

Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



Política Nacional de Salud Bucal

2022-2032



Ministerio
de **Salud**
Costa Rica



Política Nacional de Salud Bucal

2022-2032

320.6

Costa Rica. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Bucal 2022-2032

—San José, Costa Rica: El Ministerio 2022.

66 p.; 1.8 MB PDF.

ISBN 978-9977-62-231-6

1. Salud bucal.
2. Estado de situación de la salud bucal.
3. Niveles de atención de salud bucal.
4. Plan de acción.
5. Costa Rica.

Este documento contiene las propuestas de lineamientos de Política en el tema de Salud Bucal, a partir del proceso de participación de diferentes actores sociales del ámbito público y privado, en donde se destaca la conducción del Ministerio de Salud y la participación de las siguientes instituciones: Caja Costarricense del Seguro Social, INCIENSA, CEN CINAI, Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica, universidades públicas y privadas, Gobiernos Locales, CUC, Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Justicia y Paz, CONAPAM, IMAS, CONAPDIS, Cámara de comercio, grupos organizados no gubernamentales (ONG), entre otros.

Créditos

Daniel Salas Peraza

Ministro de Salud

Ileana Vargas Umaña

Viceministra de Salud

Andrea Garita Castro

Directora de Planificación

Rosibel Méndez Briceño

Jefa a.i. Unidad de Planificación Sectorial

Gisele Rojas Sánchez

Unidad de Planificación Sectorial

Equipo técnico institucional de trabajo:

Denis Angulo Alguera

Jacqueline Peraza Valverde

Ana Gabriela Fallas Gamboa

Azalea Espinoza Aguirre

Grettel Molina Carvajal

Luis Ugalde Jiménez

Lorena George Herman

Alexandra Sánchez Fernández

Priscilla Barquero Badilla

Geiser Calderón Pizarro

Nicole Cisneros Vargas

Corrección de estilo

Sección Diseño, Editorial UCR

Diseño de portada y diagramación

Contenido

1	Abreviaturas y siglas	7
2	Presentación	9
3	Introducción	11
4	Antecedentes	15
5	Estado de situación de la salud bucal en Costa Rica ..	25
6	Marco Jurídico	29
	6.1 Marco jurídico internacional	29
	6.2 Marco jurídico nacional	29
	6.3 Marco político internacional	31
	6.4 Marco político nacional	31
7	Enfoques y principios orientadores	33
8	Ejes transversales	35
9	Factores críticos identificados	37
10	Componentes de la política	39
	10.1 Propósito.....	39
	10.2 Ejes centrales de la política y objetivos.....	39
11	Lineamientos de política	41
12	Plan	45
13	Modelo de evaluación, seguimiento y rendición de cuentas	53
14	Referencias Bibliográficas	55

Abreviaturas y siglas

1

APSO	Atención Primaria en Salud Oral
CCDCR	Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
CCP	Centro Centroamericano de Población
CEN CINAI	Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral
CEOD	Promedio de piezas dentales cariadas, extraídas y obturadas en dientes temporales por individuo
CNNA	Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia
CPOD	Promedio de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas en dientes permanentes por individuo
CONAPAM	Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor
CONAPDIS	Consejo Nacional para Personas con Discapacidad
CONARE	Consejo Nacional de Rectores
CUC	Colegio Universitario de Cartago
DGAS	Dirección General de Adaptación Social
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EPP	Equipo de Protección Personal
FDI	Federación Dental Internacional
FOCAP	Federación Odontológica de Centroamérica y Panamá
IGEO	Instrumento de Gestión Estratégica en Odontología
INCIENSA	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
MEP	Ministerio de Educación Pública
MS	Ministerio de Salud
MJP	Ministerio de Justicia y Paz
ODM	Objetivos del Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible

- OMS** Organización Mundial de la Salud
- ONG** Organización no gubernamental
- OPS** Organización Panamericana de la Salud
- PNFS** Programa Nacional de Fluoruración de la Sal
- SUS** Sistema Único de Salud

Presentación

2

El Gobierno de la República y el Ministerio de Salud en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública del Bicentenario 2019 al 2022, y el objetivo relacionado a salud y seguridad social, que se refiere a mejorar las condiciones de salud de la población, para vivir más años libres de enfermedades y sin discapacidades, mediante el fomento de estilos de vida saludables y al mismo tiempo de contribuir con el fortalecimiento de la capacidad del Estado, presenta la Política Nacional de Salud Bucal 2022-2032, la cual define objetivos, establece prioridades por medio de la formulación de metas, asignación de tareas y optimización de recursos, a su vez, plantea el seguimiento y la evaluación de la misma.

Esta política presenta serios desafíos en tiempos de crisis económica y sanitaria por la Pandemia de la COVID-19, así como, el confinamiento parcial de la población y la reactivación paulatina de las actividades económicas, lo que conlleva a fortalecer y mejorar el acceso y la prestación de los servicios de salud bucal a la población por medio de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad en sus tres tipos (primaria, secundaria y terciaria), curación y rehabilitación y vigilancia de las enfermedades bucales en el curso de la vida. Lo anterior a través del mejoramiento de la atención primaria integral con énfasis en poblaciones vulnerabilizadas y posicionando la salud bucal como valor social y derecho fundamental.

Los contenidos presentados en esta Política son un trabajo conjunto, intersectorial y multidisciplinario, con representantes de las siguientes instituciones: CCSS, INCIENSA, CEN CINAI, CONAPAM, CCDCCR, CONAPDIS, IMAS, clínicas privadas, Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica, universidades públicas y privadas, además, Ministerio de Justicia y Paz, MEP, Gobiernos Locales, grupos comunales organizados, entre otros. Todos los anteriores liderados por el Equipo Técnico Institucional de Trabajo y la Dirección de Planificación del Ministerio de Salud, sin los cuales, no hubiera sido posible el planteamiento y la validación de los planes propuestos, donde se integran los sectores: público, privado, gobiernos locales y ONGs, para abordar articuladamente las estrategias propuestas.

Cabe mencionar la importancia de la evaluación, seguimiento y control, en los planes propuestos con el fin de continuar con su implementación y lograr la ejecución y seguimiento de los objetivos planteados en beneficio de la salud bucal, general e integral de la población.

DANIEL SALAS PERAZA (FIRMA)
Firmado digitalmente por
DANIEL SALAS PERAZA (FIRMA)
Fecha: 2022.04.26 10:54:09
-06'00'

Dr. Daniel Salas Peraza
Ministro de Salud

Introducción

3

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucales afectan desproporcionadamente a personas pobres y socialmente desfavorecidas, pues existe una relación fuerte y coherente de la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) con la prevalencia y la gravedad de las enfermedades bucales. Esta asociación permanece durante todo el curso de vida (desde la infancia hasta la vejez) y en todas las poblaciones de los países de ingresos bajos, medianos y altos. Por lo tanto, se consideran inequidades sociales en la salud bucal, ya que son diferencias evitables e injustas en una sociedad moderna⁽¹⁾.

La salud bucal es parte integral de la salud general, entendida como el estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁽²⁾, por lo que la OMS ha definido estrategias que se centran en las poblaciones marginadas y de bajos ingresos, con más limitaciones para acceder a la atención; entre dichas estrategias se incluyen el fortalecimiento de la prevención y la atención primaria de salud centrada en el paciente⁽³⁾.

Los informes del Global Burden of Disease del 2017 indican que las patologías bucales afectan a 3500 millones de personas en todo el mundo y las caries dentales en piezas permanentes son el trastorno más frecuente⁽³⁾; a su vez, destacan el ensanchamiento de la brecha económica entre los países de renta baja y alta^(1,3).

Las enfermedades del periodonto avanzadas son la undécima enfermedad más prevalente del mundo, y conlleva a la pérdida grave de piezas dentales y el edentulismo total; incluso, el estudio denominado “Carga Mundial de Morbilidad 2010” la posicionó como la sexta afección médica más frecuente⁽⁴⁾ y se encuentra entre las diez principales causas de años perdidos por discapacidad (APD) en algunos países de ingresos altos⁽³⁾.

Costa Rica cuenta con indicadores de salud que, de acuerdo con el informe para el logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (Objetivos 4, 5 y 6), son excelentes predictores del desarrollo de la nación y el bienestar de la población como producto de la inversión en educación y protección social de la salud⁽⁵⁾; sin embargo, aún existen desventajas relacionadas con la dificultad de la población para acceder a los servicios, debido –entre otras razones– a la inequidad en la oferta, en la cobertura y a la condición socioeconómica.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es la institución pública del país que ofrece servicios de atención en salud y pensiones a la población⁽⁶⁾, con una cobertura de un 94 %

de población asegurada a quienes brinda servicios de medicina general y el 100 % de las especialidades médicas⁽⁶⁾; cuenta con 1080 EBAIS, 105 áreas de salud y 29 centros hospitalarios, ubicados en todo el territorio nacional⁽⁷⁾. Además de los servicios de medicina general y especializada, también brinda servicios de odontología.

En contraste, el informe de Estudios Económicos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en Costa Rica del 2020 resalta que el gasto en políticas sociales no se ha traducido en mejores servicios públicos. “Por el contrario, la calidad de los mismos se ha deteriorado en la última década. Por ejemplo, el acceso deficiente a la atención primaria en salud ha ocasionado congestión en salas de emergencia de los hospitales; la cobertura de la asistencia social sigue relativamente baja”⁽⁸⁾.

Según el informe consolidado del instrumento de gestión de los servicios de odontología de la CCSS en el 2019, estos servicios lograron abarcar el 17,4 % de la población total asegurada⁽⁹⁾ y se brindaron con 609 profesionales, de los cuales el 98,0 % se encuentra en atención directa a pacientes y 2,0 % en labores administrativas⁽⁷⁾; de acuerdo con la relación establecida en el Plan Nacional de Salud Bucal de la CCSS (2004) debería ser de 1 profesional (8 horas) por cada 5000 personas, pero la relación actual es de 1 por cada 11 362 habitantes para el primer nivel de atención. La relación es crítica en las redes Huetar Norte, Brunca y Central Norte, en donde se excede la relación de 1 por 13 mil habitantes⁽⁹⁾. Otra delimitación es el acceso oportuno a servicios de rehabilitación, centralizados en cuatro hospitales del cantón de San José y otras unidades con contratos a terceros, pese a que se otorga a toda la población asegurada según la definición de caso establecido en los protocolos, grupo etéreo y prestación vigente que otorga la CCSS⁽⁷⁾.

Se estima que para el 2025, según las proyecciones del INEC, la edad promedio de la población será 34,4 años, lo que quiere decir que el 50 % de la población tendrá edades mayores de 34,4 años, con miras al envejecimiento, y para el 2050 la cuarta parte de la población costarricense tendrá 60 años o más⁽¹⁰⁾; al respecto, un estudio realizado en el 2016 identificó que el 71,2 % de las personas adultas mayores que asistieron al servicio de odontología de la CCSS requieren algún tipo de prótesis dental y 25,0 % son totalmente edéntulas. Ambos grupos de pacientes requerían de rehabilitación protésica urgente para satisfacer la capacidad masticatoria⁽¹¹⁾.

En la CCSS se realizaron en el 2019, 116 proyectos de prevención por los servicios de odontología del primer nivel de atención en los siguientes escenarios: escolar 41%, institucional 29%, comunal 14%, laboral 15%, familiar 1% y, además, 90 proyectos de promoción de la salud en el territorio nacional⁽⁷⁾.

En el año 2018, el Ministerio de Salud lanzó la Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable, que contribuirá a la conceptualización de un modelo de promoción de salud y desarrollo integral para el envejecimiento en el país y que orienta la formulación de políticas, la participación social y la generación de entornos promotores de la salud. Lo anterior

mediante el desarrollo de proyectos institucionales y locales, el fortalecimiento de los servicios de salud y de cuidados a largo plazo y la promoción de la investigación relacionada con los factores que impulsan el envejecimiento activo y saludable. Estas proyecciones de población ya de relevancia en salud pública no incluyeron la ampliación de la oferta de sus servicios odontológicos, por lo que hay que actuar inmediatamente en la generación e implementación de la Política Nacional de Salud Bucal para que cubra las necesidades requeridas para un envejecimiento saludable⁽¹²⁾, a la vez que disminuye la brecha entre la demanda y la oferta de servicios, con todo lo que esto conlleva.

Es importante indicar que el Ministerio de Salud, en el *Reglamento de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud*, no incorporó un sistema de vigilancia epidemiológica de salud bucal que brinde la evidencia científica para la toma de decisiones por parte de las autoridades de salud. Por otro lado, el Ministerio de Salud, con el Programa de CEN CINAI, brinda a la población infantil que vive en condiciones de pobreza y riesgo social servicios de prevención y promoción de la salud oral⁽¹³⁾, con únicamente dos odontólogas para todo el país.

Por su parte, la última Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 incluyó un apartado sobre el estado de la condición de la salud oral de las personas en edad preescolar y escolar, cuyos resultados en el grupo entre 1-6 años de edad reflejaron un promedio de piezas dentales cariadas, extraídas y obturadas (ceod) de 2,2; aunque hay disminución importante con respecto al año 1996 (ceod 3,6)⁽¹⁴⁾, los dientes cariados continúan siendo la mayor cantidad, especialmente en la zona rural, lo que evidencia problemas de acceso a prevención y tratamiento. Por otro lado, en la población de 7 a 12 años de edad se mostró que la severidad de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas (CPOD) fue de 1,43⁽¹⁴⁾, a expensas de que las piezas obturadas representan la mayoría, siendo ambas condiciones totalmente prevenibles.

De acuerdo con la información suministrada por la Dra. Katalina Coto Hernández¹: “La Dirección General de Adaptación Social (DGAS) forma parte del Ministerio de Justicia y Paz (MJP), y le compete la custodia, la ubicación y la atención técnica de las personas sujetas a penas y medidas privativas de libertad, así como las que se encuentran con beneficios y medidas alternativas en sustitución de la pena de prisión. Por ende, le corresponde la atención de una población caracterizada por la diversidad de sus condiciones y la dinámica institucional”.

“Dicha población está distribuida entre 17 Centros de Atención Institucional (CAI) y 3 Unidades de Atención Integral (UAI), de los cuales 16 cuentan con consultorios odontológicos en donde se brinda atención de primer nivel, que satisface las necesidades básicas. Cabe destacar que cuando las personas privadas de libertad requieren atención de segundo y tercer nivel son trasladadas a los diferentes hospitales de la CCSS para que puedan ser

1 Dra. Katalina Coto Hernández. Coordinadora Nacional a. i. de Odontología del MJP

atendidas gracias al convenio que se creó en 1990 entre el MJP y la CCSS. Para agosto del 2021, la población total de personas privadas de libertad fue de 15 411, de quienes 543 fueron mujeres y 14 868 hombres. Además, el Centro de Formación Juvenil Zurquí alberga a 66 jóvenes entre los 13 y 18 años, mientras el Centro Especializado Adulto Joven Ofelia Vicenzi Juvenil cuenta con 174 privados de libertad. Importante mencionar que cada persona privada de libertad tiene derecho a asistir a consulta odontológica privada cuando lo solicita.

