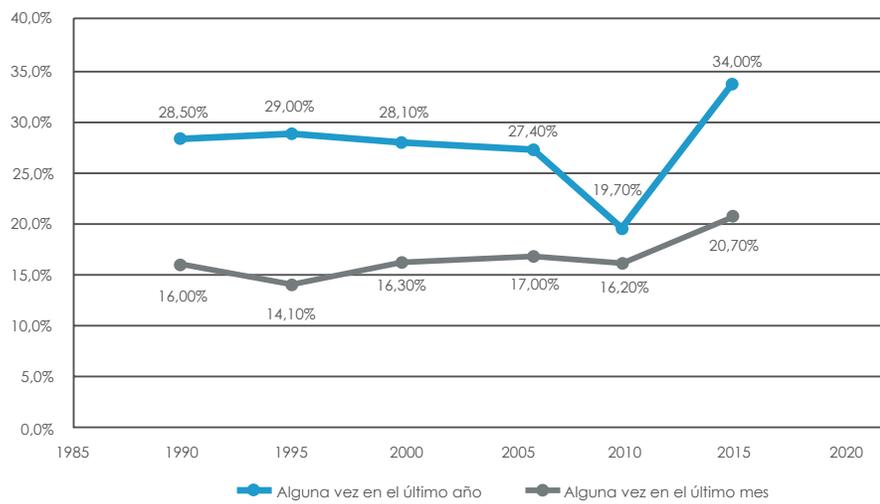
El consumo de alcohol alguna vez en el “último mes” y en el “último año” suelen presentarse en menor proporción en mujeres en comparación con los hombres a lo largo de los periodos. Respecto al consumo en el último año, se registra un aumento en el consumo de las mujeres de 1990 a 2015, pasando de 28,50% a 34,00%, mientras que el consumo “alguna vez en el último mes” pasó de 16,00% a 20,70%. En cuanto a los hombres, se registra un consumo de alcohol “en el último año” de 50,00% para 1990 y de 49,10% para 2015.

Gráfico 33

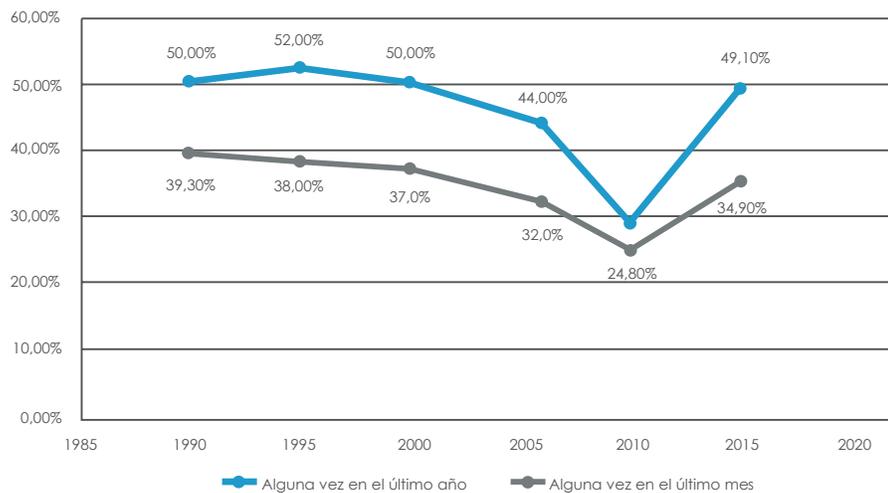
Niveles de prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en el último mes y año según sexo, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015



MUJER



HOMBRE



Fuente: Ministerio de Salud con base en VI Encuesta Nacional Consumo de Drogas en Costa Rica 2015 (IAFA, 2018).

En cuanto al consumo per cápita de alcohol en población mayor de 15 años, se estimó una disminución relativa de 4,02% entre los periodos 2012 y 2019 (IAFA, 2020).

Gráfico 34

Consumo per cápita de bebidas alcohólicas en población mayor de 15 años, Costa Rica, 2011-2019

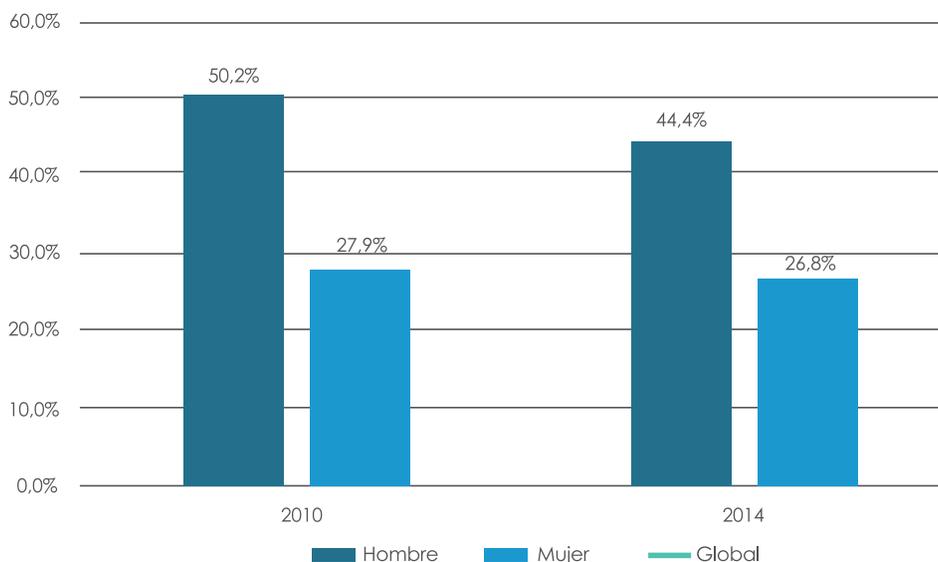


Fuente: Ministerio de Salud con base en IAFA (2020).

Por su parte, la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovasculares desarrollada por la CCSS, refleja una reducción relativa de 21,8% de ingesta de alguna bebida alcohólica en el último año en población mayor de 20 años entre 2010 y 2014.

Gráfico 35

Prevalencia del consumo de alcohol en el último año en población mayor a 20 años, Costa Rica, 2010 y 2014



Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010, 2014).

2 Consumo excesivo de sal/sodio



El consumo excesivo de sal/sodio está estrechamente relacionado con la presión arterial elevada y es considerado un factor de riesgo para las ENTO. En 2010, según la OMS a medida que incrementa el consumo de sal dietética aumenta la presión arterial en la población (Ministerio de Salud, 2011a, p.6).

Un estudio sobre la Carga Global de Enfermedad realizado en el 2017 reportó que la ingesta elevada de sodio fue el principal factor de riesgo dietético de mortalidad, representando 3,2 millones de muertes a nivel mundial (Afshin et al, 2019). De igual manera, la hipertensión constituye el principal factor de riesgo para la carga mundial de morbimortalidad, y se calcula que causa unos 9,4 millones de muertes cada año; esto es, más de la mitad de los 17 millones de muertes anuales atribuidas a las ECV (OMS 2013 y 2019).

Según la OMS las intervenciones para la reducción del consumo de sal/sodio son consideradas como “Best-buys”, dado que son de las medidas más costo - efectivas que los países pueden tomar para mejorar la situación de las ENT en la población (OMS 2019 y 2017; OPS 2009).

En este sentido, la OMS y la FAO pactaron como meta la disminución de la ingesta de sal en menos de 5 gramos de sal o 2 gramos de sodio diarios por persona. Específicamente, en la región de las Américas se estima que el consumo puede superar el doble de la cantidad recomendada independientemente de los grupos etarios (Ministerio de Salud, 2011a, p.3).

Según la OMS un programa nacional exitoso para la reducción de sal debe contener cinco pilares: (1) vigilancia: medir y monitorear el consumo de sal; (2) movilización del sector: promover la reformulación de alimentos y comidas con menos sal; (3) adopción de normas: etiquetado y promoción de los productos alimenticios; (4) conocimiento; educar y comunicar; (5) entornos que favorezcan una alimentación saludable. (OPS, 2018b).

Lo anterior, presenta un reto a nivel de la salud pública dado a que, con la globalización se ha incrementado la cantidad y acceso de productos ultraprocesados, que se caracterizan por ser de bajo costo y tener un perfil nutricional desfavorable; por su alto contenido de nutrientes críticos, tales como grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcar y sodio, impactando la dieta, y por ende la salud de la población. Por tanto, el problema no se traduce, solamente, a la adición de la sal de mesa de los alimentos en los costarricenses, sino además de los alimentos preparados y precocinados, como el pan, carnes procesadas, cereales, entre otros (Blanco-Metzler et al., 2012).

En materia normativa, en Costa Rica, durante 1972 se promulgó el decreto para la adición de yodo a la sal y en 1987 se aprobó la adición de flúor. En este sentido, la dosis de yodo agregado a la sal de calidad alimentaria debe ser de 30 a 60 mg/kg y para la de flúor de 175 a 225 mg/kg de sal. A partir de ello, se normó que, la sal destinada a la industria alimentaria debe cumplir los requisitos de contenido de yodo indicados y no debe contener

flúor, excepto la utilizada en consumés procesados (Blanco-Metzler et al., 2012).

En 2010, un estudio realizado por Consumers International con patrocinio de la OPS, concluyó que, entre la población adulta, la mayoría no conoce qué es el sodio ni la sal; tampoco la diferencia entre ambos (Blanco-Metzler et al., 2012). De igual manera, la población no logró asociar el consumo excesivo de la sal con enfermedades. Esto coincide con lo sostenido por la OPS, instancia que ha reconocido que la población, en general, no es consciente de la cantidad de sal que consume en los alimentos, ni tampoco los efectos adversos en su salud (Ministerio de Salud, 2011a, p.10).

En respuesta a la necesidad de abordar este tema, Costa Rica impulsó el Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal/Sodio en la población de Costa Rica 2011-2021, como resultado de la firma de la Declaración de la Política de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria de toda la población y del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana de 2010 a 2015 (Ministerio de Salud, 2011 a, p. 3; Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica, 2009).

Continuando con los datos por el consumo de sal/sodio en el país, un estudio realizado en 2011 describe la ingesta de sal/sodio en mujeres, e indica que el consumo es de 7,6 g/ persona/día de sal, por encima del recomendado por OMS (Carballo y Morales, 2011). Otro estudio del 2011, efectuado por el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), concluyó que en el país existía un conocimiento popular de la sal, mas no necesariamente del sodio. Además, la población consultada reconoció la relación de la sal con enfermedades como la hipertensión, sin embargo, no se percibió como un riesgo personal (Sánchez et al., 2013, p262).

También en el 2011, el INCIENSA participó en la Encuesta Internacional The World Action on Salt and Health, con la revisión de los contenidos de sodio declarados en las etiquetas de diferentes alimentos (World Salt Awareness Week, 2011). Así mismo, en 2012 este mismo Instituto en conjunto con la Universidad Estatal a Distancia (UNED) y la Universidad de Costa Rica (UCR) ejecutaron un proyecto de investigación con el apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), con el fin de lograr la reducción del consumo de sal/sodio en Costa Rica. La iniciativa abarcó esfuerzos encaminados a prevenir la obesidad y reducir la ingesta de grasas trans, azúcar y sodio en estos grupos poblacionales (Núñez, Campos, Holst, Alfaro, López, 2012).

Paralelamente en 2012, se realizó un estudio sobre el contenido basal de sodio en panes y snacks de mayor consumo en Costa Rica, a partir del Reglamento Técnico Centroamericano de Etiquetado Nutricional. Al respecto se observó una variabilidad en el contenido del micronutriente en el pan (496-744 mg/100g). Dicho análisis permitió estimar el contenido basal de sodio en los panes y snacks, así como verificar el grado de cumplimiento del etiquetado nutricional (Montero-Campos, Blanco-Metzler y Chan, 2015).

Posteriormente, en un estudio publicado en 2017, se estimó el consumo de sal y sodio para la población costarricense en dos periodos: 2004 al 2005 y del 2012 al 2013, siendo esto parte de los compromisos para definir la línea base para la Estrategia Nacional de ENTO

(2013-2021) y Plan Nacional para la reducción del consumo de sal/sodio en la población de Costa Rica 2011-2021. A partir del desarrollo de dicho estudio se logró conocer que el consumo de sodio en gramos/por persona diarios fue de 3,9 en el periodo 2004 al 2005 y de 4,6 para el 2012 al 2013 (Blanco-Metzler et al., 2017, p.4). Específicamente en población adulta, el consumo de sodio diario por persona fue de 3,9g para el 2004-2005, aumentando 0,7g para el periodo 2012-2013. En términos de sal proveniente de todas las fuentes, se estimó para el 2012-2013 un total de 11,5g/persona/diario de consumo de sal (Blanco-Metzler et al., 2017, p.4).

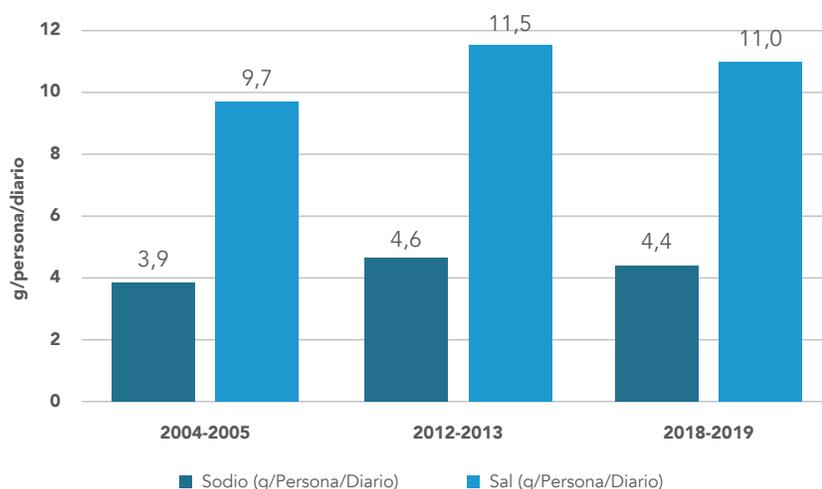
Lo anterior, significa que el consumo de sal y sodio presentó un aumento relativo de 17,95% entre ambos periodos. No obstante, un nuevo análisis sobre la estimación de la disponibilidad de sodio en los hogares durante el período 2018 -2019 mostró un consumo de sodio por persona de 4, 4 g/p/d (11,02 g/persona/diario de consumo de sal) por lo que se observó una disminución en el consumo, significativamente leve con respecto a la última evaluación (2012 al 2013) (Blanco-Metzler et al, 2021)

Por otra parte, el consumo reportado en los tres periodos de estudio (2004 y 2005; 2013-2014 y 2018-2019) superó en 95%, 130% y 120%, respectivamente, la recomendación internacional de la OMS de 5 gramos de sal o 2 gramos de sodio diarios por persona (Blanco-Metzler et al, 2017 y 2021).

En cuanto a la distribución por zonas geográficas, en los periodos 2004 -2005 y 2013-2014, la tendencia fue superior en las zonas rurales en comparación con las urbanas (Blanco-Metzler et al., 2017, p.4). En el período 2018-2019, se observó un consumo mayor de sodio en las zonas urbanas respecto a las zonas rurales (Blanco-Metzler et al, 2021). Así mismo, en las tres encuestas, la sal común (de mesa o de cocina) aporta más del 60% del sodio total disponible en hogares y los alimentos procesados (incluyendo condimentos con sal agregada) en más de un 27% (Blanco-Metzler et al., 2017, p.4; Blanco-Metzler et al, 2021).

Gráfico 36

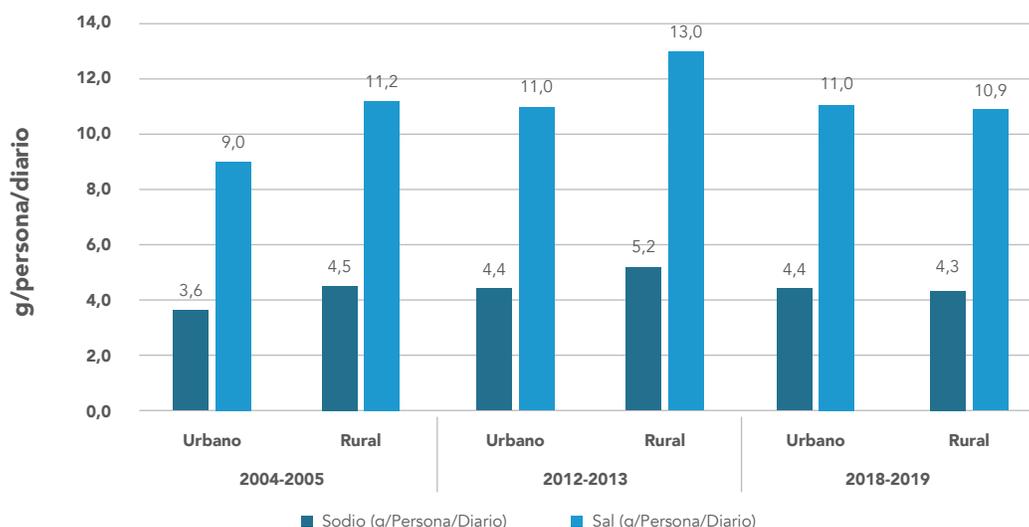
Consumo de sal y sodio en población adulta, Costa Rica, periodos 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Ministerio de Salud con base en Blanco-Metzler et al., 2017.

Gráfico 37

Consumo de sal/sodio en población adulta, Costa Rica por tipo de zona, periodos 2004-2005 y 2012-2013



Fuente: Ministerio de Salud con base en Blanco-Metzler et al., 2017 y Blanco-Metzler et al., 2021.

Por otra parte, en población de 7 a 18 años, se estimó un consumo promedio de sodio de 3,2 ($\pm 8,09$) g/diarios durante el 2016, siendo el grupo de 10 a 12 años el de mayor ingesta (Núñez-Rivas et al., 2020).

Figura 14

Consumo de sal/sodio en población de 7 a 18 años, Costa Rica, 2016



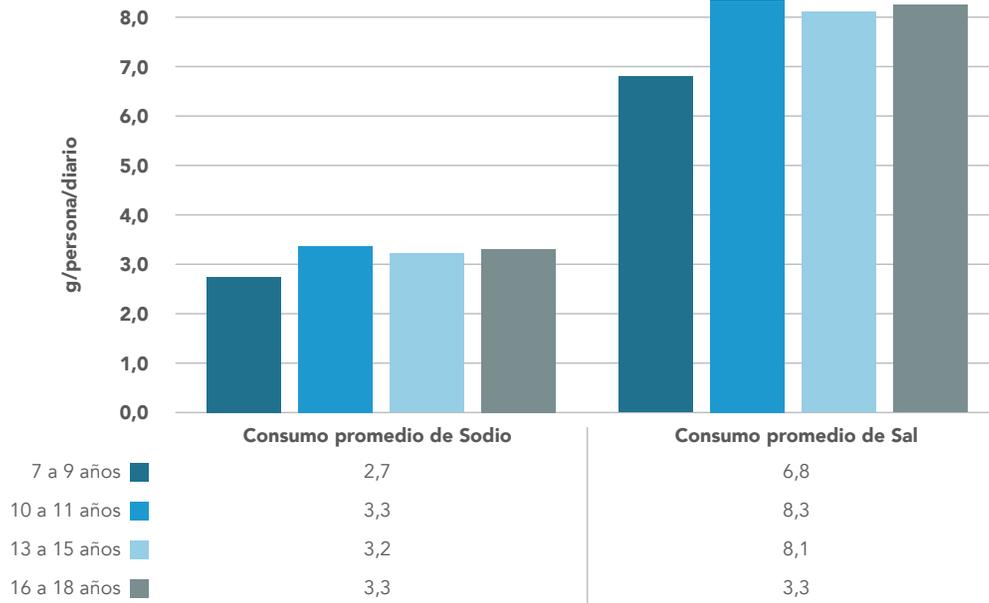
Fuente: Núñez-Rivas et al., 2020.

