MEMORIA Institucional 2014 - 2018

Ministerio de Salud

MINISTERIO DE SALUD
COSTA RICA
BIENESTAR PARA TODOS

MEMORIA
Institucional
2014 - 2018

614
M8375m Costa Rica. Ministerio de Salud
Memoria Institucional 2014-2018 San José,
Costa Rica: El Ministerio, 2018

548 p.;ilus, 28cm
ISBN 1659-35 96

1. Salud Pública. 2. Memorias. 3. Costa Rica.
I. Ministerio de Salud. II. Titulo

PRESENTACIÓN

DRA. KAREN MAYORGA QUIRÓS, MINISTRA DE SALUD

En mi condición de Ministra de Salud y Rectora del Sector Salud, Nutrición y Deporte, tengo el honor de presentar la Memoria institucional 2014-2018, con un resumen de las acciones realizadas.

- En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley No. 8239, Ley “Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados” se creó la Auditoría General de Servicios de Salud, con el fin de tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados, establecidos en el territorio nacional.

- Reducir la mortalidad materno–infantil, sigue siendo prioridad para el país, lo que ha permitido alcanzar las cifras más bajas de la historia, llegando a 7,8 la tasa nacional de mortalidad infantil en 2015 y 8.05 en el 2017. En relación con la mortalidad materna bajarla en el 2016 a 2,7 defunciones por cada diez mil nacimientos. Lo anterior como resultado de una mejor atención en clínicas y hospitales, una mejor nutrición, vacunación y un mejor acceso a agua potable y a los servicios de salud.

- En el ámbito de Promoción de la Salud, se hizo el Encuentro Internacional de Zonas Azules, en la provincia de Guanacaste, que puso en operación el modelo de Rectoría de la Promoción de la Salud como tema relevante de salud pública, del envejecimiento positivo y la longevidad saludable. El Encuentro agrupó tres agendas regional, nacional e internacional, dando a conocer los secretos de preservar la longevidad de la Península de Nicoya, permitiendo la firma del “Convenio de Cooperación para Preservar la Zona Azul”, de jerarcas del Consejo Social Presidencial, sustentado en una política intermunicipal de los cinco cantones de la Península; a su vez a nivel internacional y nacional el foro científico compartió excelentes ponencias de investigadores de las cinco zonas azules del mundo,

referente a los factores protectores del envejecimiento positivo y longevidad saludable.

- Con el aporte multisectorial se desarrolló la “Estrategia Nacional para el envejecimiento Saludable, basado en el curso de vida 2017-2020. Se trata de la primera Estrategia elaborada en América Latina. Tiene como fin, articular esfuerzos y trabajar activamente en un proceso de construcción para incidir en los factores protectores del envejecimiento y la salud, aplicando el enfoque de curso de vida.

- Se logró la desconcentración administrativa al CEN-CINAI, mejorando la eficiencia de los recursos, brindando a los menores en condición de pobreza y/o riesgo social la oportunidad de permanecer en servicios con atención de calidad. Mejorando el estado nutricional de la población materno-infantil y el adecuado desarrollo de la niñez. Además, ayudan a las madres embarazadas y en periodo de lactancia de muy bajos recursos, dándoles el servicio de alimentación, educación alimentaria nutricional y para la crianza de sus hijos. También durante esta Administración se abrió el servicio nocturno de 5 a 10 pm, de cuido y atención integral de niños, para las madres que quieren estudiar o tener actividades productivas.

- En el cuidado del ambiente se dio un mayor control de las aguas residuales y aguas de consumo humano, mediante el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufacturas en las industrias nacionales de los productos fabricados en el país para consumo local y de exportación.

- Se creó el Comité Nacional de Calidad de Salud, conformado por especialistas del sector público y privado, formulando aproximadamente cien normas para mejorar la calidad de los productos, servicios en los centros de salud públicos y privados, mejorando la eficiencia en la inversión, eficacia del uso y disminuyendo los productos de desecho.

- Se diseñó e implementó un sistema geo-referenciado para agilizar la ubicación de sitios de concentración de patologías, desastres, situaciones de emergencia, entre otras.

- Se inició el proceso adhesión a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que permite abordar retos que enfrenta el sistema de salud y guiar las acciones hacia mejores prácticas que garanticen una mejor calidad y cobertura de los servicios para la población. El Ministerio de Salud lideró los procesos de evaluación en tres grandes temas: salud, productos químicos y residuos. OCDE emitió dos opiniones formales positivas de salud y productos químicos y se encuentra en proceso de evaluación y discusión el tema de residuos. Se generó gran cantidad de normativa, nuevos indicadores en patologías específicas, en mejora de nuestra población.

- La agilización de los trámites y ampliación del sistema REGISTRELO ha permitido un mayor registro de productos en línea, dando transparencia al productor, importador y consumidor.

- Se generó la receta digital para los medicamentos psicotrópicos y estupefacientes, siendo un gran avance para el control de la importación, producción, exportación y prescripción de los mismos. Pronto la CCSS se incorporará a este Sistema Digital.

- En el 2015 el país lanzó el “Plan de Eliminación de la Malaria en Costa Rica, 2015-2020”, como resultado de las acciones realizadas, en el 2016 recibe el reconocimiento como “Campeón Contra el Paludismo en las Américas” y en el 2017 recibe el reconocimiento del Fondo Mundial así como un premio por un millón doscientos mil dólares, para continuar impulsando acciones en la reducción de la malaria.

- En materia de gestión integral de residuos, Costa Rica pasó de disponer un 75% de los residuos en rellenos sanitarios en el 2014, a un 87 % en el 2017. También aumentó la recuperación para valorización, del 1,26% en el 2015, al 6,06% en el 2017; y de disponer en vertederos del 25% al 7% de los residuos. Esto gracias a la implementación de la primera Estrategia Nacional de Separación, Recuperación y Valorización de Residuos (Estrategia de Residuos), generación de alianzas público-privadas que a su vez permitieron acciones novedosas como la “plataforma digital Ecolones”, la cual incentiva la separación y el reciclaje dentro de un concepto de economía circular.

- Se creó la Secretaria Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y tejidos da inicio con el diseño de la Reglamentación según la Ley 9222 “Ley de donación y trasplantes de órganos y tejidos”, la cual permite realizar la trazabilidad y distribución de órganos y tejidos, en procesos de donación y trasplante, procurando garantizar la equidad, trasparencia, seguridad y calidad, entre otros.

Al mismo tiempo, es importante resaltar la gran labor que realizan los funcionarios y las funcionarias del Ministerio de Salud a nivel central, nivel regional y el nivel local, que son los que hacen posible alcanzar las metas establecidas y seguir avanzando en la calidad de vida de nuestra población.

Atentamente,

DRA. KAREN MAYORGA QUIRÓS
Ministra de Salud
Período 2014-2018

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO 11

Primera Parte: Introducción y Marco de Gestión 17

I.1.Reseña Institucional 17

I.2.Marco de Gestión 20

I.3.Objetivos Estratégicos Institucionales 21

I.4. Políticas Institucionales 24

I.5. Organización del Ministerio de Salud 25

I.5.1.Nivel Central 26

I.5.2. Nivel Regional 35

I.5.3. Nivel Local 39

I.5.4. Entes Adscritos 43

I.6.Listado de Políticas, Planes y Estrategias en Ejecución 46

I.7.Marco normativo relacionado al quehacer institucional 55

Segunda Parte: Administración y Gestión Interna 56

II.1.Administración financiera e inversiones 56

II.1.1. Actividad Financiera General 58

II.1.2. Actividad financiera de ejecución del Ministerio de Salud 62

II.2. Proveeduría y Contratación Administrativa 70

II.2.1. Acciones de mejora para la proveeduría y contratación administrativa 70

II.2.2. Procesos de contratación administrativa 70

II.2.3. Contratos vigentes 70

II.3. Administración de Recursos Humanos 70

II.3.1. Acciones tomadas para la mejora de la administración de los recursos humanos 70

II.3.2. Modelo Institucional de Gestión del Desempeño 76

II.3.3 Funcionarios/as capacitados/as del año 2014 al año 2017 83

II.3.4. Formación 84

II.4. Sistema de Control Interno 88

II.4.1. Encuesta sobre la calidad del servicio del Ministerio de Salud, 2017 85

II.4.2. Ética 91

II.4.3. Matriz de Cumplimiento (MACU) 91

II.4.4. Seguimiento físico financiero a otras instituciones del sector y organismos sin fines de lucro 92

II.4.5. Denuncias 92

II.4.6. Contraloría de Servicios 94
II.4.7. Auditoría Interna 95
II.5. Acceso a la Información Pública 96
II.5.1. Oficial de Acceso a la Información 97
II.5.2. Estrategia de Transparencia Institucional 97
II.5.3. Índice de Transparencia 97
II.5.4. Participación Ciudadana 98
II.5.5. Recursos de amparo y procedimientos administrativos disciplinarios 100
II.6. Eficiencia, Mejora Regulatoria y Simplificación de Trámites 100
II.7. Enlaces de interés 104
Tercera Parte: Actividad Sustantiva 105
III.1 Situación de salud Costa Rica 2014-2018 105
III.1.1. Estructura de población e indicadores demográficos 105
III.1.2. Mortalidad en la población 109
III.1.3. Enfermedades no transmisibles 113
III.1.4. Enfermedades Transmisibles 116
III.1.5. Enfermedades inmunoprevenibles 137
III.1.6. Vigilancia del estado nutricional 146
III.1.7. Otros eventos de notificación obligatoria 148
III.2. Logros Institucionales 2014-2017 167
III.2.1. Metas del Ministerio de Salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 167
III.2.2. Metas del Plan Nacional de Desarrollo en coadyuvancia con otras instituciones 169
III.2.3. Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública(FESP) 2014 169
III.2.4. Auditoría General de Servicios de Salud 172
III.2.5. Proceso de adhesión de Costa Rica a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) 173
III.2.6. Fortalecimiento de las relaciones bilaterales y multilaterales en salud 176
III.2.7.Vigilancia epidemiológica 179
III.2.8. Estrategias y proyectos de prevención de la enfermedad 207
III.2.9. Rectoría en Promoción de la Salud 213
III.2.10.Salud Mental 224
III.2.11. Alimentación, Nutrición y Salud 229
III.2.12.Salud de poblaciones específicas y curso de vida 240
III.2.13. Salud Ambiental 248

III.2.14. Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres 270
III.2.15. Normalización y Control de Servicios de Salud y Afines 272
III.2.16. Regulación y Control de Productos de Consumo Humano 281
III.2.17. Normalización y Control de productos de consumo humano 286
III.2.18. Regulación de la Investigación en Salud 303
III.2.19. Nuevas fuentes de Información en Salud 305
III.2.20. Otros avances en tecnologías de Información y Comunicación 310
III.3. Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición u Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) 315
III.3.1. Fortalecimiento de la Dirección Nacional de CEN-CINAI 315
III.3.2. Participación ciudadana: Comités de CEN-CINAI 317
III.3.3. Los CEN-CINAI en el Plan Puente al Desarrollo 319
III.3.4. Desarrollo de la infraestructura para fortalecimiento de las acciones de salud 321
III.3.5.Atención nocturna 323
III.3.6.Atención a población indígena 324
III.3.7. Mejoramiento en el estado nutricional de la población infantil atendida 328
III.3.8. Mejoramiento en el nivel del desarrollo de la población infantil atendida 331
III.3.9. Autoestima y Autonomía 334
III.3.10. Fortalecimiento de la atención a las adolescentes madres 337
III.3.11. Promoción de la Igualdad y la Equidad de Género desde la corresponsabilidad social en el cuidado 339
III.3.12. Nutrición Preventiva 342
III.3.13. Promoción de Crecimiento y Desarrollo modalidad Extramuros 344
III.3.14. Promoción y desarrollo de competencias socio-financieras 346
III.3.15. Salud Bucodental 347
III.3.16. Acompañamiento al grupo familiar en la tarea de crianza y socialización de sus hijos 349
III.3.17. Venciendo Brechas 351
II.4. Instituto de Farmacodependencia y Alcoholismo (IAFA) 353
II.5. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) 359
II.5.1.Vigilancia, aseguramiento de la calidad, verificación de la normativa e investigación en salud pública 359
II.5.2.Incorporación de metodologías de laboratorio para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica 362
II.5.3. Acreditación de ensayos según Norma INTE-ISO/IEC 17025:2005 y Norma INTE-ISO/IEC 17043:2010. 364

II.5.4.Inocuidad de los alimentos....364
II.5.5.Evaluación externa de la calidad de las determinaciones de química clínica....365
II.5.6. Aportes en investigación para la toma de decisiones en salud pública....365
II.5.7. Sistemas de comunicación de información....368
II.5.8. Fortalecimiento de la infraestructura....368
Cuarta parte: Consideraciones finales....370
Anexos....379
Anexo 1....381
Anexo 2....467
Anexo 3....410
Anexo 4....411
Anexo 5....437
Anexo 6....444
Anexo 7....445
Anexo 8....519
Anexo 9....530
Anexo 10....539
CRÉDITOS....547

RESUMEN EJECUTIVO

Diagnóstico de la situación institucional al inicio del período

Debilitamiento del liderazgo del Ministerio de Salud como institución rectora de la salud pública

El Ministerio de Salud es el garante de la salud de la población. Asimismo, la Ley General de Salud, le otorga la Rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud. Al inicio de la administración se encontró lo siguiente:

- Funciones Esenciales en Salud Pública Debilitadas: Se observa un retroceso en la evaluación de la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, en las funciones de promoción de la salud así como en el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

- Estructura organizacional no ajustada a las necesidades de la institución, lo cual generaba duplicidades y traslapes entre las funciones de algunas unidades organizativas, y vacíos o zonas grises en algunas áreas.

- Debilitamiento y supresión de algunas unidades organizativas estratégicas para el ejercicio de la rectoría (Protección del Ambiente Humano, Contraloría de Servicios, Auditoría General de Servicios de Salud, entre otras).

- Sustitución de la función esencial de salud pública de “Promoción de la Salud” por la mercadotecnia de la salud.

- Desarticulación funcional entre los tres niveles de gestión.

- Estructura programática no acorde con el quehacer institucional.

- Centralización de la gestión presupuestaria y desligada del proceso de planificación.

Acciones estratégicas tomadas

Con el fin de dar respuesta a los problemas mencionados, la presente Administración desarrolló las siguientes líneas de acción:

- Desarrollo del proceso de *"Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública*", a nivel nacional, y formulación de un plan de acción correctivo.

- Redefinición e implementación de un nuevo Modelo de Promoción de la Salud como función esencial de salud pública y eje transversal de las acciones en salud.

- Ajuste de la estructura organizativa y programática de la institución

- Orientación de la planificación estratégica y operativa en el modelo de gestión por resultados en los tres niveles de gestión.

- Desarrollo de sistemas de información tanto para la gestión institucional como para la toma de decisiones y el fortalecimiento del rol rector.

- Fortalecimiento de las funciones de regulación, así como de los procesos de vigilancia y control de la salud.

Logros alcanzados

- A continuación se describen algunos de los logros más significativos de la Administración de acuerdo con las acciones estratégicas establecidas. En el punto 2 de la tercera parte del presente informe se describen los logros institucionales del período 2014-2018 en forma detallada.

- Definición y oficialización del Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud mediante el Decreto Ejecutivo N°40706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MIDEPOR. Creación de las Comisiones. Promoción de La Salud, Alcance 263 a la Gaceta No. 207 del 2 de noviembre de 2017.

- Implementación de la Plataforma "Regístrelo" para el registro de productos de consumo humano (medicamentos, alimentos, cosméticos, productos de higiene, productos naturales, entre otros) en horario de 24 horas, los siete días de la semana, que ha permitido disminuir los tiempos de registro, favoreciendo la competitividad de las industrias.

- Oficialización de: *Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos, la Estrategia Nacional para la Separación, Recuperación y Valorización de Residuos* (Estrategia

Nacional de Reciclaje), la Guía Técnica para la *Gestión Integral de los Residuos Electrónicos y Eléctricos* y la campaña *Ecolones*.

- Se cuenta con una plataforma digital interactiva del Observatorio Geográfico en Salud, con mapas de establecimientos en salud (Ministerio de Salud y CEN-CINAI) así como 17 mapas temáticos sobre cáncer, enfermedades vectoriales, mortalidad prematura y disposición de residuos.

- Se desarrolló una metodología para integrar una Cuenta Nacional de Salud con estimaciones hasta el año 2016 y se encuentra en proceso de integración la 2017.

- Desarrollo e implementación del *"Sistema de Receta Digital"* el cual facilita y estandariza la emisión de recetas para la adquisición de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Esto permitirá brindar un seguimiento automatizado para facilitar el despacho de las recetas y fortalecer los controles en la distribución de este tipo de fármacos por parte de los médicos y odontólogos privados, las farmacias y droguerías.

- Elaboración de la Norma Técnica que establece los lineamientos pertinentes para la práctica de la FIV, la conservación de los gametos y la habilitación del primer servicio de salud que aplica esta técnica de reproducción asistida en Costa Rica (Decreto Ejecutivo N°39210-MP-S).

- Publicación de los Decretos Ejecutivos N° 39895-S "Reglamentación a la Ley N°9222: Ley de donación y trasplantes" del 12 octubre 2016; Decreto Ejecutivo N°40.004-S "Distribución hepática proveniente de donante cadavérico", autorización de 20 establecimientos de salud para la realización de procesos de donación y trasplante y definición de los *"Criterios de distribución y asignación renal proveniente de donante cadavérico*".

- Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SINAVISA), mediante la integración de módulos que permiten la vigilancia y el control de eventos en salud, factores protectores, para el abordaje integral de dichos eventos y la toma de decisiones estratégicas.

- Mediante la conducción del Ministerio de Salud y el aporte económico gubernamental, la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE)

aprobó la introducción de la vacuna contra el rotavirus a partir del año 2018, la cual se utilizará en menores de un año, para prevenir la diarrea aguda por rotavirus.

- Implementación de la *"Estrategia para el Abordaje de las Enfermedades no Trasmisibles"*, mediante acciones interinstitucionales conducidas por el Ministerio de Salud durante el período 2014-2017. Se observó una disminución del porcentaje de muertes prematuras (personas de 30-69 años) por enfermedades no trasmisibles, de un 20% en el 2012 a un 18% en el 2016.

- Elaboración del *"Programa de Gestión de Químicos Industriales"* que permite tomar medidas de prevención de riesgo para la salud de las personas y el ambiente.

- Evaluaciones positivas de la OCDE en los Comités de Salud y Químicos que lidera el Ministerio de Salud.

Acciones y medidas en beneficio de poblaciones vulnerables

Envejecimiento saludable

En el marco del Encuentro Mundial de Zonas Azules, Nicoya 2017, los y las jerarcas institucionales firmaron el "Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional" que garantizará la definición de lineamientos de políticas públicas desde las necesidades locales, para preservar la Zona Azul de la Península de Nicoya.

Embarazo adolescente

Conclusión de la primera etapa del Proyecto SM-2015: Prevención del Embarazo Adolescente, el cual permitió la implementación de un abordaje integral del tema de salud sexual y reproductiva en esta población, en las regiones Huetar Caribe y Brunca, que cuentan con altas tasas de embarazo adolescente.

El proyecto impulsó la elaboración de la Norma Nacional de Atención Integral de la Persona Adolescente, la creación de espacios amigables en los servicios de salud para la atención de esta población, la adquisición de métodos anticonceptivos de última generación adecuados

para las personas adolescentes, definición de estrategias de comunicación y capacitación entre pares para la prevención del embarazo, entre otras actividades.

Población en condición de pobreza

Con respecto a esta población se emiten las siguientes directrices ministeriales:

- DIRECTRIZ 037-S: Se instruye a las entidades de la Administración Pública, centralizadas y descentralizadas, para que dentro de sus competencias, brinden dentro del territorio nacional, atención integral en salud por enfermedades de transmisión sexual, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, la sífilis, la infección gonocócica, el linfogranuloma venéreo, la clamidiasis, el chancro blando, el granuloma inguinal, la tricomoniasis, la infección anogenital debida al virus del herpes, a la población tanto nacional como extranjera, que esté en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica Publicado en La Gaceta N° 233 del 1 de diciembre del 2015.
- DM-FG-4287-2015: Directriz Ministerial para comunicar a la Dirección Nacional de CEN-CINAI el "Procedimiento para garantizar acceso prioritario y preferente familias condición pobreza estrategia puente al Desarrollo según Decreto Ejecutivo-38954-MTSS-MDHIS-MIDEPLAN" 04 de setiembre del 2015.

Poblaciones LGBTI

A partir del DECRETO EJECUTIVO N°38999-MP-RE-JP-SP-H-MAG-MEIC-MINAE-MOPT-MEP-S-MTSS-CMIDEPLAN-MICITT-MIVAH-MC-T-MDHIS-MCM-MIDEPOR publicado en el 2015, el Ministerio de Salud implementa las *"Directrices para la garantía del derecho a la Salud de personas LGTBI"* mediante procesos de sensibilización en los tres niveles de gestión institucionales.

Asimismo, se fortaleció la conformación de la Comisión Institucional para la Igualdad y la no Discriminación hacia la Población Sexualmente Diversa, la cual elabora el "*Plan Institucional en contra de la Discriminación hacia la Población Sexualmente Diversa 2015-2018*".

Publicación de una reforma al Decreto Ejecutivo N°32544-S del 9 de febrero del 2005 *"Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud"* en el que se reconocen derechos

de funcionarios/as lesbianas, gais, bisexuales, tran e intersex/ LGTBI. Se designa un espacio para la Comisión y se incorpora el tema de la diversidad sexual en la página web del Ministerio de Salud.

El 4 de setiembre de cada año se celebrará el *"Día Nacional para la Promoción del Uso del Condón Masculino y femenino",* según el Decreto Ejecutivo N°40539-S "Declaratoria Oficial del Día Nacional para la Promoción del Uso del Condón Masculino y Femenino", La Gaceta N°158 del 22 de agosto de 2017, Alcance 204.