“El Ministerio de Justicia y Paz cuenta con 10 profesionales en odontología y 4 asistentes dentales que se encargan de velar por la salud bucal y la prevención de las personas privadas de libertad. Las estadísticas reflejan que durante el 2019 se brindaron 17 000 consultas de primera vez y subsecuentes; durante el 2020 fueron 8012 consultas a pesar de la pandemia por la COVID-19”.

Otra institución es el Instituto Nacional de Seguros (INS), que vende seguros con coberturas de riesgos laborales y de accidentes de tránsito a la población. El INS ofrece una amplia cobertura con servicios médicos especializados a lo largo y a lo ancho del país, pero la atención bucal se oferta diferente, ya que se realiza por medio de licitaciones a proveedores externos. El 65,0 % de los servicios se encuentran concentrados en San José, específicamente en Escazú, mientras en el resto de las provincias tienen limitadas coberturas por cantones⁽¹⁵⁾.

Por lo anterior expuesto, se requiere contar con una Política Nacional de Salud Bucal permanente en el tiempo, que atienda de forma ágil y oportuna las necesidades y retos que se contemplan en el presente documento para ofrecerle a la población el mejor nivel posible de bienestar y la calidad de vida en lo pertinente.

Ámbito internacional

En el 2006, la OPS propuso un plan decenal sobre salud bucal para los 58 países miembros, cuyo objetivo principal era reducir la carga de la morbilidad de diversos padecimientos bucales como el índice de piezas cariadas, pérdidas y obturadas a los 12 años, igual que mejorar la evaluación y el tratamiento de otros problemas en la región y el acceso individual a los servicios de salud oral⁽¹⁶⁾.

En el marco integral para la progresión de la atención de la salud bucal se propone impulsar los programas de fluoruración del agua, sal, leche y los programas en salud oral en general⁽¹⁾, así como focalizar la atención en la prevención específica con acciones tales como sellantes de fosas y fisuras, barnices fluorurados, programas escolares de cepillado y promoción de la salud, y control de placa bacteriana. Además, se recomienda educar a la población sobre la importancia de la salud bucal y su relación con la salud sistémica. En el plan también se destacó la importancia de trabajar de una manera multidisciplinaria con otros sectores interesados directos, entre ellos el privado, la comunidad académica y la sociedad civil⁽¹⁶⁾.

Durante el 2017 se muestra el progreso alcanzado, junto con un examen de las tres metas planteadas y los objetivos correspondientes. Al respecto se indica: “Los países han notificado que la prevalencia de la caries dental ha disminuido de 85 % a 40 %”⁽¹⁷⁾ en algunos países del área, como segundo avance se dio la adopción de tratamientos atraumáticos, los cuales son más económicos y aceptados, también se logró la inclusión de la salud bucal en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y la Asociación de la Salud Bucal con los factores de riesgo comunes de las ENT^(18, 19). Entre las recomendaciones se encuentran: a) reconocer que la salud bucal no solo es importante para la salud general, sino que repercute directamente en la calidad de vida de la población que está envejeciendo; b) seguir fortaleciendo la capacidad de los trabajadores para integrar de manera sostenible la salud bucal en la atención primaria de salud; c) abordar el estado de la ciencia con respecto al cáncer de la cavidad bucal, VIH/SIDA y Virus Papiloma Humano por sus implicaciones en los proyectos de investigación y las políticas de salud pública que se aborden en un futuro en la Región⁽²⁰⁾.

Federación Dental Internacional (FDI)

La Federación Dental Internacional es la voz mundial, autorizada e independiente de la profesión odontológica, y representa a más de un millón de dentistas de 230 asociaciones en más de 100 países. Trabaja con miembros de Gobiernos, la OMS y otros socios internacionales para mejorar la salud bucal en el mundo. La FDI desarrolla programas de educación continua, campañas de sensibilización, iniciativas y congresos sobre políticas de salud, también construye capacidades, mejora el acceso a la atención y comparte las mejores prácticas para ayudar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales. La FDI reconoce el impacto de la enfermedad bucal que afecta a 3,9 mil millones de personas en todo el mundo sobre la salud general y en la calidad de vida y se compromete a asegurar que la salud oral se integre en programas de prevención de enfermedades crónicas para reducir su carga humana, económica y social⁽²¹⁾.

A propósito, esta Federación tuvo la iniciativa de crear “El Día Mundial de la Salud Bucal”, con el fin de fomentar las acciones en todos los países, más allá de los que integran esta organización, e impulsar su inclusión en todas las políticas de salud. El mencionado día se celebra cada 20 de marzo desde el año 2013, y ha tenido como lemas “Dientes sanos para una vida sana”, “Celebrando sonrisas saludables” (en 2014) y “Sonríe a la vida” (en 2015), que resaltan la importancia de proteger los dientes y la boca para una mejor calidad vida^(21, 22).

Federación Odontológica de Centroamérica y Panamá (FOCAP)

FOCAP es una organización dedicada a promover la excelencia y la calidad entre los profesionales de la Odontología en Centroamérica y Panamá, facilitadora de los procesos de integración profesional entre las entidades y las personas odontólogos mediante acciones integrales tendientes a la promoción de la salud oral de la población regional, con una importante incidencia en mecanismos legales y normativas de la regulación del quehacer odontológico. La misión de FOCAP es constituir una organización consolidada que promueva la educación permanente y el desarrollo odontológico en todas sus dimensiones en pro de mejorar la salud de la sociedad de la región, para lo cual propone actividades académicas y científico-técnicas periódicas y la apertura de espacios de discusión y difusión conducentes a fortalecer las competencias profesionales y las condiciones laborales óptimas en este campo profesional. De ahí que cada dos años se efectúa un congreso en los países miembros y se toman algunos acuerdos generales con respecto a la salud bucal regional⁽²³⁾.

Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal (OIPPSB)

La misión del observatorio es monitorear a los países que tienen políticas públicas de salud oral, conocer las diferencias entre ellos y determinar la importancia. Además pretende potenciar las investigaciones en el área y aumentar la colaboración entre los países miembros. Desde su creación, el OIPPSB ha realizado dos reuniones de trabajo; en la primera (febrero 2018) se constituyó el grupo ampliado de representantes de países integrantes del observatorio y se presentó un compendio con las generalidades de la descripción de los sistemas de salud bucal de 16 países, a saber: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, Haití, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. El Observatorio tiene tres objetivos: 1) crear un sistema de Big Data para vigilar la situación de salud bucal de los países iberoamericanos; 2) determinar las barreras y facilitadores que han incidido en la formulación e implementación de políticas públicas de salud bucal en estos países; 3) organizar eventos científicos de divulgación de resultados⁽²⁵⁾.

En Brasil, para el año 1990, después de la Ley 8080, se promulgó el Sistema Único de Salud (SUS) y para el 2004 se estableció la Política Nacional de Salud Bucal “Brasil Sonriente”, que incluye las líneas de cuidado del niño y de la niña, del adolescente y de las personas adultas a partir del concepto multi- e interdisciplinario. “Brasil Sonriente” es la mayor política de salud bucal del mundo, ya que tiene el 40 % en la provisión de equipos de salud bucal; aun así, el 60 % de la población no ha alcanzado el acceso a los servicios, por lo que para el 2016 se presentó un proyecto que busca transformar esta política en una política federal, a fin de que el 30 % de los odontólogos de ese país vinculados con SUS logren internar pacientes y acceder al uso de sedación, anestesia general y otros elementos de la odontología hospitalaria⁽²⁵⁾.

Por su parte, Argentina es un país donde su sistema de salud lo conforman tres subsistemas (sector público, privado y obras sociales), lo que ha dificultado establecer una política de salud. Para el año 1975, con la Ley 21.172, se estableció la fluoración del agua potable⁽²⁵⁾. De ahí, la Dirección Nacional de Salud Bucal fue creada bajo el Decreto 580/2015, con el objetivo de proponer, desarrollar y controlar las acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud bucodental, de manera eficiente, equitativa y solidaria, con el fin de reducir la morbilidad de enfermedades bucodentales y mejorar la calidad de la vida de la población⁽²⁵⁾.

Mientras tanto, en Bolivia preocupa el estado de salud bucal, ya que el 98 % de la población marginal o rural presenta caries y pocos reciben tratamiento odontológico, para lo cual se creó el programa “Sonrisas Sanas-Vidas Sanas”, cuyo objetivo es reducir la presencia de caries dental por medio de actividades de promoción de la salud, atención primaria en salud y rehabilitación con prótesis dentales a personas adultas mayores. Por medio de

este servicio se han mejorado las condiciones de salud bucodental de la población hasta alcanzar una salud integral, lo que implica mejorar su calidad de vida a la vez que se respeta la diversidad cultural, esto es las tradiciones y costumbres de los pueblos⁽²⁵⁾.

Canadá, por su lado, es una nación que desde 1984 cuenta con un Plan de Seguro de Salud (CHA por sus siglas en inglés), que asegura el acceso universal a servicios médicos públicos; sin embargo, el sistema de atención dental es principalmente un servicio del sector privado que se encuentra fuera del sistema de salud general, por lo que se debe aplicar una guía de honorarios negociada por el Gobierno para la población beneficiaria de programas dentales financiados con fondos públicos. En este caso, el individuo puede utilizar su seguro dental privado o pagar directamente por la prestación de servicios. De acuerdo con el “Canadian Health Measures Survey”, de 2007-2009 dos tercios de los canadienses tenían seguro odontológico (privado 62 %, público 6 %), mientras que quienes tienen seguro dental parcial tienen que pagar la porción no asegurada de los costos de tratamiento. Las clínicas privadas de higiene dental operan en formato similar⁽²⁵⁾.

Chile decidió construir el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 para identificar las prioridades sanitarias, cuya misión es elevar el nivel de salud de toda la población a partir de los principios del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, por medio del fortalecimiento de la intersectorialidad y participación social con énfasis en la equidad, la inclusión social, la formación y el desarrollo del equipo de salud acorde con las necesidades de salud bucal de las personas⁽²⁶⁾. Para ello, en 1996 se inició la fluoración del agua en gran parte de las comunas de la región metropolitana de Santiago y en 1999 se extendió a varias regiones de Chile, además de la región de Valparaíso, única con fluoruración artificial del agua desde 1986⁽²⁵⁾.

En el caso de Colombia, se incorporó la prestación de servicios de salud bucal a la población en 1993, a partir de la Ley 100. El plan de beneficios en salud bucal contiene actividades educativas y preventivas, la atención de urgencias odontológicas, además de procedimientos de operatoria, exodoncia, endodoncia, odontopediatría, medicina oral, cirugía maxilofacial y rehabilitación con prótesis mucosoportadas totales. En cuanto a la política de salud bucal, este país se destacó por la adición de flúor a la sal de consumo humano, el desarrollo de encuestas y planes nacionales, y la implementación de acciones colectivas a cargo de los gobiernos locales⁽²⁵⁻²⁷⁾.

A partir de 1959, en Cuba se creó una red de servicios estomatológicos cuyos objetivos primordial son promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Después del año 2000 se estableció la fluoruración de la sal de consumo humano y el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, el cual ejecuta acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación⁽²⁵⁾.

El Ministerio de Salud Pública en Ecuador, por otra parte, desarrolló en el 2009 el Plan Nacional de Salud Bucal, con protocolos para garantizar el derecho de la atención eficiente

y de calidad. Se plantea en dos ejes: programación, normalización, evaluación de las acciones odontológicas y desarrollo de los servicios con base en los niveles de atención⁽²⁸⁾. Asimismo, como alternativa para la prevención masiva de caries dental, en 1976⁽²⁵⁾ se implementó, mediante Decreto Ejecutivo, el Programa Nacional de Fluoración de la Sal de Consumo Humano⁽²⁸⁾.

Otro país con un programa de salud bucal es México, con los objetivos de fomentar, proteger y restablecer la salud oral, como parte de la salud integral del individuo; está enfocado en estrategias como la fluoración de la sal de la mesa, semanas nacionales de salud bucal, esquemas básicos de prevención, salud bucal del preescolar, escolar y factores de riesgo⁽²⁵⁻²⁹⁾.

Guatemala, por el contrario, no cuenta con ninguna política integral de salud bucal, por lo que los servicios que se brindan son meramente curativos con una muy baja cobertura en el área de salud bucal (apenas el 3,7%), en la cual las caries y enfermedades periodontales son las dos principales enfermedades infecciosas, progresivas y transmisibles, crónicas, causadas por bacterias que se afectan a más del 90 % de la población⁽³⁰⁾.

En cuanto a la salud bucal de El Salvador, se caracteriza por una alta prevalencia de patologías bucales, con la caries dental y la enfermedad periodontal como las más frecuente entre los indicadores. El Ministerio de Salud de El Salvador, en el marco de la reforma, impulsa profundas transformaciones al Sistema Nacional Integrado de Salud, cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña, bajo la Atención Primaria en Salud Integral. Entre las recomendaciones planteadas en la estrategia se menciona un diagnóstico nacional de salud bucal que integre los sectores involucrados, así como el desarrollo de una política de salud bucal⁽³¹⁾.

En el Paraguay, los resultados obtenidos por el Programa Regional de Salud Bucal de la OPS y de la Encuesta Nacional de Salud Oral 2008 (ENSO 2008) demostraron que la caries dental en las piezas dentales temporales afectó alrededor del 80 % de la población infantil y adolescente encuestada, mientras que en la dentición permanente la experiencia de caries global fue de 78,0 %. Debido a la anterior, se estableció la Dirección de Salud Bucal del Ministerio de Salud que pretende implementar programas de promoción a la salud bucal, prevención de las enfermedades, atención a la salud y rehabilitación integral de acuerdo con las políticas del Estado paraguayo. Entre los programas se destacan “Salvemos al primer molar”, “Paraguay sonrío”, “Volver a sonreír”, “Embarazo saludable con boca sana”⁽³²⁾.

En el año 2007, en Perú se aprobó el Plan Nacional Concentrado de Salud, el cual precisa los lineamientos de políticas de salud para el período comprendido entre los años 2007 y 2020, en aras de mejorar la salud bucal y disminuir las enfermedades de la cavidad bucal, para lo cual se implementaron las siguientes estrategias: fluorización de la sal de consumo humano, ampliación de la oferta de los servicios odontológicos, atención de salud bucal en el plan de aseguramiento universal, la higiene y educación sanitaria en primaria⁽³³⁾.

Finalmente, los estudios de prevalencia de caries dental en República Dominicana son escasos, aunque para el 2008 se registró una prevalencia en adolescentes de 90,02 %⁽²⁶⁾. En la actualidad poseen el Programa Escolar de Prevención y de Intervención dirigido a menores de escuelas públicas y centros religiosos que tienen acuerdo con el Ministerio de Educación⁽³⁴⁻³⁵⁾.

