

INFORME N° DFOE-SOC-IF-13-2012
20 de diciembre, 2012

DIVISIÓN DE FISCALIZACIÓN OPERATIVA Y EVALUATIVA

ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES

**INFORME SOBRE EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN
DE RECTORÍA DEL MINISTERIO
DE SALUD**

2012

CONTENIDO

Página No.

RESUMEN EJECUTIVO

1	INTRODUCCIÓN.....	1
	ORIGEN DE LA AUDITORÍA	1
	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA	1
	NATURALEZA Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	1
	LIMITACIONES QUE AFECTARON LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA.....	1
	COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	1
	GENERALIDADES DE LA RECTORÍA EN SALUD	2
	METODOLOGÍA APLICADA.....	4
2	RESULTADOS	5
	SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO NACIONAL DEL SECTOR SALUD Y DEL CONSEJO SECTORIAL.....	5
	DEFICIENCIAS EN EL SEGUIMIENTO A LA POLÍTICA Y AL PLAN NACIONAL DE SALUD.....	9
	DEBILIDAD EN EL CONTROL DE LA INVERSIÓN, EL FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL SECTOR SALUD.	13
	AUSENCIA DE EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN.	15
	SOBRE LAS CONDICIONES LOGÍSTICAS Y DE EQUIPAMIENTO PARA EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DE RECTORÍA POR LAS ÁREAS LOCALES.	17
	DÉBIL APOYO ADMINISTRATIVO A LAS ÁREAS RECTORAS.	18
	SOBRE LAS CARGAS DE TRABAJO DE LAS ÁREAS RECTORAS.....	19
	AUSENCIA DE SISTEMAS PARA EL ACCESO OPORTUNO A LA INFORMACIÓN Y PARA LA TOMA DE DECISIONES	22
	DEFICIENCIAS EN LA EMISIÓN DE DIRECTRICES, LINEAMIENTOS Y MANUALES DE PROCEDIMIENTOS PARA APOYAR EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES RECTORAS.	24
3	CONCLUSIONES.....	26

4 DISPOSICIONES	27
A LA MINISTRA DE SALUD.....	28
CONSIDERACIONES FINALES.....	29
ANEXO N° 1.....	31
ANEXO N° 2.....	32
ANEXO N° 3.....	33
ANEXO N° 4.....	34
ANEXO N° 5.....	36
ANEXO N° 6.....	37
ANEXO N°7	38
ANEXO N°8	39

RESUMEN EJECUTIVO

¿Qué examinamos?

La función de rectoría del Ministerio de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud en aspectos tales como la Dirección Política, la emisión y ejecución de la Política Nacional de Salud, el financiamiento de los servicios, la provisión de los servicios de salud, la emisión de procedimientos y lineamientos para que las áreas rectoras locales ejerzan la función de rectoría y las facilidades informáticas para la transmisión de información y la toma de decisiones.

¿Por qué es importante?

La salud es un bien de interés público tutelada por el Estado, y corresponde al Ministerio de Salud, como parte de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, dirigir y conducir a los actores sociales claves del sistema de producción social de la salud, para que en forma conjunta se aborden los aspectos prioritarios que afectan la salud de la ciudadanía. Además, corresponde a ese Ministerio formular políticas en salud y objetivos y planes de acción que fortalezcan los principios de universalidad, solidaridad y equidad de la seguridad social; así como definir el modelo de servicios de salud que debe prestar el Estado y la forma en que se financiarán esos servicios para garantizar su sostenibilidad.

¿Qué encontramos?

El Consejo Sectorial de Salud no se reúne desde abril del 2011, a pesar de que la normativa establece que, se debe reunir al menos tres veces al año, lo cual dificulta el ejercicio de la funciones de dirección y planificación, la priorización de la atención de los determinantes de la salud, así como la coordinación, articulación, armonización e integración de las acciones entre los miembros que conforman el sector y de sus planes anuales.

La Política Nacional de Salud, 2011-2021 y el Plan Nacional de Salud, 2010-2021, no contienen metas claras con horizontes de tiempo para su cumplimiento, que permitan integrar y dirigir los esfuerzos y hacer la medición y evaluación de los resultados. El monitoreo y evaluación de las acciones del Plan y de sus derivados, está previsto para realizarse en el año 2014.

Existen debilidades en el control de la inversión, el financiamiento y el gasto del sector salud, debido a que no se cuenta con un sistema que permita recopilar la información

necesaria para la toma de decisiones relacionada con la cooperación técnica, las inversiones y el financiamiento externo del sector. Existe un proyecto de construcción de un Sistema de Cuentas en Salud, que está en una fase piloto e incluye únicamente los gastos del periodo 2009 de las áreas de salud de los cantones prioritarios.

Asimismo, no se ha evaluado el modelo para la prestación de servicios a la ciudadanía, que se readecuó desde la reforma del Sector Salud, impulsada por las autoridades del sector desde el año 1993, aspecto que es fundamental para definir la conveniencia de mantenerlo, expandir o no la cobertura y los servicios que se brindan en la actualidad. Existe un débil apoyo administrativo del nivel central a las 82 áreas rectoras de salud del país, en aspectos tales como el recurso humano y financiero, así como en el suministro de equipos y sistemas informáticos, vehículos, bienes y servicios y en la dotación, remodelación y necesidades de infraestructura, tomando en cuenta la población y establecimientos que se deben atender. Además, el instrumento de planificación anual (IPA) no refleja bien las actividades que se ejecutan en las áreas rectoras. Lo anterior provoca que las áreas den prioridad a la atención de denuncias, dejando de lado el control proactivo de las funciones de rectoría.

Los sistemas informáticos existentes no permiten el acceso oportuno a la información ni facilitan las acciones y decisiones de las áreas locales, ya que están pendientes adecuaciones o definiciones de catálogos, procesos de capacitación y existen sistemas parcialmente implementados, lo que ocasiona que el 89% de las áreas locales mantengan registros de establecimientos sujetos a regulación y actividades de interés sanitario en hojas electrónicas. Asimismo, las áreas locales no cuentan con manuales de procedimientos para la realización detallada de cada una de las 8 funciones rectoras que deben ejercer.

¿Qué sigue?

Se giran disposiciones a la Ministra de Salud para que se inicien sesiones del Consejo Sectorial; con el fin de que se planifique, coordine y dirija los esfuerzos del sector y para que se evalúe el actual modelo de prestación de servicios y el financiamiento de los servicios de salud. Asimismo se le dispuso que implantara mecanismos que permitan evaluar el avance y cumplimiento de las políticas y de los planes existentes, que realice un estudio para determinar la conveniencia de descentralizar el manejo de los recursos a las direcciones regionales y para determinar la cantidad de funcionarios que requieren las áreas para el ejercicio de su función de rectoría y elaborar una estrategia para dotarlas de ese recurso, priorizar los esfuerzos dedicados a la implementación de sistemas de información en el área sustantiva, dar acceso a las áreas a los sistemas de información relacionados con la actividad sustantiva y elaborar manuales de

procedimientos detallados que permitan estandarizar la labor de las áreas rectoras locales en el ejercicio de sus funciones.

DIVISIÓN DE FISCALIZACIÓN OPERATIVA Y EVALUATIVA

ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES

**INFORME SOBRE EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN
DE RECTORÍA DEL MINISTERIO
DE SALUD**

1 INTRODUCCIÓN

Origen de la auditoría

- 1.1 Se consideró oportuno realizar un estudio sobre el ejercicio de la función de rectoría por parte del Ministerio de Salud (MINSAL), debido a la relevancia de dicha rectoría en la dirección de las políticas sectoriales de salud y su incidencia en la calidad de vida de la población costarricense.

Objetivo de la auditoría

- 1.2 Verificar si el Ministerio de Salud está ejecutando las funciones de rectoría que le corresponden dentro del Sistema Nacional de Salud, conforme lo establece el marco normativo.

Naturaleza y alcance de la auditoría

- 1.3 El examen abarcó el período comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2011, el cual se amplió en aquellos casos en que se consideró necesario.

Limitaciones que afectaron la ejecución de la auditoría

- 1.4 Se presentaron incumplimientos en los términos y plazos de varias de las solicitudes de información enviadas por esta Contraloría a diferentes unidades del nivel central del MINSAL, relacionadas principalmente con aspectos de planificación y coordinación sectoriales.

Comunicación preliminar de los resultados de la auditoría

- 1.5 La comunicación preliminar de los principales resultados, conclusiones y disposiciones producto del estudio a que alude el presente informe, se efectuó

el 12 de diciembre de 2012 en la Contraloría General de República, Área de Servicios Sociales, con la presencia de la señora Ministra de Salud Dra. Daisy María Corrales Díaz, y los siguientes funcionarios: Dra. Ileana Herrera Gallegos, Directora General de Salud, MBA. Jorge Eduardo Brenes Vargas, Director de Desarrollo Estratégico Institucional y Licda. Bernardita Irola Bonilla, Auditora Interna del Ministerio de Salud.

- 1.6 En esta reunión se expuso el borrador del informe y se entregó ese documento a la Ministra de Salud mediante oficio DFOE-SOC-1051 de ese mismo día, con el propósito de que en el plazo de 5 días hábiles, que vencían el 19 de diciembre, se formularan y remitieran a esta Contraloría General las observaciones, acompañadas del respectivo sustento documental. No obstante, a la fecha de emisión de este informe no se habían recibido observaciones por parte de ese Ministerio; por tanto, solo se incluyeron en el informe las observaciones realizadas en la reunión mencionada.

Generalidades de la Rectoría en Salud

- 1.7 La organización, coordinación y dirección de los servicios de salud del país le corresponden al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud¹, que es el ente rector en esta materia. El MINSA, como rector del Sistema Nacional de Salud, es el encargado de conducir las políticas sectoriales, de velar por la salud de la población², de definir la política nacional de salud³ y la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, para lo que podrá dictar reglamentos autónomos en estas materias.
- 1.8 El MINSA desarrollará esta rectoría dentro del Sector Salud, que se encuentra conformado orgánicamente por las siguientes instituciones: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) e Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)⁴ y las entidades adscritas a este Ministerio. A su vez, el Sector Salud forma parte del Sistema Nacional de Salud, integrado por el conjunto de instituciones y establecimientos públicos y privados, que tienen como finalidad específica procurar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad, dentro de las

¹ Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N.º 5412 del 27 de noviembre de 1973, artículo 1º.

² Ley General de Salud, N.º 5395, del 24 de noviembre de 1973, artículo 2º.

³ La Política Nacional de Salud actual cubre el periodo 2011 a 2021 y fue oficializada en diciembre de 2010.