De la misma manera, se encontró diferencia con significancia estadística respecto al consumo promedio de sodio y el sexo ($p < 0,01$).

Por otro lado, el consumo promedio de sodio distribuido por estado socioeconómico fue: bajo ($3,2 \pm 0,8$), medio ($3,2 \pm 0,8$) y alto ($3,3 \pm 0,8$). Con relación al consumo de sodio respecto a la obesidad y sobrepeso, se estimó en $3,9 \pm 0,9$, en la población con la categoría de "no sobrepeso y obesidad" fue de $3,0 \pm 0,6$, mostrando una diferencia significativa ($p < 0,01$) (Núñez-Rivas et al., 2020, p. 925).

Gráfico 38

Consumo de sal/sodio por grupo etario, Costa Rica, 2016



Fuente: Ministerio de Salud con base en Núñez-Rivas et al., 2020.

Figura 15

Consumo de sal/sodio en población de 7 a 18 años, según sexo, Costa Rica, 2016



Fuente: Ministerio de Salud con base en Núñez-Rivas et al., 2020.

Para el caso de población entre 7 a 18 años, la referencia del 2016 nos presenta una línea base de 3,2 (±8,09) g/persona/diarios.



3 Consumo de tabaco

El consumo de tabaco es una de las mayores amenazas a la salud pública (OMS, 2019b). Esta droga es adictiva y contiene toxinas cancerígenas, lo cual aumenta el riesgo de cánceres de boca, cuello, estómago, colon, esófago, entre otras; es considerada la causa de mortalidad más prevenible en el mundo (OMS, 2008d).

El consumo de tabaco es perjudicial para la salud en todas las modalidades, por lo tanto, no existe un nivel seguro de exposición a este factor de riesgo. El producto del tabaco más conocido son los cigarrillos, aunque también se puede encontrar en pipa de agua o narguile, tabaco picado, bidis, entre otras (OMS, 2019b).

Este factor de riesgo implica un costo económico y social importante, dados los elevados costos sanitarios que conlleva el tratar las enfermedades asociadas a esta conducta, que cada año provoca 1,2 millones de muertes prematuras, trastornos cardiovasculares y respiratorios. Para la OMS, el impacto del consumo de tabaco es una tragedia humana y económica. Empero, este factor de riesgo es modificable y prevenible (OMS, 2019b).

A nivel mundial se estima que el tabaquismo mata a más de 8 millones de personas al año, de las cuales alrededor de 7 millones son consumidoras directas y 1,2 millones son fumadores pasivos. La tendencia indica que, para el 2030, el tabaco matará a más de ocho millones de personas cada año, afectando principalmente a países de ingresos bajos y medios (OMS, 2019b).

Es preciso indicar, sin embargo, que el Informe Mundial sobre tendencias de prevalencia de consumo de tabaco 2000 a 2025 evidencia una reducción de consumidores de tabaco de 1.397.000 millones en 2000 a 1.337.000 millones en 2018; las mujeres, en particular, muestran una reducción del consumo entre 2000 y 2018, y en cuanto a los hombres, el consumo ha dejado de crecer (OMS, 2019c).

Tal como se indicó previamente, en 2003 los Estados miembros de la OMS adoptaron por unanimidad el CMCT; posteriormente se adhirieron alrededor de 182 países, es decir, más del 90% de los países del mundo. Este hito histórico en promoción de la salud pública reafirma el derecho a la salud, estableciendo un marco jurídico para la cooperación sanitaria internacional (OMS, 2010e; OMS, 2019c). Es importante indicar que este tratado ha sido incluido de forma específica en los ODS, específicamente en la meta 3 "Salud y Bienestar" (OMS, 2019c).

El Convenio Marco establece un protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, mediante un conjunto de medidas que los países acordaron entre sí (OMS, 2010f). En concreto, se establecieron las siguientes directrices:

- Directrices para la aplicación del artículo 5.3 del CMCT de la OMS Protección de las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales

y otros intereses creados de la industria tabacalera (Organización Mundial de la Salud, 2008e).

- Directrices para la aplicación del artículo 6 del CMCT de la OMS: Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco (Organización Mundial de la Salud, 1999).
- Directrices para la aplicación del artículo 8 del CMCT de la OMS Protección contra la exposición al humo de tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2007g).
- Directrices parciales para la aplicación de los artículos 9 y 10: Directrices parciales sobre reglamentación del contenido de los productos de tabaco y reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2017c).
- Directrices para la aplicación del artículo 11 del CMCT de la OMS: Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2008f).
- Directrices para la aplicación del artículo 12: Directrices sobre educación, comunicación, formación y concientización del público (Organización Mundial de la Salud, 2010g).
- Directrices para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS: Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2008g).
- Directrices para la aplicación del artículo 14: Directrices sobre medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2010h).

En 2007, la OMS propuso las medidas MPOWER (Monitor, Protector, Ofter, Warn, Enforce y Raise): Un Plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo (OMS, 2008d). Posteriormente en la región de las Américas se establece la “Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la región de las Américas 2018-2022” (OPS y OMS, 2017), Jóvenes y Tabaco en la Región de las Américas de 2010-2017 (OPS Y OMS 2018).

En Costa Rica, en la década de los 80 se emitieron decretos para restringir el uso de tabaco a través de limitaciones a la publicidad, y al consumo en espacios de trabajo, con lo cual se logró una prevalencia para 1987 de 21,7%. Así mismo, en el año 2008 el país firmó el Convenio Marco Mundial, estableciéndose como marco normativo:

- Ley 9028. Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud.
- Decreto 37185. Reglamento a la Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud.
- Decreto 37778. Reglamento de Etiquetado de los Productos de Tabaco y sus Derivados.

- Resolución N° DM-JM-1593-2018. Comisión para la Regulación del Etiquetado de Productos de Tabaco.

Además, se lanza el sitio web “Aquí no se fuma”, iniciativa que pretende dar a conocer datos sobre el consumo de tabaco, así como informar acerca de espacios libres de humo; contiene, también, un apartado que informa sobre las multas y sanciones establecidas de acuerdo con la ley (Ministerio de Salud, 2016b).

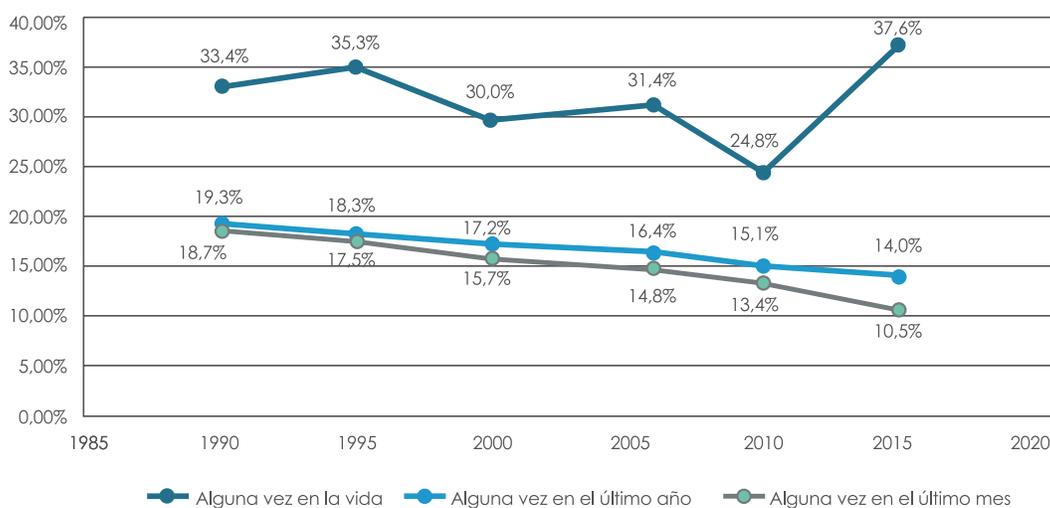
Respecto al impacto del consumo de tabaco en Costa Rica se estima que un total de 5 personas mueren diariamente a causa del tabaquismo, lo cual representa 129.133 millones de colones en gastos para atender los problemas de salud asociados a su consumo. Además, se estima que un 9,3% de todas las muertes en el país son atribuibles al tabaquismo (Bardach et al., 2016).

El tabaquismo provoca anualmente la pérdida de 44.278 años de vida. Este factor de riesgo genera un costo directo de 129 mil millones de colones, equivalente al 0,47% del total del Producto Interno Bruto del país y el 4,8% de todo el gasto público en salud anual. A través de la recaudación impositiva por venta de cigarrillos (34 mil millones anuales) solo se cubre menos de 30% de los gastos directos que provoca este producto en el sistema de salud (Bardach et al., 2016).

En Costa Rica, la Encuesta Nacional de Drogas estima el consumo de tabaco para los periodos 1990, 1995, 2000, 2006, 2010 y 2015, el cual muestra una disminución relativa de 27,46% en el consumo de “alguna vez en el último año” entre el periodo 1990 y 2015, mientras que para el consumo en “alguna vez en el último mes” fue de 43,85%.

Gráfico 39

Niveles de prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida, en el último mes y año, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015

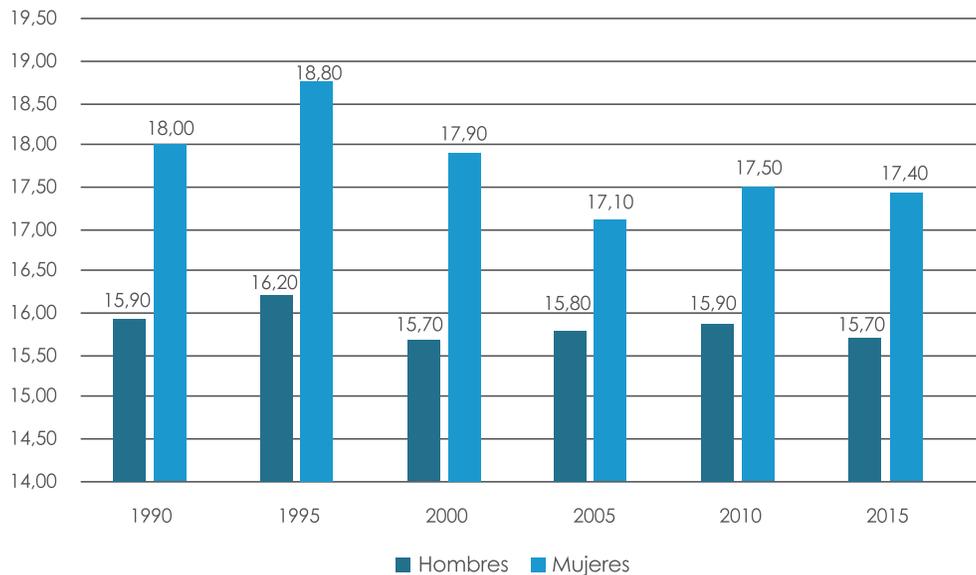


Fuente: Ministerio de Salud con base en VI Encuesta Nacional Consumo de Drogas en Costa Rica 2015 (IAFA, 2018).

Por otra parte, la edad de inicio de consumo de tabaco según sexo muestra que las mujeres postergan el consumo por primera vez: para 2015, el promedio fue de 17,40 años frente a 15,70 para los hombres.

Gráfico 40

Edad de inicio del consumo de tabaco según sexo, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015

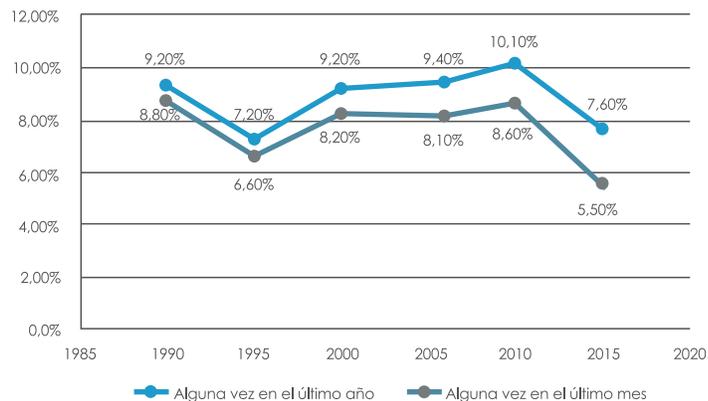
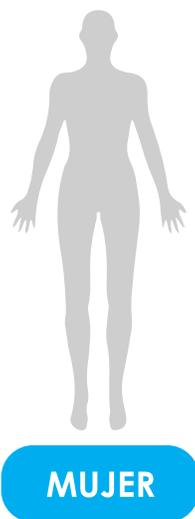


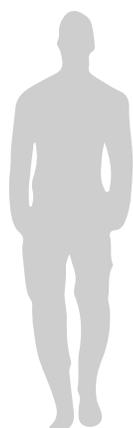
Fuente: Ministerio de Salud con base en VI Encuesta Nacional Consumo de Drogas en Costa Rica 2015 (IAFA, 2018).

El consumo de tabaco “alguna vez en el último mes” y en el “último año” suelen presentarse en menor proporción en mujeres en comparación con los hombres a lo largo de los periodos antes mencionados (IAFA, 2018). En concreto, el consumo en el último mes del año 2015 fue de 5,50% para mujeres y 15,40% para hombres.

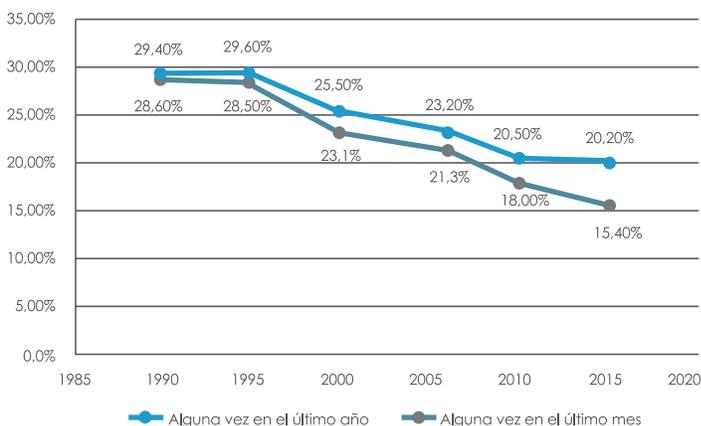
Gráfico 41

Niveles de prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en el último mes y año, por sexo, Costa Rica, 1990, 1995, 2001, 2006, 2010 y 2015





HOMBRE



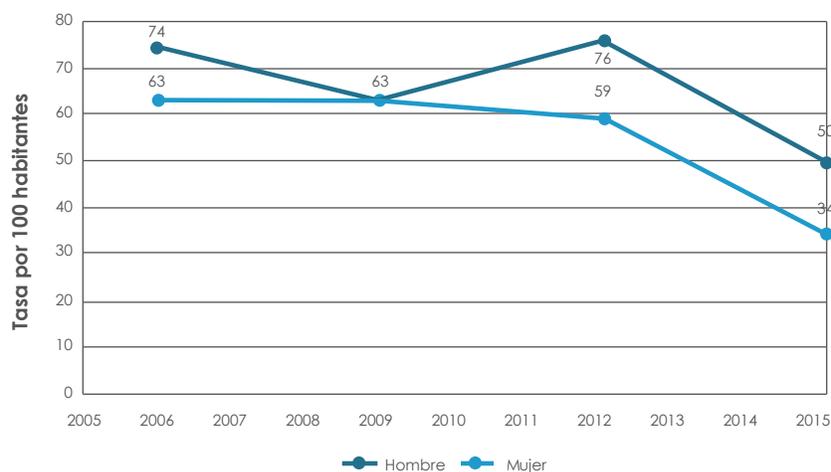
Fuente: Ministerio de Salud con base en VI Encuesta Nacional Consumo de Drogas en Costa Rica 2015 (IAFA, 2018).

Respecto a la Encuesta Nacional sobre Tabaquismo en Jóvenes 2015 (GYTS), se muestra un descenso de la incidencia en ambos sexos entre los periodos 2006 y 2015. La edad de inicio de consumo de tabaco para la población secundaria fue en promedio de 12,5 años para el 2006 y para el 2015 se estimó en 13,3 años (IAFA, 2018).

La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos Costa Rica (2015) indica que casi 7 de cada 10 adultos notaron información contra el tabaco en la radio o televisión y 1 de cada 10 adultos notó publicidad de cigarros en sitios de venta oficiales. Por otra parte, se conoce que el 73% de los fumadores actuales planearon o pensaron dejar de fumar, mientras que el 58,6% de los fumadores del año pasado intentaron dejar de fumar en los últimos 12 meses, y el 56,7% fumadores diarios dejaron de fumar (Ministerio de Salud, 2017b).

Gráfico 42

Tasa de incidencia anual de consumo de tabaco en estudiantes de secundaria, por año según sexo, Costa Rica, 2006, 2009, 2012 y 2015

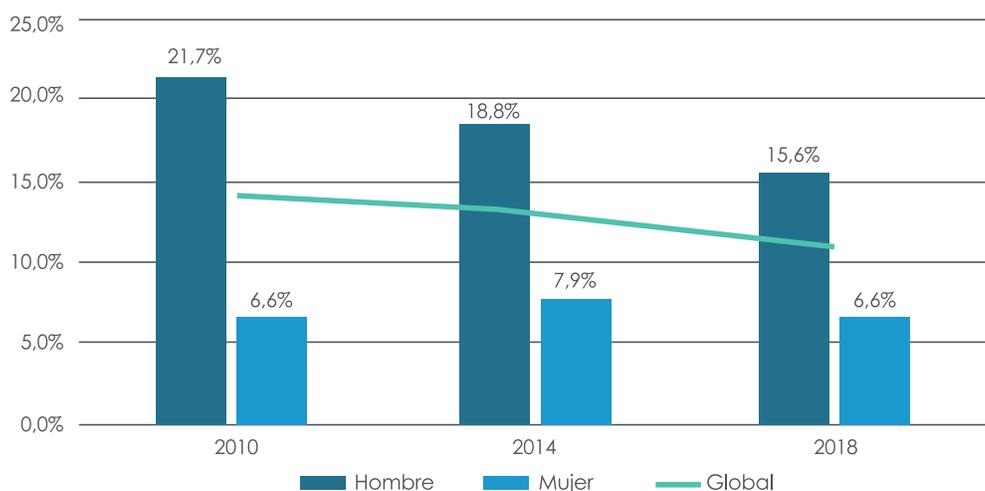


Fuente: Ministerio de Salud con base en la IV Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria (IAFA, 2016).

Datos de la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovasculares realizada en 2010, 2014 y 2018, reflejan que la proporción de población fumadora en dichos años abarca un 14,2%, 13,3% y 11,1%, respectivamente. Para 2010 y 2014 la mayor frecuencia de fumadores se concentró en la población entre 20 y 39 años. En 2000, de la proporción que fuma, un 64,5% lo hace diariamente; mientras que para el 2014 fue de 65,9%. El producto de tabaco más frecuente en ambos periodos fue el cigarrillo. La edad promedio de fumado fue de 17,5 años para 2000 y 16,6 años para 2014 (CCSS, 2011, 2014, 2018).

Gráfico 43

Prevalencia del consumo de tabaco en el último año en población mayor a 20 años, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018



Fuente: Ministerio de Salud con base en la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010, 2014, 2018).

4

Actividad física



La actividad física se refiere a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiera un gasto de energía. La insuficiente actividad física constituye, a nivel mundial, el cuarto factor de riesgo más importante para la mortalidad (6% de defunciones); riesgo que, además, está asociado a las enfermedades no transmisibles (OMS, 2010a, p. 7).