Población desde el curso de vida

Durante el período 2014-2017 se conformó la Comisión Técnica Interinstitucional para la Elaboración de la *"Estrategia y del Plan de Acción de la Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable Basado en el Curso de Vida, 2017-2021"*, con participación de representantes de: CCSS, MEP, UCR, UNA, CONARE, Consejo de la Persona Joven, INAMU, PANI, UGL, AED, Asociación Gerontológica de Costa Rica (AGECO), DINADECO, AED, Ministerio de Cultura y OPS/OMS.

Además se implementó un plan "piloto" de ambientes promotores del envejecimiento desde el curso de vida, en las Áreas Rectoras de Nicoya, Pérez Zeledón, Santa Ana y Parrita.

Población afrodescendiente

Se concretó la elaboración del *"Plan Nacional de Salud de la Población Afrodescendiente"*.

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN Y MARCO DE GESTIÓN

I.1. Reseña Institucional

El 12 de julio de 1922, por Decreto Ejecutivo Nº1 y durante la presidencia de Don Julio Acosta García, se creó la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública dependiente de la Secretaría de Policía, con el objeto de centralizar las distintas actividades relacionadas con la higiene y la salubridad pública.

Desde esa fecha, el cargo de Sub secretario fue desempeñado por el Doctor Solón Núñez Frutos, quien más tarde, al crearse en el año 1927 la Secretaría o Ministerio de Salubridad Pública y Protección Social (Decreto Ejecutivo Nº 24 de 4 de junio), continúa en el cargo de Secretario de Salud Pública hasta 1936, para reasumirlo nuevamente entre los años 1943 y 1948.

La Ley N°52, de 12 de marzo de 1923, "*Sobre Protección de la Salud Pública"*, constituye en esencia el "Primer Código Sanitario" del país. Esta ley reconoce que la salud a nivel nacional estaría a cargo del Estado, mientras que la salud local, quedaría bajo la responsabilidad de los Municipios. La Subsecretaría, que aquí se designa como de "*Higiene y de Salud Pública*", estaría asesorada por la Facultad de Medicina y otras Facultades, en lo referente a sus dominios especiales, y quedaría integrada por el Instituto de Higiene, las Jefaturas Sanitarias (Municipales), las Jefaturas de Sanidad Marítima y las Estaciones Sanitarias marítimas y terrestres así como otros servicios relacionados.

Entre 1922 y 1949, la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, primero, y luego la Secretaría o Ministerio de Salubridad Pública y Protección Social, se preocupan de la creación de organismos especializados para afrontar los grandes problemas sanitarios del país.

De 1949 en adelante la Secretaría o Ministerio de Salubridad Pública y Protección Social se aboca a la emisión de reglamentación diversa, relacionada con los problemas de salud de la época, la sanidad de las comunidades y la atención de la enfermedad, con lo cual Costa Rica se adelanta a casi todas los países de América Latina, creando una Secretaría de Salud e incorporando a ella, los servicios de asistencia pública.

La primera Ley Constitutiva que introduce los seguros sociales en el país, es la N°17 del 1° de noviembre de 1941, la cual crea la Caja Costarricense de Seguro Social, que inicia servicios

en lo que respecta al seguro de Enfermedad y Maternidad. Dicha institución tiene su sustento legal en el ordenamiento constitucional de la República. En efecto, en 1943, al incorporarse a la Constitución Política en el Capítulo correspondiente a las Garantías Sociales (según Ley N°24 de 2 de Julio de 1943), el Seguro Social trasciende a norma constitucional.

El año 1950 constituye la encrucijada cronológica en que todos los principios de salud pública y la legislación creada para aplicarlos comenzaron a concretarse en actividades territoriales debidamente coordinadas e implementadas a nuevas áreas del país. Es igualmente el año en que se realiza un censo de población cuyos datos serán clave para la planificación de los nuevos servicios.

Igualmente, 1950 ve nacer una nueva concepción de la salud pública, con el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como Agencia Especializada de las Naciones Unidas. La acción de la Organización se hace sentir sobre las Américas, mediante el arreglo especial firmado con la Oficina Sanitaria Panamericana que queda como órgano ejecutivo de la nueva Organización. Por medio de la Oficina se inician programas cooperativos de salud y el país recibe asesoramiento para la implantación de algunos proyectos, o para la expansión de actividades existentes.

Es en este mismo año que se crea la Dirección General de Salubridad que integra la medicina preventiva que se venía desarrollando descoordinadamente en una serie de Departamentos del Ministerio de Salubridad. De igual forma, en ese año se reorganiza la Asistencia Médico-Social para reorientar las actividades médico-curativas en el país.

En octubre de 1965, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salubridad Pública establecen un plan de trabajo coordinado, para beneficio de la población costarricense y en cumplimiento de las obligaciones respectivas de cada institución en el campo de la salud. Este convenio comprendió el desarrollo de programas de medicina preventiva, que abarcarían tanto a la población asegurada como a la que aún no lo estaba, y su ejecución se haría por medio de proyectos específicos en todo el país. Tanto la Caja como el Ministerio se comprometieron a prestarse la más estrecha cooperación, a fin de alcanzar la meta común de mejoramiento de la salud nacional.

En ese mismo año, por iniciativa del Ministerio de Salubridad Pública y con el concurso de la Oficina de Planificación Nacional, se integraron al proceso de programación de la salud a nivel nacional tanto la Caja Costarricense de Seguro Social como el Servicio Nacional de

Acueductos y Alcantarillados. Se constituyó un Grupo de Alto Nivel formado por el Ministro, el Director de la Oficina de Planificación Nacional y los gerentes de las instituciones mencionadas, con el objeto de mejorar la coordinación de dichos organismos, tanto en la formulación como en la ejecución de los programas nacionales de salud.

En 1971 se formula el primer "*Plan Nacional de Salud"*. Dicho Plan reconocía como uno de los principales problemas, la existencia de una inadecuada organización de los servicios de salud para implementar la política sectorial recomendada. El Sector Salud estaba compuesto por 18 instituciones con escasa, coordinación, inadecuada utilización y distribución desproporcionada de recursos. A fin de enfrentar y solucionar esta problemática, el "*Plan Nacional de Salud 1971-1980*" estableció las premisas básicas y funciones del Sector Salud, que sirvieron como lineamientos generales para diseñar tres modelos alternativos o estrategias de reestructuración.

El 26 de abril de 1971 se promulga la Ley N°4750 que reformó el Artículo N°3 de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual fue conocida popularmente como *"Ley de Universalización del Seguro Social"*, que regula dicha universalización por etapas.

El 24 de setiembre de 1973 fue promulgada la ley N°5349 conocida como "*Ley de Traspaso a la Caja de establecimientos médico-asistenciales dependientes del Ministerio de Salud; Juntas de Protección Social y Patronatos*" con el propósito de ampliar los recursos materiales, humanos y financieros del CCSS, para que pudiera extender sus servicios a toda la población bajo un solo servicio de atención médica integral. La Caja, por su parte, queda obligada a prestar atención médica a la población asegurada y no asegurada, al asumir los establecimientos traspasados.

Se determina que el Ministerio de Salud será la entidad rectora del sector, por medio de su función normativa y planificadora.

El 30 de octubre de 1973, fue promulgada la *''Ley General de Salud"*, Nº 5395, la cual define un sistema regulador de las actividades de los individuos y empresas en el campo de la salud humana y ambiental, mediante un conjunto de principios obligatorios que reconocen a las personas derechos concernientes a su salud y regulan su conducta respecto a todos aquellos asuntos que determinan la salud individual y colectiva.

La Ley General de Salud le asigna al Ministerio de Salud la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas que afectan la salud, así como la ejecución de aquellas que le competen conforme a la Ley.

La *"Ley Orgánica del Ministerio de Salud",* N°5412 del 8 de noviembre de 1973, determina la reorganización estructural y funcional de los servicios institucionales refiriéndose a las estructuras más importantes. Asigna al Ministerio la definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país.

En la década de 1990, se inició el Proyecto de "*Reforma del Sector Salud",* el cual se caracterizó por un fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud, así como por la consolidación del sistema de prestación de servicios integrales de salud a toda la población por parte de la CCSS.

A partir del nuevo milenio la institución ha realizado diversos ajustes a su organización interna, para adecuar los procesos y hacerlos más eficientes, así como desarrollar nuevas funciones de rectoría, fortaleciendo de esta manera la dirección, conducción y regulación del Sistema Nacional de Salud.

I.2. Marco de Gestión

Misión Institucional

Somos la institución que dirige y conduce a los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes, mediante el ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propiciando un ambiente humano sano y equilibrado, bajo los principios de equidad, eficiencia, calidad, transparencia y respeto a la diversidad.

Visión Institucional

Seremos la autoridad sanitaria respetada a nivel nacional e internacional, que ejerce la Rectoría del Sistema Nacional de Salud con capacidad técnica y resolutiva, liderazgo y participación social.

Valores Institucionales

Liderazgo

Transparencia

Compromiso

Respeto

Excelencia

Lealtad

I.3. Objetivos Estratégicos Institucionales

1 Dirigir y conducir a las instituciones del sector y otros actores sociales, que intervienen en el proceso salud-enfermedad, con el fin de mejorar el estado de salud de la población.

1.1. Consolidar el derecho a la salud, como un derecho humano, bajo los principios de equidad, calidad, oportunidad y participación social, mediante el ejercicio de la rectoría.

1.2. Formular, implementar y dar seguimiento a políticas, planes, programas y proyectos, con el fin de contribuir al cumplimiento de mantener y mejorar el estado de salud de la población, desde el abordaje de los determinantes de la salud y participación social.

1.3. Fortalecer el desarrollo de las prácticas de vida saludable, mediante la participación de las instituciones, los actores sociales y la población, para el mejoramiento del estado de salud.

1.4. Desarrollar estrategias de negociación y concertación con instituciones, actores sociales y la población, a fin de crear las condiciones que favorezcan las prácticas saludables.

1.5. Desarrollar la planificación estratégica y operativa a corto, mediano y largo plazo, basadas en gestión por resultados, para el cumplimiento de las funciones rectoras en forma eficiente y eficaz.

1.6. Fortalecer los procesos de generación y utilización del conocimiento científico y tecnológico en salud, como base para la toma de decisiones basada en evidencia.

1.7 Fortalecer la cooperación internacional y nacional en salud, mediante el desarrollo de alianzas estratégicas con instituciones, organismos y otros actores dentro y fuera del país, a fin de mejorar el ejercicio de la rectoría.

1.8. Fortalecer el área de recursos humanos en salud y la de gasto y financiamiento en salud, mediante el análisis de situación, para la toma de decisiones.

2. Ejercer la regulación y el control de servicios, establecimientos, productos de interés sanitario, eventos, ambiente humano e investigaciones y tecnologías en salud, con el fin de proteger y mejorar el estado de salud de la población.

2.1. Fortalecer el registro y control de productos de interés sanitario, con el fin de garantizar su seguridad eficacia y calidad, mediante la aplicación de la normativa vigente.

2.2. Fortalecer la regulación de servicios de salud mediante la aplicación de la normativa vigente, con el fin de proteger y mejorar la salud de la población.

2.3. Fortalecer la regulación de servicios, establecimientos y eventos mediante la aplicación de la normativa vigente, con el fin de proteger y mejorar la salud de la población.

2.4. Fortalecer la regulación de eventos e investigaciones en salud mediante la aplicación de la normativa vigente, con el fin de proteger y mejorar la salud de la población.

3. Fortalecer la vigilancia de los determinantes de la salud (salutogénicos y patogénicos) con el fin de promover la salud y disminuir los riesgos y daños a la salud de la población y el ambiente humano.

3.1. Desarrollar procesos permanentes de análisis de la situación de salud de la población, a fin de identificar los factores protectores, así como los riegos y daños a la salud, como base para la planificación y la toma de decisiones.

3.2. Fortalecer la vigilancia activa de eventos y factores de riesgo en salud, mediante el registro y análisis de información, así como de intervenciones, para la toma de decisiones oportuna y de calidad.

3.3. Fortalecer el control de vectores y el saneamiento básico, mediante la prestación de los servicios eficientes y oportunos con la participación de la comunidad.

4. Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud, mediante el desarrollo de las condiciones y capacidades institucionales necesarias para el ejercicio eficiente y eficaz de sus funciones.

4.1. Lograr que la planificación estratégica y operativa constituyan la base para la asignación de los recursos financieros, a fin de que respondan a las necesidades de la institución y de acuerdo con las directrices de gobierno, mediante la articulación de las unidades organizativas correspondientes en los tres niveles de gestión.

4.2. Fortalecer los procesos de adquisición de bienes y servicios, a fin de que los mismos respondan en cantidad, calidad y en forma oportuna a las necesidades de la institución, bajo las normas de control interno y transparencia.

4.3. Dotar a la institución de la infraestructura y los servicios generales requeridos para el desarrollo de las funciones rectoras, a fin de responder a las necesidades de la población.

4.4. Reducir la brecha tecnológica de la institución mediante el fortalecimiento de las tecnologías de información y comunicación, a fin de desarrollar las funciones rectoras en forma eficiente y eficaz.

4.5. Contar con el recurso humano idóneo y necesario, para una gestión institucional eficiente y eficaz.

4.6. Desarrollar procesos de rendición de cuentas y transparencia, mediante la fiscalización y comunicación permanente y continua del quehacer institucional.

4.7. Fortalecer la atención al cliente externo e interno mediante servicios simplificados, oportunos y de calidad, a fin de lograr la satisfacción de los usuarios.

4.8. Fortalecer el proceso de soporte jurídico, mediante el desarrollo de intervenciones oportunas y de calidad, como base para la toma de decisiones de las autoridades institucionales.

4.9. Desarrollar la ética y la comunicación estratégica institucional en los tres niveles de gestión, a fin de fortalecer la imagen institucional interna y externa.

4.10. Promover una cultura institucional sustentada en la calidad, mediante el desarrollo de un sistema de gestión de calidad, que permita la mejora continua de los procesos en los tres niveles de gestión.

I.4. Políticas Institucionales

1. Los principios de participación social, enfoque de género, inclusión, no discriminación y respeto a la diversidad permearán el accionar de la institución.

2. El liderazgo, la negociación y la concertación constituirán la base para el ejercicio de la rectoría y las relaciones con las instituciones, actores sociales y la población, a fin de mantener y mejorar la salud de los habitantes del país.

3. La institución promoverá acciones que faciliten el desarrollo de prácticas saludables y de salud ocupacional en procura de una mejor calidad de vida de los y las funcionarios/as.

4. La institución contará con el capital humano idóneo, comprometido, capacitado y acorde con los requerimientos para el cumplimiento de las funciones rectoras.

5. La educación continua será fundamental para fortalecer la capacidad técnica, resolutiva y el liderazgo del capital humano de la institución.

6. La institución implementará el proceso de supervisión y acompañamiento como elemento fundamental para la mejora continua.

7. El Ministerio de Salud realizará las gestiones pertinentes para contar con los recursos financieros, bienes y servicios en cantidad, calidad y oportunidad para el cumplimiento de las funciones rectoras.

8. La transparencia, la rendición de cuentas y la simplificación de trámites deberán estar presentes en todos los procesos desarrollados por la institución.

9. El accionar institucional estará orientado por la ética y el enfoque de gestión del riesgo en los tres niveles de gestión y basado en la evidencia.

10. El sistema de calidad constituye el eje transversal de todas las acciones y procesos desarrollados por el Ministerio de Salud en los tres niveles de gestión.

11. El servicio al cliente externo e interno se realizará en forma eficiente y eficaz, de manera oportuna, con calidez y calidad en los tres niveles de gestión.

12. El Ministerio de Salud fortalecerá la utilización de tecnologías en información y comunicación de punta para la optimización de sus funciones.

13. La implementación del Programa de Gestión Ambiental Institucional (PGAI) garantizará el uso adecuado de los recursos hídricos, energéticos, la gestión integral de los residuos y la protección del ambiente en general, a fin de que la institución contribuya al logro de la meta país de alcanzar la C- Neutralidad en el año 2021.

14. La comunicación a lo interno de la institución estará orientada hacia el suministro de información positiva y motivadora a sus funcionarios/as., que promueva relaciones laborales basadas en la solidaridad, la comprensión y respeto.

15. El Ministerio de Salud proyectará la seriedad de la organización y de las actividades de interés público en salud, mediante una comunicación veraz, rigurosa, fluida y expedita.

I.5. Organización del Ministerio de Salud

Mediante Directriz N°006 MIDEPLAN, el Poder Ejecutivo define catorce sectores para mejorar la coordinación y organización del aparato público estatal. Entre ellos se crea el Sector Salud, Nutrición y Deporte cuya rectoría recae en el Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, como ente rector de la salud, lidera y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales clave y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población.

La organización de la institución se establece en el “Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud”, según Decreto Ejecutivo N°40724-S, publicado en el Alcance de la Gaceta Digital N° 273 del 14 de noviembre del 2017.

El Ministerio de Salud se divide en tres niveles de gestión.

Nivel Central. Constituye el nivel político-estratégico y técnico-normativo de la institución. Determina, formula y garantiza el cumplimiento de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional. Brinda supervisión y acompañamiento

al nivel regional, según corresponda, a los niveles regional y local. Ejecuta directamente las actividades operativas para cumplir con las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) en ámbitos geográficos que requieren de un abordaje nacional o multiregional. El nivel central del Ministerio de Salud cuenta con la Dirección General de Salud y sus Direcciones de nivel central para colaborar en el ejercicio de la Rectoría Técnica.

Nivel Regional. Constituye el nivel político-táctico y enlace entre el nivel central y el nivel local. Apoya a las unidades organizativas del nivel central en la determinación, formulación y en la garantía del cumplimiento de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional. Brinda supervisión y acompañamiento al nivel local. Ejecuta directamente las actividades operativas para cumplir con las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) en ámbitos geográficos que requieren de un abordaje regional o multilocal. El nivel regional del Ministerio de Salud cuenta con las Direcciones Regionales de la Salud para colaborar en el ejercicio de la Rectoría Técnica.

Nivel Local. Constituye el nivel político-operativo de la institución para la ejecución de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) y de provisión de servicios de salud. Participa, conjuntamente con los niveles central y regional, en la determinación, formulación y ejecución de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional. El nivel local del Ministerio de Salud cuenta con las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud para colaborar en el ejercicio de la Rectoría Técnica.

I.5.1. Nivel Central

Nivel político

Está conformado por el Despacho Ministerial del Ministro o Ministra de Salud. Es el órgano jerárquico superior del Ministerio de Salud. Está conformado por el Ministro o Ministra, los/las Viceministros/as y el Oficial Mayor que defina el Presidente de la República.

De este Despacho dependen las siguientes unidades organizativas:

Dirección de Asuntos Jurídicos

Unidad organizativa asesora que brinda el soporte jurídico que el Despacho del/la Ministro/a

y el Ministerio le solicite, además, le corresponde revisar los instrumentos legales en los que interviene el Ministerio de Salud, así como mantener un inventario de leyes, decretos, acuerdos, convenios y otros instrumentos jurídicos relacionados con la producción social de la salud y la rectoría en materia de salud pública.

Dirección de Auditoría Interna

Unidad Organizativa que proporciona seguridad razonable a la población, de que la actuación del/la jerarca y de los subordinados se ejecute de conformidad con el marco estratégico institucional, el marco legal y las sanas prácticas. Su objetivo consiste en proporcionar seguridad razonable a la población, de que la actuación del/la jerarca y de los/las subordinados se ejecute de conformidad con el marco estratégico institucional, el marco legal y las sanas prácticas. Para ello, evalúa y promueve la mejora de la efectividad de la administración del riesgo, del control y de los procesos de dirección y evalúa la actuación de las unidades organizativas en la ejecución de la Rectoría Técnica de la salud, la provisión de servicios de salud y la gestión institucional.

Unidad de Relaciones Internacionales

La Unidad de Relaciones Internacionales es una unidad organizativa asesora, dependiente orgánicamente del Ministro o Ministra de Salud. Su objetivo consiste en apoyar al Despacho del Ministro o Ministra en la ejecución de la función de Dirección Política de la Salud en el ámbito de asuntos internacionales, así como normalizar las prácticas relacionadas con este ámbito y asesorar en su implementación a las instituciones del Sector Salud, Nutrición y Deporte y a las unidades organizativas del Ministerio de Salud y sus entidades adscritas que lo requieran. Además, mantiene un inventario de acuerdos, convenios y demás asuntos internacionales, tanto del Ministerio como del Sector.

Contraloría de Servicios

La Contraloría de Servicios es una unidad organizativa dependiente orgánicamente del/la Ministro/a de Salud. Su objetivo consiste en involucrar a la ciudadanía en la fiscalización de la prestación de los servicios públicos, mediante el ejercicio de su derecho de petición y manifestación de su inconformidad en forma individual o colectiva sobre la calidad de los servicios, con el propósito de garantizarle de esta manera que sus demandas sean escuchadas y resueltas.

Comunicación e Imagen

La Unidad de Comunicación e Imagen es una unidad asesora dependiente orgánicamente del Ministro o Ministra de Salud. Su objetivo consiste en desarrollar estrategias de comunicación, información, imagen y mercadeo social, sobre el accionar del Ministerio de Salud y de eventos en salud, con el propósito de fortalecer su imagen y del sector, brindar insumos a las Autoridades para la toma de decisiones, así como, mantener informada a la población y contribuir al posicionamiento de estilos de vida saludables.

Secretaría Técnica de Salud Mental

La Secretaría Técnica de Salud Mental es un órgano técnico, adscrito al Despacho del del/la Ministro/a de Salud, cuyo objetivo es abordar en forma integral el tema de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la participación de otras instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica.

Dirección de Planificación

La Dirección de Planificación es una unidad organizativa asesora dependiente del Despacho Ministerial. Su objetivo consiste en apoyar al Despacho Ministerial en el alineamiento estratégico de la institución, ejecutando los procesos de planificación estratégica y operativa a nivel institucional, sectorial e intersectorial. Además, le corresponde conducir el desarrollo del sistema de mejoramiento continuo institucional, control interno, así como identificar y liderar la elaboración de proyectos de inversión pública, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, y asesora al Despacho del/la Ministro o Ministra, Viceministro/a, Director/a General y a las demás unidades organizativas de la institución en los temas de su competencia.

Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación

Tiene como objetivo garantizar que las tecnologías de información y comunicación respondan a las necesidades institucionales mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de la seguridad, disponibilidad, integridad y oportunidad de los sistemas de información, la infraestructura y los servicios, a fin de fortalecer la rectoría y la toma de decisiones.