En Costa Rica

En 1974, el Ministerio de Salud creó el programa denominado “Salud dental rural”, financiado por el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), que brindó atención dental a escolares matriculados en escuelas públicas con servicios enfocados en la educación y la prevención en salud oral. Su misión fue mejorar los índices de salud oral costarricense, principalmente en la población escolar de áreas vulnerables. Dentro de sus objetivos tenía el firme propósito de:

1. Promover la salud bucal de la población mediante acciones educativas para lograr cambios de conducta.
2. Disminuir la incidencia de las enfermedades dentales, principalmente la caries y la enfermedad periodontal, con la aplicación de acciones preventivas.
3. Brindar atención curativa en odontología en el tratamiento de las afecciones orales más frecuentes como la caries, enfermedad periodontal y mala oclusión.

Dentro de las actividades en educación y prevención que realizaba dicho programa se incluyeron el control y valoración de placa bacteriana, capacitación en técnicas de cepillado y uso del hilo dental, aplicación de sellantes, aplicaciones de fluoruros tópicos y, en la parte asistencial o curativa, examen oral, exodoncias, obturaciones y profilaxis dental⁽³⁶⁾.

En abril de 1987, se inició la adición de flúor a la sal, como primer país de América y tercero en el mundo en aplicar dicha medida en forma masiva a la población. Antes de que esto se concretara, se realizaron estudios de caries dental, de consumo de sal, de concentraciones de flúor en orina, agua, entre otros. En esta ocasión, el Ministerio de Salud, el Instituto Costarricense de Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), las plantas salineras, la OPS y la Fundación W.K Kellogs respaldaron la medida por el interés nacional en la salud preventiva para disminuir la caries dental. Así se formó el Programa de Fluoruración de la Sal (PNFS), coordinado por INCIENSA y adscrito al Ministerio de Salud de Costa Rica. “Para finales de 1987, el 75 % de la sal que consumían los costarricenses estaba fluorurada y yodada”⁽³⁷⁾.

Los resultados eran de esperarse después de la decisión tan importante en salud pública. El CPOD en 1988 fue 8,4, cifra que se toma como punto de referencia para la implementación del PNFS. En 1992, un nuevo levantamiento en el territorio nacional reportó un CPOD

de 4,9, que, al ser comparado con el estudio de 1988, reflejó una disminución del 40,0 % en la prevalencia de caries dental en el grupo poblacional de 12 años. Para el año 1999, el CPOD fue de 2,4, esto es una reducción de prevalencia de caries del 73,0 % en el período comprendido entre 1984 y 1999⁽³⁸⁾. El último estudio (2006) realizado en escolares de 12 años de edad reportó un CPOD de 2,5, es decir un leve incremento con respecto al estudio de 1999; al analizarse el CPOD por componentes, aumentó el porcentaje de piezas con caries activas, así como el número de dientes extraídos por causa de la enfermedad y se observó una disminución en el número de obturaciones por diente⁽³⁹⁾.

Durante la década de los ochentas se propició un proceso de integración de servicios entre el Ministerio de Salud y la CCSS, por medio de la suscripción de Convenios de Integración, el último de los cuales fue suscrito en 1992. Este convenio propició una mayor integración entre las instituciones y permitió establecer las responsabilidades en las áreas de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.

Al iniciar la década de los noventa, en el marco de discusión sobre la reforma del Estado costarricense, el Gobierno de la República emitió un decreto ejecutivo (20262-P-H-RE-S del 20 de febrero de 1991) mediante el cual instaló la Comisión Evaluadora del Sector Salud. Esta Comisión identificó los principales problemas que el sector enfrentaba y sus resultados sirvieron de base a la Unidad Preparatoria de Proyectos de MIDEPLAN que, con participación de funcionarios del MS y de la CCSS, elaboró el Plan Nacional de Reforma del Sector Salud, publicado por MIDEPLAN en 1993⁽⁴⁰⁾.

Como parte del proceso de reforma, y en virtud de lo estipulado en la Ley 7374 “Préstamo BID, Programa Servicios de Salud y Construcción Hospital de Alajuela”, publicada en *La Gaceta* el 19 de Enero de 1994, se acordó que el Ministerio de Salud asumiera la rectoría de sector salud y trasladara a la CCSS las actividades relacionadas con la atención directa a las personas.

En 1998, el Ministro de Salud remitió a MIDEPLAN una propuesta de reestructuración interna para el fortalecimiento de las funciones rectoras, la cual fue aprobada en el 2002 y se consolidó en el “Reglamento orgánico del Ministerio de Salud” (Decreto n.º 30921-S, actualmente derogado por el Decreto n.º 34510 “Reforma al Reglamento orgánico del MS”, del 04 de abril del 2008). Con ese decreto quedó establecido el rol rector del MS en el sector salud y se estableció la actual estructura orgánica del MS, dividida en tres niveles de gestión: central, regional y local, cuyas funciones estratégicas se desconcentran en las direcciones centrales, regiones rectoras de salud y las áreas rectoras de salud distribuidas en 82 cantones del país.

El Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica (CCDCR) divulgó una propuesta de Política Nacional de Atención, Promoción y Protección de la Salud Bucodental en noviembre de 2011. Dicho documento planteaba estrategias para la atención, promoción y protección de la salud bucodental, específicamente en poblaciones con discapacidad, personas menores de edad, mujeres en estado de embarazo y período de lactancia y personas adultas mayores.

Posteriormente, se formó una comisión bipartita entre el CCDCR y el Ministerio de Salud para analizar la posibilidad de que esa propuesta fuera asumida como política de Estado; sin embargo, después de varias reuniones, documentos y validaciones no prosperó.

Prestaciones de servicios odontológicos de la CCSS

Las prestaciones odontológicas de la CCSS se brindan en tres niveles de atención y se orientan hacia la salud integral por medio de la estrategia de atención primaria en salud oral (APSO), con fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, cuyas actividades clínicas individuales y colectivas contemplan los aspectos sociales y sistémicos, se registran en los diferentes sistemas de información –prioritariamente en el Expediente Único en Salud (EDUS)– según el nivel de complejidad y grado de especialidad en los tres niveles de atención, bajo un abordaje oportuno, equitativo e igualitario a escala nacional sin distinción de edad ni etnia.

Actualmente se dispone de 10 protocolos para la atención clínica en función de la red de servicios que contemplan las siguientes prestaciones en salud bucal: odontopediatría, ortopedia funcional, correctiva, interceptiva y preventiva, cirugía ortognática, cirugía oral menor, mayor y maxilofacial, prostodoncia, endodoncia, periodoncia, operatoria dental, trastornos temporomandibulares y dolor orofacial⁽⁴¹⁾.

Primer nivel de atención

En este nivel la prestación de servicios por grupo etario depende de la planificación interna y se distribuye de la siguiente forma:

- Niñez, adolescencia y mujeres: educación 20 %, prevención 40 % y la atención clínica 40 %
- Personas adultas: educación 10 %, prevención 20 % y atención clínica 70 %
- Personas mayores de edad: educación 5 %, prevención 15 % y atención clínica 80 %⁽⁴¹⁾.

En los servicios preventivos se brindan: controles de placa bacteriana, aplicaciones de flúor, instrucciones de cepillado y uso de hilo dental, mientras que en la atención clínica: periodoncia, operatoria dental, trastornos temporomandibulares, oclusión, exodoncia, endodoncias unirradiculares, urgencias y referencias para prótesis parciales o totales⁽⁴¹⁾.

Segundo nivel de atención

En este nivel se encuentran los hospitales regionales y periféricos que brindan atención a las personas referidas por otros niveles y se conforma, además, de Áreas de Salud tipo II y III. La atención es para toda la población que clasifique dentro del grupo de pacientes que cuentan con enfermedades como:

- a.** Cardiopatías
- b.** Retardo mental
- c.** Parálisis cerebral
- d.** Inmunosupresión
- e.** Endocrinopatías
- f.** Epilepsia
- g.** Anafilaxis/ Alergias
- h.** Afecciones vasculares
- i.** Hipertensión arterial de difícil manejo
- j.** VIH/SIDA y otras infectocontagiosas
- k.** Trastornos neuróticos y de la personalidad
- l.** Complicaciones del embarazo
- m.** Discrasias sanguíneas

Las prestaciones que se brindan son: educación, prevención, servicio de docencia, operatoria dental, exodoncia, periodoncia, endodoncia unirradicular, odontopediatría, ortopedia funcional, ortodoncia preventiva, cirugía oral menor, trastornos temporomandibulares y odontogeriatría⁽⁴¹⁾.

Tercer nivel de atención

Los hospitales nacionales y especializados se encuentran dentro de este nivel y atiende a las personas que son referidas por el segundo nivel o el mismo.

La atención es para todos los grupos de edad que presenten patologías médicas, que impliquen o conlleven alto grado de complejidad para realizar el tratamiento odontológico como:

- a.** Cardiopatías
- b.** Retardo mental
- c.** Parálisis cerebral
- d.** Inmunosupresión
- e.** Endocrinopatías
- f.** Epilepsia
- g.** Anafilaxis/ Alergias
- h.** Afecciones vasculares
- i.** Hipertensión arterial de difícil manejo
- j.** VIH/SIDA y otras infectocontagiosas
- k.** Trastornos neuróticos y de la personalidad
- l.** Complicaciones del embarazo
- m.** Discrasias sanguíneas, entre otras

En el tercer nivel también se realizan funciones administrativas, prestaciones generales, docencia, educación y prevención e investigación epidemiológica, y en el área clínica se brindan las especialidades de operatoria dental, exodoncia, odontopediatría, ortopédica funcional y ortodoncia preventiva, periodoncia, cirugía oral mayor y maxilofacial, trastornos temporomandibulares, radiología oral, odontogeriatría, gerontología, endodoncia en piezas dentales anteriores superiores e inferiores y prótesis dental removable.

Para la realizar las actividades descritas, la CCSS cuenta con 609 profesionales en odontología, de quienes 85,7 % corresponden a profesionales que se ubican en el primer y segundo nivel de atención, 12,3 % se han especializado en el tercer nivel de atención y 2,0 % en labores administrativas⁽⁴²⁾.

Dentro de los principales indicadores estadísticos en el año 2019 se programaron 2 192 345 consultas, de las cuales 43,0 % fueron por primera vez y 57,0% subsecuentes. La cobertura de los servicios de odontología a la población adscrita fue de 17,4 %. Cabe destacar que de este gran total 762 828 fueron consultas de prevención y 28 859 se dirigieron a mujeres en estado de embarazo⁽⁴²⁾.

En términos generales, la política nacional de salud bucal impulsada debe mejorar los niveles de salud bucal, facilitar el acceso a los servicios odontológicos públicos y privados, utilizar la prevención como medida para reducir la morbilidad de las enfermedades dentales basadas en evidencia científica y, además, lograr que cada persona se responsabilice de su salud bucal.

Estado de situación de la salud bucal en Costa Rica

5

En Costa Rica es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Ministerio de Salud Pública, la definición de la Política Nacional de Salud, así como la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud. Asimismo, la normativa vigente establece que los niños y las niñas tienen derecho a que sus padres y el Estado velen por las prestaciones de salud estatales desde su nacimiento hasta la mayoría de edad, por lo que todo escolar deberá someterse a los exámenes dentales preventivos, participar en los programas educativos sobre salud que deberán ofrecer los centros educativos tanto públicos como privados. Quienes presenten discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales y emocionales deben gozar de servicios especializados, según lo establece la Ley n.º 5395 Ley General de Salud de Costa Rica.

Algunos de los actuales objetivos de la Política Nacional de Salud Bucal incluyen el subsanar las desigualdades sanitarias dentro de una estrategia integral amplia que tome en cuenta los factores de riesgo comunes (azúcar, tabaco, alcohol y mala alimentación) y los determinantes fundamentales de la salud (condiciones generales socioeconómicas, culturales y medio ambientales, redes sociales y comunitarias, factores de estilo de vida individuales), que darán lugar a planteamientos justos y equitativos para la promoción de una mejor salud bucal y general⁽¹⁾.

En Costa Rica el modelo de atención representa un área que tanto la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como el MS han dejado rezagado y aún no se han tomado en cuenta las características sociodemográficas y epidemiológicas del país, así como también se ha dejado de lado la promoción de la salud en términos de vida saludable, ejercicio físico, reducción de la obesidad principalmente la infantil, etc.⁽⁴³⁾.

En cuanto a la evidencia encontrada, se destacan los resultados del Estudio Multicéntrico Latinoamérica de Nutrición y Salud (ELANS), publicado en el año 2018 en la revista “Nutrients”, el cual reveló que el 80,0 % de las personas adultas costarricenses consumen más del 10,0 % del total de energía derivada de los azúcares agregados, lo cual supera la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS / $\leq 10,0$ % de la energía total)⁽⁴⁴⁾. Lo anterior es preocupante ya que, siendo el azúcar un factor de riesgo, la reducción de su consumo como parte de una dieta saludable ayuda a disminuir la caries, la diabetes, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles (ENT)⁽¹⁾. De esta misma forma se evidencia que el alcohol y el tabaco afectan la salud de las personas al elevar las posibilidades de

contraer más de 200 enfermedades, entre ellas el cáncer oral y la enfermedad periodontal, también se debe considerar la carga de enfermedad atribuible al alcohol y el tabaco, así como la carga social y económica. Para el abordaje de toda esta problemática, se requieren políticas efectivas de prevención basadas en la mejor evidencia disponible⁽¹⁾.

Los indicadores de salud de Costa Rica son excelentes predictores del desarrollo y bienestar de la población. En el 2015, la Organización de la Naciones Unidas (ONU), al expirar los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), planteó los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS 2015-30), cuyo objetivo 3 dicta: “Asegurar una vida sana y promover el bienestar para todos/as, a todas las edades”, igualmente incluye 9 metas de salud de las cuales al menos siete son de interés para la salud bucal de la comunidad⁽⁴⁵⁾; por tanto, se ha conseguido promover el fortalecimiento de los sistemas de salud y la prevención en el contexto de las enfermedades no transmisibles⁽⁴⁵⁾ en las metas de los ODS. Dado lo anterior, en los indicadores de seguimiento para Costa Rica 2016-2017 con una proyección a la agenda 2030⁽⁴⁵⁾ no se visualiza la oportunidad de incluir la salud bucal ni garantizar una vida sana que conlleve al bienestar de la población como indica el objetivo.

Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), para el 2050 la cuarta parte de la población tendrá 60 años o más⁽⁹⁾ y requerirá de algún tipo de prótesis dental y una respuesta oportuna en la atención de los servicios odontológicos. De acuerdo con la información obtenida de la CCSS en relación con las solicitudes de aparatología protésica dental, la de mayor demanda en el año 2019 fue la “parcial removible”, la cual se realiza en 4 hospitales nacionales especializados y seis unidades de contratación a terceros⁽⁴²⁾; en otras palabras, se centraliza la rehabilitación de prótesis en la Gran Área Metropolitana, lo que evidencia las limitaciones al acceso a los servicios y la inequidad, en comparación con los servicios médicos que permite el acceso de servicios por terceros (ópticas, oído, entre otros).