La OMS ha insistido en la importancia de la creación de entornos saludables para realizar actividad física y ha planteado recomendaciones para los diferentes grupos poblacionales. Lo anterior, debido a que la insuficiente actividad física es la principal causa del 21% a 25% de los cánceres de mama y colon, del 27% de la diabetes y, aproximadamente, de un 30% de cardiopatías isquémicas (OMS, 2010a, p. 10).

En 2004, durante la Asamblea Mundial de Salud, se promovió la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad física y Salud, con el fin de que los países logran aumentar

los niveles de actividad física. Para ello se propone: (1) desarrollar y llevar a la práctica directrices nacionales sobre este determinante, (2) diseñar de políticas de transporte donde se promueva métodos activos y seguros para población escolar y laboral, y (3) adaptar las estructuras urbanas para facilitar la actividad física (OMS, 2010a, p. 10).

A nivel mundial, la OMS ha estimado que 1 de cada 4 adultos no realiza los 150 minutos a la semana de actividad física de moderada intensidad, recomendados por dicho organismo. Al respecto, se conoce que las mujeres son menos activas que los hombres. Específicamente en la región de América Latina y el Caribe, los niveles de inactividad física aumentaron de 33 a 39% entre 2011 y 2016 (OPS, s.f.-g).

Cabe indicar que el país cuenta con un estudio a nivel nacional, a partir del cual se han incluido consultas con respecto a la salud y el ejercicio de forma sistemática. Se trata de la “Encuesta Nacional de Consumo de Drogas” realizada por el IAFA cada cinco años con población entre los 12 y 70 años, que registra una reducción en la cantidad de población insuficientemente activa desde los años 90 hasta el 2015, año en el que se realizó la última encuesta (Ministerio de Salud y Ministerio de Deporte y Recreación, 2011).

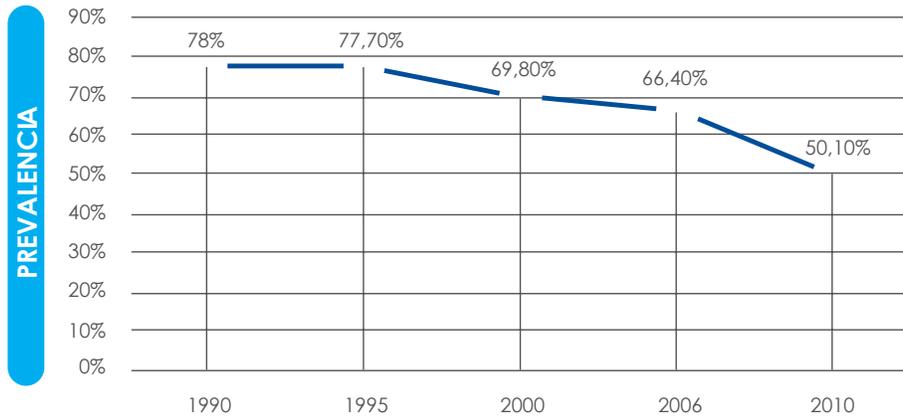
Por otra parte, a través de la Encuesta Nacional de Factor de Riesgo Cardiovascular se estimó un aumento relativo del 44,6% entre 2010 y 2014 en el nivel de actividad física moderada; mientras que el aumento entre 2010 y 2018 fue de 103,3% (CCSS, 2011, 2014 y 2018).

Para promover este tema, la OPS desarrolló el Plan de Acción Mundial sobre Actividad física 2018-2030 con el fin de reducir la inactividad física en 10% para el 2025 y en un 15% para 2030 (OPS, s.f.-g).

En Costa Rica, tal como se indicó anteriormente, se impulsó el Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021, el cual busca la promoción de la actividad física, el deporte, la educación física y la recreación en los diferentes escenarios (Ministerio de Salud y Ministerio de Deporte y Recreación, 2011). Así mismo actualmente se cuenta con la Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030, cuyo primer eje estratégico establece “La Recreación y la Actividad Física para una Costa Rica inclusiva, físicamente activa y saludable” y plantea la meta de que, “al 2030 al menos un 36,1% de la población residente en el país de 20 o más años realice regularmente actividad física de intensidad moderada” (Ministerio de Salud y Ministerio del Deporte et al., 2020).

Gráfico 44

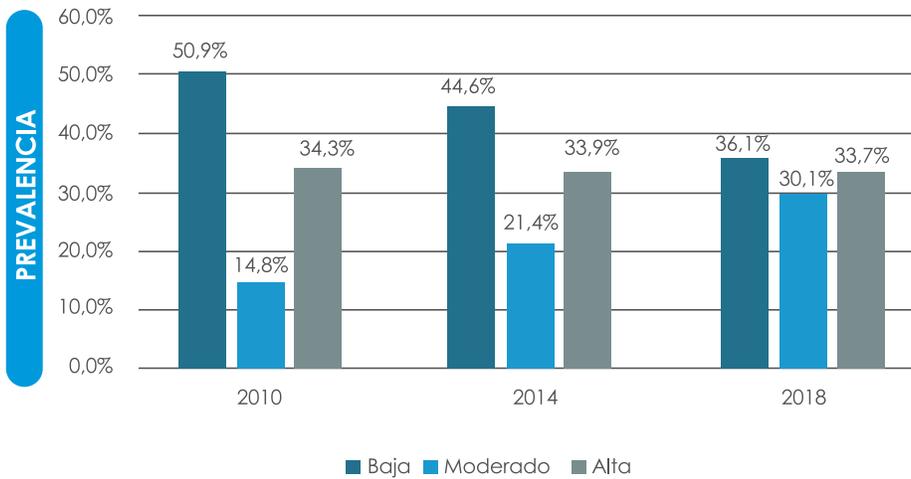
Prevalencia de población insuficientemente activa, Costa Rica, 1990, 1995, 2000, 2006 y 2010



Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Deporte y Recreación y Ministerio de Salud, (2011).

Gráfico 45

Prevalencia del nivel de actividad física, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018

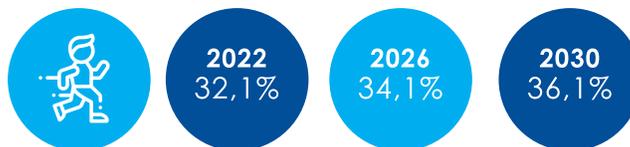


Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010, 2014, 2018).

Figura 16

Meta establecida en la Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030

Meta escalonada sobre la prevalencia de actividad física moderada establecida en la **Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030**



Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio del Deporte et al., 2020.

Respecto a instancias de articulación existentes para la promoción de la actividad física en el país es fundamental mencionar a la Red Costarricense de Actividad Física para la Salud (RECAFIS), la cual fue oficializada en 2005 mediante el Decreto Ejecutivo N. 32886-S-C-MEP-MTSS-MP-G, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, en conjunto con el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), el cual asume la Secretaría ejecutiva. El objetivo de dicha red es promover la actividad física, el deporte y la recreación para la salud física, mental y social. Al 2019, se contaba con RECAFIS cantonales en todas las Regiones del país y aproximadamente en 60% del total de cantones (Ministerio de Salud, s.f.a).

En materia de programas de promoción de la actividad física, puede destacarse la incorporación del Programa Actívate en el Plan Nacional de Desarrollo e Inversión Pública 2019-2022. Dicho programa tiene como objetivo “Proveer condiciones necesarias para el desarrollo de proyectos de actividad física sistemática a nivel cantonal, por medio del trabajo articulado de la RECAFIS” (ICODER y Ministerio de Salud, 2019, p. 30). No obstante, debido al contexto financiero nacional y a la pandemia por COVID-19, hubo cambios y ajustes para este Programa; específicamente al presupuesto asignado y la modalidad de ejecución.



5 Alimentación saludable

La nutrición es la ingesta de alimentos de acuerdo con las necesidades dietéticas del organismo. Una dieta sana incluye el consumo de frutas, verduras y fibra, con el fin de obtener los nutrientes necesarios para un adecuado funcionamiento. Sin embargo, en la actualidad, con la acelerada urbanización y el cambio de hábitos alimenticios, el consumo de alimentos hipercalóricos, grasas, azúcares libres y sal/sodio se ha incrementado (OMS, 2018c).

Entre los determinantes que influyen sobre la alimentación saludable se encuentran los ingresos de las personas, los precios de los alimentos, las preferencias y creencias individuales, las tradiciones culturales y los factores geográficos y ambientales (OMS, 2018c).

Desde el trabajo multisectorial, se han hecho esfuerzos por promover los entornos alimentarios saludables y facilitar mejoras en la alimentación de la población. A nivel mundial, desde el 2004 se cuenta con la “Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud”, que incluye la alimentación sana. En 2012, se adoptó un Plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño; un año más tarde se acordaron nueve metas de aplicación voluntaria para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Además, en 2014, la OMS y la FAO organizaron la Conferencia Internacional sobre Nutrición, donde se establece la Declaración de Roma sobre la Nutrición y el Marco de Acción para la promoción de una alimentación variada, inocua y saludable. En 2018, se aprobó el 13° Programa General de Trabajo, el cual incluye la reducción de la ingesta de sodio/sal y la supresión de grasas trans de producción industrial (OMS, 2018c).

La malnutrición está presente en más de la mitad de las muertes de niños y niñas (OMS, 2020e). Es por ello que se establecieron las metas mundiales de nutrición para 2025, pues la malnutrición está relacionada con el retraso en talla, la anemia, el bajo peso al nacer, el sobrepeso, la lactancia y emaciación (OMS, s.f-g).

Como parte de las acciones de Costa Rica en este tema, en 2010 se definieron las “Guías Alimentarias para Costa Rica”, un instrumento educativo sobre requerimientos nutricionales (Ministerio de Salud, Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias para Costa Rica [CIGA], 2010). En dicho documento se establece que la alimentación variada aporta nutrientes necesarios para el funcionamiento del cuerpo, y que debe incluir productos de origen animal, grasas y azúcares, vegetales y frutas y cereales, leguminosas y verduras harinosas.

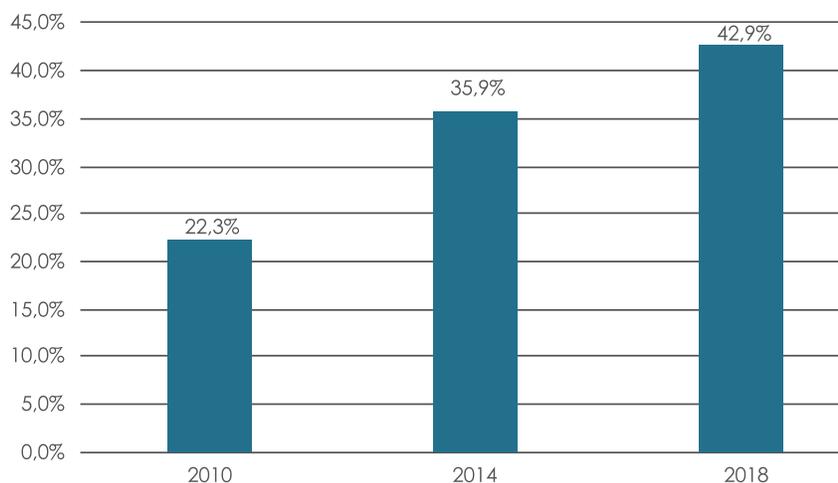
En Costa Rica, un estudio sobre la valoración de anuncios de alimentos y bebidas en televisión dirigidos a la población infantil indica que los niños y niñas están diariamente expuestos a publicidad de comidas y bebidas no saludables (Zamora-Corrales et al., 2019). Otra investigación sobre este mismo tema resalta la necesidad de establecer regulaciones para restringir la comercialización de los paquetes de alimentos ultraprocesados para generar ambientes alimentarios saludables y contribuir a la lucha contra la obesidad en Costa Rica (Gamboa-Gamboa et al., 2019).

Además, se ha comprobado que la ingesta de energía por azúcares añadidos en población urbana costarricense supera la recomendación indicada por OMS, hay problemas de sobrepeso en hogares y el exceso de azúcar también está muy presente en las meriendas. Se menciona, en ese sentido, que las bebidas azucaradas constituyen la primera fuente de azúcares añadidos en la dieta costarricense (Gómez-Salas et al., 2019).

Por otro lado, la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular, se registra un aumento relativo en el consumo de frutas y vegetales de 92,38% entre el periodo 2010 y 2018, lo cual constituye un avance importante en la mejora en los patrones de alimentación de a población del país.

Gráfico 46

Consumo de frutas y vegetales (5 o más porciones en un día cotidiano) en población mayor a 20 años, Costa Rica, 2010, 2014 y 2018



Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010, 2014, 2018).



6 Salud mental

La salud mental es parte fundamental de la salud y está asociada a determinantes socioeconómicos, biológicos y ambientales; por consiguiente, no debe ser entendida únicamente como trastornos y discapacidades mentales, dado que incluye un estado de bienestar en el que la persona puede realizar sus capacidades y hacer frente al estrés, así como trabajar en forma productiva y contribuir a la comunidad (OMS, 2018d).

A la luz de lo anterior, en la actualidad se ha establecido la necesidad de asegurar la promoción, protección y restablecimiento de la salud mental, de forma tal las personas puedan adoptar o mantener modos de vida saludables que, a su vez, permitan mejorar su bienestar mental y psicológico (OMS, 2018d).

A nivel mundial, se estima que 10% de la carga mundial de morbilidad está asociada a trastornos mentales, neurológicos y consumo de sustancias (OMS, 2019d). Respecto a las personas con trastornos mentales, se ha comprobado que presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad; siendo que las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen mayor riesgo de muerte prematura.

Asimismo, se calcula que el impacto de los trastornos mentales representará pérdidas económicas de 16,3 billones de dólares entre 2011 y 2030. En contraste, existe una clara escasez de recursos para atender las necesidades de salud mental, de hecho, el gasto promedio es inferior al gasto anual de 2 dólares por persona, con lo cual un 67% de recursos son para hospitales psiquiátricos (OMS, 2013e).

Se ha venido estudiando la relación entre los trastornos mentales y enfermedades como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2013e); por ejemplo, existe evidencia de que la depresión puede predisponer a infartos al miocardio y diabetes. Respecto a esta relación entre la salud mental y ENT, en el Plan de Acción para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019, se plantea la salud mental como un determinante de las ENT, en particular la depresión y la demencia (OPS, 2014a).

Relacionado con este tema, la OMS ha propuesto el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, en donde los Estados miembros se comprometieron a promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales (OMS, 2013e).

Actualmente, se apuesta a una reorientación de la financiación de los servicios de salud a nivel comunitario, de modo tal que se integre la salud mental en un espectro más amplio y no se limite a la atención y medicalización de trastornos mentales. Se conocen, además, las siguientes orientaciones técnicas (OMS, 2013e):

- WHO Quality Rights toolkit (OMS, 2012c).
- Directrices del IASC para la salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de emergencia (OMS, 2007h).
- Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (OMS, 2010i).
- Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia emergente y práctica (OMS, 2004b).
- Principios de la Declaración de Caracas. Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (OPS, 1990).

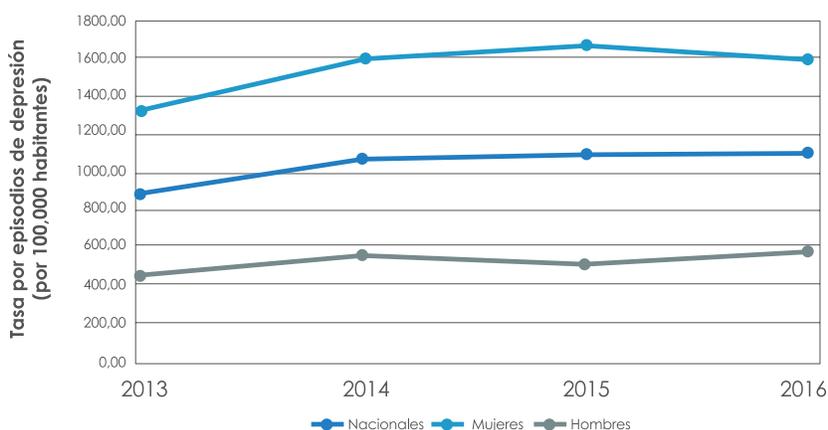
A nivel nacional, se cuenta con la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, que tiene por objetivo:

Desarrollar un Modelo de Salud Mental que garantice el derecho a la Salud Mental de la población por medio de la acción intersectorial e interinstitucional, dirigida a la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción con enfoque comunitario, para mejorar la calidad de vida y el disfrute a lo largo del ciclo de vida de las personas, con base a sus condiciones de vida y determinantes de la Salud Mental, a fin de reducir los índices de los trastornos mentales y del comportamiento (Ministerio de Salud, 2012b, p. 48).

En el caso de Costa Rica, los principales problemas de salud mental corresponden a trastornos depresivos, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, suicidio, violencia intrafamiliar, entre otros.

En cuanto a los episodios de depresión a nivel nacional, se muestra un aumento de 883,12 a 1100,82 entre 2013 y 2016; en población femenina, se pasó de 1318,69 a 1602,30 y en población masculina se pasó de 456,18 a 588,35 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 47
Tasas de depresión según sexo, por cada 100.000 habitantes, Costa Rica, 2012-2016

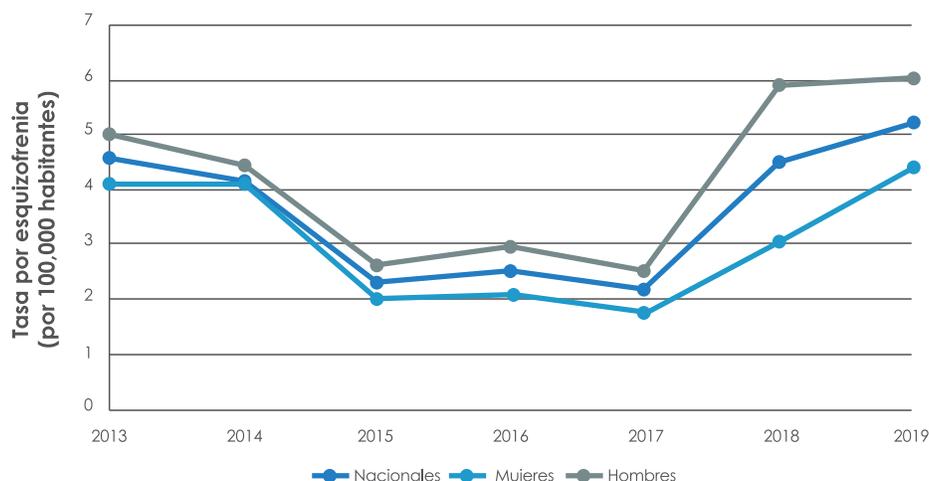


Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Salud (2020d).

A nivel nacional, la tasa de la esquizofrenia para 2013 fue de 4,6 y de 5,2 para 2019. Los hombres son los que presentan más dicho evento, con una tasa de 5,0 para 2013 y 6 para 2019 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 48

Tasas de esquizofrenia según sexo, por cada 100.000 habitantes, Costa Rica, 2013-2019

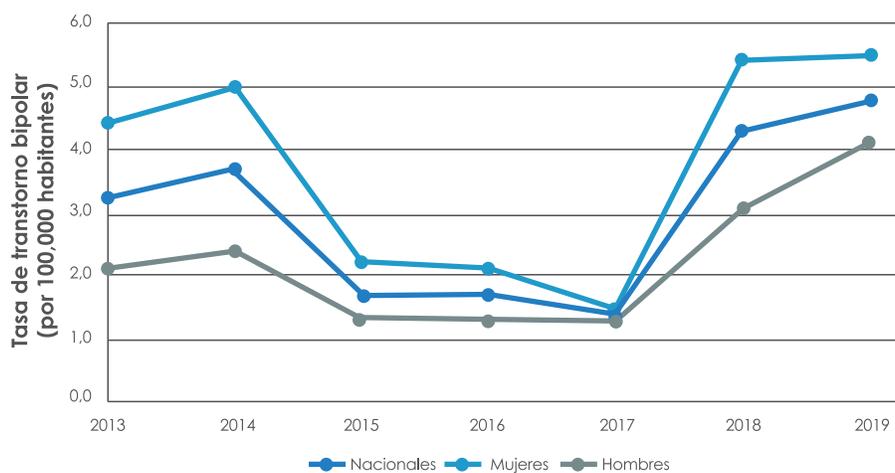


Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Salud (2020d).