⁴ Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo N.º 36646-MP-PLAN. Publicado en el Diario Oficial La Gaceta N.º 137, del 15 de julio de 2011. Artículo 24, inciso j.

que están la CCSS, el INS, el ICAA, las universidades, los servicios médicos privados, cooperativas y empresas de autogestión, las municipalidades y la comunidad.

- 1.9 El ejercicio de la competencia rectora debe conducir al Ministerio a articular, fortalecer y modernizar las políticas, la legislación, los planes, los programas y los proyectos, y a movilizar las fuerzas sociales, institucionales y comunitarias que impactan los determinantes de la salud de la población, por lo que en dicho ejercicio debe ejecutar de una manera continua, sistemática, proactiva, multidisciplinaria, sectorial, intersectorial y participativa, las actividades que se citan seguidamente⁵:

a) Dirección Política de la Salud. Consiste en definir las prioridades de intervención sobre los determinantes de la salud y concertar con los actores sociales las acciones estratégicas necesarias, para proteger y mejorar el estado de salud de la población.

b) Mercadotecnia de la Salud. Es la definición y ejecución de las acciones necesarias para posicionar el valor de la salud en la población y persuadir a los actores sociales para que adopten e implementen la Estrategia de Promoción de la Salud y promover la Cultura de la no Exclusión en Salud.

c) Vigilancia de la Salud. Consiste en seleccionar, recopilar, integrar, analizar y difundir información sobre el estado de salud, sus determinantes y tendencias.

d) Planificación Estratégica de la Salud. Mediante el ejercicio de esta función formular y ejecutar planes y proyectos, sectoriales e intersectoriales.

e) Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud. Consiste en garantizar, que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en los planes de desarrollo.

f) Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud. El MINSA debe determinar con criterios de necesidad, desempeño e impacto, el conjunto de servicios de salud que deben ser garantizados por el Estado, así como definir el modelo mediante el cual se entregan esos servicios a la población.

⁵ Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud.

g) Regulación de la Salud. Debe elaborar y controlar el marco normativo a acatar por toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario, o que realice actividades o mantenga conductas que, por su naturaleza, puedan afectar la salud de las personas, con la participación de los actores del Sistema de Producción Social de la Salud, para garantizar la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad de los bienes, servicios, actividades y conductas de interés o impacto sanitario.

h) Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud. Evalúa el impacto de las acciones, sectoriales e intersectoriales, dirigidas a proteger y mejorar la salud de la población.

- 1.10 Asimismo, hay que tener presente que el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo, estableció las rectorías de los distintos sectores, en el cual se indica que corresponde al Ministro Rector, en conjunto con el Presidente de la República, definir y conducir las estrategias y las políticas públicas de cada sector, así como asegurarse de su cumplimiento; para lo cual podrá coordinar, dar seguimiento y evaluar los resultados de las diferentes actividades que realicen las instituciones de cada sector para ejecutar las políticas públicas sectoriales⁶.
- 1.11 En virtud de lo anterior, el estudio de rectoría realizado por este órgano de fiscalización superior se enfocó en la función de Dirección Política del sector salud por parte del MINSA, en el seguimiento a la ejecución de la Política Nacional de Salud 2010-2021 y su correspondiente Plan, en la promoción de la labor rectora que debe llevar a cabo el Ministerio y en los avances logrados en el campo del control del gasto y financiamiento del Sector Salud.

Metodología aplicada

- 1.12 El estudio se realizó de conformidad con lo establecido en el Manual de Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, el Manual de normas generales de control interno para la Contraloría General de la República y las entidades y órganos sujetos a su fiscalización, y la Ley General de Control Interno N° 8292, entre otra normativa legal y técnica atinente a la materia. Se realizaron entrevistas a los funcionarios del MINSA, para la recopilación de información relacionada con las 82 áreas de rectoría de la salud, se aplicó un cuestionario electrónico en formato PDF, el cual fue remitido a cada uno de los directores de

⁶ Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo, Decreto ejecutivo N° 34582 del 1 de julio de 2008, artículo 4.

esas áreas, además se practicaron entrevistas a una muestra de directores regionales y de directores de áreas locales.

2 RESULTADOS

Sobre el funcionamiento del Consejo Nacional del Sector Salud y del Consejo Sectorial

- 2.1 El artículo 1, inciso h) del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud expresa que la Rectoría de la producción social de la salud es la función mediante la cual el Ministerio de Salud lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población. Asimismo las potestades concedidas, entre otras, en la Ley General de Salud, Ley Orgánica del Ministerio de Salud y Ley General de la Administración Pública, atribuyen al Ministro de Salud la dirección política de la salud⁷ y la coordinación del Consejo Nacional de Salud y del Consejo Sectorial de Salud⁸, que se encuentran adscritos al Despacho del Ministro⁹.
- 2.2 El Consejo Sectorial de Salud deberá tener al menos 3 sesiones ordinarias por año, y las extraordinarias que el Ministro (a) considere necesarias. Estas sesiones serán convocadas por el Ministro (a), por escrito indicando el orden del día, mediante la Secretaría Sectorial respectiva, y se debe levantar un acta donde consten los asistentes, lugar y tiempo de celebración, temas tratados, los resultados y los acuerdos obtenidos.
- 2.3 En lo referente a las funciones del Consejo Nacional de Salud este es un organismo consultor y asesor y debe colaborar con el Ministro (a) de Salud en la formulación de la política del Sector Salud¹⁰. No obstante la importancia de

⁷ El artículo 3 del Reglamento Orgánico del MINSA define la dirección política de la salud como la función rectora para definir prioridades de intervención sobre la situación de salud y concertar acciones estratégicas con los actores (incluidas las de consecución de recursos) para proteger y mejorar el estado de salud de la población.

⁸ Idem, artículo 13.

⁹ Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412 del 27 de noviembre de 1973, artículo 5.

¹⁰ Según el artículo 11 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412 del 27 de noviembre de 1973, el Consejo Nacional de Salud está integrado de la siguiente forma: el Ministro de Salud, o en su defecto el Viceministro, quien lo presidirá; el Director General de Salud, el Director de la Unidad Sectorial de

este Consejo, no fue posible localizar evidencia de que ha sesionado durante el periodo objeto de estudio.

- 2.4 La importancia del funcionamiento de estos consejos es que mediante ellos se debe planificar, priorizar, coordinar, articular y dirigir el rumbo a seguir no solo de los órganos que conforman el Sector Salud, sino por el resto de actores (públicos y privados) encargados de la producción social de la salud en el país.
- 2.5 Sobre la conformación y funcionamiento del Consejo Sectorial del Sector Salud, se indicó que¹¹:

“d) El Consejo Sectorial de Salud está conformado debidamente, sin embargo en el 2011 solamente se realizó una sesión ordinaria de dicho Consejo, debido al cambio de autoridades de salud. Recientemente la Ministra Daisy Ma. Corrales, convocó al Consejo Sectorial de Salud, con el fin de programar las actividades del mismo para el año 2013./ En dicha reunión, que fue la primera de su gestión, se revisó y analizó en forma detallada el Decreto Ejecutivo N° 34582-3 MP-PLAN”.

- 2.6 En cuanto a las actas del Consejo Sectorial, únicamente se localizó el acta del 15 de abril de 2011, en la cual no consta la presencia de los representantes de la CCSS¹². De acuerdo con lo indicado por la Sra. Ministra un aspecto que ha afectado la celebración de estas reuniones lo constituyó el cambio en las autoridades de salud, no obstante este cambio se produjo en agosto del año 2011.
- 2.7 Asimismo, en referencia a la convocatoria del Consejo Sectorial de Salud que indica la Sra. Ministra en la cita anterior, y que expresa fue la primera reunión de ese Consejo en su gestión, esta Contraloría General considera que más que un acta de sesión del Consejo, el documento suministrado corresponde a una agenda de una reunión de la que no es posible constatar su celebración, debido a que carece de todos los elementos formales a que hace alusión el artículo 21 del Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo, tales como que se diera como

Planificación, un representante de la Caja Costarricense del Seguro Social, un representante de la Oficina de Planificación Nacional (OFIPLAN), un representante de la Universidad de Costa Rica, del área de ciencias de la salud, y un representante del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

¹¹ Oficio DM-8769-2012 del 27 de noviembre de 2012.

¹² Presidencia Ejecutiva y Gerencia Médica.

producto de una comunicación formal por escrito a los integrantes del Consejo, y no contiene el nombre de los asistentes, la firma, el lugar en que se realizó, ni la deliberación y resultados, así como los acuerdos a los que se llegó.

- 2.8 La falta de consistencia en la celebración de las reuniones del Consejo Sectorial, en las que estén presentes todos o al menos la mayoría de los representantes del sector dificulta la dirección y planificación, la priorización en la atención a los determinantes de la salud, así como la coordinación, articulación, armonización e integración de las acciones entre sus miembros, además de la integración de las acciones contenidas en sus planes anuales.
- 2.9 El Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo, indica, en sus artículos 18 y 23, que los consejos sectoriales son órganos de coordinación y consulta del Ministro Rector, y establece la necesidad de ejecutar en forma armónica los fines y las metas para el desarrollo, dispuestas por el Plan Nacional de Desarrollo, por los planes y programas del respectivo sector, por los planes regionales y los demás planes sectoriales, así como por los planes anuales operativos de cada uno de los órganos que pertenecen al sector. Además, este Reglamento establece en su artículo 21 las funciones de estos consejos:

*“Artículo 21. Operaciones. **Para el desempeño de sus funciones, los Consejos Sectoriales actuarán conforme las siguientes condiciones:** /a) Los Consejos Sectoriales **celebrarán sesiones ordinariamente al menos una vez cada cuatro meses y extraordinariamente cuando sea convocado por el respectivo Ministro Rector.** El Ministro Rector será sustituido en sus ausencias por el respectivo Viceministro. /Cuando exista más de un Ministro Rector por sector, por acuerdo decidirán quién convoca. / b) **Las convocatorias las hará el Ministro Rector por medio de la Secretaría Sectorial, las cuales deberán hacerse por escrito, especificando el orden del día.**/ c) El Ministro Rector recurrirá a la Secretaria Sectorial cuando requiera cualquier documentación relacionada con los acuerdos, resoluciones, planes o programas del Consejo Sectorial. /d) Las sesiones del Consejo serán privadas, pero, cuando se considere pertinente, podrá autorizarse la participación de ciudadanos, asesores, colaboradores o especialistas en temas de interés para el Consejo./ e) **De cada sesión ordinaria o extraordinaria, se levantará un acta que contendrá la indicación de las personas asistentes, así como las circunstancias de lugar y***

tiempo en que se ha celebrado, los puntos principales de la deliberación, los resultados y el contenido de los acuerdos./f)

Los órganos y entes de cada sector deberán presentar al Ministro Rector un informe anual sobre los resultados de ejecución de los acuerdos tomados por el Consejo. El Ministro Rector, a su vez, presentará al Presidente de la República el informe consolidado, comentado y analizado de su sector.” El destacado es nuestro.