Como se mencionó en la introducción, la Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable 2018-2020, en el modelo de promoción de salud y desarrollo integral con participación social⁽¹²⁾, no contempló el acceso a servicios de salud bucal, por lo que ahora es un reto incorporar en estas políticas, como parte de la salud integral, la atención odontológica al proceso de envejecimiento con enfoque de salud basado en derechos humanos. Por tanto, la Política Nacional de Salud Bucal debe cubrir estas necesidades para un envejecimiento saludable por medio de estrategias que amplíen los servicios odontológicos a escala nacional.

En este campo aún se evidencian desafíos por solventar; por un lado, el Programa de CEN-CINAI brinda a la población materno infantil que vive en condiciones de pobreza y riesgo social⁽¹³⁾ un limitado acceso a servicios de promoción y prevención en salud bucal; por el otro, el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) ofrece cuidados a la niñez en desarrollo y oportunidades a través del Programa “Puente al Desarrollo” (NIDO)⁽⁴⁶⁾, sin incluir la promoción de la salud bucal.

Otro dato que llama la atención es la escasa evidencia científica para la toma de decisiones nacionales en salud bucal; por ejemplo, la última Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, que incluye un apartado sobre el estado de la condición de la salud oral de los menores en edad preescolar y escolar la realizó hace 11 años el Ministerio de Salud.

Aunado a lo anterior, el MS no ha visibilizado la inclusión de indicadores de Salud Bucal en el Reglamento de Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud⁽⁴⁷⁾, para contar con información actualizada y periódica, como evidencia científica, para la toma de decisiones por parte de las autoridades de salud.

Si bien el Plan Nacional de Desarrollo de Inversión Pública del Bicentenario 2019-2022 interviene en algunas áreas estratégicas, tales como salud y seguridad social por medio del porcentaje de avance de la implementación del proceso de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en la CCSS y seguridad humana con la protección y cuidado de niños y niñas en situación de pobreza mediante el acceso a servicios de atención y desarrollo infantil⁽⁴⁸⁾, se invisibiliza la incorporación de servicios de salud bucal de forma integral.

Los hechos indicados reflejan necesidades desatendidas por la ausencia de una política nacional de salud bucal que integre las iniciativas individuales o particulares de los diferentes sectores, que incida directamente en la atención integral de la población, con el fin de ofrecerle bienestar y calidad de vida.

6.1 Marco jurídico internacional

En el marco jurídico, los derechos humanos aplicables a la Política de Nacional Salud Bucal y los instrumentos internacionales involucran el principio de la no discriminación. A continuación se mencionan los principales tratados y declaraciones internacionales.

Año	Documento
1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos (Ad.AG-ONU 10-12-1948), artículos 3, 22 y 25. Mencionan el derecho a la vida, libertad y su seguridad; además, a la seguridad social y un nivel de vida adecuado que asegure la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.
1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (AG-ONU, 16-12-1966). Ev.03-01-1976, artículos 10 y 12. Protección a la familia (madre, menores y adolescentes): se le debe conceder la más alta protección y asistencia médica integral.
1989	42ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA 42.39 del 8-19 de mayo de 1989. Se fomentó que la salud bucal es parte integrante de la salud para todos. En el año 2000 se insta a los miembros al uso de fluoruros para reducir la caries y las enfermedades bucales.
1990	Convención sobre los Derechos del Niño (AG-ONU, 20-11-1989), 21 de agosto de 1990, artículos 23, 24, 26 y 27. Resalta la atención igualitaria para todas las personas sin distinción de condición.
2006	Ley 7948, Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificado por la ONU en el año 2006. Las personas con discapacidad tienen derecho de acceder con la misma calidad a los servicios de salud y su rehabilitación.
2015	Aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

6.2 Marco jurídico nacional

El cuerpo normativo nacional contempla el derecho a la salud bucal como parte del derecho a una salud integral del individuo, lo que a su vez implica la protección del derecho a la vida. Asimismo, se encuentra claramente expresada la necesidad de proteger los derechos de las personas en condición de vulnerabilidad.

Año	Documento
1949	Constitución Política de la República de Costa Rica. El numeral 21 establece que la vida humana es inviolable, y desde esta perspectiva la salud como derecho humano constituye un bien jurídico de primer orden.
1973	Ley general de salud n.º 5395. En los artículos 1, 2, 3, 10, 13 y 16 se define la salud como un bien de interés público tutelado por el Estado, y le corresponde al MS la definición, formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas concernientes a la salud. Se establece el derecho a las prestaciones de la salud de la población. Se menciona el acceso a exámenes dentales preventivos en escolares.
1975	Ley orgánica del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica n.º 5784, artículo 4.
1985	Ley del servicio social obligatorio para los profesionales en las ciencias de la salud, n.º 7559.
1989	Norma oficial para la sal de calidad alimentaria, n.º 18959 y sus reformas. Decreto Ejecutivo n.º 30032 del 3 de diciembre del 2001 (flúor de 175 a 225 mg/ kg de sal).
1996	Ley igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, n.º 7600, del 02/05/1996, artículos 1, 31, 40 y su reglamento n.º 26831.
1997	Norma de prestaciones odontológicas. CCSS.
1998	Ley Código de la Niñez y la Adolescencia, n.º 7739 , del 06/01/1998, artículos 12, 41, 42 y 44.
1999	Ley integral para la persona adulta mayor n.º 7935, artículos 3,12,17 y 18
2002	Ley general de la persona joven n.º 8261, artículos 3 4,5 y 6
2014	Norma para la atención preventiva en salud oral CEN-CINAI (PS.DN.UNAT.AID.ODONT. N.01)
2016	Ley de la República n.º 9391, en la que se aprobó el Tratado Internacional que contiene el Convenio de Minamata sobre el Mercurio.
2016	Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad n.º 9379.
2017	Decreto Ejecutivo n.º 40053. Ratificación del Convenio Minamata. Entró en vigor en el mes de agosto de 2017.
2017	Reglamento del Seguro de Salud, del 31 de agosto de 2017, artículos 22,23 y 24
2018	Protocolos para la atención clínica en red específicos de la CCSS: prostodoncia especializada y removible, odontopediatría y endodoncia.
2019	Protocolos para la atención clínica en red específicos de la CCSS: trastornos temporomandibulares y dolor orofacial.
2019	Norma para la habilitación de consultorio de atención odontológica general y especializada.
2020	Protocolos para la atención clínica en red específicos de la CCSS: operatoria dental, cirugía ortognática, ortopedia funcional correctiva, interceptica y preventiva, cirugía oral menor mayor y maxilofacial y periodoncia.
2020	LS-SS-008. Lineamiento técnico para la prevención y contención de COVID-19 para odontólogos y personal auxiliar de Costa Rica.

6.3 Marco político internacional

Destacan los siguientes documentos.

Año	Documento
2006	Propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucal para las Américas. OPS/OMS
2006	Estatutos de la Federación Odontológica de Centroamérica y Panamá. Capítulo II, artículo 4, objetivos d, e, i y o. Campañas de promoción y prevención de la salud bucal, políticas y normas relacionadas con la atención de la salud bucal a escala internacional.
2011	La salud bucal y la política de la ONU. Declaración sobre enfermedades no transmisibles.
2013	Federación Dental Internacional. Congreso anual 101 FDI. Declaración de Estambul. “Defendemos la salud bucal como un derecho humano fundamental y una parte integrante de la salud y el bienestar general”. Se declara el 20 de marzo como Día Internacional de la Salud Bucal.
2016	OMS 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra 2016. Objetivo estratégico 3.2 “Asegurar acceso a las personas mayores a la atención clínica integrada de calidad y centrada en la persona. Incluyendo la salud bucal”. Además de alcanzar las metas de cobertura a todas las prioridades de prestación de servicios, incluyendo los profesionales de salud bucal.
2017	160ª Sesión del Comité Ejecutivo OPS/ OMS. Reporte final: Propuesta de plan regional decenal de salud bucal para Las Américas. En la última década, la evidencia científica demostró un creciente vínculo entre la salud bucal y las enfermedades sistémicas, reconociendo a la salud bucal como un componente importante de la prevención de enfermedades en la salud pública. Así aceptado en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas.
2020	OMS “Salud Bucal 20-21” Asistencia para fortalecer los sistemas de salud bucal para realizar un plan de acción mundial de la salud bucal.

6.4 Marco político nacional

La salud bucal se menciona de manera superficial en algunos de los documentos que a continuación se mencionan. Generalmente se asocia con la necesidad de aumentar la cobertura de los servicios de atención integral a la salud en general, pues los planes y programas relacionados tienen un alcance limitado.

Año	Documento
2010	Plan Nacional de Salud. 2010-2021
2014	Política Nacional de Salud. 2014-2018
2016	Plan Nacional de Salud. 2016-2020

Enfoques y principios orientadores

7

En concordancia con la Política Nacional de Salud Dr. Juan Guillermo Ortiz Güier 2015, los principios orientadores son: equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad, inclusión social, cohesión social, interculturalidad y el enfoque de desarrollo humano sostenible e inclusivo.

Equidad: Es la justa distribución de las posibilidades y oportunidades de acceso, información, conocimientos, recursos, bienes y servicios para promover, mejorar y mantener la salud individual y colectiva al dar más a quien más necesita; además, busca disminuir las diferencias en salud. Este principio reconoce que si bien todos los seres humanos deben ser considerados iguales hay condiciones sociales, del entorno y culturales que comprometen y generan brechas que ponen en desventaja a ciertos grupos y poblaciones.

Esas brechas generan que sus derechos y su autonomía sean irrespetadas. Con la equidad se busca generar contextos donde estas brechas sean identificadas y mediante acciones positivas se vayan cerrando, de tal manera que se protejan los derechos humanos y se promuevan mejores oportunidades para el adecuado desarrollo humano de todas las personas.

Universalidad: Es la responsabilidad del Estado de garantizar bajo un enfoque de derechos el acceso al sistema de salud con calidad a toda la población, sin límites geográficos, sociales, económicos y culturales.

Solidaridad: Asegura la protección de la salud para toda la población, mediante un modelo de atención que permite el acceso al sistema de salud de aquellos grupos con menos recursos.

Ética: Es el conjunto de reglas, normas, mandatos, que guían y regulan el comportamiento humano dentro de una determinada colectividad. Orientan el respeto a la dignidad, integridad y autonomía de todas las personas, al logro del bienestar humano y la justicia social.

Calidad: Es la capacidad del sistema de salud para ofrecer en igualdad de condiciones y accesibilidad la atención integral que solucione satisfactoriamente las necesidades de las personas y grupos sociales, apuntando a los mayores beneficios y evitando riesgos.

Inclusión social: Es la condición en la que se reconocen los derechos, deberes, igualdades y equidades de las personas y grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad, sin distinción de género, discapacidad, etnia, orientación sexual ni ideología. Una persona

o grupo social incluido significa que está integrado social e institucionalmente en las redes creadas por la sociedad, que abarcan dignidad e igualdad política, económica, social y cultural.

Cohesión social: Es La construcción de sociedades incluyentes, igualitarias, justas y solidarias, posible mediante la integración social, la concertación y la participación activa de la ciudadanía. Trabajar con un sentido de cohesión social, implica transformar el enfoque de las políticas públicas y sociales, para que las personas pasen de ser clientes pasivos y vulnerables que requieren de asistencia a personas sujetas de derechos; así como procurar el ejercicio de la autonomía personal y el desarrollo de capacidades para y potencialidades construir proyectos propios⁽⁴⁹⁾.

Interculturalidad: Es identificar las diversidades culturales en las sociedades y en particular, mediante el reconocimiento de las diferentes formas de vida que existen en el país.

Enfoque de desarrollo humano sostenible e inclusivo: Es el reconocimiento de la responsabilidad del Estado para generar condiciones orientadas al bienestar y desarrollo de las personas en un contexto de sostenibilidad ambiental, social y económica. Por tanto, las acciones derivadas de esta política deben promover el uso sostenible de los recursos naturales y el respeto de los derechos humanos, además de promover un ambiente saludable que garantice las condiciones adecuadas para las futuras generaciones.

Ejes transversales

8

Desde un enfoque de derechos humanos, los ejes transversales se consideran como aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que abarcan a toda persona como garantía de una vida digna; su acceso no depende de factores particulares como el estatus, sexo, orientación sexual, etnia o nacionalidad ni exclusivamente del ordenamiento jurídico vigente. Estos ejes permiten identificar amenazas, reducir la vulnerabilidad, prevenir y mitigar el riesgo, aportar al desarrollo y acercar los planes propuestos en este documento, a la vida cotidiana y a la realidad cultural, económica, política y social del país⁽⁵⁰⁾.

Curso de vida

Enfoque que tiene en cuenta los procesos biológicos, conductuales y psicosociales subyacentes que operan en todo el curso de vida y que están determinados por las características individuales y el entorno en que se vive⁽¹²⁾.

El acceso universal a la salud

La cobertura universal de salud implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud adecuados, oportunos y de calidad de acuerdo con sus necesidades, que incluyan medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. Este acceso asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en especial los grupos en situación de vulnerabilidad⁽⁵¹⁾.

Accesibilidad

Los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos deben ser comprensibles, utilizables y practicables para todas las personas, en condiciones de seguridad, de comodidad y de la forma más autónoma y natural posible⁽⁵²⁾.

Participación social

Todos los actores sociales tienen derecho a involucrarse y emitir opinión en forma consciente, corresponsable, activa e informada en la identificación, análisis y priorización de necesidades en salud, en la formulación de planes y programas, así como en las decisiones relacionadas con su ejecución, evaluación y rendición de cuentas, para garantizar la calidad, inclusión, eficiencia y efectividad de los programas. Esta participación será libre, accesible y significativa en el desarrollo de la salud.

Igualdad y no discriminación

La igualdad se refiere al derecho de ser tratado con consideración y respeto, a no recibir un trato discriminatorio y a que el Estado promueva las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva⁽⁵³⁾.

La no discriminación es la adopción y puesta en marcha de medidas que evitan toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basadas en el color de piel, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica o cualquier otra condición social, y que resulten en la anulación o menoscabo del reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas⁽⁵³⁾.

Enfoque de género

Este enfoque permite reconocer las diferencias entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades y problemas de salud, a fin de planificar acciones integrales adecuadas a sus particularidades biológicas y sociales.

Enfoque de derechos

El enfoque promueve y protege los derechos humanos de todas las personas sin distinción, por lo que es un bien de interés público, tutelado por el Estado y garantizado para toda la población.

La salud es un derecho humano fundamental presente en marcos normativos internacionales y nacionales, mediante los cuales se procura que las condiciones de salud de todas las personas mejoren sustantivamente acorde a la dignidad de cada ser humano.