Dirección General de Salud

Es una unidad organizativa que depende orgánicamente del/la Ministro o Ministra. Su principal objetivo es orientar y conducir la gestión del Ministerio de Salud para garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional, a nivel nacional, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Asegura que todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida. Emite lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el/la jerarca de la institución. Le corresponde coordinar con la Dirección de la División Administrativa y la Dirección de Planificación, la presentación al Ministro o Ministra del proyecto de presupuesto institucional a más tardar el día 15 de mayo de cada año, para su aprobación.

Para el desarrollo de sus funciones, la Dirección General de Salud cuenta con las siguientes instancias que tienen una dependencia orgánica:

Dirección de Promoción de la Salud

La Dirección de Promoción de la Salud depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en conducir de manera efectiva y articulada los esfuerzos y los recursos institucionales, sectoriales e intersectoriales, así como de otros actores sociales y de la sociedad civil, para potencializar y desarrollar los factores protectores, determinantes y condicionantes, que generan y fortalecen la salud en la población desde una visión positiva.

Dirección de Vigilancia de la Salud

La Dirección de Vigilancia de la Salud depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en dirigir las acciones de vigilancia de la salud a nivel nacional, mediante el registro y análisis de datos de interés epidemiológico, con el fin de facilitar información para la toma de decisiones de forma oportuna y basada en evidencia, así como asesorar y apoyar las intervenciones epidemiológicas para la protección y mejoramiento de la salud de la población.

Dirección de Nutrición y Deporte

La Dirección de Nutrición y Deporte depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste conducir el desarrollo de acciones para el ejercicio de la Rectoría

Técnica en el campo de la alimentación y nutrición, la actividad física y deporte, a fin de proteger y mejorar el estado de salud de la población.

Dirección de Productos de Consumo Humano

Dirección de Productos de Consumo Humano depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en procurar, la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad de los productos que afectan directa o indirectamente la salud de las personas, así como de los establecimientos relacionados con éstos, mediante la aplicación de procesos de registro, normalización y control, con el fin de contribuir a la protección y mejoramiento de la salud de la población. Esta Dirección ejerce la Secretaría de la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes.

Dirección de Servicios de Salud

La Dirección de Servicios de Salud depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en contribuir al mejoramiento de la calidad, el acceso y sostenibilidad de los servicios de salud, mediante el desarrollo de normalización y control de los servicios de salud, bajo el enfoque de Rectoría Técnica de todos los temas relacionados con la atención directa a las personas.

Así como, generar análisis y la investigación para una adecuada planificación del recurso humano en salud acorde con las necesidades del país. Esta Dirección coordina con la Auditoría General de Servicios de Salud.

Dirección de Investigación y Tecnología en Salud

La Dirección de Investigación y Tecnología en Salud depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en articular y ejecutar los procesos de Rectoría Técnica en el ámbito de la investigación y tecnologías en salud a nivel nacional, así como de la modulación del gasto y financiamiento del Sistema Nacional de Salud, para garantizar que la generación de conocimiento responda a las prioridades nacionales, a criterios éticos y de calidad y que esté disponible, accesible y pueda ser utilizado como insumo para la toma de decisiones.

Dirección de Salud Ambiental

La Dirección de Salud Ambiental depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en contribuir a la protección y mejoramiento del ambiente humano, mediante el ejercicio de las funciones sobre los determinantes ambientales claves, que permitan mantener y fortalecer las condiciones de vida de la población nacional.

División Administrativa

La División Administrativa depende orgánicamente de la Dirección General de Salud. Su objetivo consiste en desarrollar los procesos de gestión de los recursos humanos, financieros, logísticos y atención al usuario/a para que se ejecuten con la calidad y oportunidad requeridas, de manera articulada y de acuerdo con la normativa vigente y en cumplimiento del marco estratégico.

La División Administrativa ejerce la Secretaría del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS). Además, el/la Director/a funge como administrador de la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS).

Esta División Administrativa cuenta, a su vez, con las siguientes Direcciones organizativas:

Dirección de Desarrollo Humano

Su objetivo es garantizar que la ejecución del proceso de gestión de recursos humanos, a nivel institucional, se realice de manera articulada, eficaz y con la requerida calidad. Define directrices técnicas, formula planes y proyectos. Establece procedimientos, desarrolla sistemas y ejecuta directamente las actividades operativas de dicho proceso correspondientes a la Dirección de Desarrollo Humano. Brinda supervisión capacitante al nivel regional y acompañamiento técnico al Despacho del/la Ministro o Ministra y a las divisiones y direcciones de los niveles central, regional y local.

Dirección Financiera, Bienes y Servicios

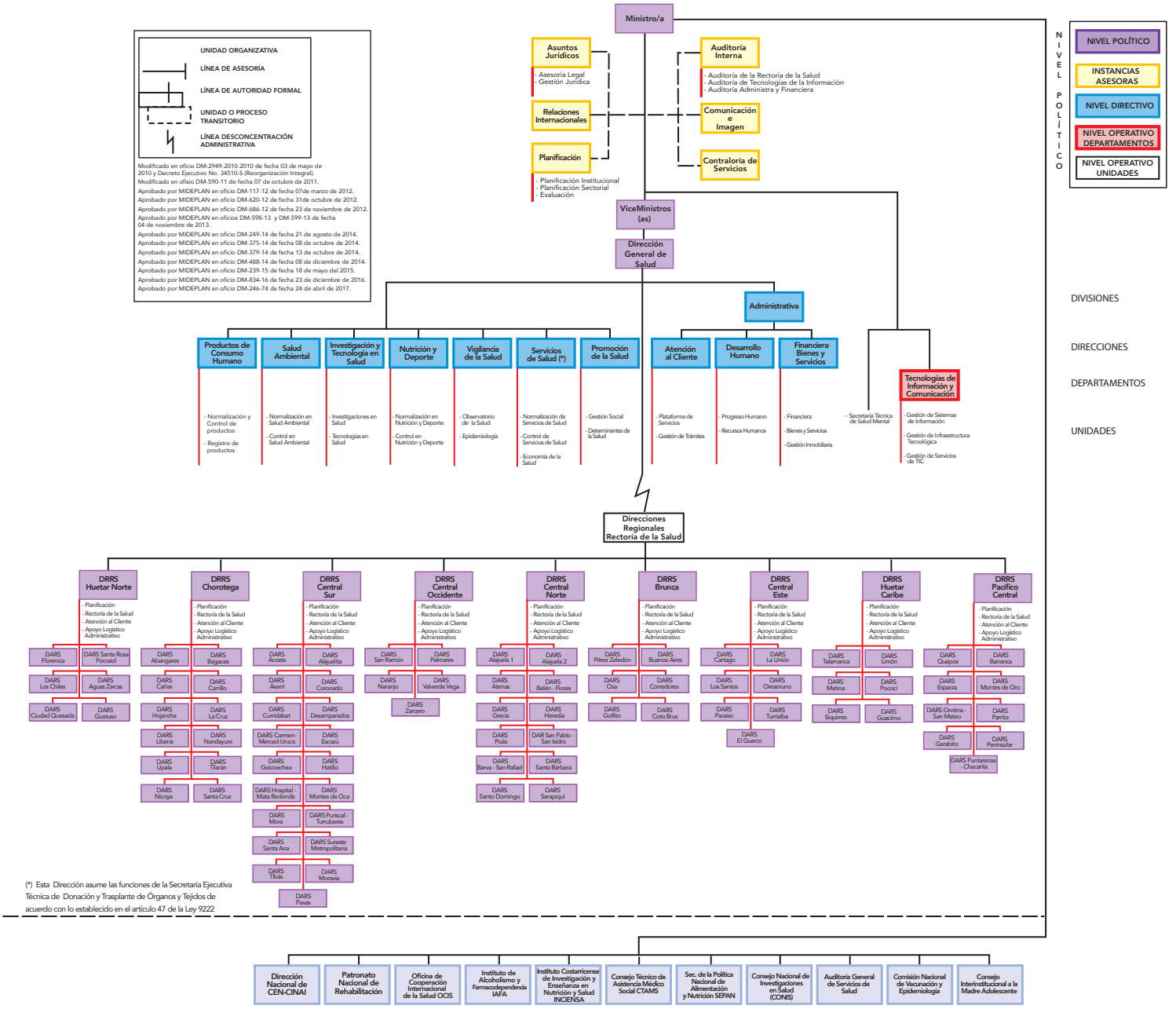
La Dirección Financiera depende orgánicamente de la División Administrativa. Su objetivo consiste en formular los anteproyectos y proyectos de presupuesto, así como el análisis de los resultados de la evaluación y la ejecución de los recursos financieros, monitoreo del entorno financiero, seguimiento y control de la correcta aplicación de la normativa vigente,

mediante la coordinación con la Dirección de Planificación y otras instituciones. Además, realiza la gestión de bienes y servicios, mantenimiento y adquisición de infraestructura, así como de los servicios generales institucionales, en forma oportuna y eficiente, de acuerdo con la normativa establecida y las necesidades institucionales.

Dirección de Atención al Cliente

La Dirección de Atención al Cliente depende orgánicamente de la División Administrativa. Su objetivo consiste en ejecutar el proceso de Atención al Cliente Interno y Externo en el nivel central, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el/la Director/a de la División Administrativa, normalizando la ejecución de este proceso en el nivel regional y local y asesorando a quienes lo requieran.

Organigrama Ministerio de Salud



I.5.2. Nivel Regional

Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud

Las Direcciones Regionales son unidades organizativas que responden a un modelo de desconcentración técnico, administrativo y geográfico y dependen jerárquicamente de la Dirección General de Salud.

Su objetivo consiste en garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel regional. Asegura que los componentes regional y 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 Producción Social de la Salud y con los lineamientos estratégicos emitidos por el/la Director/a General de Salud. Para cumplir con este objetivo dirigen y conducen a los actores sociales.

Está organizado en dos niveles:

a) Nivel político-estratégico. Conformado por el Despacho del/la Director/a Regional y la Unidad de Planificación.

b) Nivel operativo. Conformado por:

La Unidad de Rectoría de la Salud.

La Unidad de Atención al Cliente.

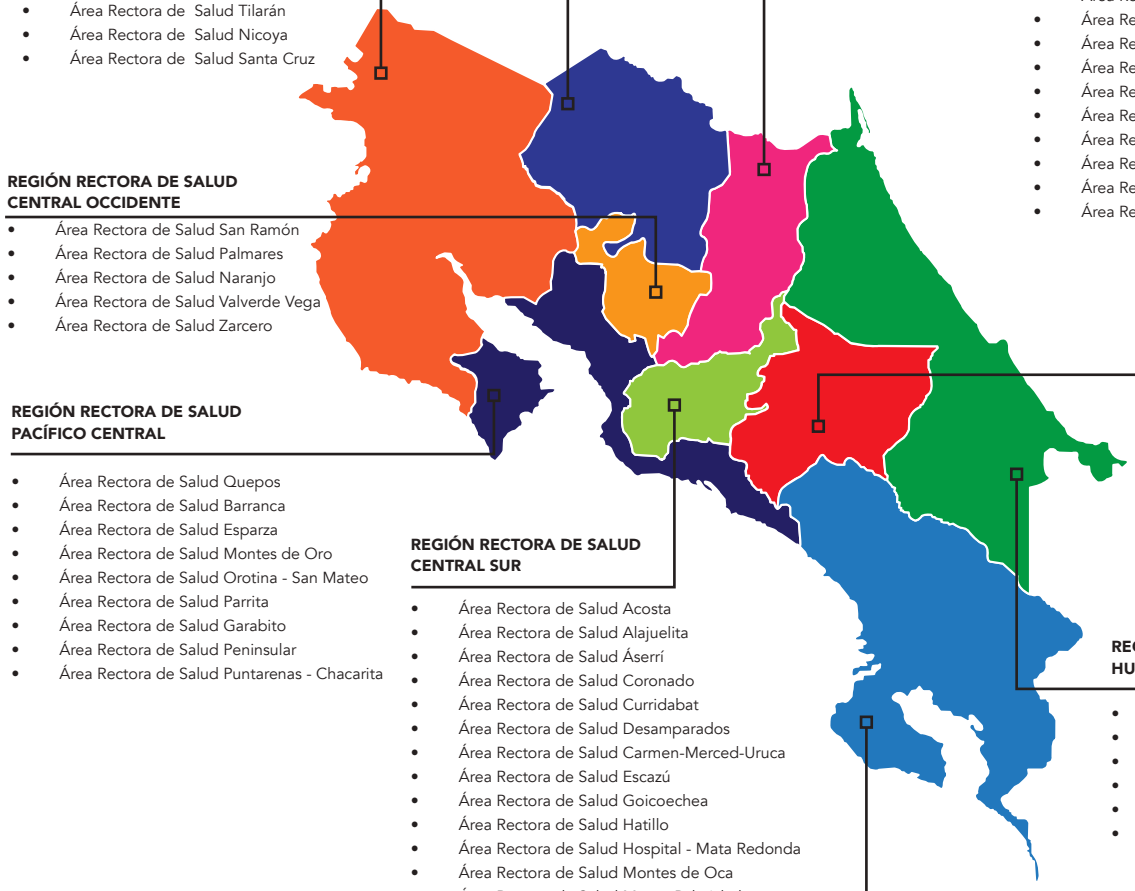
La Unidad de Apoyo Logístico Administrativo.

El Ministerio de Salud cuenta con nueve direcciones regionales:

- Dirección Regional de Rectoría de la Salud, Dirección Regional Brunca.
- Dirección Regional de Rectoría de la Salud, Región Central Este.
- Dirección Regional de Rectoría de la Salud, Región Central Norte.
- Dirección Regional de Rectoría de la Salud, Región Central Occidente.
- Dirección Regional de Rectoría de la Salud, Región Central Sur.

- Dirección Regional de Rectoría de la Salud, Región Chorotega.
- Dirección Regional de Rectoría de la Salud, Región Huetar Caribe.
- Dirección Regional de Rectoría de la Salud, Región Huetar Norte.
- Dirección Regional de Rectoría de la Salud, Región Pacífico Central.

Mapa de Regiones y Áreas Rectoras de Salud



REGIÓN RECTORA DE SALUD CHOROTEGA

- Área Rectora de Salud Abangares
- Área Rectora de Salud Bagaces
- Área Rectora de Salud Cañas
- Área Rectora de Salud Carrillo
- Área Rectora de Salud Hojancha
- Área Rectora de Salud La Cruz
- Área Rectora de Salud Liberia
- Área Rectora de Salud Nandayure
- Área Rectora de Salud Upala
- Área Rectora de Salud Tilarán
- Área Rectora de Salud Nicoya
- Área Rectora de Salud Santa Cruz

REGIÓN RECTORA DE SALUD HUETAR NORTE

- Área Rectora de Salud Aguas Zarcas
- Área Rectora de Salud Ciudad Quesada
- Área Rectora de Salud Florencia
- Área Rectora de Salud Guatuso
- Área Rectora de Salud Los Chiles
- Área Rectora de Salud Santa Rosa de Pocosol

REGIÓN RECTORA DE SALUD CENTRAL NORTE

- Área Rectora de Salud Alajuela 1
- Área Rectora de Salud Alajuela 2
- Área Rectora de Salud Atenas
- Área Rectora de Salud Belén - Flores
- Área Rectora de Salud Grecia
- Área Rectora de Salud Heredia
- Área Rectora de Salud Poás
- Área Rectora de Salud San Pablo - San Isidro
- Área Rectora de Salud San Rafael - Barva
- Área Rectora de Salud Santa Bárbara
- Área Rectora de Salud Santo Domingo
- Área Rectora de Salud Sarapiquí

REGIÓN RECTORA DE SALUD CENTRAL OCCIDENTE

- Área Rectora de Salud San Ramón
- Área Rectora de Salud Palmares
- Área Rectora de Salud Naranjo
- Área Rectora de Salud Valverde Vega
- Área Rectora de Salud Zarcero

REGIÓN RECTORA DE SALUD CENTRAL ESTE

- Área Rectora de Salud Cartago
- Área Rectora de Salud La Unión
- Área Rectora de Salud Los Santos
- Área Rectora de Salud Oreamuno
- Área Rectora de Salud Paraíso
- Área Rectora de Salud Turrialba
- Área Rectora de Salud El Guarco

REGIÓN RECTORA DE SALUD PACÍFICO CENTRAL

- Área Rectora de Salud Quepos
- Área Rectora de Salud Barranca
- Área Rectora de Salud Esparza
- Área Rectora de Salud Montes de Oro
- Área Rectora de Salud Orotina - San Mateo
- Área Rectora de Salud Parrita
- Área Rectora de Salud Garabito
- Área Rectora de Salud Peninsular
- Área Rectora de Salud Puntarenas - Chacarita

REGIÓN RECTORA DE SALUD CENTRAL SUR

- Área Rectora de Salud Acosta
- Área Rectora de Salud Alajuelita
- Área Rectora de Salud Áserrí
- Área Rectora de Salud Coronado
- Área Rectora de Salud Curridabat
- Área Rectora de Salud Desamparados
- Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca
- Área Rectora de Salud Escazú
- Área Rectora de Salud Goicoechea
- Área Rectora de Salud Hatillo
- Área Rectora de Salud Hospital - Mata Redonda
- Área Rectora de Salud Montes de Oca
- Área Rectora de Salud Mora - Palmichal
- Área Rectora de Salud Moravia
- Área Rectora de Salud Pavas
- Área Rectora de Salud Puriscal - Turrubares
- Área Rectora de Salud Santa Ana
- Área Rectora de Salud Sureste Metropolitana
- Área Rectora de Salud Tibás

REGIÓN RECTORA DE SALUD HUETAR CARIBE

- Área Rectora de Salud Talamanca
- Área Rectora de Salud Siquirres
- Área Rectora de Salud Limón
- Área Rectora de Salud Matina
- Área Rectora de Salud Guápiles
- Área Rectora de Salud Guácimo

REGIÓN RECTORA DE SALUD BRUNCA

- Área Rectora de Salud Pérez Zeledón
- Área Rectora de Salud Buenos Aires
- Área Rectora de Salud Osa
- Área Rectora de Salud Corredores
- Área Rectora de Salud Golfito
- Área Rectora de Salud CotoBrus

I.5.3. Nivel Local

Constituye el nivel político-operativo de la institución para la ejecución de las funciones rectoras y de provisión de servicios de salud.

Direcciones de Áreas Rectoras de Salud

Las unidades organizativas del nivel local responden a un modelo de desconcentración técnico, administrativo y geográfico y dependen jerárquicamente de las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud.

Su objetivo consiste en garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel local, asegurando que el componente local de todos los procesos institucionales se ejecute de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría Técnica de la Producción Social de la Salud y con los lineamientos tácticos emitidos por el/la Director/a Regional de Rectoría de la Salud.

El nivel local del Ministerio de Salud está organizado en dos niveles:

- El nivel político-táctico y conformado por el/la Director/a del Área Rectora de Salud.
- El Nivel Operativo, conformado por los siguientes equipos:
    a) Equipo de Promoción de la Salud.
    b) Equipo de Vigilancia de la Salud.
    c) Equipo de Formulación y Evaluación de Estrategias en Salud.
    d) Equipo de Regulación de la Salud.
    e) Equipo de Atención al Cliente.
    f) Equipo de Apoyo Logístico y Administrativo.

Está integrado por ochenta y dos “Áreas Rectoras de Salud” (ARS) según se puede observar en el mapa anterior y que se nombran a continuación:

Región Brunca

- ARS Buenos Aires
- ARS Corredores
- ARS Coto Brus
- ARS Golfito
- ARS Osa
- ARS Pérez Zeledón

Región Central Este

- ARS de Cartago
- ARS El Guarco
- ARS de La Unión
- ARS de Los Santos
- ARS de Oreamuno
- ARS de Paraíso
- ARS de Turrialba

Región Central Norte

- ARS Alajuela 1
- ARS Alajuela 2
- ARS de Atenas
- ARS de Barba - San Rafael
- ARS de Belén - Flores
- ARS de Grecia
- ARS de Heredia
- ARS de San Pablo - San Isidro
- ARS de Santa Bárbara

- ARS de Santo Domingo
- ARS de Poás
- ARS de Sarapiquí

Región Central Occidente

- ARS Naranjo
- ARS Palmares
- ARS San Ramón
- ARS Valverde Vega
- ARS Zarcero

Región Central Sur

- ARS Acosta
- ARS Alajuelita
- ARS Aserrí
- ARS Carmen-Merced-Uruca
- ARS Coronado
- ARS Curridabat
- ARS Desamparados
- ARS Escazú
- ARS Goicoechea
- ARS Hatillo
- ARS Hospital-Mata Redonda
- ARS Montes de Oca
- ARS Mora
- ARS Moravia
- ARS Pavas

- ARS Puriscal - Turrubares
- ARS Santa Ana
- ARS. Sureste- Metropolitana
- ARS Tibás

Región Chorotega

- ARS Abangares
- ARS Bagaces
- ARS Cañas
- ARS Carrillo
- ARS Hojancha
- ARS La Cruz
- ARS Liberia
- ARS Nandayure
- ARS Nicoya
- ARS Santa Cruz
- ARS Tilarán
- ARS Upala

Región Huetar Caribe

- ARS de Guácimo
- ARS Limón
- ARS de Matina
- ARS de Pococí
- ARS Siquirres
- ARS Talamanca

Región Huetar Norte

- ARS Aguas Zarcas
- ARS Ciudad Quesada
- ARS de Florencia
- ARS Guatuso
- ARS Los Chiles
- ARS Santa Rosa Pocosol

Región Pacífico Central

- ARS Parrita
- ARS Garabito
- ARS Orotina - San Mateo
- ARS Esparza
- ARS Montes de Oro
- ARS Barranca
- ARS Puntarenas - Chacarita
- ARS Peninsular
- ARS Quepos

I.5.4. Entes Adscritos

Son instancias desconcentradas que asumen funciones específicas con el fin de lograr una mayor eficiencia en la prestación de determinados servicios. Ellos son los que se mencionan a continuación.