- 2.10 Tal como se indicó anteriormente, los consejos son importantes por su labor de coordinación interna en el sector, para que exista armonía en la ejecución de los fines y las metas establecidas, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo, en un nivel macro, como en los diferentes planes y programas, planes regionales, así como en los planes anuales operativos de cada uno de los miembros del sector. Dado lo anterior, la falta de celebración de reuniones del Consejo Sectorial de Salud, conlleva a una ausencia de coordinación entre el nivel superior del Ministerio de Salud y los niveles superiores de los actores que conforman el Sector Salud, en el seno de los citados consejos, de forma que se emitan los lineamientos generales para la integración y coordinación de las actividades de las áreas rectoras y los integrantes de ese Sector, lo que ha repercutido también en el accionar de esas áreas rectoras del MINSA.
- 2.11 Ante consulta del órgano contralor, relacionada con la coordinación entre las áreas rectoras y el resto de actores que conforman el Sistema Nacional de Salud, los directores de estas áreas destacaron que todas las áreas rectoras coordinaban con instituciones como el Ministerio de Educación Pública y las municipalidades; sin embargo, solo el 37% de los directores calificó la coordinación con estas dos instituciones como muy buena. En cuanto a la coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el 98% de los directores de las áreas expresó que realizaban labores de coordinación con ella, pero solo el 50% la calificó como muy buena; no obstante que esta institución es la principal fuente de información cuando se presenta un evento de salud. Al respecto, es importante resaltar que en un nivel de coordinación ideal, los planes anuales de las instituciones que conforman el Sector Salud, deben estar articulados de forma que contemplen las actividades en las que hay interdependencia.

- 2.12 Sobre este tema, desde el año 2006 la Contraloría había determinado problemas con el funcionamiento del Consejo Sectorial¹³, sin embargo, en diciembre del año 2010, durante un seguimiento a la disposición girada al MINSA, se observó que el Consejo Sectorial se había reunido periódicamente durante los años 2009 y 2010 y que existían documentos de respaldo.

Deficiencias en el seguimiento a la Política y al Plan Nacional de Salud

- 2.13 La Política Nacional de Salud vigente para el periodo 2011-2021, tiene como propósito: *“Orientar a los actores sociales del sistema de producción social de la salud para el desarrollo de acciones que garanticen el acceso y ejercicio del derecho a la salud.”*¹⁴. Además, en esta política se definió como estrategia maestra¹⁵ el *“Posicionar la salud como valor social, así como dirigir y conducir las intervenciones de los actores sociales para generar un impacto sobre los determinantes de la salud, de manera que se logren crear las condiciones para garantizar, con equidad, la protección y mejoramiento de la salud de la población.”*
- 2.14 Por otra parte, se indica que la política institucional del Ministerio en materia de planificación estratégica es *“dirigir y conducir a los actores claves del sistema de producción social de la salud, para abordar en forma conjunta los determinantes salutogénicos y patogénicos prioritarios, mediante la formulación de políticas en salud, objetivos y planes de acción comunes que logren la acción sinérgica del sistema y el mayor impacto positivo posible sobre el estado de salud de la población”*¹⁶.
- 2.15 En su punto VI, la Política Nacional de Salud define 9 áreas de intervención a saber: Cultura de cuidado individual y colectivo, Hábitat humano sostenible, Servicios de salud, Capacidades humanas de la población, Equidad socio-económica, Infraestructura física segura y con diseño universal, Investigación y aplicaciones tecnológicas, Fuerza de trabajo en salud, Coordinación y articulación entre instituciones y sectores.
- 2.16 Por su parte, el Plan Nacional de Salud 2010-2021¹⁷ se constituye en la extensión práctica de la citada política y está definido como el *“principal*

¹³ Informe DFOE-SA-04-2006 del 31 de marzo de 2006.

¹⁴ Política Nacional de Salud, página 7, oficializado en diciembre de 2010.

¹⁵ Idem, página 7.

¹⁶ Política Nacional de Salud, página 2.

¹⁷ Oficializado en diciembre de 2010 según Oficio DPEEAS-354-12 del 22 de noviembre de 2012.

instrumento para la articulación de la rectoría del Sector Salud”¹⁸, el cual indica: “el éxito de la implantación de este plan requiere del compromiso de los diferentes actores sociales involucrados en este proceso, como responsables de enfrentar los retos asumidos, que permitan alcanzar los objetivos establecidos con el fin de mejorar la calidad de vida de todos los habitantes del territorio nacional”¹⁹.

- 2.17 Con respecto a la organización de los actores sociales, la política EG.2 del Plan establece que es necesario fortalecer las acciones, establecer medios de enlace, así como la búsqueda de recursos compartidos entre los actores para el logro de los objetivos comunes. Se define como uno de los factores críticos de éxito, posicionar al MINSA como rector y aliado estratégico en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de los actores sociales, tal y como se aprecia en el Anexo N° 1 de este informe.
- 2.18 Además, el Plan establece los indicadores con los que se evaluará la coordinación y articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil, indicadores que se muestran en el Anexo N° 2 de este informe.
- 2.19 Tal como se aprecia, entre otras cosas, en concordancia con los objetivos del Consejo Sectorial, desarrollados en los párrafos del 2.1 al 2.12, la Política Nacional de Salud busca la orientación de los actores del sistema de producción social de la salud con el fin de garantizar el acceso y ejercicio del derecho a la salud de una forma equitativa, posicionando la salud como un valor social, y el Plan Nacional se constituiría en el instrumento para llevarlo a la práctica.
- 2.20 No obstante lo anterior, a pesar de que el Plan Nacional de Salud 2010-2021 contiene elementos que buscan direccionar las acciones del sector y fortalecer su coordinación, éste es omiso en el planteamiento de metas claras de cómo y hacia dónde dirigir estos esfuerzos. Asimismo, se observa la construcción de indicadores para medir el avance en los objetivos específicos, pero igualmente estos indicadores no establecen los valores ni la unidad de medida temporal definida como meta, a los que se debe llegar para medir la evolución de su cumplimiento, sea esta por etapas o fases a cumplir, aspecto que dificulta o impide su seguimiento y evaluación, sobre todo si se considera que el plan abarca un periodo de 10 años.

¹⁸ Plan Nacional de Salud 2010-2021, página 5.

¹⁹ Idem, página 5.

- 2.21 Al consultar a la Directora General de Salud sobre las mediciones realizadas al avance en el cumplimiento del Plan Nacional de Salud y sus derivados, indicó²⁰ que “...El Plan Nacional de Salud 2010-2021 fue oficializado en diciembre del 2010. En el marco de este Plan, se han elaborado los planes específicos en salud que se citan a continuación y que han sido oficializados entre los años 2011 y 2012, siendo estos de reciente implementación, por lo que para este periodo nos hemos abocado al desarrollo de un proceso de divulgación técnica con el fin de poder identificar los compromisos establecidos en dichos planes, tanto con los funcionarios a lo interno de la institución como (sic) los demás actores sociales involucrados, para garantizar su incorporación en los diferentes Planes Operativos Institucionales./ Por lo anterior, **se tiene programado iniciar con un proceso sistemático de monitoreo y evaluación de las acciones establecidas en estos planes hasta el año 2014**, para lo cual se están conformando equipos intersectoriales y la formulación de instrumentos para dicho fin.”²¹. El destacado es nuestro.
- 2.22 Asimismo, la Directora General indicó que actualmente el MINSA realiza esfuerzos para posicionar la salud como un valor fundamental, tales como: el lanzamiento de la campaña de Prevención del Embarazo en Adolescentes, la elaboración del Modelo Nacional Intersectorial de Prevención y Atención a la Madre Adolescente, y su guía de aplicación, la elaboración del Manual de Atención Intersectorial a Trabajo Infantil y sus Peores Formas, y la capacitación a autoridades del Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, IAFA, PANI, Ministerio de Trabajo y Consejo de Salud Ocupacional sobre atención de niños que trabajan, en condición de trata o explotación sexual.
- 2.23 No obstante lo anterior, es criterio de la Contraloría General que los ejemplos anteriores, si bien son importantes dentro las acciones que se ejecutan para alcanzar un mayor nivel de salud de la población, no dejan de constituirse en esfuerzos aislados para lograr los objetivos institucionales, y no forman parte de una estrategia global entre el nivel central y las áreas rectoras en coordinación con el resto de actores del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud, ni de una meta claramente alcanzable y medible dentro del Plan Nacional de Salud, según se ha comentado.
- 2.24 También, se conoció una propuesta para un Plan Sectorial de Salud, que según

²⁰ Oficio DPEEAS-354-12 del 22 de noviembre de 2012, de la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud.

²¹ El detalle de los planes a que hace mención la cita anterior se presenta en el Anexo N° 3.

las autoridades del MINSA está lista para ser presentada al Consejo Sectorial de Salud en su primera sesión del 2013; sin embargo, se indica que *“los objetivos, metas e indicadores que se plantean, son los mismos incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014”*²².

- 2.25 En consulta realizada a la Ministra, sobre el seguimiento a la Política Nacional de Salud 2011-2021, expresó que *“El Ministerio de Salud, mediante la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Acciones en Salud, ejecuta acciones tendientes al seguimiento de la Política Nacional de Salud así como de otras específicas que se formulan de acuerdo con las necesidades del país”*²³.
- 2.26 Sin embargo, según lo indicó la misma Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de Acciones en Salud, el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en el Plan Nacional de Salud y sus derivados está programada hasta el año 2014²⁴, es decir, las acciones de seguimiento que debe ejecutar la Dirección de Planificación aún no han dado inicio.
- 2.27 Sobre este tema, en el año 2006 la Contraloría había determinado que la evaluación a la Política y su correspondiente plan de acción, correspondientes al periodo 2002-2006 que se encontraban vigentes a esa fecha, se estaba realizando prácticamente al vencimiento del periodo y en ese momento la entonces Dirección de Desarrollo de la Salud, trabajaba en la elaboración de una metodología para el seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Salud, para presentarla a las nuevas autoridades del Ministerio²⁵. Asimismo, se consideró que esa labor de evaluación y seguimiento no se había ejercido con la oportunidad necesaria de forma tal que le permitiera al Ministerio analizar los motivos de las situaciones presentadas y tomar las acciones correctivas pertinentes.
- 2.28 Al respecto, el MINSA comunicó que la Dirección de Desarrollo de la Salud había realizado una evaluación de la Política en las 80 áreas rectoras, mediante un proceso de seguimiento y evaluación de la Planificación Estratégica. Además, en febrero de 2008, informó que el seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud (implementación de la Política) se realizaría a partir del año 2009, por medio de instrumentos totalmente alineados con los procesos definidos en el

²² Oficio DM-8769-2012 del 27 de noviembre de 2012.