Transparencia

La gestión de los asuntos públicos, sea por parte del Estado, las organizaciones públicas o privadas, requiere de la rendición de cuentas a la población. La transparencia implica una relación de confianza entre quien solicita la información y quien la facilita.

Interinstitucionalidad e intersectorialidad

Estas prácticas consideran la construcción y ejecución de la política desde una perspectiva del Estado como un todo, con una partición activa y coherente de todos los actores sociales clave en la definición, ejecución y evaluación de las acciones en salud. Ambas implican una efectiva articulación de las instituciones y organizaciones, cada una con su competencia, pero bajo un mismo objetivo.

Calidad

La proporción de servicios adecuados y de calidad responde a procesos de mejoramiento continuo, que contempla la formación de profesionales requeridos a fin de alcanzar los beneficios esperados y evitar el desperdicio de recursos, la desconfianza de los usuarios y la desmotivación del personal.

Factores críticos identificados

9

- Ausencia de un modelo de atención en salud bucal adecuado a las expectativas de vida y las principales causas de morbilidad y mortalidad.
- Ausencia de indicadores de la calidad de los servicios de salud odontológicos.
- Desarticuladas intervenciones dirigidas a los procesos de educación, promoción de la salud y prevención de las enfermedades bucales a escala nacional, regional y local.
- Reducido acceso universal y equitativo de la población a los servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud bucal, en el curso de vida.
- Costos del servicio odontológico con brechas de acceso no medidas.
- Barreras en la cobertura y accesibilidad de la atención de la salud bucal a escala nacional, sin enfoque de atención primaria.
- Recursos humanos insuficientes en los servicios de salud odontológicos en cantidad y falta de indicadores para valorar la calidad de este recurso humano, para conciliar la oferta con las necesidades de la población costarricense.
- Ausencia de disponibilidad de financiamiento sostenible.
- Inexistencia de un subsistema de salud bucal en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.
- Falta de una línea base con representación nacional e información del estado de la salud bucal de la población, para la toma de decisiones.
- Insuficiente producción y gestión del conocimiento e investigación.

Componentes de la política

10

10.1 Propósito

Dirigir y conducir las intervenciones de los actores sociales para el posicionamiento de la salud bucal como valor social, que incida sobre los determinantes de salud en el curso de vida, a fin de garantizar la atención integral, oportuna y con equidad a los servicios y al mejoramiento del estado de salud general de la población.

10.2 Ejes centrales de la política y objetivos

Los ejes definidos en esta política son:

1. Eje de rectoría en salud bucal

Objetivo: Fortalecer las funciones rectoras del Ministerio de Salud para la mejora de la salud bucal de la población.

2. Eje de acceso de servicios de salud bucal.

Objetivo: Asegurar el acceso a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud bucal a toda la población, con énfasis en las poblaciones vulnerables en el curso de vida.

3. Eje de desarrollo y fortalecimiento de los recursos

Objetivo: Asegurar los recursos humanos y financieros que garanticen la sostenibilidad del modelo de atención bucal en el tiempo.

4. Eje de fortalecimiento de la vigilancia de la salud bucal

Objetivo: Desarrollar un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a fin de obtener información oportuna y de calidad que permita la identificación de los problemas de salud bucales que afectan a la población y su abordaje integral, así como capacitar al personal en odontología sobre el correcto registro de indicadores epidemiológicos en el sistema.

5. Eje de gestión del conocimiento e investigación

Objetivo: Promover las investigaciones en temas relacionados con las necesidades de salud bucal de la población, que permitan identificar el estado de salud, los factores que lo determinan y la respuesta para hacerle frente a esos problemas durante el curso de vida.

Lineamientos de política

11

Política Nacional de Salud Bucal 2022-2032

Objetivo 1	Responsables
<p>Desarrollo del modelo de promoción de la salud, prevención, atención de las enfermedades y la rehabilitación integral de la salud bucal, que incluya las características socioeconómicas, geográficas y demográficas de la población, con el propósito de reducir las brechas sociales en la atención, desde un enfoque de equidad y accesibilidad con un abordaje individual, familiar y comunitario.</p>	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General y Dirección de Servicios de Salud)</p> <p>Corresponsables: CCSS, universidades, CCDCR, INEC, INS, Ministerio de Justicia y Paz, municipalidades, Ministerio de Hacienda, MEP, PANI, CNNA, IMAS y CONAPAM</p>
<p>Aseguramiento de la calidad y accesibilidad de los servicios de odontología y afines (depósitos y laboratorios dentales) públicos y privados, por medio de la regulación (habilitación, acreditación y otros).</p>	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General y Dirección de Servicios de Salud)</p> <p>Corresponsables: Universidades, CCDCR, Organizaciones no Gubernamentales (ONG: fundaciones, entre otros)</p>
<p>Fortalecimiento de la educación para que la población se posicione y reconozca el derecho al acceso y a la oferta de servicios públicos de salud bucal en forma efectiva.</p>	<p>Responsable: Ministerio de Salud (Servicios de Salud y Auditoría General de Servicios de Salud)</p> <p>Corresponsables: Universidades, CCDCR, INS, CCSS, CNNA, CONAPAM, otros prestadores de servicios odontológicos, MEP</p>
Objetivo 2	Responsables
<p>Acciones articuladas entre los actores del Sistema Nacional de Salud, dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades bucales en el país, con enfoque de atención primaria.</p>	<p>Responsable: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud) y CCSS</p> <p>Corresponsables: INS, CONAPAM, universidades, CCDCR, ONG, MEP, municipalidades y CNNA</p>
<p>Fortalecimiento de un modelo universal, inclusivo, equitativo e integral, dirigido a la población para el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud bucal en el curso de vida, que responda a las características socioeconómicas, geográficas y demográficas.</p>	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General, Dirección de Servicios de Salud)</p> <p>Corresponsables: CCSS, universidades, CCDCR, INS, Ministerio de Justicia y Paz, municipalidades, MEP, PANI, CNNA y CONAPAM</p>

Objetivo 2	Responsables
Identificación de las barreras y brechas de acceso para desarrollar diversas acciones tendientes a disminuir los costos en los servicios de salud bucal.	<p>Responsable: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud)</p> <p>Corresponsables: INEC, CCP, universidades, CCDCR, CCSS, INS, CONAPAM, CNNA y Asamblea Legislativa.</p>
Ampliación de la cobertura y accesibilidad de la atención de la salud bucal a escala nacional, con enfoque de atención primaria.	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud), CCSS, INS y Ministerio de Justicia y Paz</p> <p>Corresponsables: INEC, CCP, universidades, gobiernos locales, ONG, CNNA, CONAPAM, CCDCR, MEP</p>
Ampliación de la oferta de los servicios de salud odontológicos, con especial énfasis en poblaciones vulnerabilizadas.	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud)</p> <p>Corresponsables: INEC, CCP, CCSS, municipalidades, universidades, INS, CCDCR, asociaciones solidaristas, profesionales prestadores de servicios odontológicos públicos y privados</p>
Objetivo 3	Responsables
Dotación de recurso humano en cantidad a las instituciones rectoras, educadoras y prestadoras de los servicios de salud odontológicos, y desarrollo de un modelo de gestión con indicadores de calidad para conciliar la oferta con las necesidades de la población.	<p>Responsable: Ministerio de Salud (Servicios de Salud) y CONARE</p> <p>Corresponsables: INEC, Centro Centroamericano de Población (CCP), CCDCR, CCSS e INS</p>
Fortalecimiento del financiamiento para los programas de salud bucal.	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud), Asamblea Legislativa, municipalidades</p> <p>Corresponsables: Ministerio de Hacienda, empresas privadas, organizaciones de la sociedad civil, ONG y Gobierno de la República</p>
Objetivo 4	Responsables
Desarrollo del Subsistema Nacional de Vigilancia de Salud Bucal.	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Servicios de Salud, Vigilancia de la Salud)</p> <p>Corresponsables: CCSS, CCDCR, Ministerio de Justicia y Paz, INS, ONG, universidades, INCIENSA, prestadores de servicios odontológicos y privados</p>

Objetivo 5	Responsables
Desarrollo de una línea base con información del estado de salud bucal de la población del país.	<p>Responsable: Ministerio de Salud (Servicios de Salud, Vigilancia de la Salud) y CONARE</p> <p>Corresponsables: INEC, CCP, CCDCR, CCSS, INS, CONAPAM, INCIENSA y CNNA</p>
Desarrollo de un proceso continuo de producción y gestión del conocimiento e investigación del estado de salud bucal de la población del país.	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Investigación y Tecnologías en Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud) y CCSS</p> <p>Corresponsables: Actores, Sistema Nacional de Salud, universidades, INS, proveedores de servicios odontológicos, INCIENSA, públicos y privados y CCDCR</p>
Transmisión de conocimientos por parte de profesionales en odontología, mediante evidencia científica, a los actores sociales comunitarios de grupos organizados y a la población en general.	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud), universidades, INS, CCSS</p> <p>Corresponsables: Actores, Sistema Nacional de Salud, proveedores de servicios odontológicos, públicos y privados, CCDCR, INA, MEP.</p>
Desarrollo del componente de salud bucal, en el análisis de la situación de salud nacional (ASIS).	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Vigilancia de la Salud)</p> <p>Corresponsables: Sistema Nacional de Salud, universidades, CCSS, INS, INCIENSA, proveedores de servicios de salud odontológicos públicos y privados, CCDCR, CONAPAM y CNNA</p>
Incentivos para el uso de tecnologías limpias, accesibles y económicas en la atención de la salud bucal.	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental, Dirección de Investigación y Tecnología en Salud), MICITT</p> <p>Corresponsables: Sistema Nacional de Salud, universidades, CCSS, INS, proveedores de servicios de odontológicos públicos y privados, CCDCR y Cámara de Comercio</p>
Desarrollo de un sistema para la vigilancia, regulación y evaluación de las tecnologías de uso en odontología (radiaciones, materiales, equipos, entre otros).	<p>Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental, Dirección de Investigación y Tecnología en Salud), MICITT</p> <p>Corresponsables: Sistema Nacional de Salud, universidades, CCSS, INS, proveedores de servicios de salud odontológicos públicos y privados y CCDCR</p>

Política Nacional de Salud Bucal 2022-2032

El Plan de Acción de la Política Nacional de Salud Bucal es un instrumento de orientación, articulación, coordinación interinstitucional y asignación de recursos para la ejecución y seguimiento de los componentes de la Política. Es una herramienta flexible y de ayuda para la organización de las áreas estratégicas que responde a sus requerimientos y a las condiciones coyunturales durante el período de vigencia de esta política.

1. Eje: Rectoría en Salud Bucal

Objetivo: Fortalecer las funciones rectoras del Ministerio de Salud para la mejora de la salud bucal de la población.

Lineamiento de Política	Acción Estratégica	Indicador	Metas	Responsables
Desarrollo del modelo de promoción de la salud, prevención, atención de las enfermedades y la rehabilitación integral de la salud bucal, que incluya las características socioeconómicas, geográficas y demográficas de la población, con el propósito de reducir las brechas sociales en la atención, desde un enfoque de equidad y accesibilidad con un abordaje individual, familiar y comunitario.	Creación de una instancia rectora de salud bucal en el Ministerio de Salud, que dirigirá el quehacer del modelo.	Instancia rectora de la salud bucal creada.	Creación de la instancia rectora de salud bucal para el año 2022.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General y Dirección de Servicios de Salud) Corresponsables: Ministerio de Hacienda
	Diagnóstico de oferta y demanda de los servicios de salud bucal, así como las principales necesidades de la población en el área de promoción de la salud bucal, prevención, atención de las enfermedades bucales y su rehabilitación.	Diagnóstico de oferta y demanda nacional y protocolos elaborados.	Diagnóstico de oferta y demanda nacional y protocolos elaborados al 2024.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General y Dirección de Servicios de Salud) Corresponsables: CCSS, universidades, CCDCR, INEC, INS, MJP, municipalidades, MEP, PANI, CNNA, IMAS y CONAPAM
	Definición del modelo de promoción de la salud, prevención, atención de las enfermedades y la rehabilitación integral de la salud bucal, que incluya las características socioeconómicas, geográficas y demográficas de la población.	Modelo de promoción de la salud, prevención, atención de las enfermedades y la rehabilitación integral de la salud bucal diseñado.	Modelo de promoción de la salud, prevención, atención de las enfermedades y la rehabilitación integral de la salud bucal elaborado al 2025.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud) Corresponsables: CCSS, universidades, CCDCR, MEP, INS, MJP, municipalidades, PANI, CNNA, IMAS y CONAPAM
	Elaboración de los protocolos de prestación de servicios identificados en el diagnóstico de oferta y demanda.	Protocolos de prestación de servicios identificados en el diagnóstico de oferta y demanda elaborados.	Protocolos de prestación de servicios identificados en el diagnóstico de oferta y demanda elaborados al 2026. Protocolos de prestación de servicios identificados en el diagnóstico de oferta y demanda implementándose al 2027.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud), CCSS, INS, MJP, universidades Corresponsables: CCDCR, MEP, INS, municipalidades, PANI, CNNA y CONAPAM
Aseguramiento de la calidad y accesibilidad de los servicios de odontología y afines (depósitos y laboratorios dentales) públicos y privados, por medio de la regulación (habilitación, acreditación y otros).	Revisión y ajuste de la normativa de habilitación, acreditación y reglamentos de regulación importación, registro y comercialización para establecimientos, insumos, equipos odontológicos y afines (depósitos, laboratorios técnicos dentales, radiaciones ionizantes).	Normativa de habilitación, acreditación y reglamentos de regulación importación, registro y comercialización para establecimientos, insumos, equipos odontológicos y afines (depósitos, laboratorios técnicos dentales, radiaciones ionizantes), ajustada.	Normativa de habilitación, acreditación y reglamentos de regulación, importación, registro y comercialización para establecimientos, insumos, equipos odontológicos y afines (depósitos, laboratorios técnicos dentales, radiaciones ionizantes), ajustada durante el período del 2023 al 2032.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General y Dirección de Servicios de Salud) Corresponsables: Universidades, CCDCR, Organizaciones no Gubernamentales (ONG: fundaciones, entre otros)
Fortalecimiento de la educación orientada a la población para posicionar y fortalecer el derecho al acceso y a la oferta de servicios públicos y privados de salud bucal, en forma efectiva.	Desarrollo de un programa de educación dirigido a la población para posicionar el derecho al acceso y a la oferta de servicios de salud bucal, en los establecimientos públicos y privados.	Programa de capacitación y sensibilización dirigido a la población para posicionar el derecho al acceso y a la oferta de servicios salud bucal, en los establecimientos públicos y privados, elaborado.	Programa de capacitación y sensibilización dirigido a la población para posicionar el derecho al acceso y a la oferta de servicios de salud bucal, en los establecimientos públicos y privados, elaborado e implementado a partir del 2024.	Responsable: Ministerio de Salud (Servicios de Salud y Auditoría General de Servicios de Salud) Corresponsables: Universidades, CCDCR, INS y CCSS, CNNA, CONAPAM, otros prestadores de servicios odontológicos, MEP

2.Eje: Acceso a los servicios de salud bucal

Objetivo: Asegurar el acceso a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud bucal a toda la población, con énfasis en las poblaciones vulnerables en el curso de vida.