Dirección Nacional de CEN-CINAI

Depende orgánicamente, del/la Ministro o Ministra. Es un ente adscrito con desconcentración mínima. Su objetivo consiste en orientar y conducir la gestión de los servicios de nutrición y desarrollo infantil a nivel nacional, para garantizar el cumplimiento de su marco estratégico

acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud en Nutrición y Desarrollo Infantil. Asegura que todos los procesos relacionados con la provisión de estos servicios se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida y emite lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el/la jerarca de la institución en esta materia.

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS)

Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), órgano adscrito al Despacho del Ministro o Ministra de Salud según artículo 12 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (ley N°5412 de 8 de noviembre de 1973).

La Ley 8270 de 2 de mayo del 2002 reformó el artículo 15 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Le otorga al Consejo personalidad jurídica instrumental y autonomía administrativa.

Oficina Cooperación Internacional de la Salud (OCIS)

La Ley N°8270 reformó el artículo 36 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, (Ley N°5412 de 8 de noviembre de 1973). Corresponde a OCIS proporcionar apoyo administrativo a los programas que se le encomienden, ajustándose a la política general del Ministerio. Para ello, goza de independencia, tanto económica como administrativa, y de personalidad jurídica instrumental.

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

En 1969, mediante la ley 4508 nació la Clínica Nacional de Nutrición. Posteriormente, en 1977, la Ley 6088 transforma esta clínica en el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), como un organismo responsable de: la vigilancia epidemiológica basada en laboratorios, de las investigaciones prioritarias en salud pública y de los procesos de enseñanza en salud derivados de su quehacer. Cuenta con personalidad jurídica instrumental.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

La Ley 8289 reformó el inciso d) del artículo 5 y los artículos 21, 22, 23 y 24 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N°5412, de 8 de noviembre de 1973 creando al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) como un órgano con desconcentración mínima, adscrito al Ministerio de Salud, con personalidad jurídica instrumental.

Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología

El artículo 4 de la Ley N°8111 del 18 de julio del 2001, publicada en La Gaceta N°151 de 8 de agosto del 2001, “Ley Nacional de Vacunación”, creó la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología adscrita al Ministerio de Salud, como órgano con desconcentración máxima y personalidad jurídica instrumental.

Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN)

Órgano Adscrito al Despacho del Ministro o Ministra según Artículo 5 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud N°5412 de 8 de noviembre de 1973.

La Secretaría de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (SEPAN), es una Unidad Organizativa especializada en materia de políticas públicas sobre alimentación y nutrición, materia que depende jerárquicamente del Despacho del Ministro o Ministra de Salud, cuyo objetivo consiste en conducir técnicamente acciones en salud que garanticen la protección y el mejoramiento del estado de salud de la población.

Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes

Órgano Adscrito al Despacho del/la Ministro o Ministra según Artículo 5 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud N°5412 de 8 de noviembre de 1973. Integración: artículo 19 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud N°5412 de 8 de noviembre de 1973.

Consejo de Atención Integral (CAI)

Instancia con dependencia de la Dirección de Garantía de Servicios de Salud (DSS). Creada mediante *Ley General de Centros de Atención Integral*, Ley N°8017, del 16 de agosto del 2000. Esta ley: “promueve la creación, el desarrollo y el funcionamiento adecuado de los centros de atención integral públicos, privados y mixtos para personas hasta de doce años de edad, en acatamiento de la Convención de los Derechos del Niño y los alcances del Código de la Niñez y la Adolescencia”.

Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS)

Órgano adscrito al Despacho del/la Ministro o Ministra de Salud, creado según capítulo 5, Artículos 34 al 45 de *Ley Reguladora de Investigación Biomédica*, Ley N°9234, del 25 de abril de 2014. La presente ley tiene como objetivo “regular la investigación biomédica con seres humanos en materia de salud, en los sectores público y privado”.

Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA)

Instancia con dependencia del Despacho del/la Ministro o Ministra, creada mediante *Ley de Protección a la Madre Adolescente*, Ley N°7735 de 1988, modificada en la Ley 8312 del 30 de setiembre del 2002.

Auditoría General de Servicios de Salud

Instancia con dependencia del Despacho del/la Ministro o Ministra de Salud, creada mediante Artículo 5, *Ley Derechos y Deberes de las Personas usuarias de los Servicios de Salud*, Ley N°8239, del 13 de marzo del 2002. Es un órgano de desconcentración máxima.

I.6. Listado de Políticas, Planes y Estrategias en Ejecución

Con el fin de ejercer la rectoría en las materias de su competencia, el Ministerio de Salud coordina la elaboración de políticas, planes y estrategias de manera participativa. A continuación se enlistan los que se encuentran en proceso de implementación a la fecha.

Nombre Política, Estrategia o Plan	Estado	Institución líder	Observaciones
Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier" 2014-2018	-Oficializada en 2015 -En proceso de implementación. -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	La Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier" se formuló conjuntamente con las instituciones públicas y privadas y otras organizaciones, mediante un proceso participativo, a partir de cinco grandes ámbitos y 31 áreas de intervención que responden a las necesidades de la población.
Plan Nacional de Salud 2016-2020	-Oficializado en 2017 -En proceso de implementación. -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	La base para este plan es la Política Nacional de Salud "Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier". Integra el conjunto de programas, proyectos y otras iniciativas que los actores sociales desarrollarán según los ámbitos y las áreas de intervención destacadas en ésta. Se dará seguimiento cada año y se realizarán las modificaciones necesarias, asimismo se evaluará cada dos años.
Política Nacional de Salud Mental 2012-2021	-Oficializada -En proceso de implementación. -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Se definen los principios, los enfoques los lineamientos y el plan de acción de salud mental para el país. Dicha política se fundamenta en el análisis de la situación nacional por determinantes y con apoyo de varios sectores e instituciones. Esto permite el desarrollo de acciones intersectoriales e institucionales que en su conjunto contribuyan a fortalecer la Salud Mental, prevenir la discapacidad temprana asociada a los trastornos mentales, mediante un abordaje oportuno, con calidad y calidez, de aquellos factores o situaciones en el ámbito comunitario que ponen en riesgo la Salud Mental y la vida de las personas.

Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2010-2021	-Oficializada -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Esta política contiene las estrategias que guiarán a las instituciones públicas, sector privado, junto con las organizaciones sociales y la comunidad, en el tema de residuos integrando los enfoques de Derechos Humanos, Igualdad y Equidad de Género, Diversidad y Cohesión Social. La Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2010-2021 representa un cambio de paradigma en el tema del manejo de los residuos en nuestro país, adoptando una perspectiva preventiva y distributiva en la responsabilidad compartida por parte de su gestión entre todos los sectores de la sociedad, de manera extendida pero diferenciada, induciendo la adopción de procesos sostenibles de producción y consumo. La política contempla estrategias de educación y cambio de hábitos por parte de la población, que en lugar de observar la temática de los residuos sólidos como un problema, lo vea como una nueva oportunidad de ingreso y de negocio, con la interrelación de los recursos naturales y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2016-2021	-Oficializado en marzo 2016 -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Este plan fue desarrollado con el fin de actualizar el Plan de Residuos Sólidos Costa Rica conocido como PRESOL (2008) y, además, el de orientar las acciones gubernamentales y privadas en el tema, para la plena implementación de la Política Nacional para la Gestión Integral de Residuos 2010-2021.

			El tema de la Gestión Integral de Residuos desde la institucionalidad costarricense y principalmente del Ministerio de Salud, como ente rector, ha sido preocupación constante en la búsqueda de soluciones eficientes, eficaces y colectivas. Es a partir del 2010 con la aprobación de la Ley para la Gestión Integral de Residuos Nº8839, que visionariamente pretende inducir y facilitar a todos los actores del desarrollo (empresas, instituciones, municipalidades y comunidad en general) para que se asuma una mayor responsabilidad en la gestión de los mismos, según su quehacer diario.
Estrategia Nacional de Separación, Recuperación y Valorización de Residuos (ENSRVR) 2016-2021	-Oficializada 2016 -Proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Es en el Plan Nacional para a la Gestión Integral de Residuos 2016-2021, que se establece el diseño y puesta en práctica de una Estrategia Nacional de Reciclaje , misma que en su sentido más amplio e inclusivo se ha denominado como la Estrategia Nacional de Separación, Recuperación y Valorización de Residuos (ENSRV) y que se compone de cinco ejes temáticos a saber: 1. Mecanismos para armonizar el sistema de separación de residuos en el ámbito nacional. 2. Mecanismos para armonizar el sistema de recuperación de residuos en el ámbito nacional. 3. Fortalecimiento del sector de recuperadores y recuperadoras de residuos. 4. Bolsa virtual para la comercialización de residuos valorizables. 5. Herramienta para la valorización de los residuos (ciclo de vida de los productos y sus materiales).

Política Nacional de Saneamiento en Aguas Residuales 2016-2045	-Oficializada 2016 -Proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	AyA / Ministerio de Salud/ MINAE	Esta política fue elaborada con el fin de lograr, para el año 2045, el manejo seguro del total de las aguas residuales generadas en el país, manejo seguro definido como la garantía de que las aguas residuales no afecten al medio ambiente ni a la salud, mediante sistemas de tratamiento individuales o colectivos. Esta política parte de cinco enfoques: el derecho humano al saneamiento, la sostenibilidad ambiental, la sostenibilidad económica, participación ciudadana y la valorización de las aguas residuales tratadas. Consta de tres ejes: Fortalecimiento institucional y normativo para el saneamiento de aguas Gestión integrada para el saneamiento de las aguas residuales Infraestructura e inversiones en saneamiento
Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2011-2021	-Oficializada -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	El Ministerio de Salud desarrolló un proceso de formulación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, con amplia participación y concertación de los diferentes sectores de la sociedad civil de nivel nacional, regional y local involucrados en este campo, cuyo propósito es identificar y articular las acciones necesarias que contribuyan a mejorar el estado nutricional de la población. Contar con la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional es un paso importante hacia el logro de la buena nutrición y la salud de la población, pero más aún será la participación y la diligencia de todos los sectores de la sociedad en su implementación, de acuerdo a sus competencias y capacidades.

Plan para la reducción y control de las deficiencias de micronutrientes 2011-2020	-Oficializada 2013 -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	El Ministerio de Salud consciente de los problemas nutricionales por deficiencia de micronutrientes que se evidenciaron en la última encuesta nacional de nutrición con la que cuenta el país (2008-2009), desarrolló el Plan para la Reducción y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. Este Plan consta de cuatro componentes: Vigilancia y Control Fortificación de Alimentos Suplementación con Micronutrientes Alimentación Complementaria Información, Educación y Comunicación. Las intervenciones en estos ámbitos han demostrado ser esenciales para combatir los problemas por deficiencia de micronutrientes y ofrecen grandes posibilidades de mejorar la nutrición materno-infantil y de reducir la carga de enfermedad relacionada a esta deficiencia, tanto a corto como a largo plazo.
Plan Nacional para la Reducción del Consumo de Sal / Sodio en la población de Costa Rica 2011-2021	-Oficializado 2011 -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud/ INCIENSA	El Ministerio de Salud y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud (INCIENSA) coordinaron la formulación y validación del Plan Nacional de Reducción del Consumo de Sodio y Sal para la Población de Costa Rica 2011- 2021, con la participación de diversos actores claves involucrados. Este plan tiene como meta lograr la reducción del consumo de sal y de sodio en la población nacional, en los alimentos procesados y preparados, para alcanzar progresivamente la recomendación de la OMS (5 g sal o 2 g sodio/persona/día) y de esa manera contribuir en Costa Rica a la reducción de la morbi-mortalidad atribuible a hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y padecimientos asociados.

Estrategia Nacional para el abordaje integral de las enfermedades crónicas no trasmisibles y obesidad 2013-2021	-Oficializada 2014 -Proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad, mediante el abordaje integral de los factores protectores, los factores de riesgo y la prestación de servicios de salud para el mejoramiento de la calidad de vida de la población nacional. Áreas estratégicas: -I. Factores protectores y de riesgo II. Respuesta servicios de salud III. Política y Alianzas IV. Vigilancia, investigación y desarrollo de tecnologías
Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021	-Oficializado 2011 -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud/ ICODER	El presente Plan Nacional de Actividad Física 2011-2021 representa una acción concreta del Estado costarricense, específicamente del Ministerio de Salud y el Instituto Costarricense del Deporte y Recreación, que tiene como propósito la ruptura de un hábito que parece convertirse en parte de la cultura del costarricense y que estamos seguros es un aporte vital para avanzar hacia una sociedad más saludable y feliz.
Política Nacional de Sexualidad 2010-2021	-Oficializada -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	El documento de la Política Nacional de Sexualidad se encuentra dividido en dos partes. Un primer documento que reúne el marco conceptual y normativo que orienta esta Política y un segundo documento que contiene un análisis de situación relacionado a diferentes aspectos de la sexualidad, así como el propósito, enfoques, asuntos críticos y áreas de intervención de la política de Sexualidad.

Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y SIDA 2016-2021	- Oficializado 2016 - En proceso de implementación - Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	El Plan Estratégico Nacional VIH y SIDA (PEN) es el instrumento que define la estrategia nacional en la lucha contra este virus, considerando la situación actual, el marco jurídico y las posibilidades de respuesta nacional e internacional en el cumplimiento de acuerdos establecidos. El PEN es producto del esfuerzo conjunto entre instituciones gubernamentales, las ONG, sectores de la sociedad civil, personas con VIH y la cooperación internacional como ONUSIDA y USAID/PASCA. En este documento se expone la situación actual y epidemiológica del país, el marco normativo, la organización de la respuesta nacional y su abordaje estratégico. El mismo presenta ocho grandes áreas, con acciones estratégicas, indicadores, líneas de base, costos y fuentes de financiamiento. Las áreas definidas son: (1) Coordinación de la Respuesta Nacional (2) Atención Integral (3) Monitoreo y Evaluación (4) Derechos Humanos y mitigación (5) Educación y Gestión Académica Estas áreas son los pilares para la articulación de una respuesta nacional estratégica al VIH/SIDA en el país.
Estrategia de acceso universal a condones masculinos y femeninos	-Oficializada 2013 - En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	El Ministerio de Salud asume, como parte de su función rectora, la tarea de fortalecimiento y universalización de la Salud Sexual y Salud Reproductiva. El propósito de esta estrategia es facilitar que las instituciones y organizaciones directamente involucradas en la provisión de servicios vinculados a la salud sexual y salud reproductiva puedan garantizar el acceso oportuno y efectivo de condones. Además, pretende contribuir a la promoción de prácticas, conocimientos y actitudes que acerquen a la población a la vivencia de una sexualidad segura, informada, placentera y en corresponsabilidad.

Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018.	-Oficializado 2011 -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	El Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) surge como respuesta nacional a la Estrategia Regional sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes enmarcada en acuerdos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las autoridades en salud del país han acordado circunscribir los alcances de este plan a la población adolescente (12 a 18 años), ya que dicha población tiene por sí misma características y necesidades particulares que la diferencian de la población joven. Con ello se busca también responder a la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2010-2021. El desarrollo social y la salud son aquí inseparables, ya que una buena salud es requisito fundamental para el desarrollo social, a la vez que el desarrollo social facilita mejores niveles de salud y de desarrollo humano en la población.
Plan de eliminación de la malaria en Costa Rica 2015-2020	-Oficializado 2015 -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud/ CCSS/ INCIENSA	El objetivo de este plan es eliminar la transmisión de la malaria en Costa Rica para el año 2020. Para ello se plantean seis áreas estratégicas: 1)Vigilancia epidemiológica 2)Vigilancia basada en laboratorio 3)Manejo Integrado de vectores 4)Comunicación social y participación social 5)Atención médica 6)Manejo de ambiente
Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2017-2021	-Oficializado 2017 -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	La Política Nacional de Salud destaca la necesidad de abordar las enfermedades crónicas no transmisibles como ámbito de acción, haciendo énfasis en la atención del cáncer y, por ende, la atención de control del dolor y cuidados paliativos. Este Plan se plantea como objetivo general el establecer las líneas de acción de servicios de cuidados paliativos de calidad, para las personas portadoras de enfermedades oncológicas y no oncológicas y a sus familias, bajo los principios de universalidad, oportunidad, solidaridad y equidad, durante el periodo 2017-2021.

Plan Estratégico de la Comisión Intersectorial de Promoción de la Salud, Central Occidente 2015-2019	-Oficializado 2015 -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Región Central Occidente del Ministerio de Salud	La Comisión Regional Intersectorial de Promoción de la Salud (CRIPS) es una instancia organizativa intersectorial conformada por representantes de ámbito regional de diversas Instituciones del Sector Salud y otros Sectores afines de la Región Central de Occidente. Se creó en el año 2004 como resultado de la Medición Regional de las Funciones Esenciales de Salud Pública, (FESP) en especial las correspondientes a la Promoción de la Salud (PS) y la Participación Social. Este plan puntualiza las estrategias que se llevarán a cabo según el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Promoción de la Salud en la Región Central Occidente.
Plan Estratégico Institucional 2016-2020	-Oficializado 2016 -En proceso de implementación -Página WEB Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	El Plan Estratégico Institucional identifica los objetivos estratégicos institucionales para el período 2016-2020 y delimita indicadores, metas, actividades, presupuestos, riesgos y responsables para cada uno de ellos.
Plan Institucional Contra la Discriminación hacia la Población Sexualmente Diversa del Ministerio de Salud	Oficializado en 2015	Ministerio de Salud	Dar cumplimiento al Decreto Ejecutivo N°38999-MP-RE-JP-SP-H-MAG-MEIC-MINAE-MOPT-MEP-S-MTSS-CMIDEPLAN-MICITT-MIVAH-MC-T-MDHIS-MCM-MIDEPOR publicado en el 2015

I.7. Marco normativo relacionado al quehacer institucional

En los anexos 1 y 2 se presenta un listado de Leyes, Reglamentos y Decretos directamente relacionados con las competencias del Ministerio de Salud así como un listado de acuerdos, circulares e instrumentos internos relevantes para la gestión institucional.

SEGUNDA PARTE: ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN INTERNA

II.1. Administración financiera e inversiones

El presupuesto del Ministerio de Salud, se encuentra sustentado en la Ley N°9411, Ley de Presupuesto Ordinario y Extraordinario de la República, mientras que los presupuestos de sus órganos desconcentrados, Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE), Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS) ,Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS) así como el Fideicomiso 872-MS-CTAMS-BNCR, reciben sus recursos producto de servicios que brinda la Institución y transferencias amparadas a las distintas leyes que los sustentan, los cuales han sido presupuestados y presentados para su aprobación a la Contraloría General de la República y refrendados por el ente contralor.

Con el fin de identificar de manera transparente cual es el presupuesto ordinario y ejecutado del Ministerio de Salud, la Unidad Financiera institucional ha realizado una separación del presupuesto en partidas asignables y no asignables a programas que el Ministerio de Salud debe ejecutar. Entonces en el rubro de transferencias se detallan:

1. Las **Transferencias corrientes vinculadas** que son las que están asignadas a los programas que el Ministerio ejecuta.

2. Las **Transferencias corrientes no vinculadas** que son las que no están asignadas a un programa que ejecuta el Ministerio. Se trata de transferencias que tienen un destino específico, por Ley, con el cual se dota de recursos financieros a órganos desconcentrados adscritos al Ministerio de Salud, a instituciones públicas descentralizadas, entidades privadas sin fines de lucro y a Organismos Internacionales. En el siguiente cuadro se detallan las instituciones o entidades y marco normativo que sustenta dichas transferencias.

Cuadro 2.1
Instituciones que reciben transferencias del Ministerio de Salud con destino específico

Institución o entidad	Ley
Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)	Ley N° 5412, Ley N° 7972
Patronato Nacional de Ciegos (PANACI)	Ley N°2171
Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología	Ley N°8111
Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)	Ley N°4508
Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI)	Ley N°8809
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Ley N°17, Ley N°810, Decreto N°39210-MP-S
Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE)	Ley N°3695
Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)	Ley N°7800
Asociación Cruz Roja Costarricense	Ley N°8114, Ley N°7972
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Cuota Ordinaria, 1946
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Cuota Ordinaria, 1949
Consejo de Ministros de Salud en Centroamérica (COMISCA)	Ley N°7631
Programa de Las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA)	Cuota Ordinaria, Convenio de Basilea 1996
Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA)	Ley N°3440

Fuente: División Admiistrativa, Ministerio de Salud

II.1.1. Actividad Financiera General

A continuación se presenta el detalle del presupuesto institucional por año considerando tanto las transferecias vinculadas como las no vinculadas.

Como se observa en el cuadro 2.2, el total presupuestado para el Ministerio de Salud en el período 2014-2017, fue de ¢1.405.926,4 millones. Se deben destacar dos características de la asignación presupuestaria: 1) el mayor porcentaje es asignado a transferencias no vinculadas a instituciones adscritas y organizaciones sin fines de lucro, representando un 66,67% equivalente a ¢937.451,5 millones del total asignado; 2) corresponde, al Ministerio de Salud un 33,33% del presupuesto, equivalente a ¢468.474,8 millones.

Otra característica es que el presupuesto ejecutado proveniente del Gobierno Central, presenta una tendencia hacia la disminución, del periodo 2017 con relación a los tres años anteriores, suma que se redujo en ¢2.550,0 millones con relación al 2014, ¢7.734,5 millones con relación al periodo 2015 y ¢8.647,6 millones con relación al 2016.

En el cuadro 2.3 se detalla la ejecución presupuestaria del último cuatrienio de cada una de los organismos que conforman el Ministerio de Salud.

Cuadro 2.2
Presupuesto asignado en millones de colones, según organismo presupuestario, Ministerio de Salud, 2014-2017

Año	Gobierno				CTAMS		CNVE		FIDEICOMISO		CONIS		OCIS		TOTALES
	Vinculado	%	N0 Vinculado	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢
2014	76.651,4	22,1	226.759,0	65,3	1.911,2	0,6	2.174,4	0,63	10.461,8	3,01	0,0	0,00	29.195,0	8,41	347.152,8
2015	82.320,9	22,8	233.544,20	64,8	2.389,3	0,7	2.352,2	0,65	8.874,4	2,46	28,6	0,01	30.913,9	8,58	360.423,5
2016	81.118,7	23,1	223.656,10	63,7	1.898,3	0,5	2.594,9	0,74	9.223,9	2,63	76,7	0,02	32.456,4	9,25	351.025,0
2017	77.946,9	22,4	244.531,16	70,4	2.762,3	0,8	1.717,9	0,49	12.085,9	3,48	83,5	0,02	8.197,5	2,36	347.325,1
TOTALES	**318.037,9**	**22,6**	**928.490,5**	**66,0**	**8.961,0**	**0,6**	**8.839,4**	**0,63**	**40.646,0**	**2,89**	**188,8**	**0,01**	**100.762,8**	**7,17**	**1.405.926,4**

Fuente: Dirección Financiera, Bienes y Servicios, Liquidaciones Presupuestarias de los últimos cuatro periodos, Sistemas SIGAF y SIAF.