²³ Idem.

²⁴ Oficio DPEAS-354-12 del 22 de noviembre de 2012, de la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud.

²⁵ Informe DFOE-SA-04-2006 del 31 de marzo de 2006.

proceso de Desarrollo Organizacional, y que se retomaría la propuesta metodológica desarrollada.

- 2.29 Sin embargo, tal como se citó, a la fecha de este informe, la Directora General de Salud indica que se tiene programado iniciar con un proceso sistemático de monitoreo y evaluación de los planes en el año 2014, lo que refleja falta de continuidad y de práctica institucional en aplicar los instrumentos de seguimiento y evaluación previamente elaborados.
- 2.30 De acuerdo con lo comentado, es de vital importancia que el Ministerio de Salud, como rector en la materia, considere que no solo es necesario realizar una eficiente y eficaz labor de planificación, sino que también se debe dar seguimiento y evaluación, para verificar la puesta en práctica de esos planes, obtener la retroalimentación pertinente y tomar las acciones necesarias para su consecución, todo ello con el fin de cumplir con el objetivo de orientar y fortalecer el esfuerzo encaminado a la protección, mantenimiento y mejoramiento de la salud del país.
- 2.31 Respecto a la evaluación que debe darse al cumplimiento de la Política y del Plan Nacional de Salud, es necesaria la definición de metas claras por período determinado, sea un año u otra dimensión temporal, y de fases o etapas a cumplir, con el fin de construir una metodología para realizar dicho seguimiento, y proceder a su aplicación para mantener un efectivo seguimiento al cumplimiento de la Política Nacional de Salud, y para contar con los elementos que permitan determinar si se avanza hacia el logro de los resultados esperados de la función estratégica de dirección y conducción de la salud, que busca dirigir y conducir las intervenciones de los actores sociales para generar un impacto sobre los determinantes de la salud.

Debilidad en el control de la inversión, el financiamiento y gasto del sector salud

- 2.32 En el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo²⁶ se visualizó la necesidad de que por medio del diseño de un sistema de información, los ministros rectores contaran con la información necesaria para la toma de decisiones, relacionada con la cooperación técnica, las inversiones y el financiamiento externo del sector, además que esta fuera oportuna, relevante y actualizada.

²⁶ Artículo 3 inciso c).

- 2.33 El funcionamiento ideal de este sistema de información, aunado a la evaluación del modelo de servicios de salud que debe garantizar el Estado, según se comenta en los párrafos del 2.39 al 2.43 de este informe, es importante dado que con ello se debería dar un direccionamiento a las inversiones y al financiamiento del sector, hacia el énfasis establecido previamente en la Política Nacional de Salud y su correspondiente Plan.
- 2.34 Al respecto, en la Política Nacional de Salud se incluyeron asuntos relacionados con el financiamiento de las actividades del sector salud, la orientación del financiamiento del gasto sectorial, la definición del modelo país de prestación de servicios de salud y su financiamiento, y con el financiamiento de la investigación para responder a las necesidades de la salud pública²⁷.
- 2.35 En punto a lo anterior, hay que tener presente que el Reglamento Orgánico del MINSA, artículo 3 inciso e), establece como una de sus funciones rectoras la “Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud”, que consiste en garantizar que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la Política Nacional de Salud y en los planes de desarrollo²⁸.
- 2.36 Al consultar a la Directora General de Salud sobre la existencia del Sistema de información, se recibió respuesta por parte de la Dirección de Vigilancia de la Salud (Dirección a la que no pertenece la unidad a la que se encargó la función de modulación del financiamiento), en la que se indica que *“No compete a la Dirección de Vigilancia de la Salud, habría que ver si la UGII o la UAIS han trabajado este sistema”*²⁹. La respuesta anterior, además de mostrar desconocimiento de las funciones asignadas a las unidades a su cargo, indica que el funcionamiento de este sistema no es conocido en el Ministerio. Lo anterior, fue confirmado con información que remitiera la Unidad de Gestión Integral de la Información en el inventario de sistemas de información, en el cual no se aprecia la existencia de un sistema con tales características³⁰.
- 2.37 También se consultó sobre la forma en que el Ministerio ha regulado el

²⁷ Política Nacional de Salud, área de intervención 3 política b.; sub área 3.1 política a); sub área 3.2 política a) y área 7 política c), páginas .11, 12 y 14.

²⁸ En la práctica esta función esta asignada a la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud, que depende jerárquicamente de la División Técnica de Rectoría de la Salud, según el artículo 25 del Reglamento Orgánico y de la Dirección General de Salud según el artículo 20.

²⁹ Oficio DVS-593-12 del 20 de noviembre de 2012.

³⁰ Oficio DDEI-UGII-0426-2012 del 23 de noviembre de 2012.

financiamiento de los servicios de salud, labor asignada en su Reglamento Orgánico³¹. Al respecto, en oficio DGASS-D-1196-2012 el Director a.i. de la Dirección de Acceso a Servicios de Salud, indicó: *"...de acuerdo con la necesidad de poseer la mejor información relevante, consistente y oportuna para la toma de decisiones de políticas en salud, se está construyendo un Sistema de Cuentas en Salud, lo cual no ha sido fácil por existir una única metodología, con un instrumento de Excel elaborado por profesionales del Banco Central de Costa Rica, que consiste en aplicar todos los gastos por servicios en salud a nivel nacional./ Sin embargo, en estos días se está presentando a la autoridad superior el plan piloto que abarca los gastos por servicios del periodo 2009 (año base) de las áreas de salud de los cantones prioritarios. Se tiene mucho interés en obtener esta información, ya que la misma indudablemente va a beneficiar el cálculo y análisis de costos en salud, como parte integral del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN)."* El destacado es nuestro.

- 2.38 Tal como se aprecia de lo comentado anteriormente, a la fecha de este informe no se cuenta con un sistema que permita garantizar que el financiamiento de los servicios públicos de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la Política y Plan Nacional de Salud y en los planes de desarrollo³², no obstante que para el país es de vital importancia, y de obligación improrrogable para el MINSA que se emprendan las acciones necesarias para que ese Ministerio cuente con las herramientas necesarias para ejercer la función de rectoría y definir el modelo o conjunto de servicios de salud que debe garantizar el Estado, según lo comentado en los párrafos del 2.39 al 2.43, y la forma en que estos se financiarán, para asegurar a la ciudadanía un acceso equitativo a los servicios de acuerdo con las posibilidades financieras reales del sistema.

Ausencia de evaluación del modelo de atención

- 2.39 El Reglamento Orgánico del MINSA, artículo 3, estableció como una de sus funciones rectoras la definición del conjunto de servicios de salud que debe garantizar el Estado, y del modelo país para la prestación de esos servicios a la ciudadanía, para lo que debería promover la forma en que se articularían y complementarían los diferentes establecimientos o proveedores de servicios de

³¹ Decreto ejecutivo N.º 34510, del 4 de abril de 2008, artículo 1, inciso e).

³² En el informe DFOE-SA-04-2006, se había determinado la ausencia de este sistema y durante los años 2010 y 2011 el MINSA reportó avances y la inclusión de esta actividad dentro de la programación de la unidad a cargo.

salud para prestarlos (tanto públicos como privados), todo esto considerando las necesidades de la población y el desempeño e impacto de los servicios que prestan los diferentes actores sociales.

- 2.40 El Plan Nacional de Salud, por su parte, establece en la política EG.4 que se debería generar una visión compartida con los actores sociales respecto de los modelos de provisión nacional de los servicios de salud³³, tal como se muestra en el Anexo N° 4.
- 2.41 Ante consulta realizada por esta Contraloría la administración del MINSA indicó³⁴ que *“...la definición del conjunto de servicios de salud y el modelo de atención mediante el cual se entregan a la población, aún no se ha definido. Se mantiene el mismo modelo de atención de atención (sic) readecuado, que prevalece desde la última reforma del sector salud”*.
- 2.42 Hay que tener presente que el modelo de atención de los servicios de salud que se readecuó luego de la reforma del Sector Salud, tiene como objetivo general, en el primer nivel de atención, garantizar a todas las personas, el derecho a la atención básica desde los servicios de salud, para protegerlas del riesgo de enfermar, así como para facilitarles las condiciones básicas para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones. Este modelo pretende mantener y fortalecer los principios de la seguridad social: universalidad, solidaridad y equidad. Además, está constituido por equipos de salud del primer nivel de atención compuestos por Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y equipos de apoyo.
- 2.43 Es importante para el país que se proceda a evaluar la conveniencia de mantener el actual modelo de atención de los servicios de salud, así como dar el respectivo seguimiento al modelo definido. Asimismo que se defina cuáles son los servicios que debe garantizar el Estado a la ciudadanía, lo anterior con el objeto de que como rector de los servicios de salud ese ministerio pueda coordinar, articular y complementar los servicios básicos a prestar entre los actores sociales que los brindan, de forma tal que contribuya a que se brinde un acceso equitativo de toda la población a servicios de salud de calidad, tal como lo establece la Política Nacional de Salud en la Sub-área 3.1. inciso a)³⁵.

³³ Plan Nacional de Salud, página 38

³⁴ Oficio DGASS-D-1196-2012 del 23 de noviembre de 2012 del Director a.i. de la Dirección de Acceso a Servicios de Salud.

³⁵ Sub área 3.1: Servicios de salud de atención directa a las personas/ Política: / a) Definición del modelo país de prestación de servicios de salud de atención directa a las personas que considere la

Sobre las condiciones logísticas y de equipamiento para el ejercicio de la función de rectoría por las áreas locales

- 2.44 La reforma del Sector Salud que fue impulsada por las autoridades del sector desde el año 1993, propuso mantener y fortalecer los principios de universalidad, equidad y solidaridad, pilares del sistema de salud costarricense según mandato constitucional, creó un nuevo modelo de organización en el Sector, y pretendía una separación de funciones internas en el MINSA, para incorporar los programas de prevención y la atención primaria, dentro de los servicios que brindaba la CCSS, con el fin de que el MINSA se enfocara a ejercer su rectoría en el sector.
- 2.45 Las áreas rectoras locales son las unidades organizativas que tienen a su cargo la atención directa de los eventos de salud y del Sistema de Producción Social de la Salud, por lo que a su vez estas son las llamadas a ejercer las 8 funciones rectoras por las que se rige este sistema³⁶, mediante el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel local, asegurando que el componente local de todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Provisión Social de la Salud y con los lineamientos tácticos emitidos por el Director Regional de Rectoría de la Salud³⁷.
- 2.46 El Plan Nacional de Salud 2010-2021, contiene dentro de sus estrategias globales (EG) la estrategia EG.7 relacionada con la institucionalización de la rectoría en salud, que incluye como factores críticos de éxito los siguientes:³⁸

“Continuar con la implementación del modelo de rectoría y apropiación del modelo por los(as) funcionarios (as)./ Desarrollar e implementar los sistemas de información de Vigilancia de la Salud, Atención al Cliente Interno y Externo, Cuadro de Mando Integral y Sistema de Costeo./ Fortalecer las competencias y capacidades del recurso humano del

estrategia de provisión de servicios, la de financiamiento así como la de gestión eficiente de los recursos para garantizar el acceso equitativo a toda la población a servicios de calidad.