Lineamiento de Política	Acción Estratégica	Indicador	Metas	Responsables
Acciones articuladas entre los actores del Sistema Nacional de Salud, dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades bucales en el país, con enfoque de atención primaria.	Definición de un programa de educación, promoción de la salud y prevención de las enfermedades bucales, para inducir cambios de comportamiento en la población con visión universal, intersectorial, equitativa y centrada en la persona, con enfoque de atención primaria en el país.	Programa de promoción de la salud y prevención de las enfermedades bucales redactado y validado en el país.	Programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad elaborado en el país con enfoque de atención primaria para al 2024.	Responsable: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud) y CCSS Corresponsables: INS, CONAPAM, universidades CCDCR, ONG, MEP, municipalidades y CNNA
Fortalecimiento de un modelo universal, inclusivo, equitativo e integral, dirigido a la población para el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud bucal en el curso de vida, que responda a las características socioeconómicas, geográficas y demográficas.	Elaboración de un modelo adecuado a las necesidades de la población y la normativa nacional, que impacte en el aumento de la cobertura.	Modelo de acceso elaborado y validado con los actores sociales del Sistema Nacional de Salud.	Modelo de acceso a los servicios implementado a partir del 2024.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General, Dirección de Servicios de Salud) Corresponsables: CCSS, universidades, CCDCR, INS, MJP, municipalidades, MEP, PANI, CNNA y CONAPAM
Identificación de las barreras y brechas de acceso para desarrollar diversas acciones tendientes a disminuir los costos en los servicios de salud bucal.	Identificación de las barreras y brechas en los costos para el acceso de la población por región.	Barreras y brechas de acceso en los costos identificadas con indicadores cuantitativos y cualitativos.	Barreras y brechas de acceso implementadas con indicadores cuantitativos y cualitativos al 2024.	Responsable: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud) Corresponsables: INEC, CCP, Universidades, CCDCR, CCSS, INS, CONAPAM, CNNA y Asamblea Legislativa.
	Definición de alternativas estatales para disminuir los costos de importación de materiales y equipos, servicios públicos, impuestos sobre la renta, impuestos municipales.	Número de estrategias desarrolladas (pólizas de riesgo, IVA, impuestos al salario, entre otros).	Estrategias desarrolladas al 2025.	Responsable: Ministerio de Salud (Servicios de Salud), Ministerio de Hacienda, Asamblea Legislativa, CCDCR, municipalidades e INS Corresponsables: Universidades, CCSS y ONG

(Continuación...) 2.Eje: Acceso a los servicios de salud bucal

Objetivo: Asegurar el acceso a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud bucal a toda la población, con énfasis en las poblaciones vulnerables en el curso de vida.

Lineamiento de Política	Acción Estratégica	Indicador	Metas	Responsables
Ampliación de la cobertura y accesibilidad de la atención de la salud bucal, a escala nacional con enfoque de atención primaria.	Identificación geográfica de las barreras de la cobertura y accesibilidad en la atención de la salud bucal, a escala nacional con enfoque de atención primaria.	Barreras de cobertura y accesibilidad mapeadas e identificadas a escala nacional, con enfoque de atención primaria.	Barreras de cobertura y accesibilidad mapeadas e identificadas geográficamente en la atención de la salud bucal al 2024 con enfoque de atención primaria.	Responsable: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud), CCSS, INS y Ministerio de Justicia y Paz Corresponsables: INEC, CCP, Universidades, Gobiernos Locales, ONGs, CNNA, CONAPAM, Universidades, CCDCR, MEP
		Plan de ampliación de cobertura y de accesibilidad para los servicios en respuesta a las barreras identificadas a escala nacional, con enfoque de atención primaria.	Plan de cobertura y de accesibilidad para los servicios odontológicos en respuesta a las barreras y a las brechas elaborado al 2025 a escala nacional con enfoque de atención primaria.	Responsable: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud), CCSS, INS, MJP Corresponsables: Universidades, gobiernos locales, ONG, CNNA, CONAPAM, universidades, CCDCR, MEP
		Plan de ampliación de cobertura y de accesibilidad para los servicios en respuesta a las barreras identificadas implementado a escala nacional con enfoque de atención primaria.	Plan cobertura y de accesibilidad para los servicios odontológicos en respuesta a las barreras implementado del 2026 al 2030.	
	Aumentar los recursos: humanos, infraestructura, materiales y tecnológicos para la atención y accesibilidad de la salud bucal, con enfoque desde la atención primaria.	Número de estrategias dirigidas al aumento de los recursos humanos, infraestructura, materiales y tecnológicos para la atención y accesibilidad de la salud bucal en los territorios nacional, regional y local, con enfoque desde la atención primaria.	Estrategias implementadas a escala nacional con enfoque de atención primaria, durante el periodo del 2025 al 2031.	Responsable: Ministerio de Salud (Servicios de Salud), CCSS, INS, MJP Corresponsables: Universidades, gobiernos locales, ONG, universidades, CCDCR, MEP
Ampliación de la oferta de los servicios de salud odontológicos, con especial énfasis en poblaciones vulnerabilizadas.	Definición de la oferta de servicios de salud bucales que se debe brindar a la población de Costa Rica de acuerdo con las necesidades identificadas y con especial énfasis en poblaciones vulnerabilizadas a escala nacional con enfoque de atención primaria	Diagnóstico de necesidades de oferta de servicios de salud bucales, realizado a nivel nacional con enfoque de atención primaria.	Diagnóstico de necesidades de oferta de servicios de salud bucales, realizado a nivel nacional con enfoque de atención primaria al 2024.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud) Corresponsables: INEC, CCP, CCSS, Municipalidades, Universidades, INS, CCDCR, Asociaciones Solidaristas, profesionales prestadores de servicios odontológicos públicos y privados
		Plan para la ampliación de oferta de servicios de salud bucales a escala nacional con enfoque de atención primaria.	Plan de oferta de los servicios para cubrir las necesidades detectadas, implementado a escala nacional con enfoque de atención primaria, durante el periodo del 2025 al 2032. (Currículos universitarios respondiendo a las necesidades de la población).	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud), CCSS, INS, MJP, universidades Corresponsables: Municipalidades, CONAPAM, CNNA, CCDCR, Asociaciones Solidaristas, ONG, profesionales prestadores de servicios odontológicos públicos y privados

3. Eje de desarrollo y fortalecimiento de los recursos

Objetivo: Asegurar los recursos humanos y financieros que garanticen la sostenibilidad del modelo de atención bucal en el tiempo.

Lineamiento de Política	Acción Estratégica	Indicador	Metas	Responsables
Dotación de recurso humano en cantidad a las instituciones rectoras, educadoras y prestadoras de los servicios de salud odontológicos, y desarrollo de un modelo de gestión con indicadores de calidad para conciliar la oferta con las necesidades de la población.	Desarrollo de un sistema permanente de gestión para la dotación del recurso humano en odontología, que responda a las necesidades de la población y al déficit del recurso humano en las instituciones rectoras, educadoras y prestadoras de los servicios de salud.	Diagnóstico de demanda de servicios odontológicos elaborado según las necesidades de la población.	Diagnóstico de la demanda de servicios odontológicos realizado según las necesidades de la población al año 2024.	Responsable: Ministerio de Salud, Servicios de Salud, CONARE Corresponsables: INEC, CCP, CCDCR, CCSS e INS.
	Creación de un modelo de gestión para la dotación del recurso humano con indicadores de calidad para conciliar la oferta con las necesidades de la población.	Modelo de gestión para la dotación del recurso humano en los servicios odontológico, con indicadores de calidad en respuesta a las necesidades de la población elaborado según nivel de gestión.	Modelo de gestión para la dotación del recurso humano en los servicios de salud odontológicos, con indicadores de calidad en respuesta a las necesidades de la población elaborado según nivel de gestión al 2025.	Responsable: Ministerio de Salud, Servicios de Salud, CONARE Corresponsables: CCSS, CCDCR, ONG, Municipalidades, empresa privada y organizaciones de la sociedad civil, universidades y Asamblea Legislativa
	Desarrollo de un programa de ajuste curricular que responda al nuevo modelo para la dotación del recurso humano en los servicios de salud bucal a escala nacional.	Programa de ajuste curricular en respuesta al nuevo modelo para la dotación del recurso humano en los servicios de salud bucal elaborado a escala nacional.	Programa de ajuste curricular en respuesta al nuevo modelo para la dotación del recurso humano implementándose en las instituciones educativas a escala nacional a partir del 2025.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud), CCSS, INS, MJP, universidades Corresponsables: Municipalidades, CONAPAM, CNNA, CCDCR, Asociaciones Solidaristas, ONG, profesionales prestadores de servicios odontológicos públicos y privados
Fortalecimiento del financiamiento para los programas de salud bucal.	Presentación de un proyecto quinquenal de presupuesto para la sostenibilidad de programas de salud bucal, que incluya el recurso humano, material y equipamiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud.	Proyecto de presupuesto quinquenal para la sostenibilidad de los programas de salud bucal, continuo y sostenible en el tiempo.	Proyecto de Ley para el desarrollo quinquenal del programa de salud bucal, continuo y sostenible en las instituciones prestadoras de servicios en respuesta a las necesidades identificadas, a partir del 2023.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud), Asamblea Legislativa, municipalidades Corresponsables: Ministerio de Hacienda, empresas privadas y organizaciones de la sociedad civil, ONG y Gobierno de la República

4. Eje: Fortalecimiento de la vigilancia de la salud bucal

Objetivo: Desarrollar un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a fin de obtener información oportuna y de calidad que permita la identificación de los problemas de salud bucales que afectan a la población y su abordaje integral, y capacitar al personal en odontología sobre el correcto registro de indicadores epidemiológicos en el sistema.

Lineamiento de Política	Acción Estratégica	Indicador	Metas	Responsables
Desarrollo del Subsistema Nacional de Vigilancia de Salud Bucal.	Definición del Subsistema Nacional de Vigilancia de la Salud Bucal.	Subsistema Nacional de Vigilancia de la Salud Bucal desarrollado.	Subsistema Nacional de Vigilancia de la Salud Bucal desarrollado a partir del 2024.	Responsables: Ministerio de Salud (Servicios de Salud, Vigilancia de la Salud) Corresponsables: CCSS, CCDCR, MJP, INS, ONG, universidades, prestadores de servicios odontológicos y privados
	Inclusión del Subsistema Nacional de Vigilancia de la Salud Bucal en el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud.	Subsistema Nacional de Vigilancia de la Salud Bucal incluido en el Sistema Nacional Vigilancia de Salud.	Subsistema Nacional de Vigilancia de la Salud Bucal incluido en el Sistema Nacional Vigilancia de Salud al 2025.	Responsables: Ministerio de Salud (Servicios de Salud, Vigilancia de la Salud) Corresponsables: CCSS, CCDCR, MJP, INS, ONG, universidades, prestadores de servicios odontológicos públicos y privados
	Modelo de capacitación de profesionales en odontología en la estandarización de criterios diagnósticos para el uso y llenado de datos en el Subsistema Nacional de Salud Bucal y otras áreas afines.	Modelo de capacitación para el uso y llenado de datos en el Subsistema Nacional de Salud Bucal elaborado.	Modelo de capacitación para el uso y llenado de datos en el Subsistema Nacional de Salud Bucal implementado a partir del 2026.	Responsables: Ministerio de Salud (Servicios de Salud, Vigilancia de la Salud), CCSS, MJP, INS, universidades Corresponsables: CCDCR, ONG, prestadores de servicios odontológicos y públicos y privados
		Modelo de capacitación para el uso y alimentación del Subsistema Nacional de Salud Bucal implementado.	Modelo de capacitación para el uso y alimentación del Subsistema Nacional de Salud Bucal implementado a partir del 2027.	

5.Eje de gestión del conocimiento e investigación

Objetivo: Promover la investigación con temas relacionados a las necesidades de salud bucal de la población, que permitan identificar el estado de salud, los factores que lo determinan y la respuesta para hacerle frente a esos problemas durante el curso de vida.

Lineamiento de Política	Acción Estratégica	Indicador	Metas	Responsables
Desarrollo de una línea base con información del estado de salud bucal de la población del país.	Elaboración de una línea base con información del estado de salud bucal de la población del país.	Línea base con información del estado de la salud bucal de la población elaborada, según grupo etario y regiones.	Línea base con información del estado de salud bucal de la población del país, elaborada al 2025.	Responsable: Ministerio de Salud (Servicios de Salud, Vigilancia de la Salud) y CONARE Corresponsables: INEC, CCP, CCDCR, CCSS, INS, CONAPAM y CNNA
	Actualización de una línea base con información del estado de salud bucal de la población del país mediante encuestas quinquenales.	Encuesta quinquenal del estado de salud bucal de la población actualizada.	Encuesta quinquenal del estado de salud bucal de la población, realizada al 2030.	Responsable: Ministerio de Salud (Servicios de Salud, Vigilancia de la Salud) y CONARE Corresponsables: INEC, CCP, CCDCR, CCSS, INS, CONAPAM y CNNA
	Definición de alianzas estratégicas dirigidas al fortalecimiento del intercambio de experiencias en conocimiento y desarrollo tecnológico en odontología.	Alianzas estratégicas conformadas para el fortalecimiento del intercambio de experiencias en conocimiento y desarrollo tecnológico en odontología.	Alianzas estratégicas para el fortalecimiento del intercambio de experiencias en conocimiento y desarrollo tecnológico en odontología realizadas al 2026.	Responsable: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Investigación y Tecnologías en Salud, Dirección de Regulación de productos de Interés Sanitario), CONARE, CCDCR y CCSS Corresponsables: INEC, CCP e INS
Desarrollo de un proceso continuo de producción y gestión del conocimiento e investigación del estado de salud bucal de la población del país.	Creación de un plan de fortalecimiento para la producción y gestión del conocimiento e investigación.	Plan de fortalecimiento para la producción y gestión del conocimiento e investigación, elaborado.	Plan de fortalecimiento para la producción y gestión del conocimiento e investigación, elaborado al 2027.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Investigación y Tecnologías en Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud) y CCSS Corresponsables: Actores, Sistema Nacional de Salud, universidades, INS, proveedores de servicios odontológicos, públicos y privados, y CCDCR
		Plan de fortalecimiento para la producción y gestión del conocimiento e investigación, implementado.	Plan de fortalecimiento para la producción y gestión del conocimiento e investigación, implementado a partir del 2028.	
Transmisión de conocimientos por parte de profesionales en odontología, mediante evidencia científica, a los actores sociales comunitarios de grupos organizados y a la población en general.	Plan dirigido a los profesionales en odontología para que eduquen y transmitan el conocimiento mediante evidencia científica a los actores sociales comunitarios de grupos organizados, para reproducir las mejores prácticas de salud Bucal a la población.	Plan dirigido a los profesionales en odontología para que eduquen y transmitan el conocimiento mediante evidencia científica elaborado.	Plan dirigido a los profesionales en odontología para que eduquen y transmitan el conocimiento mediante evidencia científica elaborado al 2027.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección de Servicios de Salud), universidades, INS, CCSS Corresponsables: Actores, Sistema Nacional de Salud, proveedores de servicios odontológicos, públicos y privados, CCDCR, INA y MEP.
		Plan dirigido a los profesionales en odontología para que eduquen y transmitan el conocimiento mediante evidencia científica implementado.	Plan dirigido a los profesionales en odontología para que eduquen y transmitan el conocimiento mediante evidencia científica implementándose a partir del 2028.	