A nivel país, el trastorno bipolar presentó una tasa por 100.000 habitantes de 3,2 en 2013 y 4,8 en 2019; las mujeres presentan mayor tasa cruda, que corresponde a 4,4 en 2013 y 5,5 en 2019.

Gráfico 49

Tasas de trastorno bipolar según sexo, por cada 100.000 habitantes, Costa Rica, 2013-2019

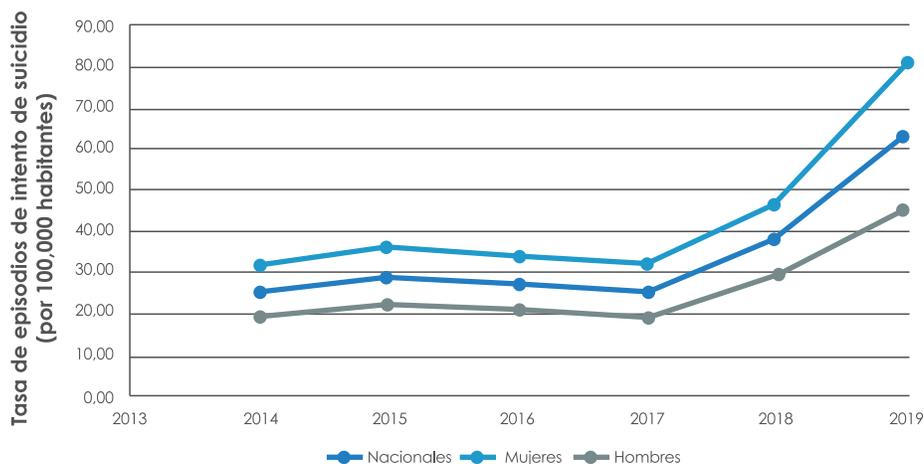


Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Salud (2020d).

El intento de autoeliminación (suicidio) mostró un aumento en el periodo 2014-2019: la tasa nacional fue de 25,22 para 2014 y de 63,00 para el 2019. Las mujeres presentan mayor intento de suicidio, con una tasa de 81,1 por cada 100.000 mujeres en 2019.

Gráfico 50

Tasas de intento de suicidio, según sexo, por cada 100.000 habitantes, Costa Rica, 2013-2019



Fuente: Ministerio de Salud con base en Ministerio de Salud (2020d).

7 Ambiente

Las ENT están asociadas a determinantes sociales, entendidos como aquellas condiciones dentro de las cuales las personas se desarrollan en el curso de vida, que incluyen factores ambientales y culturales, dentro de los que se destacan: seguridad del agua, aire y suelo, condiciones laborales, vivienda, saneamiento básico, contacto con plaguicidas y urbanización, entre otros. Entre los principales contaminantes asociados a las enfermedades crónicas están los químicos orgánicos y algunos metales (Ministerio de Salud, 2014).

Respecto a las enfermedades y condiciones ambientales, en la siguiente tabla se muestra la mortalidad según enfermedades y condiciones transmitidas por el aire en el periodo 2010-2014 donde se muestra una reducción de mortalidad en enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, que pasaron de 17,10 en 2010 a 16,30 en 2014.

Tabla 6

Mortalidad según enfermedades y condiciones transmitidas por el aire, número de defunciones y tasa por 100.000 habitantes, 2010-2014

| | Tasas de infecciones agudas de las vías respiratorias superiores | | Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | |
|------|--|------------------------------|---|------------------------------|
| | Número de defunciones | Tasas por 100.000 habitantes | Número de defunciones | Tasas por 100.000 habitantes |
| 2010 | 2 | 0,00 | 776,00 | 17,10 |
| 2011 | 1 | 0,00 | 695,00 | 15,10 |
| 2012 | 2 | 0,00 | 753,00 | 16,20 |
| 2013 | 1 | 0,00 | 737,00 | 15,60 |
| 2014 | 1 | 0,00 | 778,00 | 16,30 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Ambiente y Energía, (2015).

En relación con el abastecimiento y calidad de agua, la prestación de servicios de agua potable y alcantarillado sanitario a nivel nacional le compete, principalmente, al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), cuya cobertura en zona urbana es de aproximadamente 98% (Ministerio de Ambiente y Energía, Universidad Nacional, Ministerio de Salud, Ministerio de Obras Públicas y Transportes y Municipalidad de San José., s.f).

Según el último informe anual de AyA, en el año 2020, un 89 % de la población abastecida por acueductos municipales (609 020 habitantes) recibió agua de calidad potable, un 11 % (75 241 habitantes) recibió agua no potable y un porcentaje muy reducido de aproximadamente 0,05 % (332 habitantes) recibió agua sin evaluar. En el caso de la ESPH, el 100 % de su población recibió agua de calidad potable (258 428 habitantes) (AyA,2021).

Por otra parte, con respecto a la contaminación atmosférica, la misma se entiende como el deterioro de su pureza por la presencia de agentes de contaminación, tales como partículas sólidas, polvo, humo, vapor, gases, materias radioactivas y otros. En diferentes investigaciones se ha indicado la relación indiscutible entre los contaminantes atmosféricos y el aumento en diferentes enfermedades y padecimientos en la población. (Ministerio de Ambiente y Energía, Universidad Nacional, Ministerio de Salud, Ministerio de Obras Públicas y Transportes y Municipalidad de San José., s.f).

Se estima que los niveles de concentración de partículas PM10 en la Gran Área Metropolitana cumplen con la normativa nacional, pero no con la referencia internacional dictada por la Organización Mundial de la Salud (año 2013-2015). Además, se establece que los niveles de dióxido de nitrógeno en la Gran Área Metropolitana superan los límites dictados (Ministerio de Ambiente y Energía, Universidad Nacional, Ministerio de Salud, Ministerio de Obras Públicas y Transportes y Municipalidad de San José., s.f).

Por otro lado, Costa Rica ha empleado masivamente plaguicidas químicos sintéticos para el control de plagas de importancia agrícola, pecuaria, de salud pública y en los hogares. Se estima que, en promedio, el 8% del total de las intoxicaciones por plaguicidas se reporta al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, y afecta, sobre

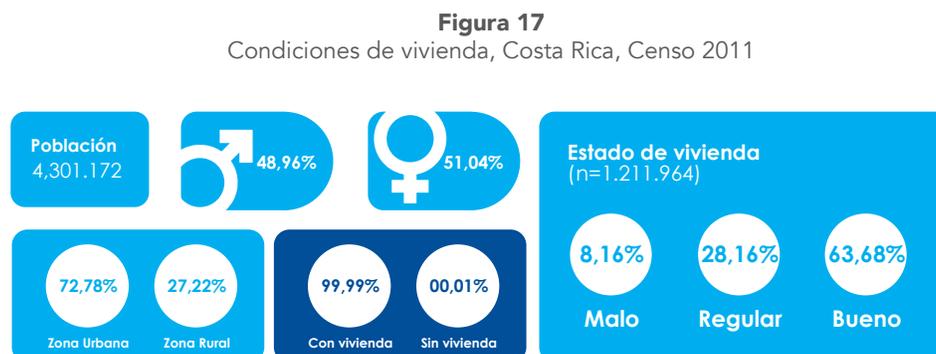
todo, a población menor de edad, adultos mayores y mujeres. Las provincias con mayor riesgo son Puntarenas y Limón (Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Al respecto, Costa Rica ha avanzado en la aprobación de la siguiente regulación (Ministerio de Salud y OPS, 2003):

- Decreto Ejecutivo N° 3 del 15 de enero de 1938. Autorización del Departamento de Ingeniería Sanitaria para la instalación de beneficios de café.
- Decreto Ejecutivo N° 2 del 23 de abril de 1957. Prohibición para la importación, venta y uso de fungicidas mercuriales en café.
- Ley General de Salud y Ley Orgánica del Ministerio de Salud - Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1974. Art. 286 a 292. 4.
- Ley de Aguas de Costa Rica N° 276 del 27 de agosto de 1942. Servicio Nacional de Electricidad, reformada por Ley N° 2332 del 9 de abril de 1959 y Ley N° 5516 del 2 de mayo de 1974.
- Decreto Ejecutivo N° 4845-A del 14 de mayo de 1975. Regulación del uso de fungicidas a base de arsénico y plomo en café.
- Ley Constitutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados - Reformada y Anexos. San José, Costa Rica, 1977.
- Circular de la Oficina del Café N° 674 del 30 de agosto de 1977. Tratamiento de la pulpa del café.
- Ley de Sanidad Vegetal N° 2852 del 6 de noviembre de 1961, reformada por Ley N° 4295 del 17 de diciembre de 1968 y Ley N° 6248 del 2 de mayo de 1978.
- Decreto N° 12.194-OP - Formación del Sistema Nacional de Protección y Mejoramiento del Ambiente, del 12 de enero de 1981.
- Ley de Conservación de la Vida Silvestre. N° 7317 del 21 de octubre de 1992. Art. 132.
- Normas de ubicación del sistema de tratamiento de aguas residenciales N° 21518-S.
- Ley Orgánica del Ambiente, N° 7554, 4 octubre 1995. Art. 65, 66, 52 inciso d), 60, párrafo final.
- Reglamento sobre el vertido y reuso de aguas residenciales, N° 26042-S Ministerio de Ambiente y Energía de Costa Rica (MINAE), 14 abril 1997.
- Reglamento sobre calidad del agua potable N° 25991-S, 14 abril 1997.

- Decreto 31176, Reglamento de creación del canon ambiental por vertidos, publicado en La Gaceta el 26 de junio de 2003.

Finalmente, con relación al tema de vivienda, el último Censo desarrollado por el INEC en 2011 indica que el 72,78% de la población se encuentra en zona urbana y que del total de viviendas censadas, un 63,68% se encuentra en buen estado (INEC, 2015, 2012 y 2020).



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC, (2012, 2020).

Alcance de la Estrategia Nacional ENTO 2013-2021

La Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2013-2021, fue formulada en el segundo semestre del 2013, y su Plan de Acción un año después, en el 2014. En la Estrategia se establecieron 4 líneas de acción, las cuales responden a las líneas propuestas por la OPS en el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019 (Ministerio de Salud, 2014). Dichas líneas cuentan a su vez con una serie de lineamientos estratégicos. A continuación se anotan las líneas y el número de lineamientos planteados para cada una:

- **Línea 1:** Políticas y alianzas estratégicas (7 lineamientos estratégicos).
- **Línea 2:** Factores protectores y factores de riesgo (10 lineamientos estratégicos).
- **Línea 3:** Respuesta del sistema de salud (12 lineamientos estratégicos).
- **Línea 4:** Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico (5 lineamientos estratégicos).

La línea 1 está orientada hacia el fortalecimiento de alianzas de los diferentes sectores: gubernamental, privado y sociedad civil, e incluye la abogacía política para la creación y puesta en marcha de marco regulatorio que impacte en las ENTO. La línea 2 está dirigida al abordaje de factores de riesgo y protectores para la prevención ENTO. La línea 3 se enfoca en el trabajo del sistema de salud. Finalmente, la línea 4 establece la vigilancia, la investigación y la innovación y desarrollo tecnológico como la forma para conocer el estado de las ENTO, generando evidencia científica para la toma de decisiones.

Para el año 2019, la Estrategia 2013-2021 estuvo sometida a un proceso de evaluación de diseño y de proceso, a cargo del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), realizada con el fin de contribuir a la mejora del diseño, gestión y para la toma de decisiones de la Estrategia 2022-2030. Dicha evaluación mostró que entre otras cosas, a pesar de que se contaba con lineamientos detallados para cada línea de acción, hubo limitaciones respecto al reporte de los resultados para establecer con claridad los logros alcanzados.

De igual manera se reconocieron factores externos que dificultaron el cumplimiento de las líneas de acción, por ejemplo, según MIDEPLAN (2019):

Algunos actores multinacionales del sector de la Industria de alimentos, bebidas alcohólicas, tabaco, entre otros, no fueron involucrados, de forma activa, en la Estrategia Nacional, y sus intereses particulares, su poder económico y de manejo de medios, permitieron que mantuvieran su influencia sobre el grupo meta de la intervención, menguando la capacidad de la Estrategia Nacional de mostrar resultados (MIDEPLAN, 2019, p. 25)

Respecto a los principales resultados del proceso de formulación y ejecución de la Estrategia, se resalta el involucramiento y compromiso constante de los actores sociales que participaron, así como una serie de hallazgos específicos para cada línea de acción, los cuales se detallan en el Anexo 1; algunos se mencionan a continuación:

- Para la línea 1, en cuanto a las barreras mencionadas por los actores sociales, se destaca el débil compromiso político y se reconoce la necesidad de un mayor respaldo, así como la importancia del involucramiento de los altos niveles para tejer acciones en el ámbito intersectorial y asegurar una mayor participación de la sociedad. Otra de las barreras señaladas es la priorización de los intereses económicos, lo cual, aunado al trabajo aislado de las instituciones que, sin ninguna vinculación con otros sectores, trabajan solamente por el cumplimiento de sus metas, deriva en que los intereses de los otros sectores no son establecidos necesariamente en función de las ENTO.
- Para la línea 2, los hallazgos indican que cada vez resulta más necesario maximizar los esfuerzos interinstitucionales, por medio del fortalecimiento del compromiso político mediante la asignación de recursos, acciones concretas e implementación de estrategias institucionales e intersectoriales, ya que la falta de presupuesto y de recurso humano también constituyen limitantes para el desarrollo de las iniciativas.
- En cuanto a la línea 3, se identifica la necesidad de destinar recursos adicionales al fortalecimiento del primer nivel de atención. Se destaca la urgencia de intervenciones en los distintos escenarios, por ejemplo, en la comunidad, y no solo una atención centrada en los servicios médicos. Además, se identifica como una limitación a nivel nacional, la existencia de un porcentaje de la población con ENTO atendido en consulta privada que no se está registrando en el sistema nacional de datos.

- Respecto a la línea 4, se identifica la necesidad de contar con un sistema que permita recuperar la información, el acopio y uso de los datos, relacionados con las ENTO. Además, al igual que en las demás líneas, se reitera la importancia de trabajar con la abogacía a nivel político, a fin de que se destinen recursos para la aplicación de nuevas tecnologías.

Finalmente, es importante mencionar que uno de los temas críticos a fortalecer para la implementación efectiva de la Estrategia, es mejorar la coordinación interinstitucional e intersectorial, así como el fortalecimiento del tema presupuestario para la implementación de las acciones destinadas al abordaje integral de las ENTO.

D Nivel de cumplimiento de las metas de impacto de la Estrategia Nacional ENTO 2013-2021

La Estrategia Nacional para el abordaje de ENTO 2013-2021 planteó nueve metas de impacto que están alineadas a los compromisos de país a nivel regional y mundial. Las metas se anotan a continuación:

1. Reducir la mortalidad prematura de ENT.
2. Reducción relativa del consumo nocivo del alcohol según tendencias y contexto nacional.
3. Reducción relativa del 7% al 2021 de la prevalencia de insuficiente actividad física.
4. Reducción relativa del 15% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población según condiciones del país.
5. Reducción relativa del 12% de la prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años.
6. Reducir el aumento relativo de la prevalencia de HTA en el país.
7. Reducir el aumento relativo en la prevalencia de diabetes.
8. Detener el aumento relativo de obesidad en la población.
9. Al menos el 50% de las personas mayores de 40 años que tienen un riesgo cardiovascular igual o superior al 30% reciban consejería, medicamentos y atención farmacéutica para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares.

En el año 2018 la Contraloría General de la República realizó una revisión de la Estrategia, a partir de la cual se determinó que había un avance insatisfactorio en la consecución de la meta global de reducción de mortalidad prematura, e instó a ajustarla y orientarla a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La meta de mortalidad prematura se ajustó de forma desagregada para facilitar los cálculos y determinar los requerimientos necesarios para incidir en la misma. Se realizó un cálculo de la tasa de mortalidad para cada enfermedad y luego se formuló una nueva meta para cada una. Es importante mencionar que en el ajuste de la meta de cáncer, se priorizaron cuatro tipos: mama, cérvix, colon y estómago,

ya que estos representan un porcentaje importante de la mortalidad prematura por cáncer y resulta más viable incidir positivamente desde la detección temprana para reducir la misma. A continuación se presentan las metas planteadas:

- 1.1** Reducir en cinco puntos la tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares mediante su prevención y tratamiento.
- 1.2** Reducir en dos puntos la tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus mediante su prevención y tratamiento.
- 1.3** Reducir en cinco puntos la tasa de mortalidad por enfermedad isquémica mediante su prevención y tratamiento.
- 1.4** Reducir en un punto la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas mediante su prevención y tratamiento.
- 1.5** Mantener la tasa de mortalidad prematura por cáncer de cérvix en mujeres de 30 a 69 años.
- 1.6** Mantener la tasa de mortalidad prematura por cáncer de mama en mujeres de 30 a 69 años.
- 1.7** Mantener la tasa de mortalidad prematura por cáncer de estómago en personas de 30 a 69 años.
- 1.8** Mantener la tasa de mortalidad prematura por cáncer de colon en personas de 30 a 69 años.

En el último cuatrimestre del año 2020, se realizó el proceso de análisis del estado de cumplimiento de la Estrategia 2013-2021, contemplando el ajuste de la meta global expuesto anteriormente. Para ello se realizaron consultas con actores claves y revisión de documentos técnicos e informes relacionados con la Estrategia y las ENTO, incluyendo la evaluación de diseño y proceso realizada por MIDEPLAN mencionada previamente (MIDEPLAN, 2019), así como un estudio del estado del cumplimiento del Plan de Acción, realizado por el Ministerio de Salud entre el año 2019 y 2020. Las instancias que participaron de la consulta para determinar el alcance en las metas, fueron Ministerio de Salud, IAFA, CCSS, ICODER e INCIENSA, la Escuela de Nutrición y Escuela de Salud Pública de la UCR, Colegio de Nutricionistas de Costa Rica, ONG Costa Rica Saludable y la OPS.

Con base en el análisis realizado se determinó que hubo un alcance parcial en el cumplimiento del Plan de Acción de la Estrategia, al lograrse un 61% de los indicadores propuestos y, con relación a las metas de impacto, el cumplimiento fue insuficiente. En este sentido, tanto la evaluación realizada por MIDEPLAN, como lo demostrado en el análisis de resultados, refleja que la Estrategia 2013-2021 fue planteada con un alcance muy ambicioso, abarcando un gran número de indicadores que hizo complejo su monitoreo y seguimiento, lo cual, aunado a la ausencia del recurso humano necesario para dicha labor, así como a limitaciones presupuestarias de las instituciones implicadas, incidieron en el resultado.

A continuación, se presenta un resumen de cada meta de impacto con la línea base y el dato de alcance de cumplimiento, determinado a partir de la información disponible al momento del estudio.