³⁶ Estas funciones son: Dirección Política de la Salud, Mercadotecnia de la Salud, Vigilancia de la Salud, Planificación Estratégica de la Salud, Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud, Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud, Regulación de la Salud y Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud.

³⁷ Decreto N.º 34510 del 4 de abril de 2008, artículo 69.

³⁸ Plan Nacional de Salud 2010-2021, página 42.

Ministerio de Salud respecto al ejercicio de las funciones rectoras en salud./ Ejecutar las acciones requeridas para simplificar y agilizar los procesos y trámites ofrecidos por el Ministerio de Salud./ Facultar y empoderar a las unidades organizativas del Ministerio de Salud./ Finalizar la separación de funciones entre rectoría y provisión.” El destacado es nuestro.

- 2.47 Dado lo anterior, el MINSA debe dotar a las áreas rectoras locales de todas las condiciones necesarias para el ejercicio práctico de esta rectoría, aspecto que fue considerado dentro del Plan Nacional de Salud.
- 2.48 La Contraloría procedió a consultar, mediante un cuestionario, a las 82 áreas rectoras respecto de los diferentes factores relacionados con el ejercicio de la rectoría, cuyo detalle se muestra en el Anexo N° 5 de este informe. De las respuestas obtenidas destacan los siguientes aspectos:

Débil apoyo administrativo a las áreas rectoras

- 2.49 De acuerdo con los resultados de la aplicación del cuestionario, los directores de las áreas locales calificaron el apoyo del nivel central de regular a muy malo, en este punto las respuestas obtenidas fueron en promedio de un 71%, que corresponde a 50 de un total de 70 respuestas recibidas. La percepción de las áreas es que el nivel central falla en aspectos tales como el recurso humano y financiero, así como en el suministro de equipos especiales, de bienes y servicios y en la dotación, remodelación y necesidades de infraestructura. De todos estos aspectos, sobresale la insatisfacción en el tema de recursos humanos, el que específicamente obtuvo un 83% de respuestas insatisfactorias, ver comentario relacionado con las cargas de trabajo y la distribución del recurso humano en los párrafos del 2.55 al 2.62 de este informe.
- 2.50 Por su parte, también dentro de las necesidades no cubiertas apropiadamente por el nivel central se encuentra que el 44% (31) de las áreas reportaron tener únicamente 1 vehículo en buen estado, un 38% (26) tenían 2 vehículos. En este aspecto llama la atención que 2 áreas reportaron no poseer vehículos en buen estado y 2 áreas reportan tener 4 vehículos, ver Anexo N° 6.

- 2.51 Al respecto, el Manual de Organización del MINSA³⁹, establece como una de las funciones a cargo de la Dirección General de Salud, *“Gestionar oportunamente la provisión de los recursos humanos, bienes (muebles e inmuebles), servicios y recursos financieros requeridos por (sic) la correcta operación de la unidad organizativa, y garantizar el control, la custodia, el mantenimiento y el uso correcto, eficiente y equitativo de los mismos”*. Asimismo, la Ley General de Control Interno N° 8292 indica que el jerarca debe velar por el adecuado desarrollo de la actividad del ente o del órgano a su cargo; y define en cuanto al ambiente de control, que se debe evaluar el funcionamiento de la estructura organizativa de la institución y tomar las medidas pertinentes para garantizar el cumplimiento de los fines institucionales.
- 2.52 De lo comentado anteriormente se denota un distanciamiento entre lo indicado por la norma y lo comentado por la áreas rectoras del ministerio.
- 2.53 Asimismo, en las respuestas obtenidas se determina que una de las razones por las que se presenta la situación comentada es la falta de comunicación y coordinación entre las áreas rectoras locales y el nivel central, situación que se constata en la calificación, de regular a mala, dada por los directores. Además, en las observaciones de las áreas se aprecia que el mayor grado de comunicación y coordinación se presenta con las respectivas direcciones regionales, sin embargo, dada la forma como se distribuye el presupuesto en el MINSA, es el nivel central el que concentra la ejecución de los recursos en comentario, aspecto que incide negativamente en su suministro a las áreas rectoras.
- 2.54 Además, el débil apoyo del nivel central incide directamente en el cumplimiento y la cobertura del desarrollo de las actividades asociadas a las funciones que les son encomendadas a las áreas rectoras, y genera recargo de funciones y malestar en los colaboradores, al no contar con los suficientes recursos para el ejercicio de sus funciones, resultando en la afectación a los usuarios de los servicios del ministerio.

Sobre las cargas de trabajo de las áreas rectoras

- 2.55 Al consultar si en el Instrumento de Planificación Anual (IPA) se reflejan todas las actividades que realizan; el 77% de las áreas (54) coincidió en que este instrumento no refleja la totalidad de las actividades que se realizan, debido a

³⁹ Manual de Organización de MINSA de junio 2008, punto 5.3.1 Funciones Específicas de la Dirección.

que en ocasiones una actividad está conformada por varias subactividades, situación que provoca un sesgo en la información remitida a oficinas centrales.

- 2.56 Al respecto el Director de Planificación Institucional, indicó que en el año 2012, ante la queja de algunos funcionarios de las Áreas Rectoras de que en sus IPA no se reflejaban las acciones que realizaban a nivel local y que eran muy importantes para ellos, debido a que les consumía mucho recurso y tiempo, se optó por dejar diez líneas en blanco por producto para que ellos indicaran esas actividades⁴⁰. Por otra parte, en esa misma comunicación también indicó: *“...que como resultado del DO que se implementó a partir del (sic) noviembre del 2008, lo importante para la institución ha sido el funcionamiento de los procesos, entonces el informe lo que refleja es cuánto se cumplió de las actividades de proceso ‘x’, ‘y’ o ‘Z’ y donde el 100% de los indicadores son de gestión, y lo que más interesa en un informe de programación de actividades son los resultados”*.
- 2.57 No obstante, dada la respuesta obtenida de las áreas, es evidente que los directores de área siguen considerando que en el IPA no es posible reflejar el trabajo que realizan. Al respecto, de acuerdo con lo comentado por los directores de áreas el “congelamiento de plazas” emitido mediante directriz presidencial, ha representado un gran problema para ellos. Además indican que la escasez de recurso humano los obliga a laborar en horas fuera de oficina, y que algunos de los procesos que se realizan en estas unidades abarcan inspecciones u otras en horarios nocturnos y fines de semana; que trae consigo un fuerte recargo de funciones. Aunado a esto se encuentra el traslado de parte del personal para realizar labores en los niveles regionales y centrales, aspecto que agrava la situación. Esto provoca que en la mayoría de ocasiones deba priorizarse la atención de denuncias, dejando de lado el control proactivo de las funciones de rectoría.
- 2.58 Además, en una revisión de la distribución de la cantidad de funcionarios con los que cuenta cada área rectora que respondió al instrumento, se determinó que en total éstas cuentan con 967 funcionarios, sin embargo, llama la atención la forma en que se encuentran distribuidos estos, aspecto que se muestra en el siguiente cuadro:

⁴⁰ Dirección de Planificación Institucional. Correo electrónico del 22 de octubre de 2012.

N° funcionarios	Cantidad Áreas	%
1-10	25	36%
11-15	25	36%
16-20	12	17%
21-30	7	10%
Más de 35	1	1%
Total	70	100%

- 2.59 Del cuadro anterior se desprende que existen 25 áreas (36%) que poseen tanto de 1 a 10 como de 11 a 15 funcionarios, y que áreas como Garabito, Zarcero y Santa Bárbara cuentan con 7 personas para ejercer las funciones de rectoría, 19 áreas (27%) que cuentan con 16 a 30 funcionarios y el área rectora de Matina que posee 35 funcionarios.
- 2.60 Asimismo, se observó que 58 áreas rectoras de salud (82,8%) consideran que la dotación de recursos humanos por parte del nivel central es de regular a muy mala, y solo 2 (3%) la calificaron como muy buena.
- 2.61 Por su parte, se consultó a la Administración Central del Ministerio, sobre la existencia de un estudio para determinar la cantidad de funcionarios que requiere cada área rectora, en el que se considerara, entre otros, aspectos tales como la población, la cantidad de establecimientos a atender y las labores a desarrollar, a lo cual indicó que no existe un estudio para determinar la cantidad de funcionarios que requiere cada área rectora, y que la asignación del trabajo se realiza con base en la capacidad instalada con que cuente la unidad organizativa, por lo que cada área define las metas anuales de acuerdo con sus posibilidades⁴¹.
- 2.62 De acuerdo con lo comentado, es importante que el MINSA realice un estudio de las labores que debe atender cada una de las áreas rectoras, en el que se consideren aspectos tales como el territorio que cubre, el crecimiento poblacional de las regiones, cambios demográficos, eventos epidemiológicos, la cantidad de establecimientos que regula, el desarrollo comercial, la complejidad de las temáticas locales, entre otros, para lograr una optimización de la distribución del recurso humano asignado, de forma tal que permita una mayor

⁴¹ Oficio DDEI-0516-12 del 23 de noviembre de 2012.

eficiencia en el cumplimiento de su función de rectoría.