(Continuación...) 5.Eje de gestión del conocimiento e investigación

Objetivo: Promover la investigación con temas relacionados a las necesidades de salud bucal de la población, que permitan identificar el estado de salud, los factores que lo determinan y la respuesta para hacerle frente a esos problemas durante el curso de vida.

Lineamiento de Política	Acción Estratégica	Indicador	Metas	Responsables
Desarrollo del componente de salud bucal, en el análisis de situación de salud nacional (ASIS).	Creación del componente de salud bucal en el análisis de situación de salud nacional (ASIS).	Componente de salud bucal incluido en el análisis de situación de salud nacional (ASIS).	Componente de salud bucal incluido en el análisis de situación de salud nacional (ASIS) en el 2023.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Vigilancia de la Salud) Corresponsables: Sistema Nacional de Salud, universidades, CCSS, INS, proveedores de servicios de salud odontológicos públicos y privados, CCDCR, CONAPAM y CNNA
			Análisis de situación de salud bucal nacional (ASIS) elaborado en el 2024.	
Incentivos para el uso de tecnologías limpias, accesibles y económicas en la atención de la salud bucal.	Desarrollo de incentivos para el uso, creación y promoción del talento en tecnologías limpias, accesibles y económicas en la atención en la salud bucal.	Incentivos para el uso, creación y promoción del talento en tecnologías limpias, accesibles y económicas para la atención en la salud bucal desarrollados.	Un programa anual de incentivos implementado a partir del 2025.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental, Dirección de Investigación y Tecnología en Salud), MICITT Corresponsables: Sistema Nacional de Salud, universidades, CCSS, INS, proveedores de servicios de odontológicos públicos y privados, CCDCR y Cámara de Comercio
		Programa de incentivos para el uso, creación y promoción del talento en tecnologías limpias, accesibles y económicas para la atención en la salud bucal implementado.		
Desarrollo de un sistema para la vigilancia, regulación y evaluación de las tecnologías de uso en odontología (radiaciones, materiales, equipos, entre otros).	Desarrollo de un sistema basado en evidencia para la vigilancia, regulación y evaluación de las tecnologías de uso en odontología, bajo conceptos de bioseguridad, sostenibilidad ambiental y financiera.	Sistema basado en evidencia para la vigilancia, regulación y evaluación de las tecnologías de uso en odontología creado.	Sistema basado en evidencia para la vigilancia, regulación y evaluación de las tecnologías de uso en odontología implementándose a partir del 2026.	Responsables: Ministerio de Salud (Dirección General de Salud, Dirección de Servicios de Salud, Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental, Dirección de Investigación y Tecnología en Salud), MICITT Corresponsables: Sistema Nacional de Salud, Universidades, CCSS, INS, proveedores de servicios de salud odontológicos públicos y privados, y CCDCR

Modelo de evaluación, seguimiento y rendición de cuentas

13

La Política Nacional de Salud Bucal requiere un modelo de seguimiento y evaluación sectorial e institucional, nacional y local que permitan su ejecución.

Teniendo en consideración sus objetivos y alcances de largo plazo, la política finalmente ofrece un conjunto de programas y acciones estratégicas dirigidas a toda la sociedad costarricense, lo que implica múltiples combinaciones de actores públicos y privados con el objetivo de posicionar la salud bucal como valor social, en su desarrollo para el mejoramiento del estado de salud integral y general de la población.

Para darle seguimiento y evaluar los resultados de la política se definieron los siguientes componentes:

1. Acciones estratégicas, metas e indicadores.
2. El tiempo y el modelo de gestión, seguimiento y evaluación definen el espacio temporal, que corresponde al horizonte de planificación en un periodo de 10 años, el cual responde al propósito de la política que debe lograrse al año 2032.
3. Participantes en la gestión, seguimiento y evaluación.

En este sentido la Política Nacional de Salud Bucal es el resultado de la sumatoria de las acciones que promueve el Gobierno en un sector determinado de la población, para el seguimiento y evaluación, el cual interactúa con dos actores más: sociedad civil y empresa privada. Todos ellos, liderados y conducidos por el Ministerio de Salud, instancia que juega un papel protagonista en la ejecución de la Política.

Es importante resaltar que las instituciones responsables y los plazos de ejecución se definirán en detalle en la ficha técnica del indicador que cada actor social responsable de la ejecución debe llenar previo. Se adjunta la ficha en el anexo n.º 2, con toda la información necesaria para el indicador de cada actividad, en aras obtener un registro ordenado y detallado; la ficha es de uso para el actor social en la formulación del Plan de la Política y se retoma su validez en el seguimiento y la evaluación.

Los actores sociales han participado en todo el proceso de la planificación y son los responsables directos de planificar esta ficha y de hacerla cumplir, lo que los convierte en los proveedores del reporte.

Cada indicador del plan tiene una ficha técnica y debe estar a disposición de los interesados e interesadas en un documento de consulta. Se debe realizar seguimientos semestrales y la evaluación con una periodicidad quinquenal.

El mecanismo para realizar el seguimiento y evaluación le corresponde a cada instancia con responsabilidad directa y el consolidado de resultados y seguimiento a la instancia que lidere el proceso.

Referencias Bibliográficas

14

1. Federación Dental Internacional. “El Desafío de las Enfermedades Bucales: Una llamada a la acción global”, en *Atlas de salud Bucal*. 2^{da} edición 2015. ISBN: 978-2-9700934-9-7. Brighton, RU. Disponible en: https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads Oh2_spanish.pdf
2. OMS. *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. (s/f). Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
3. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucal. 2018. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
4. Federación Dental Internacional. Global Periodontal Health Project. Salud y enfermedad periodontales. *Guía práctica para reducir la carga mundial de la morbilidad para las enfermedades periodontales*. 2018 FDI. [Internet], citado el 26 de agosto del 2021. Disponible en: <https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/2020-11/gphp-2018-toolkit-es.pdf>
5. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Costa Rica: *Objetivos de desarrollo del milenio*, III Informe País 2015
6. CCSS. *Plan estratégico institucional 2019-2022* Caja Costarricense de Seguro Social. 2018. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/web/pei/txt/PlanEstrategico2020-2021.pdf>
7. CCSS. Área de Regulación sistematización diagnóstico tratamiento odontología Gerencia Médica. Dirección Proyección de Servicios de Salud. Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud. CCSS. Herrera AL. Infograma 31 diciembre 2020.
8. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. *Estudios Económicos de la OCDE Costa Rica*, julio 2020 visión general. OCDE 2020. [Internet] citado el 20 de agosto del 2021. Disponible en: <https://www.oecd.org/economy/surveys/costa-rica-2020-OECD-economic-survey-overview-spanish.pdf>
9. CCSS. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud – Gerencia Médica. 2019. Consolidado instrumento de gestión de los servicios de odontología (IGEO-2019) GM- DDSS- 0062-2021. Mora Ulloa M.
10. MIDEPLAN. *Costa Rica: Prospectiva en cambio demográfico al 2045*. 2018. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-de-salud-boletines/4010-costa-rica-prospectiva-en-cambio-demografico-al-2045/file>

11. Lao William, *Caja Costarricense de Seguro Social. Estudio Epidemiológico de la Salud Oral del Adulto Mayor en Costa Rica*, 2016. repositorio Binasss. CCSS, Agosto de 2016. [Citado el: 18 de octubre de 2019.] <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/633/oral.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Ministerio de Salud. *Estrategia nacional para un envejecimiento saludable 2018-2020*. Ministerio de Salud, 2018. [Citado el: 17 de octubre de 2019.]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/estrategias/3864-estrategia-nacional-para-un-envejecimiento-saludable-2018-2020/file>
13. CEN CINAI-Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral. Dirección Nacional de CEN CINAI, Noviembre de 2018. [Citado el: 15 de octubre de 2019.] Disponible en: www.dir.nacional@cen-cinai.go.cr
14. Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009*. Fascículo Salud Oral 4. s.l.: Ministerio de Salud, 2009. ISSN 978-9977-62-148-7.
15. Instituto Nacional de Seguros. Red de Proveedores de INS Medical. Proveedores de cobertura dental. Grupo INS. Gobierno Digital, abril de 2019. [Citado el: 15 de octubre de 2019.] <http://portal.ins-cr.com/PortalINS/D1-InformacionProdContenido.aspx>.
16. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. 54º Consejo directivo 67ª Sesión del Comité Regional de la OMS para Las Américas. 2015. CD54/INF/5, OMS/OPS: p1-5. [Internet] citado 12 de agosto 2021. Washington, D.C., EUA. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-INF-5-B-s.pdf>
17. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 160.ª Sesión del Comité Ejecutivo. Propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucal para Las Américas: Informe Final. OPS/OMS CE160/INF/7. 2017. Washington, DC. [Internet] citado el día 27 de agosto 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34217/CE160-INF-7-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
18. Organización Panamericana de la Salud. PAFNCDs: *Foro Panamericano de acción sobre las enfermedades no transmisibles*. Del 8 al 9 de mayo del 2012; Brasilia (Brasil): OPS; 2012. Disponible en: http://www.paho.org/panamericanforum/wpcontent/uploads/2012/07/PAF_First_Meeting_Final_Report.pdf
19. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Nueva York: NU; 2011. (documento A/66/L.1). Disponible en: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&Lang=S.
20. Estupiñán-Day, et al. Reunión de Consulta Internacional sobre el cáncer orofaríngeo asociado con el VPH: Implicaciones para la investigación, la educación y la salud pública en las Américas. Washington, D.C.: 2017 NIH/NIDCR.

21. Federación Dental Internacional. *Las principales ENT, incluyendo la mayoría de las enfermedades Bucales, comparten los mismos determinantes sociales y tienen algunos factores de riesgo comunes, como la mala alimentación y el consumo de tabaco y alcohol*. Disponible en: <https://ncdalliance.org/es/qui%C3%A9nes-somos/estructura-de-la-alianza-de-ent/grupo-de-apoyo-y-consulta-scg/federaci%C3%B3n-dental-internacional-fdi>
22. Federación Dental Internacional. *Salud Bucal y determinantes sociales de la salud*. Asamblea General, agosto 2013, en Estambul, Turquía. Disponible en: <https://www.fdiworlddental.org/es/resources/policy-statements/salud-Bucal-y-determinantes-sociales-de-la-salud>
23. Federación Odontológica de Centroamérica y Panamá. Mesa de seguridad gremial propuesta para la asamblea. FOCAP [Internet] citado el 27 de agosto 2021. Disponible en: <https://focap.org/images/stories/archivo/nicaragua/yovania/Mesa%20Seguridad%20Gremial.%20Vision%20y%20Mision%20FOCAP.pdf>.
24. Cornejo M, Campos F, Otálvaro J, Bianco P. *Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal: Construyendo un bloque por más salud bucal*. En Revista Biomédica Medwave 2019; 19 SP106 doi: 10.5867/medwave.2019.S1 [Internet] citado 27 de Agosto 2021. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/ResumenesCongreso/sp2018/SaludBucodent/SP106.act>
25. Carrer Fernanda, Campos de Almeida. Observatorio Iberoamericano de políticas públicas en salud bucal. Construyendo un bloque por más salud bucal Sao Paulo 2018 http://repositorio.fo.usp.br:8013/jspui/bitstream/fousp/90/2/Espanhol_versao%20final%20impressao.pdf
26. Ministerio de Salud, Sub-Secretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Salud Bucal. Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030-Chile 2017. [Internet] citado el 30 de agosto del 2021. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf
27. Observatorio Iberoamericano de políticas públicas en salud bucal. *Construyendo un bloque por más salud bucal*. [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer y Gilberto Alfredo Pucca Junior. São Paulo: Facultad de Odontología de USP, 2018. 2ª edición. Disponible en: <https://udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6ec032af-6b35-409a-96a7-e68483ab477c/PPSB+en+Colombia-una+revisión+panorámica+-+ebook+2a+edición+c3%b3n+2018.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mgjY0rC>
28. Parise-Vasco J M, Zambrano-Achig, Andrés Viteri-García, Armas-Vega Ana. “Estado de la Salud Bucal en el Ecuador”. ODONTOLOGÍA SANMARQUINA ISSN-L 1560-9111; eISSN: 1609-8617.
29. Secretaría de Salud, Gobierno de México. Programa Salud Bucal 2013-2018. *Programa de acción específico prevención, detección y control de los problemas de salud bucal 2013-2018*. Publicado el 12 de febrero del 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-salud-bucal-2013-2018-20044>

30. Pineda Marroquín NA. *Análisis de las Políticas Públicas de Salud Bucal en el Período 2010 -2014, Implementadas en Guatemala por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)*. 2016. Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/6171/1/T_2681.pdf
31. Ministerio de Salud de El Salvador. *Diagnóstico Nacional de Salud Bucal*. Disponible en http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf junio 2012.
32. Caballero García R. *Política Pública Nacional de Salud Bucal del Paraguay 2009-2018*. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.ppns> Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/25630/22018>
33. Ministerio de Salud de la República de Perú. *Plan Nacional Concertado de Salud*. Julio 2007. Disponible en: https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/PER%202007%20-%20Plan_Nacional_Salud.pdf .
34. Collins J, Bobadilla M, Fresno MC. “Indicadores de Riesgo Cariogénico en Adolescentes de Santo Domingo, República Dominicana”.En *Revista Clínica de Periodoncia Implantología y Rehabilitación Oral* 83(3), noviembre 2008 DOI:10.1016/S0718-5391(08)70014-4. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275536913_Indicadores_de_Riesgo_Cariogenico_en_Adolescentes_de_Santo_Domingo_Republica_Dominicana
35. Ministerio de Educación de República Dominicana, Salud Bucal. Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil. Disponible en: <https://inabie.gob.do/index.php/salud-bucal>
36. Molina Carvajal, Grettel “Informe de Labores 1994-1998” Ministerio de Salud, Departamento de Odontología, San José, Costa Rica, Febrero, 1998.
37. Ministerio de Salud de la República de Costa Rica. *Programa Fluoruración de la Sal, Memoria II Curso de Formación de Líderes en Programas de Fluoruración*. 1992.
38. Salas M, Solórzano I, Chavarría P. *Encuesta nacional de salud oral: caries dental*, 1999. Serie de documentos técnicos 6. INCIENSA 2001. p. 9, 17, 22, 27, 28, 57.
39. Montero O, Ulate J, Elías A. “Prevalencia de caries dental en niños y niñas escolares de 12 años de edad en Costa Rica” en *Revista Científica Odontológica*. 2011 CCDCR. Vol7, Núm. 2. [Internet] citado 20 de agosto del 2021. Disponible en: <https://revistaodontologica.colegiodentistas.org/index.php/revista/article/view/437/645>
40. Román M. *Reforma del sector salud de Costa Rica*. MIDEPLAN 2006. [Internet] citado el 20 de Agosto del 2021. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/documentos/portal/conversatorios/2006/mroman.pdf>.
41. Herrera AL. CCSS. Área de regulación sistematización diagnóstico tratamiento en odontología, Dirección Desarrollo y Servicios de Salud. CCSS. Coordinadora Odontología. CCSS, Costa Rica 2021.