Cuadro 2.3
Presupuesto ejecutado en millones de colones, según organismo presupuestario, Ministerio de Salud, 2014-2017

Año	Gobierno				CTAMS		CNVE		FIDEICOMISO		CONIS		OCIS		TOTALES
	Vinculado	%	N0 Vinculado	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢
2014	68.549,9	25,3	174.762,6	64,5	1.910,5	0,71	1.568,1	0,58	6.724,2	2,48	0,0	0,00	17.391,2	6,42	270.906,5
2015	73.734,4	24,3	202.389,10	66,6	2.114,7	0,70	1.035,6	0,34	5.691,7	1,87	3,5	0,00	19.019,7	6,26	303.988,7
2016	74.647,5	24,2	204.242,10	66,3	1.897,6	0,62	2.318,7	0,75	3.936,7	1,28	7,6	0,00	21.048,4	6,83	308.098,6
2017	65.999,9	21,3	230.692,03	74,5	2.761,6	0,89	962,1	0,31	5.185,7	1,67	7,8	0,00	3.999,5	1,29	309.608,6
TOTALES	**282.931,6**	**23,7**	**812.085,8**	**68,1**	**8.684,4**	**0,73**	**5.884,4**	**0,49**	**21.538,4**	**1,81**	**18,9**	**0,00**	**61.458,8**	**5,15**	**1.192.602,3**

Fuente: Dirección Financiera, Bienes y Servicios, Liquidaciones Presupuestarias de los últimos cuatro periodos, Sistemas SIGAF y SIAF.

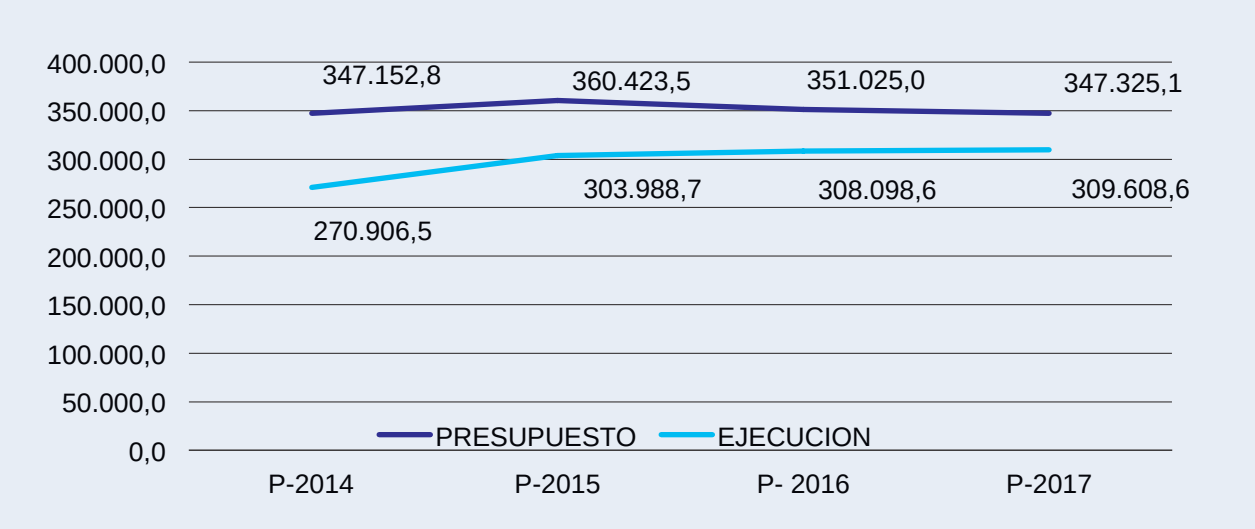
En el cuadro 2.3 se observa que en el período 2014-2017, se ejecutó la suma de ¢1.192.602,3 millones, equivalente al 84,83 % del presupuesto total asignado.

Las transferencias no vinculadas fueron las que presentaron mayor ejecución. Para el presupuesto de Gobierno Central y CTAMS, la ejecución de dichas transferencias alcanzó la cifra de ¢820.770,2 millones, equivalente al 68,8% del total ejecutado. El 31,2% restante de los fondos ejecutados, correspondió a la ejecución directa del Ministerio, la cual ascendió a ¢371.832,2 millones, que representó un 79,37% de ejecución para el financiamiento de los programas de rectoría de la salud que llevó a cabo este Ministerio.

En el gráfico 2.1 se presenta un resumen de la presupuestación y ejecución institucional durante los últimos cuatro años. Se observa cómo durante el período, la brecha entre lo presupuestado y ejecutado tiende a disminuir, lo cual podría estar relacionado con tres factores: 1) una mejora en la planificación y presupuestación institucional; 2) una disminución presupuestaria, la que a su vez ha tendido a la baja; 3) y el apego a las directrices de austeridad emanadas del Gobierno de la República.

En ese contexto, se continuó con la política institucional de adquirir solamente aquellos bienes o servicios realmente necesarios para el cumplimiento de las labores institucionales, dando un uso más eficiente a los recursos humanos y materiales.

Gráfico 2.1
Tendencia del presupuesto asignado y ejecutado en millones de colones, Ministerio de Salud, 2014-2017



Fuente: Elaboración propia con información de las Liquidaciones Presupuestarias de los últimos cuatro periodos, Sistemas SIGAF y SIAF

II.1.2. Actividad financiera de ejecución del Ministerio de Salud

A continuación, se detalla la inversión realizada por el Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados por partida presupuestaria en el período 2014-2017. Se recuerda que para estos datos no se toman en cuenta los montos de transferencias denominados no vinculados, por cuanto no intervienen en la ejecución institucional.

Como se observa en el cuadro 2.4, en el cuatrienio 2014-2017, se presupuestó para el Ministerio de Salud, la suma de ¢462.010,4 millones. Un 57,17% del mismo, equivalente a ¢264.152,1 millones, se destinó al pago de remuneraciones del personal.

Cuadro 2.4
Presupuesto vinculado asignado en millones de colones por organismo y partida presupuestaria, Ministerio de Salud, 2014-2017

Partida Presupuestaria	Gobierno		OCIS		CONIS		FIDEICOMISO		CNVE		TOTALES	
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%
0. Remuneraciones	264.129,9	83,05	0,0	0,00	22,2	11,76	0,0	0,00	0,0	0,00	264.152,1	57,17
1. Servicios	31.409,0	9,88	4.552,3	4,75	109,6	58,10	16.832,3	42,42	200,0	2,40	53.103,2	11,49
2. Materiales y suministros	4.127,0	1,30	36.456,9	38,06	9,9	5,23	3.138,9	7,91	7.573,8	91,06	51.306,4	11,11
5. Bienes Duraderos	6.136,8	1,93	16.215,5	16,93	43,6	23,13	18.657,9	47,03	539,7	6,49	41.593,5	9,00
6. Transferencias Corrientes Vinculadas	12.235,2	3,85	38.565,9	40,26	3,4	1,78	1.046,9	2,64	3,9	0,05	51.855,2	11,22
Sub Total Vinculado	**318.037,9**	**100,00**	**95.790,6**	**100,00**	**188,7**	**100,00**	**39.676,0**	**100,00**	**8.317,4**	**100,00**	**462.010,4**	**100,00**

Fuente: Dirección Financiera, Bienes y Servicios, Liquidaciones Presupuestarias de los últimos cuatro periodos, Sistemas SIGAF y SIAF.

Cuadro 2.5
Presupuesto vinculado ejecutado en millones de colones por organismo y partida presupuestaria, Ministerio de Salud, 2014-2017

Partida Presupuestaria	GOBIERNO		OCIS		CONIS		FIDEICOMISO		CNVE		TOTALES		
	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	%	¢	% Ejec	% Presup
0. Remuneraciones	247.183,4	87,37	0,0	0,00	11,9	63,01	0,0	0,00	0,0	0,00	247.195,3	66,52	93,58
1. Servicios	22.164,1	7,83	1.032,1	1,69	2,3	11,92	11.333,5	52,62	51,3	0,87	34.583,2	9,31	65,12
2. Materiales y Suministros	2.955,4	1,04	29.727,0	48,56	0,0	0,00	1.797,0	8,34	5.738,2	97,52	40.217,7	10,82	78,39
5. Bienes Duraderos	2.097,4	0,74	3.246,9	5,30	1,4	7,31	7.475,1	34,71	91,0	1,55	12.911,8	3,47	31,04
6. Transferencias Corrientes Vinculadas	8.531,3	3,02	27.206,0	44,45	3,4	17,75	932,7	4,33	3,9	0,07	36.677,2	9,87	70,73
Sub Total Vinculado	**282.931,6**	**100,00**	**61.212,0**	**100,00**	**18,9**	**100,00**	**21.538,3**	**100,00**	**5.884,4**	**100,00**	**371.585,2**	**100,00**	**80,43**

Fuente: Dirección Financiera, Bienes y Servicios, Liquidaciones Presupuestarias de los últimos cuatro periodos, Sistemas SIGAF y SIAF.

El 11,49 % se destinó a la partida de Servicios equivalente a ¢53.103,2 millones. Sumas similares se adjudicaron a las partidas de Materiales y Suministros, así como a la de Transferencias Corrientes Vinculadas, lo que corresponde al 11,11% y 11,22% del presupuesto total, equivalente a ¢51.306,4 y ¢51.855,2 millones respectivamente. Por último, a la partida de Bienes Duraderos se le asignó la suma de ¢41.593,5 millones correspondiendo a 9,00% del presupuesto de los cuatro años.

Como se observa en el cuadro 2.5, durante el cuatrienio, se ejecutó la suma de ¢371.585,2 millones, equivalente al 80,43% del total presupuestado, desglosado de la siguiente manera:

Remuneraciones

Se ejecutaron ¢247.195,3 millones del monto presupuestado, equivalente al 93,58% del total ejecutado, contempla todas las sub partidas relacionadas con los salarios de los tres niveles de gestión del Ministerio.

Al considerar el total ejecutado de los últimos cuatro años, el monto sub ejecutado representa un 6,42% del presupuesto, esta situación se presenta principalmente por las plazas vacantes cuyo nombramiento se ha pospuesto en procura de lograr eficiencia de los recursos existentes según las directrices emitidas para la contención del gasto.

Servicios

Se ejecutaron ¢34.583,2 millones equivalente al 65,12% del monto presupuestado. Se agrupan aquí el pago de las sub partidas más importantes relacionadas con los Servicios Públicos como agua, luz y teléfono, así como contratos por servicios de limpieza y seguridad. De igual manera que en la partida de Remuneraciones, se aplicó la contención del gasto en varias sub partidas como la de Alquileres, Viáticos y Actividades de Capacitación.

Materiales y Suministros

De este grupo de sub partidas se ejecutaron ¢40.217,7 millones de colones equivalentes al 78,39% del monto presupuestado, obteniéndose un ahorro significativo en las sub partidas de combustible principalmente.

Bienes y Servicios

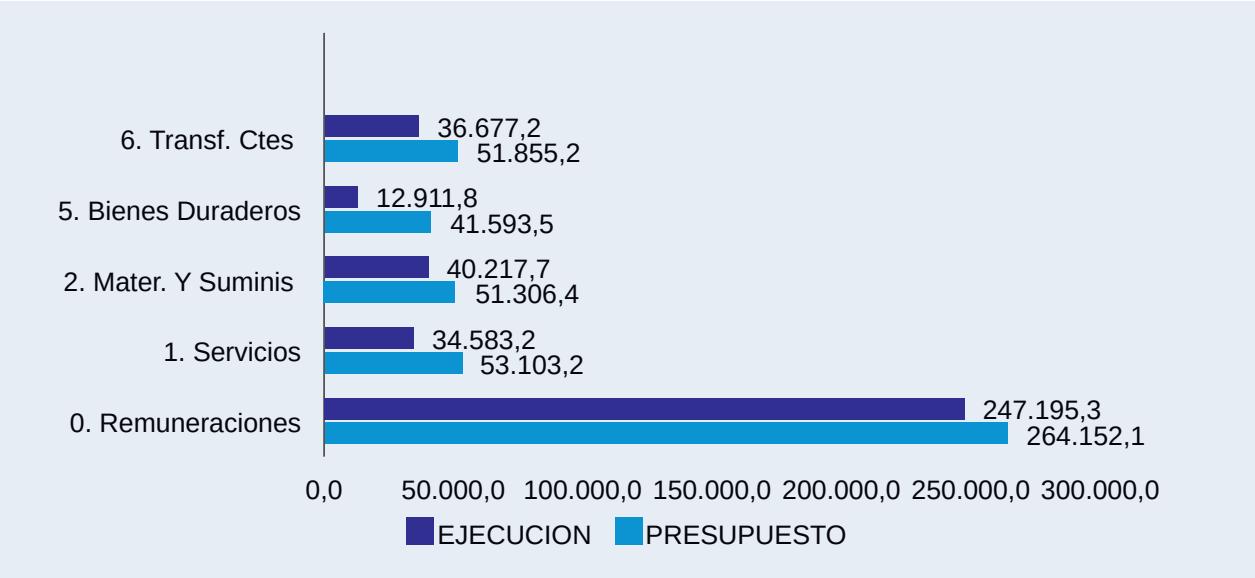
Dentro de las sub partidas de este grupo se encuentra las construcciones, adiciones y mejoras, el equipo de comunicación y equipo y programas de cómputo. De este rubro se logró ejecutar ¢12.911,8 millones equivalentes al 31,04%, aplicando también las directrices sobre contención del gasto.

Transferencias corrientes vinculadas

Dentro de las sub partidas relevantes a mencionar de este grupo se encuentran las contribuciones estatales de la CCSS por (seguro de pensiones y seguro de salud), indemnizaciones y prestaciones legales, de este grupo se logró ejecutar ¢36.677,2 millones equivalente al 70,73%.

La puesta en práctica de los lineamientos y directrices sobre contención del gasto permitió niveles de sub-ejecución importantes en algunas de las partidas del presupuesto, situación que se aprecia en el siguiente gráfico 2.2.

Grafico 2.2
Presupuesto asignado y ejecutado en millones de colones, según Partida presupuestaria, Ministerio de Salud, 2014-2017



Fuente: Dirección Financiera, Bienes y Servicios, Liquidaciones Presupuestarias de los últimos cuatro periodos, Sistemas SIGAF y SIAF.

Un mayor detalle sobre los presupuestos ejecutados y aprobados, estados financieros e informes de liquidación presupuestaria se puede consultar en el Anexo 3.

Informe de Viajes

En el cuadro Nº2.6 se presenta un resúmen de los viajes realizados por funcionarios/as del Ministerio de Salud en el período 2014-2017. Como se puede apreciar, la mayoría de los viajes (91,5%) fueron realizados con cargo al presupuesto de otras organizaciones y entidades que se vinculan al quehacer de la autoridad sanitaria nacional.

Cuadro 2.6
Cantidad de viajes al exterior de los/las funcionarios/as, según si fueron financiados o no con presupuesto del Ministerio de Salud, 2014-2018

Nivel	Total	No financiados por MS	Financiados por MS	Observaciones
Autoridades superiores	70	59	11	-Ministro/a -Viceministros/as -Director/a General de Salud
Direcciones y Jefaturas del Nivel Central	245	228	17	
Funcionarios/as de las Direcciones de Nivel Central	518	487	31	
Direcciones y funcionarios/as del Nivel Regional	26	16	10	7 viajes de Directores/as Regionales y 33 de funcionarios/as de los equipos regionales.
Direcciones de Áreas Rectoras de Salud	12	10	2	
Otras unidades	14	10	4	1. SEPAN 2. Secretaría de Salud Mental 3. Unidad de Relaciones Internacionales, 4.Comunicación e Imagen
Total	**885**	**810**	**75**	

Fuente: Unidad de Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud
* A febrero de 2018

Por la amplitud de las competencias del Ministerio de Salud en su calidad de ente rector en salud, los/las funcionarios/as son convocados o deben participar con diferentes entes en reuniones políticas, técnicas, talleres, seminarios, conferencias o pasantías de carácter regional (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana o COMISCA; Organización Panamericana de la Salud u OPS; Sistema Interamericano de Integración Económica o SICA, Sistema Mesoamericano de Salud Pública o SMSP; Programa Mesoamericano de Cooperación Técnica y Científica 2013-2014; Oficina Regional del Fondo de Naciones Unidas para las Poblaciones o UNFPA; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD; Agencia de Cooperación Internacional de Tailandia o TICA; Programa Conjunto para Mejorar la Seguridad Humana de Migrantes Temporales Ngäbe y Bugle en Costa Rica y Panamá; Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante o INCUCAI; entre otros), o mundial (Organización Mundial de la Salud u OMS; Organismo Internacional de Energía Atómica u OIEA; Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH o PASCA; Organización Internacional de Policía Criminal o INTERPOL; Unión Europea o UE; Fondo Mundial de lucha contra el SIDA; Organización Global Social Observatory o GSO; Agencia Alemana de Cooperación Técnica o GIZ; Gobierno de Taiwán; Gobierno de Estados Unidos de América; entre otros). Los motivos de los viajes se concentran en su mayoría en los siguientes rubros:

1. Elaboración, coordinación y seguimiento de planes y acuerdos regionales (ej: Plan de Salud de Centroamérica; Plan de trabajo sobre energía atómica; Plan para el abodaje de emergencias radiológicas; Convención en Protección Física en Material Nuacelar de los Estados del Caribe).

2. Reuniones de grupos técnicos para acordar políticas y/o procedimientos de inspección y control y reglamentación (ej: alimentos; delitos farmacológicos; armonización del Reglamento Técnico Centroamericano de buenas prácticas de manufactura; Reglamento Sanitario Internacional; regulación sobre material radioactivo; desechos en lo que tiene que ver con radiaciones y desmantelamiento; emisores de radiaciones ionizantes; transplante de órganos; evaluación de productos farmacéuticos y aparatos médicos).

3. Reuniones de grupos técnicos para el control regional de enfermedades, medicamentos asociados así como de estandarización y validación protocolos de vigilancia (ej: malaria, dengue, VIH, Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubeola Congénita, enfermedades no transmisibles relacionadas a la nutrición).

4. Reuniones de grupos técnicos para el tema de vacunas (ej: estudios de estabilidad de vacunas; reglamentación en vacunas).

5. Fortalecimiento de capacidades institucionales (ej: contaminantes de alimentos; seguridad física de fuentes radioactivas; buenas práticas de prevención del embarazo en adolescentes; biotecnología; directrices para comunicación del riesgo; infraestructura hospitalaria; sangre; sistemas de emergencias médicas; reciclaje; diabetes, VIH, Encuesta Mundial de Tabaco; gestión de residuos electrónicos; desarrollo de mapas de casos; acciones interculturales en salud; muertes maternas y salud infantil; sistemas de calidad y hemovigilancia).

6. Reuniones ordinarias y representación en diversos organismos (ej: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana; Mecanismo de Coordinación Regional, Grupo Técnico Asesor en VIH, Tuberculosis y Malaria del COMISCA; Red para la Evaluación de la Efectividad de la Vacuna en Latino América y el Caribe – influenza o REVELAC; Organización Deportiva Panamericana; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos u OCDE).

Dentro de los motivos de viaje es importante destacar el del proceso de adhesión a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que implicó una serie de viajes a la sede de dicha organización en París entre 2015 y 2018. En total, se realizaron 25 viajes relacionados con lo anterior. El 72% (18 viajes) fue realizado con presupuesto del Ministerio de Salud, lo que a su vez es casi un cuarto de los viajes realizados con el presupuesto institucional. Dichas participaciones se dieron en el marco tanto de los Comités de Salud y Químicos así como de los Grupos de expertos de Residuos, de Indicadores de Calidad en la Atención de la Salud, de Riesgos Químicos o de Contrapartes de Estadísticas en Salud. Para dicho proceso fue necesaria la participación técnica de funcionarios/as en diferentes sesiones ordinarias para exponer avances en el país en el proceso de adhesión o bien asesorar al o la jerarca en las sesiones de evaluación programadas por la OCDE. Adicionalmente, el o la jerarca institucional, en su caso, debió participar obligatoriamente en las sesiones políticas de adhesión con las cuales fue valorada la adhesión del país en los temas de Salud y Químicos, así como en la reunión de Ministros de Salud de dicha organización.

II.2. Proveeduría y Contratación Administrativa

II.2.1. Acciones de mejora para la proveeduría y contratación administrativa

Es importante destacar que durante el periodo 2014-2018, la Proveeduría no implementó mejoras en los procesos de ejecución de los trámites de Contratación Administrativa y de Administración y Control de Bienes. Lo anterior, por cuanto experimentó una disminución sustancial del recurso humano asignado (12 plazas), debido a: congelamiento de plazas y traslado de funcionarios/as, entre otros. Al no contar la Unidad Organizativa, con la cantidad de personal requerido, los procesos tardan mayor tiempo en resolverse, impidiendo que el personal desarrolle e implemente planes de mejora.

Para el periodo 2014-2018, se realizaron trámites tanto físicos como virtuales, utilizando la plataforma de Sistema de Compras Gubernamentales (COMPR@RED) y el Sistema Integrado de Compras Públicas (SICOP).

II.2.2. Procesos de contratación administrativa

A febrero de 2018, el Ministerio de Salud tenía 530 procesos de contratación admnistrativa vigentes. En el Anexo 4 se encuentran detallados cada uno de ellos.

II.2.3. Contratos vigentes

A febrero de 2018, el Ministerio de Salud tenía 72 contratos vigentes y 9 se encontraban en trámite. En el Anexo 5 se encuentran detallados cada uno de ellos.