Ausencia de sistemas para el acceso oportuno a la información y para la toma de decisiones

- 2.63 Las normas de control interno para el Sector Público indican la necesidad de asegurar razonablemente que los sistemas de información abarquen los procesos necesarios para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los usuarios, basados en un enfoque de efectividad y mejoramiento continuo. Esta información debe ser confiable, oportuna y útil para los usuarios⁴².
- 2.64 Asimismo, el nivel superior debe propiciar el aprovechamiento de las tecnologías de información para apoyar la gestión institucional, con un manejo apropiado de la información y la implementación de soluciones ágiles⁴³.
- 2.65 Por su parte, la Ley Orgánica del MINSA estableció que ese ministerio debería mantener un Sistema de Información y estadística relativo a la materia de salud con datos tanto del sector público como del privado⁴⁴. También el Plan Nacional de Salud 2010-2021, incluyó en su estrategia EG.7, aspectos relacionados con el desarrollo e implementación de sistemas de información de Vigilancia de la Salud, Atención al Cliente Interno y Externo, Cuadro de Mando Integral y Sistema de Costeo⁴⁵. Sin embargo, tal como se comenta seguidamente, a la fecha de este informe, estos sistemas de información no han sido concluidos.
- 2.66 Se procedió a consultar a la Directora General de Salud sobre el sistema de información a que alude su Ley Orgánica, al respecto se recibió oficio de la Dirección de Vigilancia de la Salud⁴⁶, donde indica que esa dirección viene desarrollando el Sistema de Vigilancia de la Salud, que se conforma por varios subsistemas, a los que les queda pendiente adecuaciones o definiciones de catálogos, procesos de capacitación, o poseen partes que se trabajan en forma provisional, destaca que un común denominador su inicio es para el año 2013.
- 2.67 Sobre este mismo tema, la Unidad de Gestión Integral de la Información indicó que “...el SINAVIS (*Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud*) está en fase de

⁴² Normas de Control Interno para el Sector Público, (N-2-2009 CO-DFOE) del 26 de enero de 2009, norma 5.6 referente a la Calidad de la Información.

⁴³ Normas de Control Interno para el Sector Público, norma 5.9 referente a Tecnologías de Información.

⁴⁴ Artículo 2 inciso i) de la Ley Orgánica del MINSA.

⁴⁵ Plan Nacional de Salud 2010-2021, página 42.

⁴⁶ Oficio DVS-593-12 del 20 de noviembre de 2012, de la Dirección de Vigilancia de la Salud.

implementación; dicho sistema cuenta con los módulos SIVEI (Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integral conocido como sistema de registro de enfermedades de declaración obligatoria), SINOVAC (Sistema Nacional de Vacunación), SIRNAT (Sistema Nacional de Tumores), SINVIH (Sistema Nacional de VIH) y el SINAMI (Sistema Nacional de Mortalidad Infantil), los cuales se encuentran trabajando en las áreas rectoras y se pretende que para el segundo o tercer trimestre del año 2013 se encuentren integrados con las áreas de salud de la CCSS”⁴⁷.

- 2.68 Por otra parte, también se consultó a la unidad encargada respecto del avance de los sistemas de información que, a la fecha, no cuentan con acceso desde las áreas rectoras y si se encuentra dentro de la programación la interconexión de esas áreas. En respuesta, la Unidad de Gestión Integral de la Información indicó que no obstante se ha realizado un trabajo de actualización hacia ambiente web para que las áreas rectoras puedan acceder a los sistemas de información, y planes piloto en el caso del Sistema SERSA⁴⁸, se ha definido en dos oportunidades fechas distintas para su implementación (julio 2012, setiembre 2012), pero que por haber cambiado el líder del proyecto (Antigua División Técnica de Rectoría) aunado a aspectos técnicos, todavía no se tiene una nueva fecha de implementación⁴⁹.
- 2.69 La Contraloría procedió a confirmar lo indicado anteriormente, respecto del acceso a sistemas de información desde las áreas rectoras y su realidad en cuanto a estos sistemas. Al respecto se tiene que 62 de un total de 70 (89%) de los Directores de Áreas indicaron que mantienen registros de establecimientos sujetos a regulación y de actividades de interés sanitario, pero que sus registros se realizan en hojas electrónicas debido a que aún no se cuenta con acceso a los sistemas en esas áreas.
- 2.70 Como se aprecia de lo comentado anteriormente, el Ministerio se encuentra trabajando en diferentes sistemas y módulos cuyo objetivo fundamental es la recopilación de información de las diversas actividades que realiza, no obstante ese ministerio muestra un rezago en el nivel de madurez de sus sistemas de información, sobre todo en los relacionados con su actividad sustantiva. Esta situación puede apreciarse mejor en los Anexos N° 7 y 8, que muestran el

⁴⁷ Oficio DDEI-UGII-0426-2012 del 23 de noviembre de 2012, de la Unidad de Gestión Integral de la Información.

⁴⁸ Corresponde al Sistema Estandarizado de Regulación de la Salud (SERSA).

⁴⁹ Oficio DDEI-UGII-0426-2012 del 23 de noviembre de 2012.

inventario de sistemas de información tanto administrativos como sustantivos del Ministerio.

- 2.71 El atraso en la implementación de sistemas de información en el área sustantiva del ministerio, que permitan recopilar, procesar y generar información acorde con las necesidades de los usuarios, dificulta la toma de decisiones del nivel superior de la institución, debido a que no es posible conocer información, en tiempo real, tan importante como por ejemplo la cantidad de establecimientos que se encuentran bajo la supervisión del ministerio para la regulación y vigilancia, o información sobre la salud con datos del sector público y privado. Según lo comentado por las áreas, la respuesta a situaciones de emergencia debe darse con información que proviene de otras fuentes, que en algunos casos son los medios de comunicación o la prensa.
- 2.72 Los cambios en líderes de proyecto, o el traslado de sistemas a otros ambientes de desarrollo, son algunas de las causas que han provocado los atrasos que se han comentado anteriormente.

Deficiencias en la emisión de directrices, lineamientos y manuales de procedimientos para apoyar el ejercicio de las funciones rectoras

- 2.73 El Manual de Normas de Control Interno para el Sector Público indica que es responsabilidad del nivel superior de la institución, diseñar, adoptar, evaluar y perfeccionar, como parte del Sistema de Control Interno (SCI), las actividades de control, pertinentes, las que comprenden las políticas, procedimientos y mecanismos que contribuyan a asegurar razonablemente la operación y fortalecimiento del SCI y el logro de los objetivos institucionales⁵⁰.
- 2.74 En este sentido, al consultar a la Directora General de Salud respecto de la existencia, aprobación y comunicación a las áreas rectoras, de manuales de procedimientos para la realización detallada de cada una de las 8 funciones rectoras, se remitió el documento denominado “Manual de Procedimientos del Ministerio de Salud”⁵¹, en el que indica se encuentran los manuales de las funciones rectoras, además agrega que el objetivo de estos manuales es

⁵⁰ Manual de Normas de Control Interno para el Sector Público aprobado mediante resolución del Despacho de la Contralora General de la República, N°-R-CO-9-2009 del 26 de enero de 2009, publicado en el Diario Oficial La Gaceta N° 26 del 6 de febrero de 2009.

⁵¹ Los manuales de las funciones rectoras fueron producto de la consultoría que realizaron funcionarios de la Escuela de Ingeniería Industrial la Universidad de Costa Rica, en el contexto del proceso de Desarrollo Organizacional en el año 2006. Oficio DDEI-0519-12 del 28 de noviembre de 2012.

garantizar que cada uno de los procesos a nivel nacional se realice de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Además, indicó que en ellos se establecen procedimientos, se desarrollan sistemas y se ejecutan directamente las actividades operativas del proceso⁵².

- 2.75 No obstante, en el documento remitido no se observan los manuales de procedimientos consultados para cada una de las actividades de rectoría, que contengan el nivel de detalle necesario para que los funcionarios de las áreas locales ejecuten esas labores de manera óptima, considerando la diversidad de especialidades que posee el personal del Ministerio y el hecho de que algunas de las funciones de rectoría asumidas luego de la reforma del sector salud, nunca habían sido ejecutadas por el MINSA, por lo que los manuales deben contener mayor detalle de los procedimientos a desarrollar para el ejercicio de las diferentes funciones asociadas con la labor de rectoría.
- 2.76 Por otra parte, en lo referente a la forma en que se dan las comunicaciones internamente, la Directora indicó que la política establecida en su momento por la Dirección General y que aún prevalece es que los procesos con sus procedimientos una vez aprobados se incorporan a la página electrónica, Intranet, del Ministerio de Salud para uso y consulta de todos los funcionarios. Agrega que en enero del 2009 se convocó, de manera obligatoria, a todos los directores, jefes y otro personal de los tres niveles de gestión, a un curso de capacitación en el que los temas de rectoría se abordaron ampliamente⁵³.
- 2.77 Contrariamente a lo comentado por el nivel central, 49 de los directores de las áreas rectoras (70%) consideran que las metodologías y herramientas que se aplican en el ejercicio de su función de rectoría no cubren el total de actividades que realizan, lo que no les permite ejecutar eficientemente esa labor.
- 2.78 Dentro de las observaciones adjuntas a las respuestas remitidas en el cuestionario de consulta, se indicó que aunque se cuenta con manuales de procedimientos para la mayoría de procesos que se realizan, estos deben actualizarse y ajustarse a nivel operativo, ya que se encuentran en un plano muy general. Asimismo, indicaron que las herramientas y metodologías para implementar los procesos de planificación estratégica, evaluación del impacto de las acciones de salud y mercadotecnia son limitadas, lo anterior debido a que los lineamientos no son claros ni proporcionan herramientas específicas de

⁵² Oficio DDEI-0519-12 del 28 de noviembre de 2012. Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional.

⁵³ Oficio DGS-108-2009, del 29 de enero de 2009. Dirección General de Salud.

trabajo, esta situación provoca que los instrumentos deban ser diseñados en las áreas y por lo tanto se apliquen de manera desigual, por lo que se imposibilita manejar la misma información, sin un criterio de homogeneidad, que impide que se logren resultados concretos a nivel del ministerio.

- 2.79 Un ejemplo de lo comentado es el caso de la función rectora de Mercadotecnia de la Salud, en la que el 44% de las áreas externaron disconformidad debido a que no han recibido del nivel central, las herramientas y la capacitación necesarias para implementar y llevar a la práctica las estrategias. En relación con esta función, también argumentan que las directrices emitidas son confusas y que las estrategias establecidas no son concurrentes con la realidad que se presenta en el ámbito local, además de que el campo de la mercadotecnia de la salud es relativamente nuevo dentro de las funciones que realizan. Por otra parte, un 64,3% de los directores menciona que hay ausencia de lineamientos y políticas en este ámbito de rectoría.
- 2.80 En relación con la formulación y evaluación de estrategias en salud, un 64% de las áreas considera que no existen lineamientos y directrices que permitan y faciliten la evaluación del impacto de los diferentes planes que rigen el Sector Salud, aspecto que se comentó en los párrafos del 2.55 al 2.62 este informe, ya que el instrumento de planificación anual, a nivel local, no permite visualizar cuales son las estrategias prioritarias para el Ministerio.
- 2.81 La ausencia de esos manuales detallados puede ocasionar que las funciones de rectoría no se ejecuten de forma estandarizada en todas las áreas, y deja a criterio o a la experiencia de los funcionarios el ejercicio de estas funciones, debido a que no cuentan con los instrumentos de control necesarios para la ejecución de cada uno de los procesos de rectoría.