42. Mena D, Urritia S, Herrera AL. ARSDT-CON-0132-2021 *Metodología para la organización del Taller IV- política Nacional de Salud Bucal 2021-2031*. CCSS ARSDT. 2021.
43. León E. Diana “La seguridad social en Costa Rica - Una radiografía de su estado” Mayo 2018. Fesamericacentral.org. Análisis N°05-2018 Friedrich Ebert Stiftung.
44. Fiberg M; Kovalskys I; Gómez G; Et Al. “Total and Added Sugar Intake: Assessment in Eight Latin American Countries”, en *Nutrients* 16 febrero 2018. Basel, Switzerland
45. Ministerio de Planificación Nacional: Secretaría Técnica de los ODS. *Objetivos del desarrollo sostenible: indicadores de seguimiento, Costa Rica* / Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica; INEC; PNUD – San José, CR: MIDEPLAN, 2017. 1 recurso en línea (80 p.) ISBN 978-9977-73-124-7. Disponible en www.mideplan.go.cr
46. IMAS: Puente al desarrollo (NIDO) Niñez Desarrollo y Oportunidades, Instituto Mixto de Ayuda Social. Costa Rica 2021 . Citado el 04, febrero 2021. Disponible en: <https://www.imas.go.cr/beneficios/nido>
47. Ministerio de Salud “Reglamento de Vigilancia de la Salud” Decreto n.º 40556-S. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=84661&nValor3=109322&trTipM=TC
48. MIDEPLAN. Plan Nacional de Desarrollo Inversión Pública del Bicentenario Costa Rica 2019-2022. Disponible en: <http://www.da.go.cr/wp-content/uploads/2016/07/Plan-Nacional-de-Desarrollo-e-Inversiones-P%C3%BAblicas-2019-2022.pdf>
49. Ministerio de Salud. “Política Nacional de Salud 2011-2021”. MS-2020. San José, Costa Rica
50. Calderón S, AL, Murillo S, G *Ejes Transversales en los Planes de Estudio de la Universidad de Costa Rica* [Internet]. Costa Rica, 2017; citado 08 Nov 2021. Disponible en: https://www.cea.ucr.ac.cr/imagenes/desarrollocurricular/ejes_tranversales.pdf
51. Holder R. *Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud*. OPS/OMS. Washington 2014. [Internet] citado el 06 de setiembre del 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/MGPSS-Y-AUS-Y-CUS-PAN-NOV-2014.pdf>
52. Corporación Ciudad Accesible . Accesibilidad Universal/Concepto y Definiciones. CCA. Chile, octubre 2013. [Internet] citado el 30 de setiembre del 2021. Disponible en: <https://www.ciudadaccesible.cl/accesibilidad-universal-concepto-y-definiciones/>
53. Inter-American Commission on Human Rights. Compendio sobre la igualdad y no discriminación: estándares interamericanos: aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 12 de febrero de 2019 [Internet] citado el 30 de setiembre del 2021. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Compendio-Igualdad-NoDiscriminacion.pdf>

Anexo N° 1

Metodología para la construcción de la Política Nacional de Salud Bucal 2022-2032

Las autoridades políticas solicitaron a la Dirección de Planificación dirigir la elaboración de la Política Nacional de Salud Bucal, en conjunto con un equipo de expertos en el tema, integrado por nueve profesionales en odontología, personal del Ministerio de Salud y una funcionaria de INCIENSA.

A continuación, se describen los pasos que se siguieron:

- Se inició el proceso de construcción a partir de una solicitud del Despacho Viceministerial del Ministerio de Salud, en el año 2019 (Oficio n.o MS-DVM-5568-2019). Se realizó un primer Taller de conformación del Equipo Técnico Institucional de Trabajo (ETIT) presencial con profesionales en odontología del Ministerio de Salud, CEN-CINAI e INCIENSA para organizar el trabajo y definir las primeras tareas de los subgrupos.
- Se definieron los actores sociales que participarían en el proceso de consulta para la elaboración de la Política.
- Se actualizaron los antecedentes, el estado de situación, el marco legal y se definieron los enfoques y principios.
- De esta primera consulta se generó un documento que posteriormente fue revisado por todos los subgrupos del ETIT, producto de ello surgió una nueva versión de la propuesta.
- Una vez actualizado el estado de situación, según la evidencia se desarrolló un segundo taller presencial de consulta, con la participación del ETIT, para definir los asuntos críticos.
- El ETIT realizó la primera propuesta de los asuntos críticos con los aportes de los tres grupos consultados en el taller y se enviaron nuevamente al ETIT para la revisión, ajuste e integración de sus nuevos aportes. A partir de este momento las consultas se recopilaron en forma virtual, como consecuencia de la pandemia por la COVID- 19.
- Retomando los asuntos críticos, se remitieron a consulta al Equipo Técnico Institucional de Trabajo, para la definición de los ejes centrales de la Política.
- Producto de esa consulta el ETIT propuso un borrador de los ejes.
- Nuevamente se llevó a consulta la propuesta a lo interno de todos los subgrupos de trabajo.

- Se solicitó a los subgrupos de trabajo definir los objetivos de cada eje central de la Política.
- Se realizó el consolidado con los insumos generados por los subgrupos, el cual fue llevado de nuevo a consulta para tener una versión más acabada.
- Posteriormente, se envió una herramienta con los ejes, objetivos, puntos críticos y columnas en blanco para que cada subgrupos agrupe los puntos críticos según eje. De esta consulta surgió una primera propuesta que circuló a lo interno de los subgrupos de trabajo para obtener un producto más acabado.
- A partir de la definición los ejes, objetivos y factores críticos, volvió a consultar para determinar los lineamientos de política. De allí se generó una propuesta que fue llevada a consulta nuevamente.
- A partir de este momento se dispuso de un documento de Política en el que ya se podía planificar y se solicitó la definición de acciones estratégicas, indicadores, metas, línea de base y responsables. Una vez recogido los aportes de los tres subgrupos, se propuso un documento de política para realizar talleres de consulta y validación con la participación de otros actores sociales.
- Se estableció un cronograma para realizar seis talleres de consulta pública, con la invitación de 102 actores sociales de las siguientes organizaciones: Caja Costarricense del Seguro Social, INCIENSA, CEN CINAI, Colegio de Cirujanos Dentista de Costa Rica y sus filiales, Ministerio de Justicia y Paz, universidades públicas y privadas, gobiernos locales, organizaciones comunales, INS, CENDEISSS, PANI, IMAS, CUC, Ministerio de Educación Pública, CONAPAM, CONAPDIS, entre otros.
- Se recibieron 47 aportes y mejoras al documento, como la inclusión de dos factores críticos, el curso de vida, acceso universal a la salud y accesibilidad como ejes transversales. Además, los lineamientos de política, el plan de acción y responsables se ajustaron a las observaciones efectuadas.
- Finalmente se efectuó un taller de consulta para concluir la validación, para el cual se invitó a 49 personas, quienes realizaron aportes en los talleres previos.
- En la última reunión se contó con la participación de 25 personas, dentro de las observaciones más importantes se destaca el cambio en el nombre de la política de salud bucodental a salud oral. De esta forma se concluyó el Plan de Acción de la Política con las responsabilidades y corresponsabilidades definidas por instituciones.

Anexo N° 2

Ficha Técnica

Elemento		Descripción
Nombre del indicador		Debe ser una expresión verbal, precisa y concreta sobre lo que se quiere medir. El nombre debe caracterizarse por ser claro, preciso, autoexplicativo y que cualquier persona pueda entender qué se mide con ese indicador.
Definición conceptual		<p>En este espacio debe aparecer una definición lo más completa posible del indicador que incorpore aspectos metodológicos necesarios para su interpretación y comprensión.</p> <p>Si es el caso, se debe incluir la definición de cada uno de los componentes del indicador. Comúnmente se establecen/adoptan las definiciones del ámbito internacional, en caso de que no exista se utiliza la definición de la institución que produce el dato.</p> <p>En caso de que la información esté organizada por alguna clasificación, se debe indicar el manual de clasificación utilizado.</p> <p>Por ejemplo: en el caso de estadísticas relacionadas con salud, se debe especificar que utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión CIE 10.</p> <p>Nota: este espacio no incluye la interpretación del indicador</p>
Fórmula de cálculo		En este espacio debe anotar la fórmula matemática requerida para el cálculo indicador. Se deben especificar las operaciones y procesamientos de las variables/ componentes que son necesarias para obtener el valor final del indicador.
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo		En este espacio deben escribir los componentes involucrados en la fórmula del cálculo del indicador.
Unidad de medida		En este espacio debe anotar la unidad de medida con la que se expresan los componentes o los valores del indicador, por ejemplo: número, porcentaje, tasa por cada tanto.
Interpretación		En este espacio debe escribir la interpretación de forma general correspondiente al indicador propuesto en el país. De acuerdo con la Real Academia Española, interpretar corresponde a explicar o declarar el sentido de algo y, principalmente, el de un texto (RAE, 2017). Por ejemplo: suponga que el indicador es la tasa de mortalidad de niños de 0 a 5 años de edad, entonces la interpretación general sería: En Costa Rica murieron “N” niños menores de 5 años por cada mil nacidos vivos en el año “X”.
Desagregación	Geográfica	En este espacio debe especificar los distintos niveles de desagregación geográfica disponibles para el indicador, por ejemplo, provincia, cantón, distrito, regiones de planificación, zona (urbana o rural), Gran Área Metropolitana, entre otras.
	Temática	En este espacio debe especificar las características (no geográficas) en que se presenta la información del indicador, por ejemplo: sexo, grupos de edad, discapacidad, nivel socioeconómico, causa de muerte, tipos de desastres, entre otros.

Elemento	Descripción
Línea base	Es el dato o el valor inicial del indicador a partir del cual se establecerán los valores futuros a alcanzar mediante la intervención pública en el proceso de programación y que servirá para el seguimiento y evaluación en la consecución de las metas. Se debe indicar si el dato es acumulado o corresponde a un período de tiempo determinado.
Meta	Son los valores de los indicadores asociados al objetivo respectivo que se espera alcanzar en el período 2022-2032.
Periodicidad	En este espacio debe especificar la frecuencia con la que se publican o se tienen disponibles los datos para el cálculo del indicador. Se entiende como el período de tiempo en que se actualiza el dato. Por ejemplo: cada cuatro años, anual, trimestral, mensual, entre otros. La periodicidad puede no estar definida, en ese caso indicarlo con un mensaje. Sugerencia: "Periodicidad no definida".
Fuente de información	En este espacio se debe especificar la fuente de cada una de las variables/componentes del indicador. Además, no solo se debe especificar la institución, sino también el departamento u oficina o la publicación física o electrónica donde se encuentra disponible (si corresponde).
Clasificación	<input type="checkbox"/> Impacto <input type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto
Tipo de operación estadística	En este espacio debe seleccionar el tipo de fuente de datos del que procede el indicador, por ejemplo, este puede ser censo, encuesta, registro administrativo, entre otros.
Comentarios generales	En este espacio debe mencionar cualquier observación que se considere necesaria para que el usuario obtenga una mejor comprensión del indicador.

Fuente: MIDEPLAN. Metodología del Plan Nacional de Desarrollo y de Inversiones Públicas PNDIP 2019-2022. (2019). San José, Costa Rica.

Anexo N° 3

Lista de Participantes

Nombre del participante e institución	
Ministerio de Salud	Universidad VERITAS
Ana Gabriela Fallas Gamboa	Yohaydi Sibaja Guevara
Azalea Espinoza Aguirre	CCDCR y Filiales
Lorena George Herman	Rodrigo Díaz Obando
Priscilla Barquero Badilla	Nora Chaves Quirós
Geiser Calderón Pizarro	Ana Cecilia Murillo González
Luiz Diego Ugade Jiménez	Ana Cristina Parra Jiménez
Ileana Ramírez Carranza	Antonietta Muñoz Solís
INCIENSA	Andrea Castro González
Jacqueline Peraza Valverde	Maritza Ajún Blanco
Ronny Sánchez Corrales	Ronald Madrigal Marín
Carolina Rivera Sanabria	Katheleen Roper Christy
CEN CINAI	Ricardo Araya Vega
Grettel Molina Carvajal	Ministerio de Justicia y Paz
Alexandra Sánchez Fernández	Katalina María Coto Hernández
CCSS	Ministerio de Educación Pública
Ana Lucía Herrera Jiménez	Evelyn Alfaro Álvarez
Dylana Mena Camacho	CONAPAM
Silvia Urrutia Rojas	Denis José Angulo Alguera
Luis Diego Chacón Gómez	María Elena Salazar Alvarado
Gustavo Bermúdez Mora	CONAPDIS
William Arce Ramírez	Sharon Matamoros Ramírez
Carlomagno Santiesteban Ávila	IMAS
Gladys Gisella Berrocal Brenes	Nohelia Brenes López
Laura María Sánchez Aguilar	Yariela Quirós Álvarez
María Felicia Barrantes Cabalceta	CUC
María Gabriela Chacón Ramírez	Mauren Mora Fernández
Universidad de Costa Rica (UCR)	Municipalidad de Belén
Madeline Howard Mora	Manuel Alvarado Gómez
Jaime Caravaca Morera	Municipalidad de Cartago
Adrián Gómez Fernández	Marco Peraza Urbina
Rosibel Ruiz Fuentes	Municipalidad de Goicoechea
Cristina Barboza Solís	Luis Hidalgo Pereira
Susana Morales Uribe	Municipalidad de La Cruz
Universidad Latina de Costa Rica	Zaylín Bonilla Morales
Sergio Castro Mora	Municipalidad de Santa Cruz
Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT)	Shirley Angulo Angulo
Eva Cortés Carmona	Asociación de Desarrollo Específica Barrio Independencia Goicoechea
	Yazmín Brenes Murillo