Meta de impacto 1: Reducir la mortalidad prematura de ENT

De las enfermedades contempladas en esta meta, en cinco de ellas no se logró la reducción planteada, ya que por el contrario, hubo un aumento en la tasa de mortalidad prematura, para cada una. Estas enfermedades fueron la diabetes, las respiratorias crónicas, cerebrovasculares, cáncer de colon y mama. Por otro lado, las enfermedades en las que sí se logró una reducción fueron los cánceres de cérvix y estómago y las enfermedades isquémicas. A continuación se exponen los datos por cada una de las enfermedades.

En cuanto a la tasa de mortalidad prematura de enfermedades cerebrovasculares, esta aumentó en 0,4 puntos comparando los periodos 2013 y 2019. Por su parte, la tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus aumentó en 5,9 puntos comparando los periodos 2013 y 2019. (INEC y Ministerio de Salud, 2020).

Figura 18

Línea base y alcance, con respecto a las metas de impacto 1.1 y 1.2 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, 2020.

En la tasa de mortalidad prematura por enfermedad isquémica se logra una reducción de 4,9 puntos comparando los periodos 2013 y 2019; posiblemente asociada a la promoción de estilos de vida saludable y la respuesta del sistema de salud.

Por su parte, en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se reporta un aumento de 0,7 puntos entre las tasas de mortalidad prematura, pasando de 2,1 a 2,8 (INEC y Ministerio de Salud, 2020).

Figura 19

Línea base y alcance, con respecto a las metas de impacto 1.3 y 1.4 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, 2020.

Por otra parte, respecto a las tasas de mortalidad prematura de los cánceres de mama y cérvix en población femenina, se reporta una disminución de 0,44 puntos en cérvix entre los periodos 2012 y 2019; y para cáncer de mama, por el contrario, se reporta un aumento de 2,09 puntos de las tasas por cada 100,000 habitantes (INEC y Ministerio de Salud, 2020).

Figura 20

Línea base y alcance, con respecto a las metas de impacto 1.5 y 1.6 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, 2020.

En el caso del cáncer de estómago presenta una reducción de la tasa de mortalidad prematura de 15,66 a 12,28, mientras que el cáncer de colon tuvo un aumento de 1,39 puntos entre las tasas de los periodos 2012 y 2019 (INEC y Ministerio de Salud, 2020).

Figura 21

Línea base y alcance, con respecto a las metas de impacto 1.7 y 1.8 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en INEC y Ministerio de Salud, 2020.

Meta de impacto 2: Reducción relativa del consumo nocivo del alcohol según tendencias y contexto nacional

A nivel internacional, los principales indicadores utilizados para medir el consumo de alcohol en la población son el "consumo per cápita" y el "consumo nocivo de alcohol".

A continuación, se presenta el estado de avance en dicha meta a partir de tres indicadores: "consumo per cápita" (identificado anualmente), "consumo alguna vez en el último año" y "consumo alguna vez en el último mes" (ambos identificados cada cinco años):

1. El "consumo per cápita" de alcohol presenta una reducción relativa de 4,02% en población mayor de 15 años en los años 2012 y 2019.
2. En cuanto al "consumo alguna vez en el último año", se presenta un aumento relativo de 71,90% entre los periodos 2010 y 2015.
3. En "consumo alguna vez en el último mes" la prevalencia aumentó 36,1% entre el 2010 y el 2015 (IAFA, 2018).

Los datos anteriores sugieren que se presentó una disminución del volumen consumido de bebidas alcohólicas pero un aumento en la fracción de consumidores, es decir, se registran más personas consumiendo alcohol pero un menor volumen de consumo de la sustancia, por lo cual los resultados respecto al cumplimiento de la meta no son concluyentes.

Figura 22

Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 2 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en IAFA, 2018.

Meta de impacto 3: Reducción relativa del 7% al 2021 de la prevalencia de insuficiente actividad física

Para esta meta, el valor de referencia en la evolución del nivel de actividad física es la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular (CCSS 2010, 2014, 2018). A partir de los datos de la Encuesta, se identifica una reducción relativa de actividad física de intensidad baja de 29,08% entre 2010 y 2018. Por otro lado, la prevalencia de la actividad física de intensidad moderada pasó del 14,8% al 30,1% en el 2018 (CCSS 2010, 2014, 2018). Por lo anterior, se puede afirmar que se sobrepasó la meta propuesta respecto a la insuficiente actividad física de la población.

Figura 23

Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 3 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010, 2014, 2018).

Meta de impacto 4: Reducción relativa del 15% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población según condiciones del país

Según datos del INCIENSA, la disponibilidad de sodio ajustado a 2000 kcal en los hogares en Costa Rica en 2012-2013 y 2018-2019 fue de 3,86 y 3,83 g/p/d, respectivamente. Se identifica que la disponibilidad de este nutriente presentó una disminución estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la última encuesta realizada en 2018-2019.

Es importante mencionar que, a pesar de que el valor continúa superando la recomendación máxima de la ingesta de sodio al día por persona de la OMS, con el inicio de la ejecución del Programa de reducción del consumo de sal/sodio a finales del 2012, se interrumpe el ascenso de la ingesta de sodio que se venía presentando en años anteriores y se estabiliza en el tiempo con una tendencia a la baja - reducción de 0,8% en un periodo de 6 años - (INCIENSA, 2021).

A pesar de este importante avance, no se logró alcanzar la meta de reducción relativa del 15%.

Figura 24

Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 4 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en INCIENSA, 2021.

Meta de impacto 5: Reducción relativa del 12% de la prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años

Los datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas desarrollada por IAFA en 2010 y 2015, muestran que la prevalencia de consumo de tabaco en la categoría consumo "alguna vez en el último año", pasó del 15,1% al 14,0% entre 2010 y 2015. De igual manera, el consumo "alguna vez en el último mes" pasó de 13,4% en el año 2010 a 10,5% en el 2015.

Tomando como línea base las prevalencias del año 2010, se obtuvo una disminución relativa al año 2015 de 7,28% en el consumo "alguna vez en el último año" y una disminución relativa de 21,64% en el consumo "alguna vez en el último mes" (IAFA, 2018).

Considerando que este último indicador es el más utilizado para medir la prevalencia del consumo de tabaco, se concluye que la meta fue superada.

Figura 25

Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 5 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en IAFA, 2018.

Meta de impacto 6: Reducir el aumento relativo de la prevalencia de Hipertensión Arterial en el país

La Encuesta de Factores de Riesgo desarrollada por la CCSS muestra un descenso relativo de 1,59% entre la prevalencia global del 2010 y 2018. En cuanto a la meta, se logra el cumplimiento, dado que el aumento estimado entre 2010 y 2014 fue de 4,23 y para 2014 y 2018 fue de 2,76, resultado que implica una reducción del aumento de 1,76% (CCSS 2010, 2014, 2018).

Figura 26

Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 6 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010, 2014, 2018).

Meta de impacto 7: Reducir el aumento relativo en la prevalencia de Diabetes

A partir de la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular 2010, 2014, y 2018, se estimó un aumento relativo de 37,7% en la prevalencia global de diabetes entre los años 2010 y 2018.

Sin embargo, si se compara el aumento relativo en el periodo 2010- 2014, estimado en 18,52%, con el del periodo 2014-2018, cuyo aumento se estimó en 15,63%, se observa un descenso en la tendencia del aumento.

Figura 27

Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 7 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010, 2014, 2018).

Meta de impacto 8: Detener el aumento relativo de obesidad en la población

En cuanto a esta meta, los datos arrojados por la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular (CCSS 2010, 2014, 2018) muestran un incremento de 20% del 2010 al 2018 en la prevalencia de obesidad en población mayor de 19 años. Así mismo, se estimó un aumento relativo aproximado de 5,8% entre los periodos 2010-2014 y 2014-2018. Por tanto, no se logró el cumplimiento de esta meta.

Figura 28

Línea base y alcance, con respecto a la meta de impacto 8 de la Estrategia 2013-2021



Fuente: Ministerio de Salud con base en Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovascular (2010, 2014, 2018).

Meta de impacto 9: Al menos el 50% de las personas mayores de 40 años que tienen un riesgo cardiovascular igual o superior a 30% reciban consejería, medicamentos y atención farmacéutica para prevenir los infartos y los accidentes cerebrovasculares

Aunque la información existente para determinar el alcance de esta meta es limitada, se cuenta con informes de la CCSS en relación con la atención farmacéutica, que permiten identificar algunos avances al respecto. Por atención farmacéutica se entiende la participación activa de la persona profesional en Farmacia para la asistencia de quien consulta, en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico.

En este sentido, un informe de la Gerencia Médica de la CCSS muestra que en el año 2013, solo se realizaba consulta farmacéutica en una región del país (Región Central Norte), en la cual se brindó esta atención a 88 pacientes. Para el año 2020, este tipo de atención se había extendido a todas las regiones, alcanzando a 107.865 personas (CCSS, 2021). No obstante, es necesario mencionar que el registro no indica el nivel de riesgo cardiovascular de las personas usuarias.

A pesar de los esfuerzos realizados, se puede concluir que en relación con la meta establecida, se tuvo un alcance muy limitado.

Finalmente, a modo de resumen, a continuación se anota el estado de cumplimiento de las metas de impacto de la Estrategia Nacional de ENTO 2013-2019:

Meta 1 Reducir la mortalidad prematura de ENT: El alcance de esta meta fue insuficiente, ya que de las enfermedades priorizadas no se logró una reducción en la tasa de mortalidad prematura en cinco de ellas: diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, cerebrovasculares, cáncer de colon y mama. En las que sí se logró una reducción fue en cáncer de cérvix y estómago y en las enfermedades isquémicas.

Meta 2 Reducción relativa del consumo nocivo del alcohol según tendencias y contexto nacional: Si se toma como referencia el "consumo per cápita", los datos sugieren que se cumplió con la meta de reducción relativa del consumo nocivo de alcohol. Sin embargo, es importante reconocer que los indicadores "consumo de alcohol del último año" y el de "consumo de alcohol del último mes" sugieren un aumento, por lo cual los resultados respecto al cumplimiento de la meta no son concluyentes.

Meta 3 Reducción relativa del 7% al 2021 de la prevalencia de insuficiente actividad física: El cumplimiento de esta meta se sobrepasó, ya que se alcanzó una reducción del 29,08% en la prevalencia de la insuficiente actividad física.

Meta 4 Reducción relativa del 15% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población según condiciones del país: A pesar de que se interrumpió el ascenso de la ingesta de sodio que se venía presentando en años anteriores, y que se estabilizó el mismo con una tendencia a la baja, mostrando una reducción de 0,8% entre los periodos 2012-2013 y 2018-2019, no se logró alcanzar la meta establecida.

Meta 5 Reducción relativa del 12% de la prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años: Tomando como línea base las prevalencias del año 2010, se obtuvo una disminución relativa al año 2015 de 7,28% en el consumo "alguna vez en el último año" y una disminución relativa de 21,64% en el consumo "alguna vez en el último mes" (IAFA, 2018). Considerando que este último indicador es el más utilizado para medir la prevalencia del consumo de tabaco, se concluye que la meta fue superada.

Meta 6 Reducir el aumento relativo de la prevalencia de HTA en el país: A partir de los datos registrados por la CCSS, se estima que hubo un descenso relativo de 1,59% en la prevalencia global de HTA del 2010 al 2018, por lo cual se alcanza la meta establecida.

Meta 7 Reducir el aumento relativo en la prevalencia de diabetes: Con base en datos de la CCSS, se estimó un aumento relativo de 37,7% en la prevalencia global de diabetes entre los años 2010 y 2018. Por otra parte, al comparar el aumento relativo en el periodo 2010- 2014, el cual fue de 18,52%, con el del periodo 2014-2018, donde el aumento fue de 15,63%, se observa un descenso en la tendencia del aumento. Tomando como referencia este último parámetro, se cumple la meta de reducir el aumento relativo en la prevalencia de diabetes.

Meta 8 Detener el aumento relativo de obesidad en la población: Partiendo de los datos registrados por la CCSS, se identifica un incremento de 20% del 2010 al 2018 en

la prevalencia de obesidad en población mayor de 19 años. De igual manera, se estimó un aumento relativo aproximado de 5,8% entre los periodos 2010-2014 y 2014-2018. Por tanto, no se logró el cumplimiento de esta meta.

Meta 9 Al menos el 50% de las personas mayores de 40 años que tienen un riesgo cardiovascular igual o superior al 30% reciban consejería, medicamentos y atención farmacéutica para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares:

A pesar de los esfuerzos realizados por fortalecer la atención farmacéutica (asistencia-orientación) en los servicios de salud pública, la cual pasó de realizarse en una única región en el 2013 a implementarse en todas las regiones del país para el 2020, existen limitaciones para determinar que la población meta fue cubierta por dicha atención. Esto debido a la falta de un sistema de registro del riesgo cardiovascular de las personas usuarias.

6 Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las ENTO 2022-2030

La Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030 constituye un instrumento para articular los esfuerzos nacionales orientados al abordaje efectivo de dichas condiciones de salud, el cual se encuentra alineado con los compromisos asumidos por el país para el avance en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esta Estrategia se convierte, de ese modo, en una herramienta de orientación y planificación nacional para trabajar en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

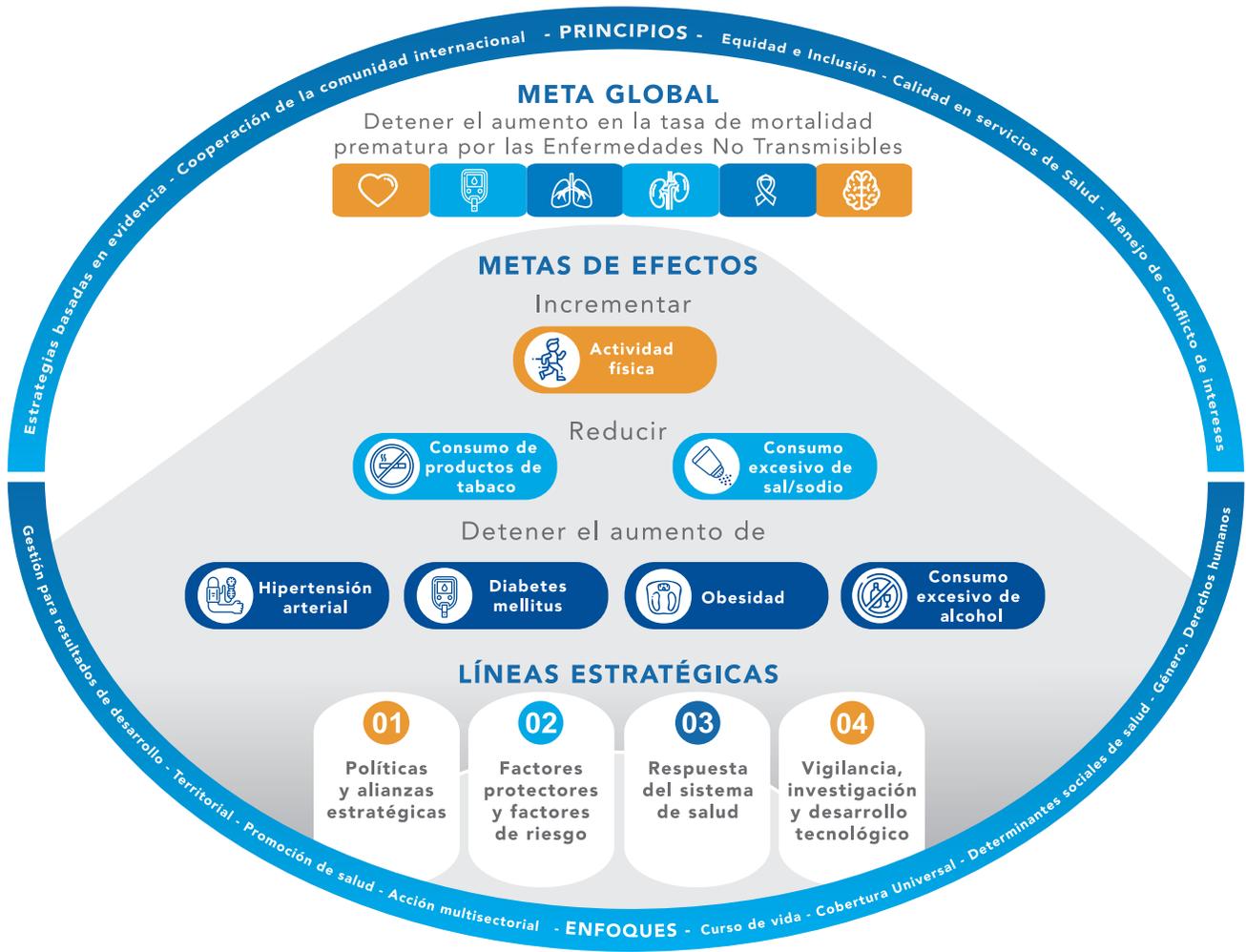
Para la definición de los principios, líneas estratégicas y áreas de intervención de la Estrategia 2022-2030, se toma como principal marco de referencia los siguientes documentos:

- El Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020, sus 8 principios y sus 9 metas (OMS, 2013a).
- El Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019 y sus 4 líneas de acción (OPS, 2012b).
- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS 2 Hambre cero, ODS 3 Salud y bienestar, ODS 5 Igualdad de género y ODS 17 Alianza para lograr los objetivos (ONU, s.f).

En la presente Estrategia se mantienen las cuatro líneas estratégicas establecidas en el Plan de Acción Mundial de la OMS, que a su vez fueron consideradas en la Estrategia anterior (2013-2021): (1) políticas y alianzas estratégicas, (2) factores protectores y factores de riesgo, (3) respuesta del sistema de salud, y (4) vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico. Así mismo y como resultado de las consultas a actores sociales, se establecen cinco Principios y nueve Enfoques, de los cuales ocho se encuentran alineados con dicho Plan. Finalmente, en concordancia con los ODS y el Plan de Acción de la OPS, se establecieron un total de seis metas de impacto para las enfermedades priorizadas, las cuales se orientan a una meta global.

El nivel de cumplimiento de la meta global, será resultado del trabajo conjunto interinstitucional y multisectorial en temas relacionados con las finanzas, educación, agricultura y producción alimentaria, planificación urbana, bienestar social, transporte, cultura y legislación.

Figura 29
Infográfico Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las ENTO 2022-2030



Fuente: Dirección de Planificación, Ministerio de Salud.

Los instancias participantes en elaboración de la Estrategia son:



A Enfoques y Principios

A.1 Enfoques

Son un conjunto de conocimientos preexistentes que se constituyen en un marco orientador para transversalizar características y valores concretos a lo largo del desarrollo de la Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No transmisibles y Obesidad (ENTO) 2022-2030.

1. Enfoque de Derechos Humanos

Este concepto se refiere a la protección de los derechos fundamentales e inherentes de todas las personas sin discriminación por razón de sexo, género, etnia, religión, nacionalidad, condición económica, edad, escolaridad, orientación sexual y condición de salud, garantizando la dignidad, igualdad, equidad y respeto de cada ser humano; en especial, en los diferentes espacios donde se construye la salud.

2. Enfoque de Género

Reconoce la existencia de brechas entre mujeres y hombres, en términos de oportunidades, necesidades y problemas de salud, toma en cuenta las particularidades de cada persona según su identidad de género. Busca promover los derechos, responsabilidades y oportunidades, como el acceso a los servicios y la participación en la toma de decisiones. Este enfoque está también vinculado con el ODS 5 "Igualdad de género".

3. Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son aquellas circunstancias donde las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas condiciones de vida son causa de las inequidades sanitarias y el resultado de la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Es importante reconocer que el abordaje de las ENTO desde el enfoque de determinantes sociales de la salud son requisitos esenciales para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, haciendo énfasis en grupos en situaciones de vulnerabilidad.

4. Enfoque de Cobertura Universal de la Salud

Este enfoque implica asegurarse de que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios de salud que requieren, sin discriminación alguna, y que estos sean oportunos, de calidad, efectivos y de acuerdo con las necesidades, sin que esto conlleve exponer a personas usuarias a gastos que pongan en riesgo sus finanzas, en especial aquellos grupos en situación de vulnerabilidad.