3 CONCLUSIONES

- 3.1 Transcurrida más de una década desde la reforma del Sector Salud y no obstante contar con un marco regulador que le concede las potestades para ejercer la rectoría en este sector, el Ministerio de Salud no está ejerciendo las funciones de rectoría por cuanto, no están funcionando los instrumentos creados para desarrollar esa labor, así por ejemplo el Consejo Sectorial no se reúne desde abril del año 2011. Lo anterior dificulta el ejercicio de las funciones de dirección, planificación, coordinación y articulación del sector. Asimismo no

hay seguimiento y evaluación de la Política y del Plan Nacional de Salud, ni del actual modelo de prestación de servicios, tampoco se regula la forma en que se financian los servicios de salud.

- 3.2 Desde una perspectiva interna, el MINSA presenta problemas de organización, en la distribución de los recursos financieros y humano, el suministro de equipos y sistemas informáticos, vehículos, bienes y servicios y en la dotación, remodelación y necesidades de infraestructura, tomando en cuenta la población y establecimientos entre las 82 áreas que deben ejercer la rectoría a nivel local, por lo que éstas se tienden a dedicar a la atención de denuncias, dejando de lado el control proactivo de las funciones de rectoría. Asimismo, existen debilidades en la estandarización de procedimientos y en los sistemas de información, aspectos que se ven reflejados en una escasa coordinación dentro del Sistema de Producción Social de la Salud con los principales actores sociales encargados de estos servicios.
- 3.3 Todo lo anterior conlleva a un incumplimiento de su marco normativo, las principales labores asignadas en esa legislación, y de uno de los principios establecidos también en su misión, como lo es el ejercicio efectivo de la función de rectoría del sector, aspectos por los cuales no se podría garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad de los servicios de salud en el país.

4 DISPOSICIONES

- 4.1 De conformidad con las competencias asignadas en los artículos 183 y 184 de la Constitución Política y los artículos 12 y 21 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, N° 7428, se emiten las siguientes disposiciones, las cuales son de acatamiento obligatorio y deberán ser cumplidas dentro del plazo o en los términos conferidos, por lo que su incumplimiento no justificado constituye causal de responsabilidad.
- 4.2 Este órgano contralor se reserva la posibilidad de verificar, por los medios que considere pertinentes, la efectiva implementación de las disposiciones emitidas, así como de valorar la aplicación de los procedimientos administrativos que correspondan, en caso de incumplimiento injustificado de tales disposiciones.

A la Ministra de Salud

- 4.3 Definir un cronograma de las sesiones que realizará el Consejo Sectorial de Salud para los periodos 2013 y 2014. Asimismo, velar porque se cumplan los requisitos para la celebración de estas sesiones, así como procurar la participación de todos los miembros del sector salud, de forma tal que permita una adecuada coordinación entre ellos y los demás entes participantes del Sector Salud. Remitir a esta Contraloría General el mencionado cronograma, a más tardar el 28 de febrero 2013. Ver comentario en párrafos del 2.1 al 2.12 de este informe.
- 4.4 Evaluar el modelo de servicios de salud que se brinda actualmente y su financiamiento a fin de confirmar su vigencia o definir un nuevo modelo, que promueva un acceso equitativo a los servicios de acuerdo con las posibilidades financieras reales del sistema. Remitir a esta Contraloría General un informe sobre los resultados de esta evaluación y las decisiones que se tomen, a más tardar el 29 de noviembre de 2013. Ver comentario en párrafos del 2.32 al 2.43 de este informe.
- 4.5 Ajustar el Plan Nacional de Salud, de forma que se incluyan las metas a alcanzar; los responsables de su ejecución, las actividades por realizar, los plazos de cumplimiento e indicadores de gestión que permitan una adecuada evaluación de los mismos. Remitir a esta Contraloría General una certificación en la que se haga constar los ajustes al Plan a más tardar el 30 de abril de 2013. Ver comentario en párrafos del 2.13 al 2.31 de este informe.
- 4.6 Emitir lineamientos para la evaluación y el seguimiento de la Política y el Plan Nacional de Salud y sus derivados. Los lineamientos deben estar emitidos al 28 de junio de 2013 y la evaluación del Plan al 30 de setiembre de ese año. Remitir a esta Contraloría General una certificación en la que se haga constar la emisión de los lineamientos, a más tardar el 15 de julio de 2013 y copia de los resultados de la evaluación al 15 de octubre de 2013. Ver comentario en párrafos del 2.13 al 2.31 de este informe.
- 4.7 Determinar, mediante un estudio, la conveniencia de descentralizar la ejecución de los recursos, de forma tal que sean directamente las direcciones regionales las que se encarguen de administrar estos recursos. Informar a esta Contraloría General sobre las decisiones que se tomen sobre este tema, a más tardar el 28 de junio de 2013. Ver comentario en párrafos del 2.49 al 2.54 de este informe.

- 4.8 Determinar, mediante un estudio, la cantidad de funcionarios que requiere cada área rectora, que considere, entre otros, aspectos tales como la población, la cantidad de establecimientos a atender y las labores a desarrollar, y una estrategia para dotar del recurso humano necesario a las áreas rectoras, con el propósito de ejercer su rol de rectoría de la salud, en las diferentes áreas de rectoría. Remitir a esta Contraloría General las conclusiones de ese estudio y las acciones administrativas que se adopten en función de sus resultados, a más tardar el 28 de junio de 2013. Ver comentario en párrafos del 2.55 al 2.62 de este informe.
- 4.9 Ordenar la elaboración un inventario de las actividades pendientes para la implementación de los diferentes sistemas de información y establecer una priorización para su ejecución de forma tal que se puedan concluir y poner en operación esos sistemas durante el primer semestre del año 2013. Remitir a esta Contraloría General un informe sobre el mencionado inventario y la definición de las prioridades de ejecución, a más tardar el 28 de febrero de 2013. Ver comentario en párrafos del 2.63 al 2.71 de este informe.
- 4.10 Establecer una estrategia para dar acceso a los sistemas de información desde las áreas locales, principalmente a los correspondientes a la actividad sustantiva, con el propósito de automatizar la mayor cantidad de funciones de rectoría en el primer semestre del año 2013. Remitir a esta Contraloría General una certificación en la que se haga constar la definición de la mencionada estrategia y el cronograma de su implementación a más tardar el 28 de febrero de 2013. Ver comentario en párrafos del 2.63 al 2.71 de este informe.
- 4.11 Ordenar que se elaboren, conforme a lo establecido en el Manual de procedimientos de ese ministerio, los manuales detallados que permitan a los funcionarios de las áreas rectoras locales, tener una guía estandarizada para el ejercicio de cada una de las funciones de rectoría. Remitir a esta Contraloría General una certificación en la que se haga constar la elaboración y puesta en práctica de los manuales elaborados a más tardar el 30 de setiembre de 2013. Ver comentario en párrafos del 2.72 al 2.80 de este informe.

Consideraciones finales

- 4.12 La información que se solicita en este informe para acreditar el cumplimiento de las disposiciones anteriores, deberá remitirse, en los plazos y términos antes fijados, al Área de Seguimiento de Disposiciones de la Contraloría General de la República. La Administración debe designar y comunicar al Área de Seguimiento

de Disposiciones, en un plazo no mayor de cinco días hábiles, contados a partir del recibo del informe final, el nombre, número de teléfono y correo electrónico de la persona que fungirá como el contacto oficial con esa Área, con autoridad para informar sobre el avance y cumplimiento de las disposiciones correspondientes. En caso de incumplimiento en forma injustificada del tiempo otorgado, podrá considerarse que se incurrió en falta grave y dar lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el artículo 69 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, con garantía del debido proceso.

- 4.13 De conformidad con lo establecido por los artículos 343, 346 y 347 de la Ley General de la Administración Pública, contra el presente informe caben los recursos ordinarios de revocatoria y apelación, que deberán interponerse dentro del tercer día a partir de la fecha de su comunicación, correspondiéndole a esta Área de Fiscalización la resolución de la revocatoria y al Despacho Contralor, la apelación.
- 4.14 De presentarse conjuntamente los recursos de revocatoria y apelación, esta Área de Fiscalización en caso de rechazo del recurso de revocatoria, remitirá el recurso de apelación al Despacho Contralor para su resolución.

ANEXO N° 1
Plan Nacional de Salud
Políticas relacionadas con la coordinación
en el Sector Salud

Política EG.2

Fortalecer la coordinación de las acciones, el establecimiento de medios de enlace y la búsqueda de recursos compartidos entre los diferentes actores clave para el logro de objetivos comunes. Los medios de enlace se establecen mediante la conformación de equipos de trabajo, la normalización de procesos o resultados, la construcción compartida de conocimientos y resultados y la creación de patrones de comportamiento comunes. Entre los mecanismos para articular a los actores sociales se encuentran el desarrollo de redes y las alianzas estratégicas

ESTRATEGIAS GLOBALES	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO
EG.2. Articulación de actores sociales	• Posicionar al Ministerio de Salud como rector y aliado estratégico para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo de los actores sociales y de los otros órganos rectores del Estado. • Garantizar el alineamiento estratégico de la cúpula política del país respecto al Ministerio de Salud, en su rol en la producción social de la salud y su marco estratégico. • Desarrollar medios de enlace y coordinación efectivos. • Impulsar el desarrollo efectivo de redes y alianzas estratégicas.

Fuente: Plan Nacional de Salud 2010-2021, página 38

ANEXO N° 2
Plan Nacional de Salud
Indicadores para fortalecer la coordinación y articulación
del Sistema Nacional de Salud

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

Fuente: Plan Nacional de Salud, página 60

ANEXO N° 3
Detalle de Planes Nacionales derivados
del Plan Nacional de Salud

Nombre	Periodo que cubre	Oficialización	Evaluación esperada
Plan Nacional de Salud	2010-2021	Diciembre 2010	2014
Plan Nacional de Actividad Física y Salud	2011-2021	Agosto 2011	2014
Plan Estratégico Nacional de VIH-Sida	2011-2015	Año 2012	Reformulación año 2013 (indica que se cumplió en mas del 70% pero no aporta doctos)
Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional	2011-2021	Agosto 2011	Sistema de monitoreo y evaluación del plan mediante indicadores más relevantes, año 2013 (no hay doctos)
Plan Nacional de Reducción del Consumo de Sal/Sodio	2011-2021	Mayo 2011	2014
Plan Nacional para el Control y Prevención de Cáncer	2011-2017	Julio 2012	2014
Plan inter-institucional integrado para la recuperación y desarrollo de los cantones de Parrita y Aguirre, afectados por la Tormenta Tropical Tomas	No indicado	Enero 2011	2014

Fuente: Oficio DPEEAS-354-12 del 22 de noviembre de 2012, de la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud.