II.3. Administración de Recursos Humanos

II.3.1. Acciones tomadas para la mejora de la administración de los recursos humanos

- **Elaboración de Diagnósticos e investigaciones sobre el Recurso Humano de la Institución:**

a. Elaboración del *"Informe Ejecutivo sobre la atención de la recomendación 4.8 de la Contraloría General de la República*" para dar atención a las recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República en el informe de fiscalización DFOE-SOC-IF-13.2012 , concerniente a la situación del recurso humano de las Áreas Rectoras de Salud, consolidándose en dicho informe la categorización de las Áreas Rectoras de Salud y la propuesta de plantillas para áreas rectoras de baja complejidad.

b. Elaboración del *"Diagnóstico de la Situación Ocupacional de los puestos clasificados como Inspector de Servicio Civil 1 y 2 del Ministerio de Salud*" con el objetivo de identificar la situación de los puestos que se encuentran asignados al Programa Integrado de Vectores y en el cual se describe la situación actual del Programa y se formulan recomendaciones técnicas a las autoridades para garantizar la utilización efectiva del recurso humano institucional, en estricto apego a la legislación y normativa vigente.

c. Confección del *"Diagnóstico de los puestos que se desempeñan como Técnicos Administrativos en el Nivel Local*" con el fin de identificar si existen variaciones en la naturaleza y tareas asignadas a los puestos que laboran como técnicos administrativos en las áreas rectoras de salud. En dicha investigación se define la naturaleza ocupacional de los puestos que ejecutan funciones como Técnicos Administrativos en el nivel de gestión local y se emiten recomendaciones para optimizar su gestión en las unidades organizativas.

- **Incorporación de nuevas especialidades y de un nuevo cargo en los Manuales de Clases y Especialidades de la Dirección General de Servicio Civil.**

a. Incorporación de dos nuevas especialidades en el Manual Descriptivo de Especialidades de la Dirección General de Servicio Civil, la especialidad, *"Promoción de la Salud"* cuyo fin es dotar a la institución del recurso humano idóneo para asumir los procesos concernientes al tema de promoción de la salud y la especialidad *"Economía de la Salud"*, cuya naturaleza se define en garantizar que los recursos destinados a los programas de salud, no solo monetarios, sino también los que involucren personas, tiempo y materiales, sean aprovechados de la manera más eficiente y satisfagan las necesidades más apremiantes del país en materia de salud pública, acciones que se fortalecen en en la institución por medio de la incorporación de profesionales en dicha disciplina.

b. Creación del cargo "*Auditor General de Servicios de Salud*", mismo que fue aprobado por la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria del Ministerio de Hacienda, como puesto excluido, cuya naturaleza versa en asegurar el cumplimiento de la

Ley 8239 “Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados” , por medio de labores de supervisión y control de los servicios de salud, tanto de índole público como privado en todo el territorio nacional, así como el desarrollo de la normativa que permita optimizar la prestación de dichos servicios.

- **Atención de Estudios Parciales**

  Elaboración del “*Estudio Parcial de 45 puestos ocupados en propiedad clasificados como Inspector de Servicio Civil 1 y 2, Especialidad Lucha contra Insectos*, *ubicados en el nivel de gestión local y región*”, para dar atención a la solicitud emitida por la Dirección General de Salud de fortalecer con puestos a las áreas rectoras de salud para dar continuidad a la prestación de los servicios de rectoría de producción social de la salud.

  Con dicha propuesta se autoriza la modificación de la ubicación, clasificación y especialidad de 45 puestos de la institución ubicados en el nivel local.

- **Acompañamiento técnico para implementar y consolidar el proceso de desconcentración de la Dirección Nacional de CEN-CINAI**

  Acompañamiento técnico a la Dirección Nacional de CEN-CINAI para que asuma como ente desconcentrado los procesos concernientes al tema de organización del trabajo de recursos humanos, por medio de seguimientos y acompañamiento técnico para elaborar estudios técnicos y dar atención a consultas sobre reasignación de puestos, recalificación, estudios de especialidad, modificación de manuales, creación de cargos, entre otros temas. Aunado a lo anterior, en junio del 2016, en atención a la formalización de la Oficina Institucional de Recursos Humanos de CEN-CINAI se hace entrega formal de 2440 sobres de puestos, que contienen el histórico de cada uno de los puestos que conforman ahora la Dirección Nacional de CEN-CINAI como ente adscrito al Ministerio de Salud.

- **Elaboración de procedimientos de trabajo**

  Elaboración de seis procedimientos de trabajo a saber: Solicitud de Estudio de Reasignación de Puesto, Solicitud de Cambio de Especialidad, Solicitud de Recalificación, Solicitud de Inclusión de Carrera a una Especialidad, Solicitud de Traslado Horizontal, Solicitud de Ubicación de exfuncionarios/as, con el fin de estandarizar la manera de ejecutar las actividades.

A continuación se presenta el cuadro de producción del análisis ocupacional de la institución del 2014-2017.

Cuadro 2.7
Producción del Área de Análisis Ocupacional
Ministerio de Salud 2014-2017

TEMA	TIPO DE ACTIVIDAD	2014			2015			2016			2017			Consolidado 2014-2017		
		Cantidad recibidas	Cantidad resueltas	Porcentaje de resoluciones satisfactorias	Cantidad recibidas	Cantidad resueltas	Porcentaje de resoluciones satisfactorias	Cantidad recibidas	Cantidad resueltas	Porcentaje de resoluciones satisfactorias	Cantidad recibidas	Cantidad resueltas	Porcentaje de resoluciones satisfactorias	Cantidad Total 2014-2017	Cantidad Total resueltas 2014-2017	Porcentaje Total resoluciones satisfactorias
Análisis y Clasificación de Puestos	Dictamen de Factibilidad	73	73	**100%**	83	83	**100%**	186	186	**100%**	25	25	**100%**	367	367	**100%**
	Reasignaciones	81	81	**100%**	95	95	**100%**	100	100	**100%**	30	30	**100%**	306	306	**100%**
	Estudios de provisionalidad	0	0	**NA**	0	0	**NA**	60	60	**100%**	44	44	**100%**	104	104	**100%**
	Dictamenes ocupacionales (por diferencias salariales)	0	0	**NA**	4	4	**NA**	16	16	**100%**	25	25	**100%**	45	45	**100%**
	Recursos de apelación	3	3	**100%**	4	4	**100%**	6	6	**100%**	0	0	**NA**	13	13	**100%**
	Estudio para Incorporación de atinencias académicas en el Manual de Especialidades de la Dirección General de Servicio Civil	1	1	**100%**	10	10	**100%**	6	6	**100%**	5	5	**100%**	22	22	**100%**
	Criterio técnico sobre puesto con problemas de salud	0	0	**NA**	0	0	**NA**	5	5	**100%**	0	0	**NA**	5	5	**100%**
	Estudio para modificar nomenclatura puesto confianza	1	1	**100%**	1	1	**100%**	1	1	**100%**	0	0	**100%**	3	3	**100%**
	Certificaciones para actualizacion salarios pensionados	7	7	**100%**	5	5	**100%**	7	7	**100%**	5	5	**100%**	24	24	**100%**
	Estudio para crear puesto excluido	0	0	**NA**	3	3	**100%**	1	1	**100%**	1	1	**100%**	5	5	**100%**
	Recalificaciones	14	14	**100%**	10	10	**100%**	11	11	**100%**	9	9	**100%**	44	44	**100%**
	Estudio para modificar especialidad	8	8	**100%**	4	4	**100%**	5	5	**100%**	6	6	**100%**	23	23	**100%**
	Traslado horizontal	1	1	**100%**	1	1	**100%**	1	1	**100%**	1	1	**100%**	4	4	**100%**
Actualización y mantenimiento de Manuales de Clasificación	Modificación de Manual Institucional de Salud	0	0	**NA**	1	1	**100%**	2	2	**100%**	1	1	**100%**	4	4	**100%**
	Propuestas de creación y/o modificación de grupos de especialidades	0	0	**NA**	1	1	**100%**	2	2	**100%**	2	2	**100%**	5	5	**100%**
Oficios de gestión de servicios del Área de Análisis Ocupacional	Comunicaciones de estudios y trámites de apoyo logístico y administrativo	625	625	**100%**	354	354	**100%**	650	650	**100%**	492	492	**100%**	2121	2121	**100%**
Totales		814	814	**100%**	576	576	**100%**	1059	1059	**100%**	646	646	**100%**	3095	3095	**100%**

Análisis de las estadísticas descriptivas sobre recursos humanos

En vista de que el Ministerio de Salud, tanto en el plano orgánico como ocupacional es sumamente complejo, se optó por describir la información requerida mediante el agrupamiento de las diferentes clases de puestos y especialidades que poseemos por estratos ocupacionales, siendo entonces que para una mejor exposición de la información solicitada, se definen cinco estratos caracterizados de la siguiente forma:

1- Estrato Gerencial

2- Estrato Profesional

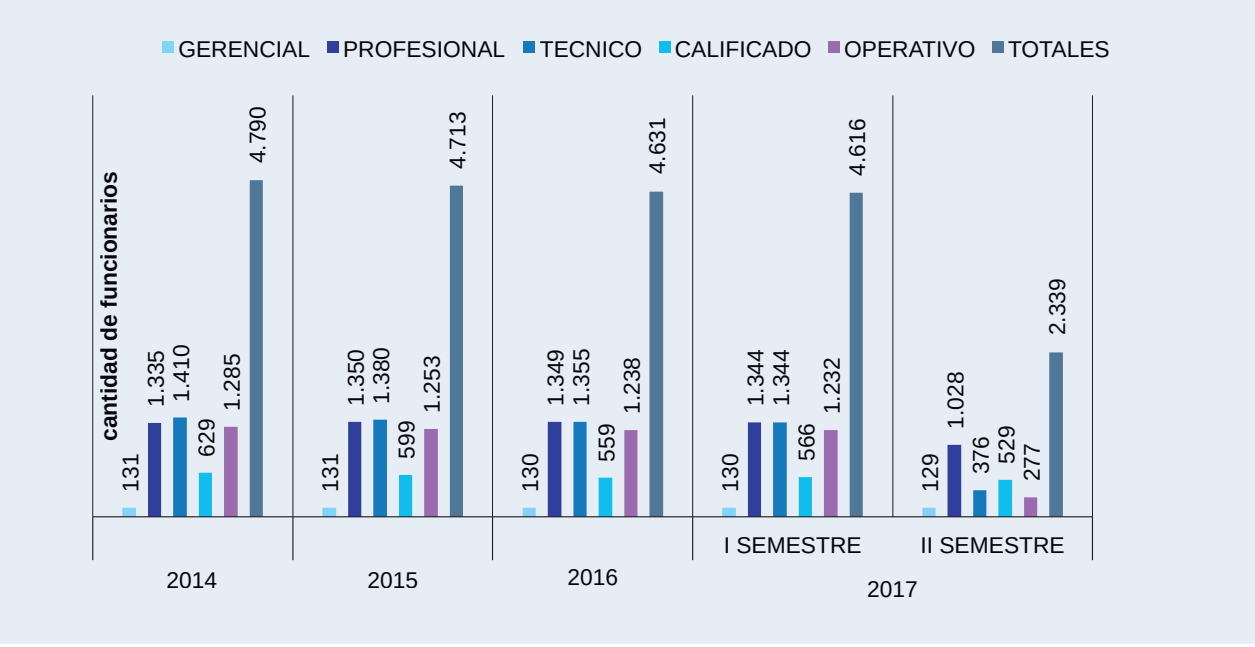
3- Estrato Técnico

4- Estrato Calificado

5- Estrato Operativo

Seguidamente se presentan de forma gráfica los datos relacionados con la cantidad de funcionarios/as efectivos durante el período 2014-2017 y el detalle de los salarios brutos pagados durante ese mismo período.

Gráfico 2.3
Cantidad de funcionarios/as nombrados por estratos ocupacionales
Periodo 2014-2017

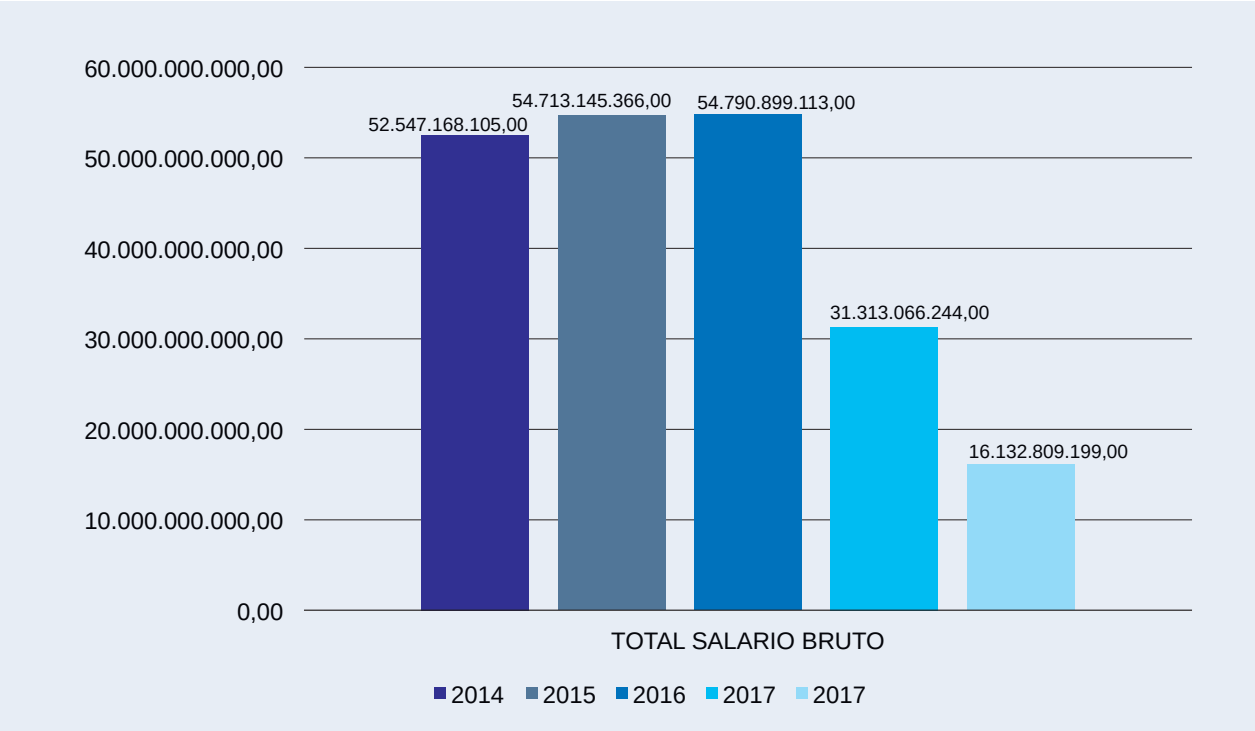


Fuente: Informes de Inventario de Recursos Humanos, Unidad de Recursos Humanos 2014-2017.

En el Gráfico 2.3 se puede apreciar el comportamiento en cuanto a la disminución progresiva de la cantidad total de funcionarios/as por año, esto debido entre otros factores, al impacto de los lineamientos emitidos en las Directrices Presidenciales N°009-H, 14-H, 23-H, 53-H y 70-H, con el objetivo de contener el gasto público y en consecuencia la imposibilidad de hacer uso de las plazas vacantes que se generaron durante dicho período.

Por otra parte, es importante destacar que en el periodo comprendido del 1 de agosto al 31 de diciembre del año 2017, el Ministerio de Salud tuvo un impacto importante al reducirse significativamente la cantidad de funcionarios/as, debido al traslado de funcionarios/as a la Dirección Nacional de CEN CINAI, acción que se sustentó en la Ley de su creación y en el oficio N° DG-CEN CINAÍ-581-2017, así también en consideración de los alcances de la disposición 4.4 del oficio DEFOE-SOC-IF-24-2015 emitido por la Contraloría General de la República. En virtud de lo anterior fueron objeto de traslado a dicha dependencia un total de 2.441 puestos.

Gráfico 2.4
Total de salarios devengados durante el periodo 2014-2017



Fuente: Informes de Ejecución Presupuestaria, Unidad de Recursos Humanos 2014-2017.

En el detalle anterior, puede ser apreciado que durante el periodo objeto de estudio, fueron devengados hasta julio de año 2017 los salarios correspondientes a la totalidad de funcionarios con que contaba el Ministerio de Salud en ese momento. A partir del mes de agosto, en adelante, en vista de la separación administrativa y presupuestaria de la Dirección Nacional de CEN-CINAI, solo fue cancelado lo correspondiente a los Programas Presupuestarios 630-00 Gestión Intrainstitucional y 63-101 Rectoría de la Producción Social de la Salud.

Cabe destacar que si bien es cierto en el periodo de enero a julio del 2017 se pagó salarios al programa 632-00, fue la Dirección Nacional de CEN-CINAI quien realizó su cancelación mediante su sistema de pagos.

II.3.2. Modelo Institucional de Gestión del Desempeño

En el año 2012, la Dirección General de Servicio Civil aprobó la *Guía de Aplicación del Modelo Institucional de Gestión del Desempeño*, mediante Resolución DG-157-2012.

Posteriormente, con fundamento en el Artículo 44 del Reglamento del Estatuto de Servicio Civil, se plantea la segunda versión de la guía, la cual fue aprobada mediante oficio GESTION-387-2015 del 17 de diciembre de 2015 de la Dirección General de Servicio Civil.

Los principios del Sistema de Gestión del Desempeño abarcan a la institución, los/las funcionarios/as y el/la ciudadano/a, ya que se fundamenta en cuatro pilares fundamentales:

- Realidad institucional: considera los valores, los compromisos individuales.
- Cumplimiento del marco estratégico institucional.
- Desarrollo humano del personal y participación del colaborador en la apreciación de su desempeño.
- Acciones que recibe la ciudadanía por parte de los funcionarios de la Institución.

Objetivos

- Coadyuvar en la gestión y eficacia institucional desde el desempeño de los/las funcionarios/as, mediante el conocimiento y aprovechamiento de los recursos, la mejora de los rendimientos personales y la orientación coordinada de éstos hacia los objetivos generales.

- Vincular y alinear la gestión del desempeño del personal a la gestión institucional, de manera que sirva de insumo y monitoreo a otros procesos institucionales y de cada unidad organizativa.
- Fomentar y estimular el desarrollo de las capacidades del personal y mejoramiento del clima laboral que permita ir logrando los objetivos, metas y servicios que brinda la Institución.
- Fomentar la eficacia de los/las servidores/as cubiertos por el Título primero del Estatuto de Servicio Civil, estimulando su desarrollo profesional, técnico, administrativo y optimizando su contribución al logro de la eficiencia en el servicio público.
- Identificar el potencial de desarrollo de los/las colaboradores/as, estimulando sus deseos de superación y guiando sus esfuerzos hacia la plena realización de sus posibilidades de mejoramiento mediante el seguimiento de su desempeño.
- Facilitar la ejecución de las operaciones en los diferentes niveles de las organizaciones y la aplicación de los métodos y técnicas administrativas por parte de los/las funcionarios/as que ejercen cargos de jefatura.
- Mejorar las relaciones humanas, motivar al personal, facilitando la comunicación positiva y productiva entre jefes y colaboradores, para el logro de las metas de la organización mediante entrevistas oportunas de seguimiento.
- Valorar la forma en que el/la colaboradore/a mediante el desempeño de las tareas asignadas, procura y logra una mayor productividad, reconoce el nivel futuro de esfuerzo requerido en ese logro, así como la calidad de su rendimiento, grado de eficiencia y satisfacción del servicio público demandado.

Elementos del Modelo y Proceso de Gestión del Desempeño

Los elementos del proceso que se incluyen en el Modelo Institucional y la Guía de Aplicación para “Gestionar el Desempeño del personal” vinculado con los planes, metas, objetivos, actitudes y comportamientos cuya responsabilidad es de cada Jerarca, Director/a y Jefe/a son los siguientes:

- **Ciclo de Gestión del Desempeño**

  El ciclo es anual e inicia desde enero a diciembre de cada año.

- **Expediente del desempeño**

  El expediente de desempeño individual a cargo de la jefatura en el que debe constar todos los documentos que prueban el desempeño, las gestiones realizadas, el logro o no de los compromisos. Es la evidencia real del desempeño durante el ciclo de gestión del desempeño de cada funcionario/a, se usa para archivar los documentos.

- **Acuerdo de Compromisos y Resultados del Desempeño**

  Se firma el *"Acuerdo de Compromisos y Resultados del Desempeño"* individuales entre jefaturas y funcionarios/as durante el I trimestre de cada año o cuando ingresa un/una funcionario/a a la unidad organizativa como un instrumento de planificación del trabajo en función del rendimiento requerido, cuyo objetivo es plantear las metas, compromisos y resultados o logros que se desea alcanzar durante los doce meses que comprende el Ciclo de Gestión del Desempeño. Dicho instrumento deberá estar vinculado directa o indirectamente según sea el caso con los planes internacionales, nacionales, estratégicos, operativos, o bien a los acuerdos y compromisos de gestión institucional pactados, Dimensiones del Formulario de Calificación Final del Desempeño según el Grupo Laboral que les corresponda, derivados de las obligaciones asignadas a cada dependencia, sea su concordancia directa o indirecta entre otros, cuando así existan y las contingencias surgidas durante el ciclo. Según el Oficio Circular DG-005-2011 emitido por la Dirección General de Servicio Civil esto es obligatorio.

- **Reunión de seguimiento del Desempeño**

  El jefe inmediato debe realizar la reunión de seguimiento individual por semestre e idealmente cada trimestre según sea el caso a los compromisos firmados con cada uno de sus funcionarios/as para determinar mediante reunión ente ambos su cumplimiento o no y poder corregir alguna situación.

- **Formularios para la calificación final del Desempeño**

  El proceso de gestión del desempeño se aplicará en forma diferenciada, considerando el Grupo Laboral en el que se ubican los/las colaboradores/as, según la naturaleza de su trabajo asignándose un formulario específico según cita a continuación:

Cuadro 2.8
Formularios de calificación del desempeño según grupo laboral, Ministerio de Salud, 2012-2017

Grupo laboral	Formulario
Directores/as y Jefaturas formales	Formulario E-1
Profesional	Formulario E-2
Técnico	Formulario E-3
Calificado	Formulario E-4
Operativo	Formulario E-5

Fuente: Guía de Aplicación del Modelo Institucional de Gestión del Desempeño, 2012.