5. Enfoque de Curso de Vida

El enfoque de curso de vida exige que se consideren las necesidades sanitarias y sociales en las distintas etapas de la vida (embarazo, infancia, adolescencia, adultez y tercera edad), para su intervención en las políticas públicas, desde los determinantes sociales de la salud vinculados con las enfermedades crónicas no transmisibles.

6. Enfoque de Acción Multisectorial

Se reconoce que el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad requiere de un enfoque multisectorial y alianzas entre las diferentes instancias gubernamentales, privadas y sociedad civil, para lograr los objetivos de la estrategia. Este enfoque responde además al ODS 17 “Alianzas para lograr los objetivos”.

7. Enfoque de Promoción de la Salud

El enfoque de promoción de la salud busca el empoderamiento y participación de las personas y las comunidades para la construcción de capacidades que permitan actuar sobre los determinantes sociales de la salud y los factores protectores y de riesgo, en la búsqueda y desarrollo de ambientes y comunidades saludables y el máximo potencial de salud.

8. Enfoque Territorial

Este enfoque busca considerar las demandas, los elementos culturales y las necesidades propias de cada región y espacio territorial, teniendo en cuenta las características de los territorios. Según la Ley 9036, el territorio se concibe como un tejido social e institucional particular, asentado en una base de recursos naturales propios, con formas de organización, producción, consumo, intercambio y manifestaciones de identidad comunes., conformado por uno o varios cantones, o algunos de sus distritos, que presentan características comunes desde el punto de vista de su ecología, de sus actividades económicas, culturales, institucionales, políticas y de las modalidades de generación de ingresos de la población habitante en ellos.

9. Gestión para Resultados de Desarrollo

La Gestión para Resultados de Desarrollo (GpRD) se entiende como “una estrategia de gestión que se centra en el logro de los objetivos para el desarrollo y los resultados (productos, efectos e impactos)” (MIDEPLAN, 2016, p.8). Desde este enfoque se busca que los Estados sean más efectivos, eficientes y confiables en su administración y gestión, a fin de propiciar el logro de mejores resultados con los mismos recursos, así como mantener el camino del desarrollo, incorporando los elementos de monitoreo, rendición de cuentas y el interés público como centro de la gestión pública.

A.2 Principios

Los principios se constituyen en una base de fundamentos a considerar a lo largo del desarrollo de la Estrategia. Estos se anotan a continuación:

1. Abordaje basado en la equidad e inclusión

El principio de equidad en el marco de la presente Estrategia reconoce que hay situaciones del entorno, culturales, territoriales, económicas y sociales que generan brechas en ciertos grupos, por lo que la equidad lo que busca es una distribución justa de las oportunidades para lograr el alcance máximo de salud; al mismo tiempo que la inclusión reconoce los derechos, deberes, igualdades y equidades de las personas grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad, sin distinción de género, etnia, expresión de género o ideología sin ninguna distinción.

2. Calidad de los servicios de salud

Este enfoque consiste en buscar satisfacer las necesidades de salud de las personas, tomando como base las mejores prácticas y la evidencia científica y poniendo atención en las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Se refiere, además, a procesos de mejoramiento continuo en las acciones relacionadas con el campo de la salud, a evitar la desconfianza de los usuarios y a la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades. Involucra, por lo tanto, elementos como la calidez, la oportunidad y el acceso equitativo.

3. Manejo de conflicto de intereses

Se reconoce, para el abordaje de las ENTO, la importancia del establecimiento de alianzas y relaciones en las cuales prevalezca el interés de la salud pública en las decisiones y acciones en el marco de la Estrategia. Para ello, se deben armonizar los intereses políticos y cada institución debe velar por la posibilidad de influir en la política pública, priorizando intereses que no necesariamente sean de carácter económico, sino más bien, sobre todo, haciendo valer la importancia de la salud pública.

4. La evidencia como sustento

Se toma el enfoque de estrategias basadas en evidencia como abordaje fundamental de la presente Estrategia porque se reconoce la importancia de la toma de decisiones oportunas y la planificación de los recursos tecnológicos, financieros y humanos en función de datos científicos o prácticas óptimas de evaluación y costo-efectividad de las intervenciones. La estrategia debe continuar construyendo y desarrollando esta base científica para la promoción, prevención, atención, tratamiento y rehabilitación.

5. Cooperación de la comunidad internacional

Por medio de este enfoque de cooperación y solidaridad se busca fortalecer las capacidades nacionales, el intercambio de conocimientos y evidencia científica entre países, el apoyo técnico internacional, la asesoría internacional y la consecución de fondos. La retribución para el país está en la creación de protocolos de investigación, normas y documentos, asumiendo liderazgo y creando evidencia a nivel de la región, como respuesta al reto que suponen las enfermedades no transmisibles y la obesidad.

B Objetivos de la Estrategia

Objetivo general

Desarrollar intervenciones efectivas en el abordaje de las ENTO, mediante políticas y alianzas multisectoriales, en la promoción de la salud, la prevención de factores de riesgo, el diagnóstico oportuno, tratamiento, atención y rehabilitación, la vigilancia e investigación, por medio de un trabajo articulado intersectorial e interdisciplinario, con el fin de contribuir al bienestar y calidad de vida de la población en el territorio nacional, durante el periodo 2022-2030.

C Líneas estratégicas, objetivos y áreas de intervención

Línea estratégica 1. Políticas y alianzas multi e intersectoriales

Objetivo de la línea estratégica

1. Fortalecer las medidas multisectoriales con los actores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental, privado, y otros, para el posicionamiento del abordaje integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad (ENTO) en las agendas legislativas, sociales, económicas, académicas y de desarrollo social.

Áreas de intervención

- **Área de intervención 1.1:** Abogacía política para el abordaje integral de las ENTO.
- **Área de intervención 1.2:** Promoción de alianzas y desarrollo de mecanismos de colaboración intra e intersectorial: sector público, sector privado, organización de la sociedad civil, academia y organismos de cooperación internacional, que contribuya a la implementación de la Estrategia Nacional ENTO.
- **Área de intervención 1.3:** Fortalecimiento del marco normativo y su cumplimiento: leyes, decretos, normas, directrices y otros instrumentos jurídicos.

Línea estratégica 2. Factores protectores y factores de riesgo

Objetivo de la línea estratégica

Contribuir a la reducción de la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENTO y al fortalecimiento de los factores protectores, conforme a los principios establecidos en la Estrategia, para incidir en la reducción de las ENTO.

Áreas de intervención

- **Área de intervención 2.1:** Promoción de factores protectores, con énfasis en salud mental, alimentación saludable y actividad física, en los diferentes escenarios mediante la facilitación de condiciones para la adopción de estilos de vida saludable.
- **Área de intervención 2.2:** Prevención de factores de riesgo, como reducción de consumo productos de tabaco y consumo excesivo de alcohol, reducción de consumo de sal/sodio y de alimentos procesados con alto contenido de azúcar y grasas, especialmente trans, reducción de contaminantes ambientales y reducción de consumo de sustancias riesgosas potencialmente generadoras de las ENTO.

Línea estratégica 3. Respuesta del sistema de salud¹

Objetivo de la línea estratégica

Mejorar la cobertura, el acceso equitativo, la prevención, diagnóstico, atención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para las ENTO, mediante el fortalecimiento en la atención primaria de salud y el trabajo articulado con actores sociales del sistema de salud, para el mejoramiento de la calidad de la atención de las personas con ENTO.

Áreas de intervención

- **Área de intervención 3.1:** Desarrollo de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- **Área de intervención 3.2:** Cobertura y accesibilidad para la detección temprana y diagnóstico oportuno de las ENTO.
- **Área de intervención 3.3:** Atención integral, control, tratamiento, medicamentos y tecnologías.
- **Área de intervención 3.4:** Promoción de estrategias de rehabilitación, reinserción social y cuidados paliativos de las personas con ENTO.

Línea estratégica 4. Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico

Objetivo de la línea estratégica

Fortalecer la vigilancia activa de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad, sus determinantes y sus factores protectores y de riesgo, mediante sistemas de información, herramientas de análisis, investigación y desarrollo tecnológico para la adopción de políticas y la planificación basadas en evidencia.

¹ Según la OMS, un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales.

Áreas de intervención

- **Área de Intervención 4.1:** Vigilancia activa de las ENTO: Vigilancia de factores de riesgo, factores protectores y de las ENTO, donde se integren sistemas de información, líneas base, seguimiento y evaluación, desde un enfoque integral.
- **Área de Intervención 4.2:** Investigación en las ENTO y sus determinantes.
- **Área Intervención 4.3:** innovación tecnológica en salud a partir de la evidencia científica.

D Metas de la Estrategia

Meta Global

Detener el aumento relativo de la tasa de mortalidad prematura por las ENT priorizadas (cáncer, cardiovasculares, cerebrovascular, respiratoria crónica, renal crónica y diabetes).

Las metas desagregadas por enfermedad

Meta

Línea base

1. Reducir 2.5% la tasa de mortalidad prematura por cáncer de cérvix, mama, estómago y colon en personas de 30 a 69 años, al 2030.

Tasa de mortalidad prematura por cáncer de cérvix, mama, estómago y colon (2012-2016): 37,89 por cada 100.000 habitantes.

2. Detener el aumento relativo de la tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares mediante su prevención y tratamiento.

Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares I60-I69 (2017-2019): 14,59 por cada 100.000 habitantes. INEC y Ministerio de Salud, (2020).

3. Detener el aumento relativo de la tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus mediante su prevención y tratamiento.

Tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus E10-E14 (2017-2019): 21,62 por cada 100.000 habitantes. INEC y Ministerio de Salud, (2020).

4. Detener el aumento relativo de la tasa de mortalidad prematura por enfermedad isquémica mediante su prevención y tratamiento.

Tasa de mortalidad prematura por enfermedad isquémica I20-I25 (2017-2019): 36,97 por cada 100.000 habitantes. INEC y Ministerio de Salud, (2020).

5. Detener el aumento relativo de la tasa de mortalidad prematura por enfermedades respiratorias crónicas mediante su prevención y tratamiento.

Tasa de mortalidad prematura por enfermedades respiratorias crónicas J40-J47 (2017-2019): 4,94 por cada 100.000 habitantes. INEC y Ministerio de Salud, (2020).

6. Detener el aumento relativo de la tasa de mortalidad prematura por enfermedad renal crónica mediante su prevención y tratamiento.

Tasa de mortalidad prematura por enfermedad renal crónica (2017-2019): 8,86 por cada 100.000 habitantes. INEC y Ministerio de Salud, (2020).

Metas de efecto en factores protectores y de riesgo y línea base

Meta

Línea base

1: Detener el aumento relativo del consumo excesivo del alcohol al 2030.

Prevalencia de consumidores excesivos de bebidas alcohólicas en los “últimos 30 días previo a la encuesta” en población de 12 a 70 años residentes en Costa Rica (2015): 12,9% (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas. IAFA, 2018)

2: Aumentar en un 4% la prevalencia de la actividad física de intensidad moderada en población de 20 años o más, al 2030.

Prevalencia de actividad física moderada en población mayor de 20 años (2018): 30,1% (CCSS, 2018).

3: Reducción relativa del 3% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población adulta al 2030.

Consumo de sal/sodio en población adulta (2018-2019): 11,02/4,4 gramos/persona/diario (Blanco-Metzler et al., 2021).

Consumo de sal/sodio en población de 7 a 18 años (2016): 8,0/3,2 gramos/persona/diario (Núñez-Rivas et al., 2020).

4: Reducción relativa a un 8,8% de la prevalencia de consumo de productos de tabaco (cigarrillo, puro, pipa, otro) en las personas de 12 o 70 años, al 2030.

Prevalencia de consumo de tabaco “últimos 30 días previo a la encuesta” en población de 12 a 70 años (2015): 10,5% (IAFA, 2018).

5: Detener el aumento relativo de la prevalencia global de HTA (diagnosticada y no diagnosticada) en la población adulta del país en 37,2 % al 2030.

Prevalencia de HTA en población mayor de 20 años (2018): 37,2%, siendo 32,5% diagnosticada y 4,8% no diagnosticada (CCSS, 2018)

6: Detener el aumento relativo de la prevalencia global de la Diabetes Mellitus (diagnosticada y no diagnosticada) en 14,8% al 2030.

Prevalencia de DM en población mayor de 20 años (2018): 14,8% siendo 10,9% diagnosticada y 3,9% no diagnosticada (CCSS, 2018).

7: Detener el aumento relativo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los diferentes grupos de edad al 2030.

Prevalencia de sobrepeso en infantes menores de 5 años: 7% (Ministerio de Salud, UNICEF, INEC, MICS, 2019).

Prevalencia de sobrepeso en la niñez de 6 a 12 años: 20% y Prevalencia de obesidad en la niñez de 6 a 12 años: 14% (Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública, 2017).

Prevalencia de sobrepeso en adolescentes: 21,1% y Prevalencia de obesidad en adolescentes: 9,8% (Ministerio de Salud y MEP, 2018)

Prevalencia de sobrepeso en adultos mayores de 19 años: 39,5% y Prevalencia de obesidad en adultos mayores de 19 años: 31,2% (CCSS, 2018).

E Coordinación y articulación nacional

Reconociendo los aportes del Enfoque de Determinantes de la Salud como un pilar en el abordaje integral de las Enfermedades No Transmisibles y la Obesidad, se requiere de la participación de múltiples actores para lograr avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en la Estrategia. Para ello, es necesario fortalecer los espacios de integración a nivel interinstitucional e intersectorial vinculados al abordaje de los factores protectores y de riesgo de las ENTO.

En este sentido, la Comisión Nacional Intersectorial ENTO, liderada por el Ministerio de Salud, constituye un mecanismo de articulación con enfoque pangubernamental (participación interinstitucional e intersectorial) y pansocial (con vinculación de la academia, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, entre otros). Su objetivo es apoyar el desarrollo, gestión, seguimiento y evaluación de la Estrategia Nacional de

Abordaje Integral de las ENTO, contemplando el enfoque de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de dichas enfermedades, así como orientar, coordinar, proponer y consolidar acciones estratégicas en materia de abordaje integral de las ENTO.

De igual manera, existen otros espacios de coordinación importantes a lo interno del Ministerio de Salud y de la CCSS, que tienen relación directa con la implementación de la Estrategia. En el Ministerio de Salud se cuenta con el Equipo Técnico Institucional de Rectoría de ENTO, que facilita la coordinación, la articulación, ejecución y seguimiento de las acciones que son competencia del Ministerio de Salud. Por su parte la CCSS cuenta con una Comisión Institucional de ENT para la articulación intrainstitucional y el seguimiento a las acciones establecidas en el Plan de Acción, desde los servicios de salud.

A nivel de cooperación internacional, se cuenta con la participación de la OPS, instancia que apoya y asesora en el marco de estrategias mundiales y de las Américas para el abordaje de las ENTO.

Anexo 1

Principales hallazgos de las líneas de acción durante la consulta realizada

Línea de acción

Principales hallazgos durante la consulta

Línea de acción 1:

Políticas y alianzas estratégicas

Sobre la consulta: ¿Cuál fue el alcance de implementación del lineamiento estratégico durante el periodo 2013-2020?, en cuatro de siete lineamientos, la mayoría de las respuestas dadas estuvieron en la categoría "medio" (en una escala de respuesta de bajo, medio, alta, no sabe o no responde).

Los lineamientos donde se obtuvo un alcance medio estaban relacionados con: abogacía política, cumplimiento de las competencias de todos los sectores involucrados, fortalecimiento intersectorial y fortalecimiento de la rectoría.

En aquellos lineamientos relacionados con el fortalecimiento de medidas multisectoriales e integración de las ENT en las agendas y el fortalecimiento del marco regulatorio hubo un alcance bajo de respuesta. En el caso de las alianzas relacionadas con la cooperación internacional, los actores no reportaron conocimientos sobre su alcance.

Línea de acción 2:

Factores protectores y factores de riesgo

Para esta línea de acción, se identificó la necesidad de reforzar el trabajo conjunto entre los actores implicados en la Estrategia para el cumplimiento de metas.

Con respecto al alcance, este apartado fue el que concentró más respuestas en categoría baja, dado que hasta seis lineamientos –de un total de once– fueron designados con poco alcance en cuanto al cumplimiento, mientras que cinco de ellos tuvieron un alcance "medio". De los asignados en categoría baja se pueden mencionar elementos como: cumplimiento del Marco Regulatorio en alcohol, tabaco, actividad física y alimentación, incentivos para la producción y comercialización, formación profesional y docente en educación, regulación de la publicidad, vigilancia regulatoria y desarrollo de políticas de ordenamiento urbano.

En cuanto al tema de vigilancia para la reducción de emisiones de contaminantes ambientales, es decir, el lineamiento 2.7 de la estrategia 2013-2020, se identificó la necesidad de contar con mayor información sobre el tema por parte de las instituciones implicadas en la Estrategia.

Para el caso de tabaco y alcohol, destaca el papel de la industria y el peso que han ejercido los intereses comerciales y la publicidad sobre el tema de consumo en el país, principalmente en alcohol. En este sentido, se plantea la necesidad de reforzar el tema regulatorio para favorecer el alcance de las metas de de la Estrategia.

Línea de acción 3:
Respuesta del Sistema de Salud

Respecto al alcance en esta línea de acción se reportó en siete de doce lineamientos, un logro bajo.

Los lineamientos indicados anteriormente tenían relación con elementos como: cumplimiento de metas nacionales de ENT, fortalecimiento de las redes de servicios de salud, fortalecimiento del recurso humano para el abordaje integral de las ENT, adherencia de los medicamentos, promoción de la salud enfocada en factores protectores y prevención de factores de riesgo, terapias alternativas como complemento a la atención integral, metodologías dirigidas a la calidad de la prestación de los servicios.

Como parte de la discusión de esta línea de acción se reconoció que sus lineamientos corresponden a aspectos muy específicos, no necesariamente a un nivel estratégico, sino que se acercan más a acciones e incluso actividades que podrían incorporarse en el Plan de Acción de la Estrategia. Por lo tanto, el análisis se orientó a la revisión de cada lineamiento para determinar cuáles de ellos era oportuno incluirlos en el Plan de Acción o bien debían mantenerse como lineamientos estratégicos para el nuevo periodo.

Línea de acción 4:
Vigilancia, investigación y desarrollo tecnológico

En los cuatro lineamientos de esta línea de acción se reportó un alcance bajo, especialmente los que tenían que ver con el fortalecimiento de investigaciones en ENT, iniciativas de las tecnologías básicas en salud y recurso humano para el desarrollo de sus tecnologías.

Se plantea la situación específica del cierre de plazas de personas investigadoras y cuánto debilita esto al fortalecimiento de la investigación en el área de las ENTO.

Anexo 2

Principales hallazgos del nivel de cumplimiento de las metas de impacto de la Estrategia Nacional para el abordaje de ENTO 2013-2021

Meta de impacto Principales hallazgos de la consulta

Meta #1

En cuanto a esta meta, se resaltó la importancia del abordaje de la promoción de la salud, prevención, atención, tratamiento y rehabilitación, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Además, como parte de los determinantes sociales de la salud, se indicó la necesidad de contemplar a la población desempleada, pues debido a sus condiciones de aseguramiento, el tratamiento para su enfermedad puede ser interrumpido, lo cual puede afectar su condición de salud. Es importante destacar que las metas 1.7 y 1.8 corresponden a un compromiso país que se estableció en el marco de los ODS, no obstante, para el diseño de la Estrategia Nacional de ENTO 2013-2021 no se encuentran incluidas explícitamente. En la consulta se menciona que, si bien el abordaje para el diagnóstico y calidad de atención oncológica ha mejorado, aún existen vacíos, pues los tumores se están detectando en estadios intermedios y avanzados. Finalmente, se destaca la incorporación de la vacuna para la prevención de VPH, la cual es considerada una intervención costo-efectiva para el cáncer de cérvix.