ANEXO N° 4
Plan Nacional de Salud
Políticas relacionadas con el modelo de prestación
de servicios de salud

ESTRATEGIAS GLOBALES	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO
EG.4. Creación de entornos sostenibles	• Generar visión compartida con los actores sociales claves respecto a los modelos de provisión nacional de servicios de salud de atención directa a las personas y al hábitat humano. • Identificar los requerimientos y prioridades de protección e intervención sobre el hábitat humano y los determinantes sociales de la salud. • Impulsar la provisión de servicios de agua segura y disposición de excretas. • Impulsar la inversión social pública y privada en el desarrollo, mejoramiento y ampliación de infraestructura física clave para facilitar el acceso de la población a los servicios que contribuyen a mejorar su calidad de vida.
EG.5. Reorientación de los servicios de salud.	• Generar visión compartida con los actores sociales claves respecto a los modelos de provisión nacional de servicios de salud de atención directa a las personas y al hábitat humano. • Impulsar procesos para el alineamiento estratégico y el desarrollo de la capacidad operativa de las instancias responsables de brindar los servicios de salud de atención directa a las personas y al hábitat humano. • Aumentar la cobertura de los servicios de salud y aquellos programas de protección

	social de atención directa a las personas y de atención al hábitat humano, con calidad y calidez.
EG.6. Desarrollo de competencias y capacidades del recurso humano	• Posicionar la salud como valor, la cultura de no exclusión y la estrategia de promoción de la salud en los actores sociales claves. • Desarrollar la canasta básica de conocimientos: en determinantes de la salud, derechos humanos, igualdad y equidad de género, cohesión social y diversidad. • Desarrollar alianzas estratégicas con instituciones de educación pública y privada.

Fuente: Plan Nacional de Salud, página 41

ANEXO N° 5
Respuestas recibidas del nivel local
a la consulta
realizada sobre rectoría

Región	Total áreas A	N° áreas rectoras que contestaron B	%	% Respuesta B/A
Central Sur	19	14	20,0%	73,7%
Chorotega	12	12	17,1%	100,0%
Central Norte	12	12	17,1%	100,0%
Pacífico Central	9	9	12,9%	100,0%
Huetar Norte	6	6	8,6%	100,0%
Huetar Atlántica	6	6	8,6%	100,0%
Brunca	6	5	7,1%	83,3%
Central Este	7	4	5,7%	57,1%
Central Occidente	5	2	2,9%	40,0%
Total	82	70	100%	85,4%

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas al cuestionario

ANEXO N° 6
Cantidad de vehículos en buen estado
por área rectora local

N° vehículos área rectora	Áreas	%	Detalle
0	2	2,9%	Áreas Rectoras de: El Guarco y Tilarán.
1	31	44,3%	Áreas Rectoras de: Valverde Vega, Acosta, Grecia, Heredia, La unión, Mora, Moravia, Oreamuno, Parrita, Pavas, Poás, Santa Bárbara, San Pablo-San Isidro, Alajuela 1, San Rafael-Barva, Santo Domingo, Abangares, Bagaces, Coronado, Carrillo, Cañas, Desamparados, Matina, Atenas, Hojancha, Siquirres, Upala, Esparza, Garabito, Zarcerro, Turrialba.
2	26	38,6%	Áreas Rectoras de: Goicochea, Limón, Montes de oca, Montes de oro, Aguirre, Puntarenas-Chacarita, Aguas Zarcas, Aserri, Carmen-Merced-Uruca, Corredores, Coto-brus, Escazú, Florencia, Guatuso, Guácimo, Hatillo, Liberia, Los Chiles, Osa, Nandayure, Nicoya, Barranca, Santa Ana, Santa Rosa de Pocosol, Belén-Flores, Sureste metropolitana, Pococí.
3	9	11,4%	Áreas Rectoras de: Orotina y San Mateo, Buenos Aires, Alajuela 2, La Cruz, Santa Cruz, Talamanca, Peninsular, Ciudad Quesada,
4	2	2,9%	Áreas Rectoras de: Golfito y Sarapiquí.
Total	70	100,0%	

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas al cuestionario

ANEXO N° 7
Sistemas Sustantivos del MINSA

NOMBRE DEL SISTEMA O PROYECTO	LENGUAJE DE PROGRAMACION	UNIDAD DUEÑA DE LA INFORMACIÓN	ESTADO ACTUAL O=OPERACIÓN D=DESARROLLO S=SIN UTILIZAR	LUGAR DE APLICACIÓN DEL SISTEMA	METODO DE ACTUALIZACIÓN DE BASE DE DATOS
Sistema Nacional de Vacunación	Java (EAR, EJB, J2EE, SDK)	Vigilancia de la Salud	En pruebas	TRES NIVELES DE GESTION Y USUARIOS EXTERNOS	WEB
Sistema Nacional de Vigilancia Integrada	Java (EAR, EJB, J2EE, SDK)	Vigilancia de la Salud	En pruebas	NIVEL CENTRAL	WEB
Sistema Nacional de VIH-SIDA	PHP	Vigilancia de la Salud	D	USUARIOS EXTERNOS Y NIVEL CENTRAL	WEB
Sistema Nacional de Tumores	Java (EAR, EJB, J2EE, SDK)	Vigilancia de la Salud	EN PILOTO	USUARIOS EXTERNOS Y NIVEL CENTRAL	WEB
Sistema Nacional de Mortalidad Infantil	No hay Inf.	Vigilancia de la Salud	En Producción y Análisis	USUARIOS EXTERNOS Y NIVEL CENTRAL	WEB

Fuente: Oficio DDEI-UGII-0426-2012 del 23 de noviembre de 2012

ANEXO N° 8
Sistemas no Sustantivos del MINSA

NOMBRE DEL SISTEMA O PROYECTO	LENGUAJE DE PROGRAMACION	UNIDAD DUEÑA DE LA INFORMACIÓN	ESTADO ACTUAL O=OPERACIÓN D=DESARROLLO S=SIN UTILIZAR	LUGAR DE APLICACIÓN DEL SISTEMA	METODO DE ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS
Sistema de Registro de Cosméticos	JAVA / Netbeans	Dirección Atención al Cliente / Unidad Financiera	O	USUARIOS EXTERNOS Y NIVEL CENTRAL	WEB
Sistema de Registro de Alimentos y Materia Prima	JAVA / Netbeans	Dirección Atención al Cliente / Unidad Financiera	O	USUARIOS EXTERNOS Y NIVEL CENTRAL	WEB
Sistema de Productos Registrados	JAVA / Netbeans	Dirección Atención al Cliente / Unidad Financiera	O	USUARIOS EXTERNOS Y NIVEL CENTRAL	WEB
E-POWER	JAVA / C++	Ministerio de Salud	O	NIVEL CENTRAL	WEB
Módulo de Seguridad Integrado	JAVA / Netbeans	Sistemas	O	NIVEL CENTRAL	WEB
Agenda Virtual Institucional	APEX	Ministerio de Salud	O	NIVEL CENTRAL	WEB
Sistema de Quejas	APEX	Ministerio de Salud	O	USUARIOS EXTERNOS Y NIVEL CENTRAL	WEB
Control de Vacaciones	APEX	Ministerio de Salud	O	NIVEL CENTRAL	WEB
I.R.H.I	FOX	Recursos Humanos	O	NIVEL CENTRAL	Local
Relación de Puestos	FOX	Recursos Humanos	O	NIVEL CENTRAL	Local
Sistema Información Archivo Recursos Humanos	FOX	Recursos Humanos	O	NIVEL CENTRAL	Local
Sistema Comprobantes de Pago Integra	ASP	Recursos Humanos	O	TRES NIVELES DE GESTION	Web
Sistema de Integra	PowerBuilder	Ministerio de Hacienda	O	NIVEL CENTRAL	WEB

DIVISIÓN DE FISCALIZACIÓN OPERATIVA Y EVALUATIVA
ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES

40

Sistema de Suministros	Developer/2000 (tool kit)	Dirección Financiera Bienes y Servicios	O	NIVEL CENTRAL	Local cliente/servidor
Sistema Administrativo Financiero	Developer/2000 (tool kit)	Dirección Financiera Bienes y Servicios	O	NIVEL CENTRAL	Local cliente/servidor
Sistema Integrado	Developer/2000 (tool kit)	Dirección Financiera Bienes y Servicios y cualquier Unidad o Dirección del Ministerio de Salud	O	NIVEL CENTRAL	Local cliente/servidor
Sistema de Viáticos	APEX	Ministerio de Salud	O	TRES NIVELES DE GESTION	WEB
LIBRO ELECTRONICO	Visual Basic	Dirección Atención al Cliente / Regulación en Salud	O	NIVEL CENTRAL	cliente servidor
REGULACION SALUD (medicamentos, químicos, plaguicidas, etc)	Visual Basic	Dirección Atención al Cliente	O	NIVEL CENTRAL	cliente servidor
REGULACION SALUD (cosméticos, prod naturales, consultas) SOLO PARA CONSULTA HISTORICA SE PASARON A WEB	Visual Basic	Dirección Atención al Cliente	O	NIVEL CENTRAL	cliente servidor
EQUIPO Y MATERIAL BIOMEDICO	Visual Basic	Dirección Atención al Cliente	O	NIVEL CENTRAL	cliente servidor
PETICION DE EXPEDIENTES	Visual Basic	Dirección Atención al Cliente / Unidad Financiera	O	NIVEL CENTRAL	cliente servidor
CORRESPONDENCIA	Visual Basic	Regulación, Atención al Cliente, Químicos, Despachos, Dirección General, Recursos Humanos y Asuntos Jurídicos.	O	NIVEL CENTRAL	cliente servidor
SISTEMA DE CONSULTAS	Visual Basic	Dirección Atención al Cliente, Hospital de Niños, PROCOMER, Instituto de Control de Drogas	O	NIVEL CENTRAL	cliente servidor

DIVISIÓN DE FISCALIZACIÓN OPERATIVA Y EVALUATIVA ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES

41

SISTEMA DE SEGURIDAD	Visual Basic	Regulación, Atención al Cliente, Químicos, Despachos, Dirección General, Recursos Humanos y Asuntos Jurídicos.	O	NIVEL CENTRAL	cliente servidor
CONTROL DE PROCESOS, ASUNTOS JURIDICOS	Visual Basic	Asesoría Legal	O	NIVEL CENTRAL	cliente servidor

Fuente: Oficio DDEI-UGII-0426-2012 del 23 de noviembre de 2012