El Artículo 41 del Reglamento de Estatuto de Servicio Civil establece que la "Evaluación del Desempeño" será una valoración del rendimiento del/la servidor/a en cada una de las dimensiones del desempeño institucionales desglosadas en 5 Componentes Genéricos (Servicio al/la usuario/a y al Ciudadano, Eficiencia, Competencia, Flexibilidad y Mérito) que influyen en el trabajo en general, para el caso del Ministerio de Salud se fundamentan en las disposiciones contenidas en la Resolución DG-304-2009 emitida por esa Dirección General.

Para el caso del Ministerio de Salud se han dispuesto 10 dimensiones por grupo laboral.

Ese mismo Artículo 41 señala que serán como máximo 5 categorías de calificación (Deficiente, Regular, Bueno, Muy Bueno y Excelente o sus equivalentes)

- **Reunión para la calificación final**

Consiste, esencialmente en un diálogo analítico, franco, respetuoso y abierto entre el/la jefe/a inmediato con su colaborador/a y éste hacia él/ella, retomando los insumos archivados en el Expediente del Desempeño así como el llenado del apartado "2) Nivel de Cumplimiento Trimestral" de los Compromisos Acordados y firmados por ambas partes. Luego, la jefatura inmediata expone a su colaborador/a las apreciaciones sobre el valor del nivel que mejor representa el desempeño logrado por éste/esta en cada Dimensión Del Desempeño y verificando lo acordado

con lo realizado en el Acuerdo de Compromisos y Resultados, comunicando en ese momento el resultado de la calificación final del desempeño. Esta reunión o entrevista debe realizarse durante la primera quincena del mes de febrero de cada año. Es en este momento en que se debe utilizar los Formularios de Desempeño de acuerdo a los Grupos Laborales mencionados anteriormente.

- **Resultado final del desempeño**

  Este apartado corresponde al resultado de la sumatoria de los puntos marcados en el formulario como resultado cuantitativo anual y su conversión a resultado cualitativo de acuerdo con la siguiente tabla:

Cuadro 2.9
Categorías cualitativas según rango de puntaje para la calificación del desempeño, Ministerio de Salud, 2018

Categoría Cualitativa	Rango de Puntos
Deficiente	35 a 59,99
Regular	60 a 74,99
Bueno	75 a 84,99
Muy Bueno	85 a 94,99
Excelente	95 a 100

Fuente: Reglamento del Estatuto de Servicio Civil, Art. 41.

- **Plan de Mejora**

  En los casos de funcionarios/as con resultado en las calificaciones de “deficientes y regulares”: siendo el resultado un “deficiente” se debe iniciar el debido proceso para la gestión de despido y por dos resultados consecutivos de “regular” igualmente se debe iniciar las gestiones para el debido proceso por despido, de acuerdo con la normativa vigente. En el caso de que no se llegue al despido o que el funcionario/a solo obtenga un regular, la jefatura inmediata debe establecer el Plan de Mejora Continua de un año y darle seguimiento con la evidencia respectiva.

- **Necesidades de Capacitación**

  La jefatura inmediata, tomando en cuenta los razonamientos del/la colaborador/a y sus propias apreciaciones determina, en caso de justificarse así, las acciones de

capacitación, asesoría, pasantía u orientación entre otros, que puedan contribuir a la corrección o mejoramiento del desempeño de aquellos/as servidores/as que obtuvieron en su calificación niveles de desempeño equivalentes a deficiente o regular, o también, de aquellos/as funcionarios/as que a pesar de haber obtenido otras calificaciones de muy bueno, bueno o excelente también considera que requieren alguna capacitación específica sea para actualización o mejoramiento del desempeño del siguiente ciclo de gestión del desempeño.

- **Resolución razonada por excedente al 20% de excelentes**

  Las unidades organizativas cuyos resultados de la Calificación del Desempeño superen el 20% de la totalidad de funcionarios/as evaluados con la categoría "excelente", deben justificar dicha situación y evidenciarlo completando la resolución razonada y comprobando el cumplimiento de objetivos institucionales derivados de la planificación estratégica y operativa de cada dependencia. Esto de acuerdo con la resolución DG-304-2009, DG-005-2011.

- **Reporte de Resultados**

  Los datos y reporte se brindan de acuerdo con los formatos y alcances del marco normativo del Régimen de Servicio Civil, especialmente de la DG-304-2009 y DG-007-2010, entre otros.

- **Resultados del Proceso de Calificación del Desempeño del año 2014 al año 2016**

  En el Anexo 6 de este documento se muestran los resultados del proceso de calificación del desempeño de la población laboral del Ministerio de Salud del año 2014 al año 2016 por resultado cualitativo y grupo laboral.

  Es importante indicar que no se incorpora la información del ciclo 2017 debido a que precisamente se está llevando a cabo la calificación del desempeño del ciclo 2017.

  Por otra parte, en el año 2014 el Ministerio de Salud consideraba en gestión del desempeño a la Dirección Nacional de CEN-CINAI, ya para el año 2015, esa Dirección realizaba dicha gestión y presentaba los resultados ante la Dirección General de Servicio Civil directamente, debido a la desconcentración.

Cuadro 2.10
Calificación del desempeño, según grupo laboral, Ministerio de Salud, 2014[1]

Grupo laboral	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Gerencial	190	98	1	0	0
Profesional	788	333	9	1	0
Técnico	484	777	54	4	0
Calificado	216	405	12	1	0
Operativo	326	765	47	2	0
Total	2004	2378	123	8	0

Fuente: Unidad de Recursos Humanos 2014-2017.

Cuadro 2.11
Calificación del desempeño, según grupo laboral, Ministerio de Salud, 2015

Grupo laboral	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Gerencial	139	37	2	0	0
Profesional	693	231	6	1	0
Técnico	220	140	3	2	0
Calificado	200	339	10	0	1
Operativo	103	110	6	1	0
Total	1.355	857	27	4	1

Fuente: Unidad de Recursos Humanos 2014-2017.

Cuadro 2.12
Calificación del desempeño, según grupo laboral, Ministerio de Salud, 2016

Grupo laboral	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
Gerencial	138	388	1	0	0
Profesional	678	212	5	0	0
Técnico	311	391	14	0	0
Calificado	94	50	2	1	0
Operativo	101	122	3	1	0
Total	1.322	813	25	2	0

Fuente: Unidad de Recursos Humanos 2014-2017.

[1] Considera la información de CEN-CINAI

II.3.3 Funcionarios/as capacitados/as del año 2014 al año 2017

Del año 2014 al año 2017 se capacitaron un total de 1918 funcionarios/as de los cuales un 28% (542) se capacitó en el año 2014, un 22% (413) en el año 2015, un 26% (496) en el año 2016 y un 24% (467) en el año 2017, como se observa en el cuadro 2.15.

Cuadro 2.13
Funcionarios/as capacitados/as según año, Ministerio de Salud, 2014-2017

Año	Número	Porcentaje
2014	542	28
2015	413	22
2016	496	26
2017	467	24
Total	1.918	100

Fuente: Informes trimestrales enviados a DGSC, Unidad Progreso Humano, 2018.

Del año 2014 al año 2017 se realizaron 89 actividades de capacitación avaladas por la Dirección General de Servicio Civil, participando un total de 1918 funcionarios/as para un total de 4183 horas de capacitación, como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 2.14
Actividades de capacitación desarrolladas, Ministerio de Salud, 2014-2017

Año	Actividades de capacitación	Número de participantes	Número de horas
2014	19	542	652
2015	19	413	680
2016	28	496	952
2017	23	467	1899
Total	89	1918	4183

Fuente: Registro Permisos de Capacitación, Unidad Progreso Humano, 2018

II.3.4. Formación

Ante gestiones realizadas por la Dirección de Vigilancia de la Salud del 2014 al 2017 se presentó la oportunidad para que funcionarios/as de la Institución cursaran la Maestría en Epidemiología en la Universidad Nacional. A febrero de 2018 se han realizado tres promociones de la Maestría para un total de 40 graduados. La cuarta promoción finaliza en diciembre de 2018 y se espera que se graduen 15 funcionarios/as.

II.4. Sistema de Control Interno

En cuanto al estado de la autoevaluación de control interno institucional, en el siguiente cuadro se observa que, al inicio de esta administración, en el año 2014 la autoevaluación de control interno institucional, presentaba un cumplimiento de 87%. El porcentaje, se incrementó, hasta alcanzar un cumplimiento de 91% en el período 2016–2017. Lo anterior, muestra una mejoría en el sistema de control interno institucional. Es importante mencionar que los datos corresponden a la información de toda la institución y contemplan los niveles central, regional y local.

Cuadro 2.15
Autoevaluación de control interno institucional según componente, Ministerio de Salud, 2013-2017

Componentes	Cumplimiento 2013-2014	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016	Cumplimiento 2016-2017
Deberes Generales	91%	90%	94%	96%
Ambiente de Control	86%	86%	91%	91%
Valoración del Riesgo	86%	79%	86%	88%
Actividades de Control	85%	87%	84%	87%
Sistemas de Información	86%	88%	90%	91%
Criterios de Seguimiento	86%	88%	87%	93%
Promedio	87%	86%	89%	91%

Fuente: Registro Permisos de Capacitación, Unidad Progreso Humano, 2018

En cuanto a las acciones emprendidas para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno institucional se han realizado las siguientes actividades:

1. Visitas de seguimiento a las unidades organizativas para verificar con evidencia el cumplimiento del sistema de control interno y conocer las acciones específicas se realizan para cumplir y perfeccionar dicho sistema. Además, el cumplimiento real de las metas del POI.

2. En los años 2014 y 2016 se realizaron actualizaciones del Marco Orientador del Sistema Específico de Valoración del Riesgo (SEVRI), herramienta que operativiza el sistema de control interno institucional. Además se actualizó la herramienta de Autoevaluación de Control Interno Institucional.

3. Se han actualizado los procedimientos relativos al proceso de Control Interno Institucional, con el fin de adecuar el sistema al quehacer institucional.

4. Se han realizado reuniones de refrescamiento dirigidas hacia los enlaces de control interno, con el fin de mantenerlos actualizados y refrescar conocimiento referidos a dicho tema.

5. Actualmente, la institución cuenta con un sitio de Control Interno en la intranet para que los/las funcionarios/as institucionales tengan acceso a la normativa que lo rige y a los resultados obtenidos acerca de este tópico en la institución.

6. Además, los resultados obtenidos en la Autoevaluaciones de Control Interno, el cumplimiento de metas anuales de la Programación Operativa Institucional y los resultados del Índice de Gestión Institucional, se publican en la página institucional, para cumplir con lo referente al compromiso de transparencia.

II.4.1. Encuesta sobre la calidad del servicio del Ministerio de Salud, 2017

Con el objetivo de conocer la calidad del servicio que brinda el Ministerio de Salud a los usuarios/as en los niveles de gestión local y regional, la Contraloría de Servicios elaboró una encuesta que fue aplicada entre el 1 y el 31 de agosto de 2017.

Se aplicó en las nueve Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud y las ochenta y dos Áreas Rectoras de Salud. Se entregaron un total de 2.275 encuestas, distribuidas de la siguiente manera:

- Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud: 225 (25 formularios para cada Unidad de Atención al Cliente)
- Áreas Rectoras de Salud: 2.050 (25 formularios para cada ARS)

Ilustración 2.1
Custionario de la Encuesta sobre la Calidad del Servicio del Ministerio de Salud, 2017

1. Sexo de la persona que completa la encuesta	a. ____ Femenino b. ____ Masculino
2. Tipo de trámite que viene a realizar al Área Rectora de Salud	1. Solicitud de permiso sanitario de funcionamiento y/o habilitación 2. ___ Renovación permiso sanitario de funcionamiento 3. ___ Solicitud de carné de manipulación de alimentos 4. ___ Solicitud de carné fiebre amarilla 5. ___ Retiro de documentación emitida por el Ministerio de Salud 6. ___ Solicitud de información general 7. ___ Entrega de correspondencia 8. ___ Interposición de denuncias sanitarias 9. ___ Interposición de denuncias contra funcionarios
3. El trato recibido por el funcionario (a) de atención al cliente fue amable y cortés	1. ___ Malo 2. ___ Regular 3. ___ Bueno 4. ___ Muy bueno 5. ___ Excelente
4. Tiempo promedio que tuvo que esperar para ser atendido por el funcionario (a) de atención al cliente fue:	a. ____ 10 minutos o menos b. ____ 20 minutos o menos c. ____ 30 minutos o menos d. ____ Más de 30 minutos
5. El tiempo transcurrido para que fuera atendido por el funcionario (a) e atención al cliente fue:	a. ____ Poco b. ____ Regular c. ____ Adecuado d. ____ Mucho
6. La calidad del servicio brindado por parte del funcionario (a) de atención al cliente fue:	1. ___ Malo 2. ___ Regular 3. ___ Bueno 4. ___ Muy bueno 5. ___ Excelente

Fuente: Contraloría de Servicios, Ministerio de Salud, 2017

La Contraloría de Servicios fue la responsable de distribuir y tabular la información de los cuestionarios aplicados

Se obtuvo un total de mil ochocientos setenta y nueve cuestionarios. La cantidad de encuestas aplicadas estuvo distribuida de la siguiente manera:

Cuadro 2.16
Distribución de los cuestionarios aplicados por Región del Ministerio de Salud, 2017

Región	# Encuestas Aplicadas	# Encuestas enviadas
Brunca	175	175
Central Este	186	200
Central Norte	293	325
Central Occidente	146	150
Central Sur	444	500
Chorotega	291	325
Huetar Caribe	175	175
Huetar Norte	154	175
Pacífico Central	224	250
Total	**2.088**	**2.275**

Fuente: Informes trimestrales enviados a DGSC, Unidad Progreso Humano, 2018.

En las nueve Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud, se aplicaron un total de dos mil ochenta y ocho (2.088) encuestas.

De las nueve direcciones regionales, solamente la Región Central Sur no aplicó las encuestas en su Unidad de Atención al Cliente

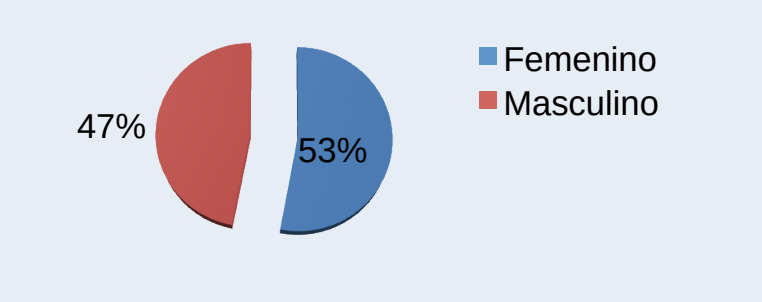
Resultados a Nivel Nacional

Los resultados de la Encuesta son los siguientes:

1. **Sexo del/la usuario/a**

   De los 2.062 administrados que completaron la encuesta, la mayoría son mujeres. Se obtuvo que 1.084 pertenecen al sexo femenino y 978 al masculino; obteniéndose un 53% y 47% respectivamente.

Gráfico 2.5
Distribución de los/as usuarios/as según sexo



Fuente: Encuesta sobre la Calidad del Servicio del Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios, 2017

2. Tipo de trámite

Para este ítem se tomaron en cuenta nueve trámites que son competencia de la Institución: solicitud de permiso sanitario de funcionamiento o habilitación, renovación del permiso sanitario de funcionamiento, solicitud de carnet de manipulación de alimentos, solicitud de carnet de fiebre amarilla, retiro de documentación emitida por el Ministerio de Salud, solicitud de información general, entrega de correspondencia, interposición de denuncias sanitarias e interposición de denuncias contra funcionarios/as. De acuerdo con la encuesta, los usuarios realizan los siguientes trámites:

Cuadro 2.17
Distribución del tipo de trámite relizado por los/las usuarios/as

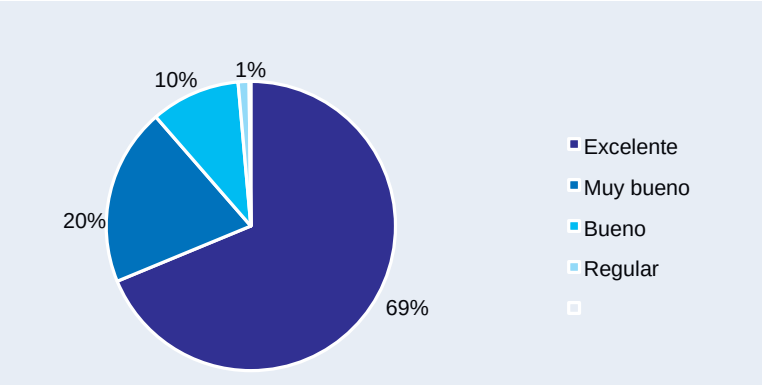
Tipo de trámite	Cantidad	%
Solicitud de carné de manipulación de alimentos	524	25%
Renovación de permiso sanitario de funcionamiento	429	21%
Solicitud de permiso sanitario de funcionamiento o habilitación	346	17%
Solicitud de información general	185	9%
Retiro de documentación emitida por el Ministerio de Salud	173	8%
Solicitud de carné de fiebre amarilla	155	7%
Entrega de correspondencia	133	6%
Interposición de denuncias sanitarias	124	5%
Interposición de denuncias contra funcionarios/as	5	1%
Total	**2.088**	**2.275**

Fuente: Encuesta sobre la Calidad del Servicio del Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios, 2017

3. Trato recibido por el/la funcionario/a de atención al cliente

Un 89% de los(as) usuarios(as) reporta haber recibido un trato excelente o muy bueno mientras sólo un 1,4% dice haberlo recibido malo o regular.

Gráfico 2.6
Calificación de los/as usuarios/as del trato recibido

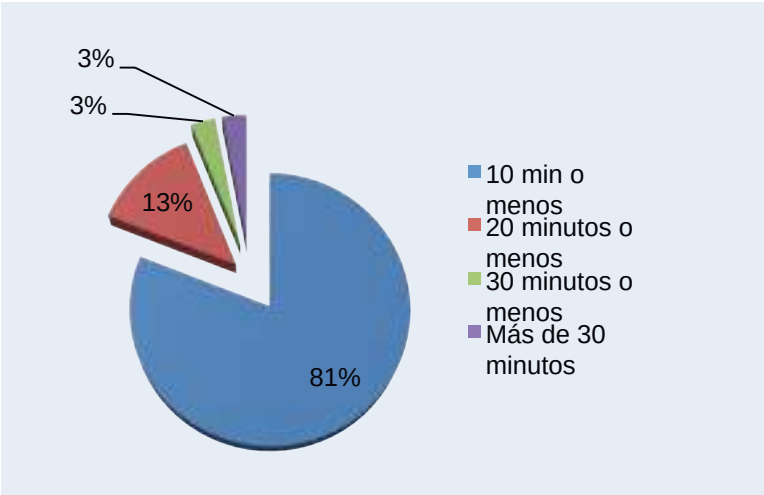


Fuente: Encuesta sobre la Calidad del Servicio del Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios, 2017

4. Tiempo promedio de espera

En el siguiente gráfico, se encuentra el resultado arrojado con relación al tiempo que el(la) usuaria(a) tuvo que esperar en la respuesta del/la funcionario/a de atención al cliente. El 81% de los(as) usuarios(as) tuvo que esperar 10 minutos o menos para ser atendido(as). Únicamente un 3% esperó 30 o más minutos.

Gráfico 2.7
Tiempo promedio de espera para ser atendido/as (en minutos) reportado por los/las usuarios/as

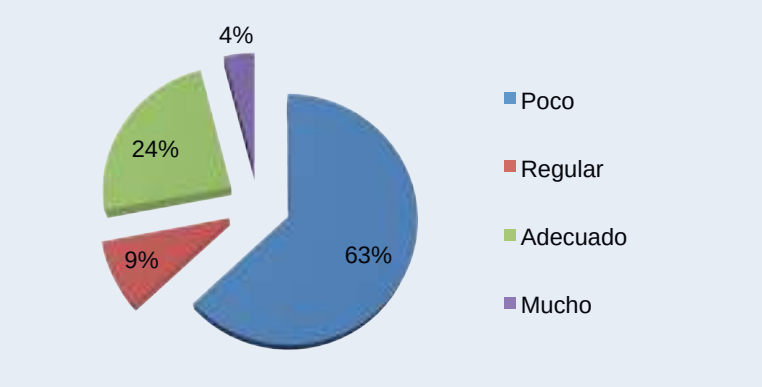


Fuente: Encuesta sobre la Calidad del Servicio del Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios, 2017

5. Percepción del tiempo de espera

El 63% de los/las usuarios/as (1.303 en total) indicó que el tiempo transcurrido para ser atendido fue poco. El 24%, un total de 499 usuarios/as manifestó que el tiempo fue adecuado; mientras que para un 9% (189 administrados), el tiempo fue regular. Solamente un 4% (74 usuarios/as) indicó que fue mucho el tiempo de espera.

Gráfico 2.8
Percepción de los/las usuarios/as del tiempo de espera para ser atendido/as

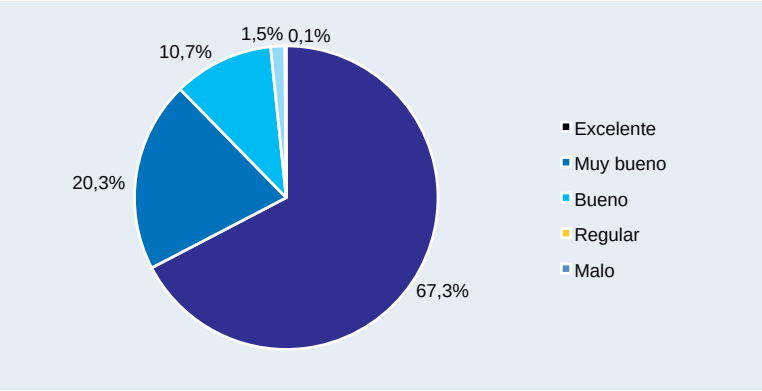


Fuente: Encuesta sobre la Calidad del Servicio del Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios, 2017

6. Calidad del servicio

Aproximadamente un 88% de los/as usuarios/as calificaron la calidad del servicio recibido como exclenete o muy buena. Un 11% la calificó de buena.