Meta #2

Respecto a esta meta, se reconoció que el aumento en el consumo se enmarca en un contexto en el que el mercado promueve una gran variedad de bebidas alcohólicas para diferentes públicos meta. En este sentido, actualmente se puede mencionar el Proyecto de Ley Expediente N° 21.745 denominado "Autorización para la Publicidad y Patrocinio de Bebidas con Contenido Alcohólico en el Deporte y la Creación del Fondo Nacional para el Deporte de Alto Rendimiento", cuya aprobación aumentaría la exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas.

Se plantea la necesidad de fortalecer el tema de la regulación en materia de control de publicidad, y se reconoce que la reducción del consumo de alcohol requiere de un esfuerzo interinstitucional, por tanto, se recomienda definir el rol de los actores en el Plan de Acción de la nueva Estrategia 2022-2030.

Meta #3

Respecto a esta meta, aunque los actores indicaron la dificultad de realizar una Encuesta Nacional desde el ICODER para conocer el estado actual a nivel país, destacan el trabajo de la Encuesta de Factores de Riesgo desarrollada por la CCSS como punto de partida para la toma de decisiones. En esta meta, también se resalta el trabajo en el diseño de la Política Nacional de Deporte, Recreación y Actividad Física 2020-2030 (PONDRAF), en la cual se logra una ruptura del paradigma de la inactividad física hacia un concepto positivo de actividad física. Los principales desafíos radican en la promoción de espacios seguros para la realización de actividad física y recreativa, a través de la articulación de acciones para modificar la cultura del sedentarismo.

Meta #4

Cuando la Estrategia Nacional de ENTO 2013-2021 se planteó, no se contaba con un dato actualizado del consumo de sal/sodio. Por ello, se realizó una proyección a partir de referentes internacionales, para establecer la meta de consumo de sodio de la Estrategia. Paralelo a la Estrategia se estaba implementando el Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal/Sodio 2011-2021.

Se plantea que existe una tendencia al aumento de consumo de sal/sodio en los hogares costarricense y destaca la importancia de definir estrategias para atenuar esta situación, dado que la intervención 85 en esta meta fue débil durante este periodo (2013-2019). Se recomienda, por lo tanto, el trabajo de promoción de hábitos y prácticas alimentarias saludables, acompañadas de reformulación e innovación de productos por parte de la industria alimentaria.

Meta #5

El trabajo a nivel país en el marco del consumo de tabaco se considera significativo; resalta, en dicha labor, el papel del Ministerio de Salud, la CCSS y el IAFA, a través de la aprobación de la Ley 9028, que establece el derecho a un espacio libre de humo y el funcionamiento de más de 44 clínicas de cesación de fumado. Se destaca, además, el abordaje interdisciplinario para la atención de esta problemática. Asimismo, se habilitó un Asistente Virtual a través de Facebook/Messenger para apoyar a los ciudadanos que desean dejar el tabaco, una iniciativa que es pionera en toda la región. El Ministerio de Educación Pública (MEP), por su parte, promueve programas para la prevención del consumo de tabaco. En cuanto a la meta, se ha logrado una reducción desde los años 90; sin embargo, existe el reto de la reducción para los años próximos dada la prevalencia tan baja.

Meta #6

Como parte de los compromisos se desarrollaron las guías en HTA, con el fin de mejorar la respuesta por parte de la red de servicios de salud. Por su parte, el INCIENSA ha liderado procesos en la reducción de la ingesta de sodio, específicamente, desde la investigación, monitoreo de alimentos y educación a la población. Pese a los avances, no se logró cumplir a cabalidad la meta, lo cual representa un reto para la salud pública, especialmente a la luz del cambio demográfico experimentado por el país, que muestra una tendencia al envejecimiento.

Entre las principales barreras para lograr la meta se mencionan los recursos limitados, la deficiente educación nutricional en algunos escenarios, la falta de capacidad instalada de los servicios de salud, los pocos espacios para promover la salud y prevenir dicha enfermedad en el primer nivel, entre otros.

En cuanto a las fortalezas en el abordaje de esta meta, se menciona el hecho de contar con un sistema de salud robusto, personal técnico comprometido, el programa de reducción de consumo de sal/sodio a nivel país y el logro de contar con financiamiento externo para realizar intervenciones en la materia.

Meta #7

Actualmente, se cuenta con la Guía para la Atención de Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 actualizada en el 2020, elaborada por la CCSS; se requiere fortalecer el primer nivel, como primer contacto, con el fin de mejorar el abordaje y capacidad resolutoria. En cuanto a los facilitadores, se indica la detección y seguimiento por parte de la CCSS, la existencia de un personal de salud comprometido en el tema y la gestión de capacitaciones en toda la red de servicios de la CCSS. Sin embargo, se plantea la necesidad de intervenciones integrales y multisectoriales dirigidas a la población general, y en especial a la población en riesgo. Así mismo, es necesario promover políticas públicas de salud pública y abordar posibles conflictos de intereses entre la industria alimentaria y el sector público, lo cual considera urgente resolver. Finalmente, se reconoce la necesidad de sistematizar los esfuerzos en promoción de estilos de vida saludable y prevención que se realizan para esta meta.

Meta #8

Para el cumplimiento de esta meta se conocen acciones e iniciativas a nivel institucional, mas no necesariamente se trabaja de forma articulada en el abordaje del problema. Las acciones preventivas y educación en el tema de hábitos alimentarios son insuficientes, dado que no hay políticas e intervenciones de alto impacto. Entre los factores que han dificultado el proceso, se encuentran las conductas poco saludables de la población costarricense, la falta de voluntad política, alianzas con la industria alimentaria y mecanismos de

regulación; sobre estos dos últimos temas se menciona la necesidad de que prevalezcan los intereses de la salud pública. Finalmente, se reconoce la importancia de los determinantes sociales para el abordaje de esta problemática de salud pública.

Meta #9

A nivel país se cuenta con el Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos N° 28466-S, en el cual se contempla la verificación de calidad. Además, se plantea que la Dirección de Regulación de la Salud debe establecer o aprobar las normas técnicas farmacológicas por las cuales se rige la evaluación de los medicamentos y el listado de los productos farmacéuticos multiorigen de riesgo sanitario. En el oficio GM-9018-5 de la Gerencia Médica de la CCSS, se reconoce el esfuerzo por incorporar profesionales farmacéuticos a los servicios de farmacia de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), desconcentrándolos, a fin de incidir en el uso de medicamentos y mejorar la adherencia al tratamiento, con el propósito de prevenir complicaciones clínicas. Respecto a la Política de Atención Farmacéutica, se da un énfasis en el abordaje de usuarios con hipertensión, diabetes mellitus y asma, entre otras.

8 Referencias bibliográficas

Acueductos y Alcantarillados (2021). Informe Anual Laboratorio Nacional de Aguas Cobertura y Calidad del Agua para Uso y Consumo Humano Suministrada por Municipalidades y la ESPH en el 2020. San José, 2021.

Aguilera, C., Labbé, T., Busquets, J., Venegas, P., Neira, C., & Valenzuela, Á. (2019). Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad?. *Revista médica de Chile*, 147(4), 470–474. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000400470>

Amador, G., y Cortes, E. (2016). Políticas de drogas y salud pública. *Perspectivas*, 9(1978), 1–9. Recuperado de: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/12774.pdf>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). Ley N° 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?par%0Aam1=NRTC¶m2=1&nValor1=1&nValor2=43077&strTipM=TC&Resultado=4&strSelect=s%0Ael

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2000). Ley N° 7972 Creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación. (22 de marzo de 1999). Sistema Costarricense de Información Jurídica. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?par%0Aam2=NRTC&nValor1=1&nValor2=41967&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2001a). Ley N° 8204 sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso No Autorizado, actividades Conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo. (26 de diciembre de 2001). Sistema Costarricense de Información Jurídica. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nV%0Aalor1=1&nValor2=29254

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2001b). Ley N° 8093 Creación del Programa Nacional de Educación contra las Drogas. (23 de marzo del 2001). Sistema Costarricense de Información Jurídica. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?par%0A%0Aam1=NRTC&nValor1=1&nValor2=46036&nValor3=48558&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002a). Ley 8289 Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (1 de agosto del 2002). Sistema Costarricense de Información Jurídica. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?par%0Aam1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48978&nValor3=52271&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2002b). Ley General de la Persona Joven. (20 de mayo del 2002). Sistema Costarricense de Información Jurídica. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?par%0Aam1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48550&nValor3=95949&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2008). Aprobación del Convenio marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del tabaco N° 8655. (23 de julio de 2003). Sistema Costarricense de Información Jurídica. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=63747&nValor3=73482&strTipM=TC

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2012a). Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud, N°9028. (2012). (22 de marzo del 2012) Sistema Costarricense de Información. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72249&nValor3=100226¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=6&strSim=simp

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2012b). Ley N° 9047 sobre la Regulación y Comercialización de bebidas con contenido alcohólico. (8 de agosto del 2012). Sistema Costarricense de Información. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=73058

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (2012c). Decreto 37110-S sobre política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica. (25 de junio del 2012). Sistema Costarricense de Información Jurídica. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?par%0Aam1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72790&nValor3=89009&strTipM=TC

Bardach, A., Palacios, A., Alcaraz, A., Caporale, J., Rodríguez, B., Amador Brenes, N., Espinoza, A., F. M., & Y, Walker, L., Ugalde, F., Zúñiga Méndez, N., Augustovski F, P.-R. A. (2016). Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Costa Rica y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos. Documento técnico IECS N° 16. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/images/stories/docs/Prensa/2017/dm_flyer_tabaquismo_costa_rica_2017.pdf

Bender del Busto, J. (2019). Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 9(2), 1–7. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2019/cnn192a.pdf>

Blanco-Metzler, A., Claro, R. M., Heredia-Blonval, K., Rodríguez, I. C., Montero-Campos, M. de los A., Legetic, B., y L'Abbe, M. R. (2017). Baseline and estimated trends of sodium availability and food sources in the Costa Rican population during 2004–2005 and 2012–2013. *Nutrients*, 9(9), 1–11. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/nu9091020>

Blanco-Metzler, A., Montero-Campos, M., Núñez-Rivas, H., Gamboa-Cerda, C. y Sánchez, G. (2012). Avances en la reducción del consumo de sal y sodio en Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(4), 316–320. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012001000011>

Blanco-Metzler A., Vega Solano J., Madriz Morales K, Roselló Araya M., Benavides Aguilar K., Moreira Claro R. Proyecto Reducción de sal discrecional de la población de Costa Rica (financiado por-LINKS Resolve to Save Lives): Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) Tres Ríos, Costa Rica. 2021 (Datos sin publicar)

Caja Costarricense del Seguro Social. (2002a). Guías para La Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Caja costarricense de seguro social, 1–62. Recuperado de https://www.paho.org/costa-rica/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=dia-mundial-de-la-salud-2013&alias=266-presentacion-perfil-actual-de-la-hipertension-arterial-en-cr-por-dr-roy-wong&Itemid=222

Caja Costarricense del Seguro Social. (2002b). Guías Para La Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Caja costarricense de seguro social. Recuperado de: http://www.binasss.sa.cr/hipertension.pdf%0Ahttp://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/costa_rica_2002_guias_para_la_deteccion_diagnostico_y_tratamiento_de_la_hta_en_el_primer_nivel_de_atencion.pdf

Caja Costarricense del Seguro Social. (2005). Metodología para evaluar la calidad de la atención de la Hipertensión Arterial. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/empresas/protocolos/metodologia%20evaluar%20calidad%20de%20hta%20rev%205092.pdf>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2011). Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular 2011. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/vigilancia.pdf>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2014). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2015). Guía para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/cardiovasculares.pdf>

Caja Costarricense del Seguro Social. (2018). Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular de la Caja Costarricense de Seguro Social 2018.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2019). 10 mil ticas participarán en investigación para legar a la humanidad nuevos métodos contra el cáncer de cérvix. Recuperado de: https://www.ccss.sa.cr/noticias/salud_noticia?10-mil-ticas-participaran-en-investigacion-para-legar-a-la-humanidad-nuevos-metodos-contra-el-cancer-de-cervix

Caja Costarricense del Seguro Social. (2020b). Vigilancia Epidemiológica. Gerencia Médica.

Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.-a). Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/cancer>

Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.-b). Propuesta uso de fondos (Ley 9028). Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/cancer?v=39>

Caja Costarricense del Seguro Social. (s.f.-c). Taller de Sostenibilidad Financiera. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/cancer?v=296>

Carballo, M., y Morales, G. (2011). Fuentes Alimentarias de sal: sodio en mujeres, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 20(2), 90–96. Recuperado de: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/1292/art4v20n2.pdf?sequence=1>

Castillo S, L., Alvarado G, A. T., & Sánchez V, M. I. (2006). Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15(28), 3–16. Recuperado de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292006000100003

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA). (2009). Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015. San José, Costa Rica: COMISCA. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/560-plan-de-salud-de-centroamerica-y-republica-dominicana-2010-2015/file>

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica. (2011a). XXXIV Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA). Ciudad de Antigua Guatemala: COMISCA. Recuperado de: <https://www.sica.int/busqueda/Reuniones%20Grupo%20de%20Autoridades.aspx?IDItem=111328&IDCat=9&IdEnt=401&Idm=1&IdmStyle=1>

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica. (2011b). Resolución de la XXXV reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, COMISCA. San Salvador, El Salvador: COMISCA. Recuperado de: https://www.sica.int/documentos/resolucion-de-la-xxxv-reunion-del-consejo-de-ministros-de-salud-de-centroamerica-y-republica-dominicana-comisca_1_102306.html

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana y Sistema de Integración Centroamericana. (2019). Iniciativa Regional para la Atención Integral del Cáncer Pediátrico en los países de la Región SICA 2019-2030. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/file/68689/download?token=Hei72iwl>.

Crowe, J. (s/f). Investigaciones epidemiológicas y ambientales en ERC. Recuperado de: https://www.paho.org/costa-rica/index.php?option=com_docman&view=download&alias=326-investigaciones-epidemiologicas-y-ambientales-en-erc&category_slug=foro-nacional-sobre-enfermedad-renal-cronica-por-causa-no-tradicional&Itemid=222

Cubero-Alpizar, C., & Rojas-Valenciano, L. P. (2017). Comportamiento de la diabetes mellitus en Costa Rica. *Horizonte Sanitario*, 16(3), 211–220. <https://doi.org/10.19136/hs.a16n3.1871>

Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales. (2017). El impacto mundial de la Enfermedad Respiratoria. Asociación Latinoamericana de Tórax, en nombre del Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales (FIRS). Recuperado de: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf

Gamboa-Gamboa T, Blanco-Metzler A, Vandevijvere S, Ramirez-Zea M, Kroker-Lobos MF. Nutritional Content According to the Presence of Front of Package Marketing Strategies: The Case of Ultra-Processed Snack Food Products Purchased in Costa Rica. *Nutrients*. 2019 Nov 12;11(11):2738. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31726678/>

García-Rodríguez, J., García-Fariñas, A., Rodríguez-León, G., & Gálvez-González. (2010). Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud en Tabasco*, 16(1), 891–896. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48719442006.pdf>

Global Advocacy Council for Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health. (2010) La Carta de Toronto para la Actividad Física: Un Llamado Global para la Acción. Recuperado de https://www.ispah.org/wp-content/uploads/2019/08/Toronto_Charter_Spanish_Brazil.pdf

Gómez-Salas, G., Quesada-Quesada, D., Chinnock, A., Nogueira-Previdelli, A., Grupo ELANS. (2019). Consumo de azúcar añadido en la población urbana costarricense: estudio latinoamericano de nutrición y salud ELANS-Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 61(3), 111–118. Recupera de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000300111&lng=en&tlng=es

Hernández, Walter (2011) Iniciativa CARMEN-Costa Rica, cinco años de intervención comunitaria en enfermedad cardiovascular. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 20 (1) 52-57. Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v20n1/art10v20n1.pdf>

INCAP (2016) Marco de referencia para el monitoreo y vigilancia de la obesidad en Centroamérica y República Dominicana. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y República Dominicana. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49139/obesity-plan-of-action-child_spa_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto Costarricense de Deporte y Recreación y Ministerio de Salud. (2019). Programa actívate 2019-2022.

Instituto Costarricense sobre Drogas. (2020). Acerca del ICD. Recuperado de <http://www.icd.go.cr/portalicd/index.php/conozcanos/acerca-de>

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA). (2020). Costos de la atención de las enfermedades

no transmisibles relacionadas con alimentación y su impacto económico en el sistema de salud y el capital humano en Centroamérica y República Dominicana: un llamado a la acción hacia la creación de ambientes alimentarios más saludables.

Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). (2021). Informe ejecutivo: Estimación del consumo de sodio y las fuentes alimentarias 2018-2019 en la población de Costa Rica y sus tendencias del 2004 al 2019. San José, 2021

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2012). X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda 2011: Características Sociales y Demográficas. Recuperado de: https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/estadisticas/resultados/re-poblacencenso2011-10.pdf.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Ambiente y Energía. (2015). Compendio de Estadísticas Ambientales Costa Rica 2015. Recuperado de: <https://www.inec.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/puambientalcompendioestadisticas-2015-01.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2020). Anuario de Vivienda. Recuperado de: <https://www.inec.cr/anuario-estadistico/anuario-estadistico-vivienda>

Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud, (2020). Vigilancia de salud: Mortalidad y mortalidad prematura de ECNT. San José

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2016). IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria. Costa Rica. Recuperado de: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/conocimiento/Consumo%20de%20drogas%20en%20la%20juventud%20escolarizada%202015%20Costa%20Rica,%202017.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2018). VI Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en Costa Rica 2015. Recuperado de <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/investigaciones/Encuesta--Nacional-de-Drogas-2015.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2020). Consumo de alcohol per cápita, Costa Rica 2011-2019.

López, R. (2001). Etiología y riesgos de la hipertensión. *Offarm*, 20(10), 88–95. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-etilogia-riesgos-hipertension-13021228>

Ministerio de Ambiente y Energía, Universidad Nacional, Ministerio de Salud, Ministerio de Obras Públicas y Transportes y Municipalidad de San José. (s.f). Informe de Calidad del Aire. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/727-noticias-2016/938-vi-informe-de-calidad-del-aire-de-la-gam-2013-2015>

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2019). Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública del Bicentenario. Recuperado de: <http://www.da.go.cr/wp-content/uploads/2016/07/Plan-Nacional-de-Desarrollo-e-Inversiones-P%C3%BAblicas-2019-2022.pdf>

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (2019). Informe Final de Evaluación de la Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad (ENTO) 2013-2021. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (1991). Decreto 5489: Reglamento sobre regulación y control de la propaganda de bebidas alcohólicas. (21 de enero de 1991). Sistema Costarricense de Información Jurídica.

Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?par%0Aam1=NRTC&am1=NRTC&nValor1=1&nValor2=60275&nValor3=67786&strTipM=TC

Ministerio de Salud. (2008). Decreto N° 34784 Declaratoria del consumo de drogas que producen dependencia como problema de salud pública y de interés público y nacional. (16 de septiembre del 2008). Sistema Costarricense de Información Jurídica. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NR%0AM&nValor1=1&nValor2=64171&nValor3=74291&strTipM=FN

Ministerio de Salud. (2011a). Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal / Sodio en la población de Costa Rica 2011-2021. San José, Costa Rica. Recuperado de: <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>

Ministerio de Salud. (2011b). Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2010-2018. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/1040-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2010-2018/file>

Ministerio de Salud. (2012a). Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017. San José, Costa Rica. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_prevenccion_y_control_del_cancer.pdf

Ministerio de Salud. (2012b). Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. Recuperado de: <https://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>

Ministerio de Salud. (2014). Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Obesidad y su plan de acción 2013-2021. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/planes-estrategicos-institucionales/3487-estrategia-ecnt/file>

Ministerio de Salud. (2016a). Plan Nacional de Salud 2016-2020. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/964-plan-nacional-de-salud-2016-2020/file>

Ministerio de Salud. (2016b). Aquí no se fuma. Ley 9028. Recuperado de: <http://aquino-sefuma.go.cr/multas-y-sanciones/>

Ministerio de Salud. (2017a). Plan para el abordaje integral del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia. San José, Costa Rica. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/planes_salud/abordaje_obesidad.pdf

Ministerio de Salud. (2017b). Encuesta global de tabaquismo en adultos. Costa Rica, 2015. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Encuesta%20global%20de%20tabaquismo%20en%20adultos.%20Costa%20Rica%202015.pdf>

Ministerio de Salud. (2019). Protocolo de Vigilancia de la Enfermedad Renal Crónica no tradicional. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/4560-protocolo-de-vigilancia-de-enfermedad-renal-cronica-no-tradicional-costa-rica/file>

Ministerio de Salud. (2020a). Cáncer. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores>

Ministerio de Salud. (2020b). Encuesta Colegial de Vigilancia Nutricional y Actividad Física 2018, 64. Recuperado de: https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/reemna2018_2.pdf

Ministerio de Salud. (2020c). Control de Tabaco e Información Relacionada. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/ley-antitabaco>

Ministerio de Salud, (2020d). Secretaría Técnica de Salud Mental. Vigilancia sobre indicadores de salud mental. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (s.f.a). "Redes Cantonales de Actividad Física y Salud", Quiénes somos. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/redes/recafis?id=521>

Ministerio de Salud. (s.f.b). Boletín: Metas nacionales de reducción de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud, Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias para Costa Rica (CIGA). (2010). Guías Alimentarias para Costa Rica. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/guia_alimentarias_2011_completo.pdf

Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), CCSS, INEC y el Instituto Costarricense sobre Drogas (IAFA), (2013). En-

cuesta nacional de nutrición 2008–2009. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/centro-de-informacion/material-publicado/investigaciones/encuestas-de-salud/encuestas-de-nutricion/2731-encuesta-nacional-de-nutricion-2008-2009-fasciculo-1-antropometria/file>.

Ministerio de Salud y Ministerio de Deporte y Recreación. (2011). Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/1164-plan-nacional-de-actividad-fisica-y-salud-2011-2021/file>

Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública. (2017). Informe ejecutivo Censo Escolar Peso/Talla, Costa Rica, 2016, 12. Recuperado de: <https://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/informe-ejecutivo-censo-escolar-peso-cortofinal.pdf>

Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2003). Efectos de los plaguicidas en la salud y el ambiente en Costa Rica. Recuperado de: <https://www.bvs.sa.cr/php/situacion/plaguicidas.pdf>

Ministerio de Salud, UNICEF y INEC (2019). Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia del 2018. Recuperado de: <https://www.inec.cr/documento/encuesta-de-mujeres-ninez-y-adolescencia-2018-emna>

Ministro del Deporte., Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación., Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica., Ministerio de Educación Pública., Ministerio de Salud., Red Costarricense de Actividad Física y Entidades Deportivas y Recreativas. (2020). Política Nacional del Deporte, la Recreación y la Actividad Física 2020-2030. Recuperado de: <https://juegosdeportivosesudiantiles.com/wp-content/uploads/2020/10/Politica-Nacional-del-Deporte-la-Recreacion-y-la-Actividad-Fisica-PONADRAF-2020-2030.pdf>

Montero-Campos, M. D. L. Á., Blanco-Metzler, A., y Chan, V. C. (2015). Sodio en panes y snacks de mayor consumo en Costa Rica. Contenido basal y verificación del etiquetado nutricional. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 65(1), 36–43. Recuperado de: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2015/1/art-5/>

Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. Rev. Med. Clin. Condes, 23(2), 124–128. <https://doi.org/10.15844/pedneurbriefs-9-7-2>

Núñez, H., Campos, N., Holst, I., Alfaro, F., López, R. (2012). La educación como promotora de salud integral de la niñez y la adolescencia en y desde los centros educativos costarricenses. Recuperado de: <https://actualidadeducativa.com/la-educacion-como-promotora-de-salud-integral-de-la-ninez-y-la-adolescencia-en-y-desde-los-centros-educativos-costarricenses/>

Núñez-Rivas, H., Holst-Schumacher, I., y Blanco-Metzler, Montero-Campos, MA., Campos-Saborío, N., Benavides-Aguilar, K. (2020). Salt / Sodium Intake Estimation in Children and Adolescents of Costa Rica, Food and Nutrition Sciences, 11, 919–941. <https://doi.org/10.1002/fns.1411>

org/10.4236/fns.2020.1110065

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2011). A66.L1 Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la prevención y control de las Enfermedades no Transmisibles. New York, EE. UU: ONU. Recuperado de: <https://undocs.org/es/A/66/L.1>

Organización de Naciones Unidas. (2015). 70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. New York, EE. UU: ONU. Recuperado de: https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf

Organización de Naciones Unidas. (2017). A/RES/71/313. Labor de la Comisión de Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas. Recuperado de: <https://undocs.org/es/A/RES/71/313>

Organización de Naciones Unidas (s.f) Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organización Mundial de la Salud. (1999). Proyecto de directrices para la aplicación del artículo 6 del CMCT de la OMS. Recuperado de: https://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/Guidelines_article_6_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2000a). A53-14 Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2000b). WHA53.17 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/s17.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2000c). Guía internacional para vigilar el consumo del alcohol y sus consecuencias sanitarias. Organización Panamericana de la Salud, IV (CONSUMO DE ALCOHOL Y SUS CONSECUENCIAS), 1–193. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/monitoring_alcohol_consumption_spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2003a). Convenio Marco de la OMS para el control de tabaco. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/fctc/text_download/es/

Organización Mundial de la Salud. (2003b). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2004a). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: <https://extranet.who>

[int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/43037/924359222X_spa.pdf;jsessionid=F1F-25BA5E5715EE7D63C32F67AC476B2?sequence=1](https://iris.restricted/bitstream/handle/10665/43037/924359222X_spa.pdf;jsessionid=F1F-25BA5E5715EE7D63C32F67AC476B2?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2004b). Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005a). Prevención y control del cáncer. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_16-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006). Preparación de la introducción de las vacunas contra el virus del papiloma humano. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69654/WHO_RHR_06.11_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2007a). Control del cáncer, Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces, Política y Abogacía. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44013/9789243547527_spa.pdf?sequence=

Organización Mundial de la Salud. (2007b). Control del cáncer, Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces, Planificación. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43690/9789243546995_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2007c). Control del cáncer, Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces, Prevención. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44022/9789243547114_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2007d). Control del cáncer, Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces, Detección temprana. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44023/9789243547336_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2007e). Control del cáncer, Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces, Diagnóstico y tratamiento. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44005/9789243547404_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2007f). Control del cáncer, Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces, Cuidados paliativos. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44025/9789243547343_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2007g). Directrices sobre la protección contra la exposición al humo de tabaco. Recuperado de: https://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_8/es/

Organización Mundial de la Salud. (2007h). Directrices del IASC para la salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de emergencia. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/emergencias/9781424334445/en/

Organización Mundial de la Salud. (2008a). A61.14 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R14-sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2008b). A61.8 Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial Informe de la Secretaría. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008c). Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/guide_increase_physical_activity/es/

Organización Mundial de la Salud. (2008d). MPOWER un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo, 1–41. Recuperado de: <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2008e). Directrices para la aplicación del artículo 5.3 del CMCT de la OMS Protección de las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera. Recuperado de: https://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/article_5_3/es/

Organización Mundial de la Salud. (2008f). Directrices sobre el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco. Recuperado de: https://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_11/es/

Organización Mundial de la Salud. (2008g). Directrices sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Recuperado de: https://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_13/es/

Organización Mundial de la Salud (2009a) Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-SP-09.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud. (2009b). Medidas de control de infecciones en la atención sanitaria de pacientes con enfermedades respiratorias agudas en entornos comunitarios. Guía para el alumno, 1–40. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70370/WHO_HSE_GAR_BDP_2009.1a_spa.pdf;jsessionid=74FD93976C-6709C820E6C7B02492FE27?sequence=

Organización Mundial de la Salud. (2010a). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2010b). A63/13 Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_13-sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2010c). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2010d). Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2010e). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Recuperado de: <https://www.who.int/fctc/cop/about/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2010f). Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco. Recuperado de: <https://www.who.int/fctc/protocol/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2010g). Directrices sobre educación, comunicación, formación y concientización del público. Recuperado de https://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_12/es/

Organización Mundial de la Salud. (2010h). Directrices sobre medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco. Recuperado de: https://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_14/es/

Organización Mundial de la Salud. (2010i). Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en entornos de salud no especializados. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

Organización Mundial de la Salud. (2011a). Informe de Políticas, Primera conferencia ministerial mundial sobre modos de vida sanos y lucha contra las enfermedades no transmisibles. Moscú, Federación Rusa: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/policybriefs/es/

Organización Mundial de la Salud. (2011b). Primera conferencia ministerial mundial sobre modos de vida sanos y lucha contra las ENT: Acceso a tecnologías y medicamentos esenciales. Moscú, Federación Rusa: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/essential_medicines_spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2011c). ¿Constituye el uso nocivo del alcohol un problema de salud pública? Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/66/es/#:~:text=P%3A%20%20C2%BFConstituye%20el%20uso%20nocivo,de%20muerte%20prematu-ra%20e%20incapacidad>

Organización Mundial de la Salud. (2012a). A65/11 Nutrición Materna, del lactante y del niño pequeño: proyecto de plan integral de aplicación. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_11-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2012b). Instrumento de autoevaluación de las capacidades básicas de los programas nacionales de control del cáncer. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77765/9789243502380_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de Salud. (2012c). WHO QualityRights toolkit. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/

Organización Mundial de la Salud. (2013a). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2013b) A66-8 Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2013c). Monitoreo de los programas nacionales para la prevención y el control del cáncer: Control de calidad y garantía de calidad para programas basados en inspección visual con ácido acético (IVAA). Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-Guide-Monitoring-CC-prevention-2013-Spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2013d). Alcohol y atención primaria de la salud Alcohol y atención primaria de la salud. Organización Panamericana de la Salud, 274(1), 1–148. Recuperado de: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013e). Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=0249BEE528620E3404F4D31E70EF0604?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2014). WHO position paper on mammography screening. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137339/9789241507936_eng.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2016a). Proyecto de declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Shanghai: República Popular de China: OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration-zero-draft-es.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud. (2016b). 69/8 Asamblea Mundial de la Salud: Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_8-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017a). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Organización Mundial de la Salud. (2017b). La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. Recuperado de: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017c). Directrices [VRS3] parciales para la aplicación de los artículos 9 y 10. Recuperado de: https://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_9and10/es/

Organización Mundial de la Salud. (2018a). Cáncer. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organización Mundial de la Salud. (2018b). El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year-most-of-them-men>

Organización Mundial de la Salud. (2018c). Alimentación Sana. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet#:~:text=Frutas%2C%20verduras%2C%20legumbres%20\(tales,mandioca%20y%20otros%20tub%C3%A9rculos%20feculentos](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet#:~:text=Frutas%2C%20verduras%2C%20legumbres%20(tales,mandioca%20y%20otros%20tub%C3%A9rculos%20feculentos)

Organización Mundial de la Salud. (2018d). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2019a). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2019b). La OMS presenta un nuevo informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>

Organización Mundial de la Salud. (2019c). Tabaco. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Organización Mundial de la Salud. (2019d). Salud mental. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (2020a). WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. Recuperado de: <https://www.paho.org/en/news/9-12-2020-who-reveals-leading-causes-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

Organización Mundial de la Salud. (2020b). La Alianza Global contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas (GARD). Recuperado de: <https://www.who.int/respiratory/gard/es/>

Organización Mundial de la Salud (2020c). Hipertensión. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2020d). Nutrición. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2020e). Malnutrición. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/malnutrition/es/

Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030 con el fin de fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol. Primer proyecto Julio 2021. Recuperado de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5

Organización Mundial de la Salud. (s.f-a). Accidente cerebrovascular. Recuperado de: https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/

Organización Mundial de la Salud. (s.f-b). Publicaciones de la Alianza Mundial contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas. Recuperado de: <https://www.who.int/respiratory/publications/es/>

Organización Mundial de la Salud. (s.f-c). Enfermedad crónica del riñón. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon#:~:text=>

Organización Mundial de la Salud. (s.f-d). Obesidad. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.-e). 10 datos sobre la obesidad. Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.-f). Actividad Física. Recuperado de: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.-g). Mala nutrición. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/malnutrition/es/

Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. (2005). Un marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional. Recuperado de: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/reportSP%20final.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2019). Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030. Más personas activas para un mundo sano. Washington, D.C.: OMS. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50904/9789275320600_spa.pdf?sequence=6&isA

Organización Mundial de la Salud y Unión Internacional Contra el Cáncer. (2005). Acción Mundial contra el Cáncer. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43205/9243593145_spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud . Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Mundial Mundial de la Salud. 2014. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49139/obesity-plan-of-action-child_spa_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2002a). CARMEN, una iniciativa para Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles. Washington D.C, EE. UU: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/CARMEN-doc2.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2002b). CSP26.R15 Respuesta de Salud Pública a las enfermedades crónicas. Washington D.C, EE. UU: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26.r15-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2006). CD47.R9. (Resolución) Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. Washington D.C, EE. UU: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/cd47r9-resolucion-estrategia-regional-plan-accion-para-enfoque-integrado-sobre>

Organización Panamericana de la Salud. (2007a). Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington D.C, EE. UU: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/reg-strat-cncds.pdf?ua=1>

Organización Panamericana de la Salud. (2007b). Alcohol y Salud pública en las Américas: un caso para la acción. Organización Panamericana de la Salud, 274, 65. Recuperado de: <http://cursos.infodrogas.gub.uy/CIPA/Ponencias/301106-MMonteiro-Presidencia.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2011a). Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad. Ciudad de México, México: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/obesidad-Declaracion-Ministerial-mexico-esp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2011b). Declaración (Llamado de acción concer-

tada) de Aruba sobre obesidad con especial atención a la obesidad infantil. Aruba: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-llamado-accion-certada-aruba-sobre-obesidad-con-especial-atencion>

Organización Panamericana de la Salud. (2011c). Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31070/9789275332269-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (2012a). CSP28.9 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025. Washington D.C, EE. UU: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28-9-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2012b). CD52.R9 Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para el periodo 2013-2019. Washington D.C, EE. UU: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-R9-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2013a). CD52.R10 La Enfermedad Renal Crónica en Comunidades Agrícolas de Centroamérica. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-R10-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2013b). CD52/8 (Esp.) La Enfermedad Renal Crónica en Comunidades Agrícolas de Centroamérica. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-8-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2013c). Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2013d). Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/WHO-Comprehensive-CC-prevention-women-2013-Spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2014a). Plan de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington D.C, EE. UU: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2014b). Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/obesity-plan-of-action-child-spa-2015.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2014c). Nota Descriptiva: enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC en las Américas. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/EPOC-Factsheet-2014-ESP-\(3\).pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/EPOC-Factsheet-2014-ESP-(3).pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2015a). Enfermedad renal crónica. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(09\)71805-5](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(09)71805-5)

Organización Panamericana de la Salud. (2016). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Washington, DC: OPS. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799_spa.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. (2018a). Marco de monitoreo y evaluación para programas de control de hipertensión. Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo y evaluación para programas de control de hipertensión. Washington, D.C.: OPS., 64. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34910/OPSNMH18001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34910

Organización Panamericana de la Salud. (2018b). SHAKE menos sal, más salud. Guía técnica para reducir el consumo de sal. Washington, D.C: OPS. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/38586/9789275319956_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la salud. (2019a). Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras. Washington, DC: OPS. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud (2020). Enfermedades no transmisibles: indicadores de progreso 2020. Tabla de Resultados para las Américas. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51939/printOPSNMH200004_spa?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.-a). Enfermedades Cardiovasculares. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.-b). HEARTS en las Américas. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/hearts-americas>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.-c). Acerca de Diabetes. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6717:2012-about-diabetes&Itemid=39447&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.-d). Paso a paso en la educación y el control de la diabetes. Washington, D.C. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/paso-paso-educacion-control-diabetes-pautas-atencion-integral-0>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.-e). Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/DMPLAN-SPANISH.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f-f). Alcohol. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f-g). Actividad Física. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/actividad-fisica>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2013). La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34157>

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2017). Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la región de las Américas 2018-2022. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41277&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2018). Jóvenes y Tabaco en la Región de las Américas. Resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (2010-2017). Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51669>

Presidencia de la República de Costa Rica. (2010). Política Integral y Sostenible de Seguridad Ciudadana y Promoción de la Paz Social POLSEPAZ. Recuperado de: https://www.sparkblue.org/system/files/2020-07/Polsepaz_0.pdf

Presidencia de la República de Costa Rica y Ministerio de Salud. (2012). Decreto N° 36565-S. Creación Consejo Plan de Cáncer. (15 de marzo del 2012). Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/misalud_2017/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_decreto_consejo_de_cancer.pdf

Rivera-Chavarría, A., Méndez-Chacón, E. (2016). Mortalidad y egresos hospitalarios por enfermedad renal crónica compatibles con enfermedad crónica de causas no tradicionales, Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 58(1), 4–14. Recuperado de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022016000100001

Sánchez, G., Peña, L., Varea, S., Mogrovejo, P., Goetschel, M. L., Montero-campos, M. D. L. Á., y Mejía, R. (2012). Conocimientos, percepciones y comportamientos relacionados con el consumo de sal, la salud y el etiquetado nutricional en Argentina, Costa Rica y Ecuador. *Panamericana de Salud Pública*, 32(4), 259–264. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23299286>

Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana. (SICA) (2020). Comisión Técnica de Enfermedades Crónicas y Cáncer (CTCC). Recuperado de: https://www.sica.int/consulta/documentos_1483_0_1.html

Universidad de Costa Rica. (2019). Costa Rica vive la peor epidemia de obesidad registrada en toda su historia. Recuperado de: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2019/04/26/costa-rica-vive-la-peor-epidemia-de-obesidad-registrada-en-toda-su-historia.html>

Wong, R. (2013). Perfil Actual de la Hipertensión Arterial en Antecedentes. Organización Panamericana de Salud. Recuperado de: https://www.paho.org/costa-rica/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=dia-mundial-de-la-salud-2013&alias=266-presentacion-perfil-actual-de-la-hipertension-arterial-en-cr-por-dr-roy-wong&Itemid=222

World Salt Awareness Week. (2011). New research reveals massive differences in the salt (sodium) content of identical pizzas around the world. Recuperado de: <http://www.worldactiononsalt.com/news/surveys/2011/>

Zamora, A., Ortiz, A., Campos, H., Galán. Rodas, Edén., L. M. (2018). El registro de Cáncer de Costa Rica: características, evolución y modernización The Cancer Registry of Costa Rica: REV HISP CIENC SALUD, 3(3), 95–102. Recuperado de: <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/311>

Zamora-Corrales, I., Jensen, M., Vandevijvere, S., Ramírez-Zea, M. y Kroker-Lobos, M. (2019). Comercialización televisiva de alimentos y bebidas dirigida a niños en Costa Rica: Estado actual y repercusiones políticas. *Nutrición de salud pública*, 22 (13), 2509-2520. doi:10.1017/S1368980019000776