Gráfico 2.9
Percepción de la calidad del servicio



Fuente: Encuesta sobre la Calidad del Servicio del Ministerio de Salud, Contraloría de Servicios, 2017

Conclusiones

La población femenina es la que más acude al Ministerio de Salud en busca de servicios. Los trámites que tienen mayor demanda por parte de la población son:

1. Solicitud de carné de manipulación de alimentos
2. Renovación de permiso sanitario de funcionamiento
3. Solicitud de permiso sanitario de funcionamiento o habilitación
4. Solicitud de información general

El 67% de los/las usuarios/as indicó que el trato del/la funcionario/a de atención al cliente fue amable y cortés, y fue calificado como excelente. El 63% de los/as usuarios/as consideró que tuvo que esperar “poco tiempo”, aunque en realidad el 81% tuvo que esperar 10 minutos o menos para ser atendido(a).

El 66% de los/as encuestados/as calificó como “excelente” la calidad del servicio recibido por parte del personal de atención al cliente.

II.4.2. Ética

Durante la Administración se elaboró, socializó e implementó el *“Manual de Ética Institucional”,* en los tres niveles de gestión, de igual manera se designaron enlaces de ética en cada uno de estos niveles.

El Manual de Ética del Ministerio de Salud, desarrolla el significado y las implicaciones conductuales de los valores compartidos de quienes conformamos esta institución; es un texto educativo para orientar la conducta de nuestros funcionarios/as y para inspirar las mejores prácticas.

Este tema se trabaja en coordinación con la Procuraduría de la Ética y la Comisión Nacional de Rescate de Valores.

El Ministerio en este campo tiene como desafío a corto plazo, el diseño y la implementación de un *“Plan Estratégico de Ética Institucional”* y la actualización del manual.

II.4.3. Matriz de Cumplimiento (MACU)

El Decreto Ejecutivo N°39753-MP “Deber de la Administración Central de Cumplir con las Obligaciones Derivadas del Sistema de Control Interno”, establece la responsabilidad de la Dirección General y la Unidad de Planificación, o los departamentos internos equivalentes,

contemplar en sus informes de desempeño las observaciones y recomendaciones emitidas en los informes de la Auditoría Interna, así como los avances realizados para su cumplimiento.

En acato al anterior decreto, el Ministerio de Salud, publica en su página Web, sitio de "Transparencia", apartado Informes Institucionales-Informes de Auditoria, la Matriz de Cumplimiento, o bien en la siguiente dirección https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/informes-auditoria, que contiene información del período 2014-2016, del seguimiento realizado al cumplimiento de las recomendaciones emanadas en los Informes de Auditoría Interna.

Además, se diseñó el Procedimiento denominado "Seguimiento al Cumplimiento de las Recomendaciones Emanadas de los Informes de Auditoría Interna", para estandarizar el seguimiento de dichos informes.

II.4.4. Seguimiento físico financiero a otras instituciones del sector y organismos sin fines de lucro

De acuerdo con la Ley de Presupuesto de la República, al Ministerio de Salud le corresponde realizar transferencias a otras Instituciones y Organismos Desconcentrados, por lo cual es necesario mantener un control y dar seguimiento al uso de los fondos y el cumplimiento de metas programadas. Por lo tanto, corresponde al Ministerio ejecutar el proceso de control de las transferencias a otras Instituciones y Organismos Desconcentrados, que se encuentran incorporadas en la Ley de Presupuesto Ordinario y Extraordinario de la República, mediante la solicitud y análisis de los informes presentados trimestralmente por dichas Instituciones, para cumplir con lo establecido por la normativa. Se cuenta con informes del período 2016-2017, los cuales próximamente se estarán publicando en la Web.

II.4.5. Denuncias

Las denuncias son una fuente de información fundamental para atender y mejorar los procesos de trabajo en el Ministerio de Salud. Dichas denuncias son recibidas ya sea por la Dirección de Atención al Cliente así como la Contraloría de servicios. A continuación se detalla el número total de denuncias así como el porcentaje de denuncias no atendidas por año y por región del Ministerio de Salud.

Cuadro 2.18
Número de denuncias recibidas por región y año y porcentaje de denuncias no atendidas

REGION	PERIODO	TOTAL DENUNCIAS POR REGIÓN	% DENUNCIAS NO ATENDIDAS EN PLAZO
CENTRAL NORTE	2014	3670	1
	2015	3611	9
	2016	2425	16
	2017	2162	25
CENTRAL SUR	2014	4379	59
	2015	7197	30
	2016	6284	38
	2017	5646	30
CENTRAL OCCIDENTE	2014	1199	nd
	2015	1297	78
	2016	1335	68
	2017	nd	40
CENTRAL ESTE	2014 (I semestre)	568	41
	2015 (II Semestre)	859	26
	2016	1820	25
	2017	1603	25
HUETAR CARIBE	2014	1584	2
	2015	1620	6
	2016	1749	3
	2017	1759	11
HUETAR NORTE	2014 (I semestre)	270	48
	2015	479	31
	2016	876	40
	2017	715	35
BRUNCA	2014	1063	nd
	2015	934	16
	2016	972	9
	2017	619	8
PACÍFICO CENTRAL	2014	3013	27
	2015	2714	11
	2016	2531	12
	2017	3070	7
CHOROTEGA	2014	3128	24
	2015	2778	58
	2016	2869	20
	2017	nd	nd

Fuente: Atención al Cliente, Ministerio de Salud, 2018

II.4.6. Contraloría de Servicios

El principal objetivo de la Contraloría de Servicios, es involucrar a la ciudadanía en la fiscalización de la prestación de los servicios públicos, mediante el ejercicio de su derecho de petición y manifestación de su inconformidad en forma individual o colectiva sobre la calidad de los servicios, con el propósito de garantizarle de esta manera que sus demandas sean escuchadas y resueltas.

Los ciudadanos acuden a la Contraloría de Servicios del Ministerio de Salud para realizar consultas, interponer denuncias y quejas por trámites no resueltos. Entre las inconformidades más frecuentes están:

- Incumplimiento de la aplicación de la Ley 8220 (principalmente en la publicidad de los trámites, información sobre el trámite, plazo y calificación única, prevención única y silencio positivo).
- Falta de atención de alertas sanitarias por parte de las Áreas Rectoras de Salud.
- Falta de claridad entre las competencias del Ministerio de Salud y las de otras instituciones (CCSS, municipalidades, entre otras).
- Trato inadecuado de los/las funcionarios/as hacia los administrados.
- Situaciones de acoso laboral.
- Incumplimiento del Consejo de Atención Integral (CAI) en la resolución de las habilitaciones.
- Falta de normalización y estandarización de los servicios que brinda la institución.

Del año 2014 a la fecha se ha logrado bajar la cantidad de inconformidades respecto a los trámites propiamente, ya que se ha capacitado al personal y se han elaborado procedimientos y protocolos para este fin.

No obstante, sí se observa un incremento en el apartado de información y calidad de los servicios, según las dimensiones dadas por la Secretaría Técnica de Contralorías de Servicios de MIDEPLAN, que obedecen a la falta de recurso humano, que ha tenido la institución.

Como resultado de lo anterior, los/las directores/as de las áreas rectoras de salud y directores regionales, se han visto obligados a ubicar personas no capacitadas para que realicen los trámites, en los equipos de atención al cliente, lo cual provoca molestias en los clientes, por

falta de información para el servicio que requiere.

Cuadro 2.19
Inconformidades recibidas según caracterización y año, 2014-2017

Caracterización	2014	2015	2016	2017	2014-2017
Información	50 (2,7)	45 (5,8)	42 (7,1)	79 (10,2)	216 (5,5)
Trato a los/las usuarios/as	10 (0,5)	25 (3,2)	41 (7,0)	22 (2,8)	98 (2,5)
Calidad del servicio	12 (0,6)	68 (8,8)	86 (14,5)	92 (7,1)	258 (6,5)
Instalaciones	4 (0,2)	10 (1,3)	16 (2,7)	7 (1,0)	37 (0,9)
Otras * Traslados	21 (1,1)	82 (10,6)	32 (5,4)	238 (30,7)	373 (9,4)
Consultas Fisicosanitarias	500 (27,4)	388 (50,3)	318 (53,7)	148 (19,1)	1.354 (34,2)
Consultas Específicas	1230 (67,3)	152 (19,7)	57 (9,6)	188 (24,3)	1.627 (41,0)
TOTAL	**1.827**	**770**	**592**	**774**	**3.963**

Fuente: Contraloría de Servicios, Ministerio de Salud, 2018.

Como parte de los logros relacionados con lo anterior, se pueden mencionar los siguientes:

- Ordenamiento de la Secretaria Técnica y del Consejo Atención Integral, dando como resultado una reducción significativa en las habilitaciones, pasando de nueve meses de rezago a un mes. Actualmente las habilitaciones de los Centros de Atención Integral se encuentran al día y no se ha vuelto a interponer quejas contra éstos.
- Elaboración del procedimiento: "*Atención de Denuncias Sanitarias"* con la finalidad de contar con una herramienta para la disminuir las quejas de los/las usuarios/as por falta de información.
- Disminución de las denuncias contra el actuar de funcionarios/as por fuga de información, como producto de la emisión de directrices sobre confidencialidad de los datos personales de los denunciantes.

II.4.7. Auditoría Interna

En cumplimiento de sus funciones la Auditoría Interna ha realizado diferentes estudios, informes y procesos con recomendaciones específicas. Un desglose de los mismos, así como su estado se puede encontrar en el Anexo 7.

Por otra parte, la Contraloría General de la República (CGR) ha enviado una serie de informes (DFOE) y recomendaciones cuyo estado de cumplimiento se puede encontrar en el Anexo 8. Cabe aclarar que algunos de estos DFOE no se han recibido en esta administración y tienen puntos específicos de recomendaciones que, por su dimensión, aún se encuentran en cumplimiento. Por esta razón se hace un recuento de los mismos desde el año 2011.

II.5. Acceso a la Información Pública

Plan de Seguimiento, actualización y monitoreo de la información pública de publicación proactiva, datos abiertos

Como una forma de lograr que las diferentes unidades organizativas colaboren en brindar la información para publicar en el sitio web, y que éste se mantenga actualizado y responda al derecho y requerimientos de la población, se han designado funcionarios/as llamados enlaces, quiénes son los responsables de coordinar a lo interno de su unidad para recopilar la información y facilitarla al Departamento de Tecnología de la Información y la Comunicación para su debida publicación.

Además, se elaboró un documento llamado *"Lineamientos para contenidos en el Portal Web Institucional"*, en el cual se valora el tema de transparencia. Por otro lado, también se elabora un documento dirigido a las unidades organizativas que brindan insumos para el sitio web, donde se detalla los formatos y presentación de la información que se publica, con el fin de definir estándares.

Además, en el Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación, se ha designado a una funcionaria, la cual coordina con los enlaces y brinda el seguimiento respectivo en lo que concierne al sitio web de la "Red Interinstitucional de Transparencia", de manera que el mismo se mantenga actualizado.

Para el seguimiento y monitoreo de la información pública para el sitio web, se cuenta con una herramienta llamada *"Lista de verificación"*, el cual detalla por cada dimensión, la información que debe publicarse en el sitio y los responsables de brindar esa información.

II.5.1. Oficial de Acceso a la Información

Mediante oficio DM-409-18 del Despacho Ministerial se designa el Oficial de Acceso a la Información, nombramiento que recae en el Contralor de Servicios Institucional.

II.5.2. Estrategia de Transparencia Institucional

El Ministerio de Salud en acato al cumplimiento del pilar de transparencia de la actual Administración, se ha abocado a desarrollar una estrategia de transparencia que oriente la gestión institucional hacia la calidad y la rendición de cuentas; con el fin de generar información confiable, oportuna y comprensible, para la población, los/las funcionarios/as de la institución y las organizaciones en general.

La implementación de la "*Estrategia de Transparencia Institucional*" permitirá el fortalecimiento del derecho a datos públicos y la generación de una mejora continua en los servicios que brinda el Ministerio de Salud.

A la fecha se cuenta con el diseño de la estrategia y se ha establecido una *Comisión de Transparencia* permanente que tiene la responsabilidad de su implementación, seguimiento y control de ésta.

II.5.3. Índice de Transparencia

El Índice de Transparencia del Sector Público Costarricense (ITSP) es un instrumento de medición de la transparencia de las instituciones que conforman el Sector Público Costarricense. Este instrumento es elaborado por la Defensoría de los Habitantes de la República, con el apoyo del Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública de la Universidad de Costa Rica y Gobierno Digital.

La evaluación toma en consideración cuatro grandes dimensiones, que a su vez están integradas por 16 variables, 38 sub-variables y 95 indicadores. Se enfoca y evalúa el acceso y disponibilidad de información pública en los sitios web de cada entidad. Con el fin de promover y fortalecer en las instituciones y sus funcionarios/as una gestión con transparencia.

Según resultados del ITSP, en los tres años en que ha sido evaluado el sitio web del Ministerio de Salud, se ha observado un aumento significativo en la nota obtenida. Como se puede apreciar en el cuadro 2.20 y de acuerdo con las cuatro dimensiones evaluadas.

Cuadro 2.20
Índice de transparencia. Ministerio de Salud, 2015-2017.

Dimensiones evaluadas por ITSP	2015	2016	2017
Acceso a la Información	36,76	71,08	76,82
Rendición de Cuentas	18,46	48,00	71,41
Participación Ciudadana	42,57	23,00	61,75
Datos Abiertos	4,35	45,97	66,71
Total	**28,08**	**48,46**	**69,93**

Fuente: Defensoría de los Habitantes

Según resultados del ITSP en el año 2015 el sitio web del Ministerio de Salud obtuvo una nota de 28,08 el puesto número 71 de 105 instituciones evaluadas, y el puesto número 13, dentro de los Ministerios.

En el año 2016 la nota que se obtuvo fue de 48,46 y el puesto número 20 de un total de 206 instituciones evaluadas, en cuarto lugar, dentro de la categoría de Ministerios.

Durante el año 2017 la institución realizó grandes esfuerzos para brindar a la ciudadanía mucha más información pública con el fin de dar a conocer su gestión con transparencia; lo cual impactó positivamente en los resultados de la evaluación del ITSP para el año 2017, logrando una nota de 69,93, el puesto número 13 de un total de 254 instituciones evaluadas, y un tercer puesto dentro de su categoría. Es importante señalar que la fecha de esta evaluación para el sitio web del Ministerio de Salud fue el día 22 de junio 2017 y no consideró las acciones de mejora que se ejecutaron durante el segundo semestre de ese año, las cuales se espera se vean reflejadas en la próxima evaluación.

Desde abril del 2016, el Ministerio de Salud, se incorporó a la *"Red Interinstitucional de Transparencia (RIT)"*, en respuesta a invitación extendida por la Defensoría de los Habitantes, con lo cual se han dado avances notables en la promoción y fortalecimiento de una cultura organizacional con transparencia.

II.5.4. Participación Ciudadana

El Ministerio de Salud cuenta con diferentes formas de participación ciudadana disponibles en su sitio web. Dichos espacios son sistemaizados en el siguiente cuadro.

Cuadro 2.21
Índice de transparencia. Ministerio de Salud, 2015-2017.

Espacios de participación	Descripción	Enlace
Consulta pública sobre leyes y otras normas	En este apartado encontrará las propuestas de ley y otras propuestas, que se encuentran en consulta pública y oficialmente publicadas como tal en el diario Oficial La Gaceta.	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/propuestas-de-ley
Denuncia	Cuando el ciudadano desee presentar una denuncia o queja por alguna situación que amenace la salud propia o de la población, o se le ha brindado un mal servicio por parte de algún funcionario o funcionaria del Ministerio de Salud puede hacer una: 1. Denuncia sanitaria. 2. Denuncia por infracción a la Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos. 3. Denuncia relacionada con productos de interés sanitario. 4. Denuncias por mal servicio o por trámite no resuelto. En caso de necesitar los formularios físicos, lo anterior podrá hacerse en la Dirección del Área Rectora de Salud del Ministerio de Salud más cercana ya sea: a) a su residencia; b) lugar de trabajo; c) o que corresponde a la ubicación ubicación física del establecimiento u oficina denunciada.	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/tramites-ms/denuncias
Contraloría de Servicios	Se puede interponer una queja por tramite no resuelto (todo tramite o gestión que supere los treinta días y no se le haya atendido) y la denuncia contra el actuar de un/a funcionario/a o por un mal servicio la Contraloría de Servicios de manera directa a través de este enlace.	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/contraloria-de-servicios.
Opinión	“Tu opinión vale mucho” es un espacio donde se solicita la opinión del/la usuario/a sobre el portal web, sus expectativas y necesidades, con el objetivo de mejora continua.	https://www.ministeriodesalud.go.cr/encuestams/index.php/368116/lang-es
Chat	En este espacio usted será atendido por la Dirección de Atención al Cliente	https://www.ministeriodesalud.go.cr/chat/livehelp.php?department=2&website=0&cslhVISITOR

Fuente: Ministerio de Salud, 2017

II.5.5. Recursos de amparo y procedimientos administrativos disciplinarios

Consultada la Dirección de Asuntos Jurídicos, la Contraloría de Servicios y las Direcciones Regionales Rectoras de Salud, en el período 2014-2018, no se han presentado recursos de amparo, ni denuncias y no sean realizado procedimientos administrativos disciplinarios con relación a limitaciones de los/las usuarios/as a tener acceso a la información pública.

II.6. Eficiencia, Mejora Regulatoria y Simplificación de Trámites

La globalización y modernización a nivel mundial han obligado a los Estados a experimentar transformaciones en sus instituciones públicas de manera que sean implementadas estrategias para la consecución de formas más ágiles y simples en la gestión pública.

La población es cada vez más exigente al demandar la eliminación de requisitos innecesarios en la tramitación de sus solicitudes, solicitando más claridad en la información que requiere y pidiendo de manera urgente la disminución de los plazos de respuesta.

Por estas razones el Ministerio de Salud de Costa Rica desde hace varios años se ha dado la tarea de implementar la Ley 8220 que protege a los ciudadanos del exceso de trámites, cumpliendo además con las directrices emitidas por el ente rector en el tema de Simplificación de Trámites y Mejora Regulatoria, el Ministerio de Economía y Comercio.

La tramitología debe ser más eficiente acorde con la facilitación del comercio y la accesibilidad a los productos y servicios que puedan ayudar a mejorar la salud de la población garantizando la seguridad en todo momento, para lo cual el Ministerio de Salud ha estado trabajando en la simplificación de trámites y en una mejor información y orientación del cliente.

Se pueden destacar los siguientes logros:

1. Se ha desempeñado como Oficial de Simplificación de Trámites para el Ministerio de Salud conforme lo establecido en el Reglamento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos (Decreto Ejecutivo N°37045-MP-MEIC y sus reformas), asegurando su intervención en todos aquellos asuntos relacionados con los trámites que se realizan en las diferentes oficinas de la institución.

2. Se conformó la Comisión de Mejora Regulatoria y Simplificación de Trámites Institucional, coordinada por el Oficial de Simplificación de Trámites, con la participación de las direcciones responsables de la regulación y el control de los trámites, a saber la Dirección General de Salud, la Dirección de Asuntos Jurídicos, la Dirección de Planificación Institucional, la Contraloría de Servicios Institucionales, la Dirección de Atención al Cliente, la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario, la Dirección de Protección al Ambiente Humano y la Dirección de Servicios de Salud.

El Despacho de la Viceministra de Salud, Dra. María Esther Anchía Angulo, en conjunto con dicha Comisión o de manera independiente, ha llevado a cabo los siguientes proyectos:

a) Se analizaron alrededor de 160 trámites y servicios brindados por el Ministerio de Salud, identificando los trámites prioritarios a revisar y agilizar, así como aquellos a ser considerados en la formulación de los Programas de Mejora Regulatoria y Simplificación de Trámites anuales. Se adjunta el resumen de los Planes de Mejora del 2015 a la fecha, los cuales, junto con los informes de avance correspondientes, han sido publicados en la página web de la institución y en la página de Trámites del MEIC.

b) Se han incluido cerca de 70 trámites en el Catálogo de Trámites Nacional para el Ministerio de Salud, donde los ciudadanos pueden consultar con facilidad lo necesario para realizar sus trámites con éxito. Esta es una tarea constante que implica la inclusión y actualización de los requisitos asociados a todos los trámites.

c) Se amplió el horario a 24/7 para la presentación de solicitudes relacionadas con el registro de productos de interés sanitario en el sistema REGISTRELO, para lo cual ya se debió realizar un cambio en el Reglamento correspondiente.

d) Se emitió un Procedimiento para registro simplificado de productos cosméticos y alimentos de bajo riesgo, requisitos, control y vigilancia (Decreto N°39471-S), que representa una opción que le ofrece a los administrados un procedimiento ágil y con menos tiempo de resolución administrativa para el registro de un listado de productos de bajo riesgo.

e) Mediante la modificación del Reglamento General para Autorizaciones y Permisos Sanitarios de Funcionamiento Otorgados por el Ministerio de Salud (Decreto N° 39472-S), en su artículo 15 se estableció la opción a las microempresas de obtener

una autorización para desarrollar esas actividades en casas de habitación, siempre y cuando sus procesos productivos no sean peligrosos.

f) Pendiente de remisión a publicación, se ha elaborado un decreto para establecer un cobro diferenciado de los registros sanitarios que favorezca a las microempresas.

g) Se obtuvo un lugar permanente como miembro del Consejo Nacional de Facilitación del Comercio (CONAFAC), órgano de decisión y coordinación interinstitucional permanente entre las instancias gubernamentales que tienen competencias relacionadas con los procedimientos de comercio exterior, incluidos los relativos a exportación, importación y tránsito de mercancías, así como los proyectos de mejora de procesos e infraestructura, tanto física como tecnológica, para la facilitación del comercio. El mismo fue creado mediante la Ley 9430.

h) Se participa de manera activa en el Proyecto de Ventanilla Única de Inversiones (VUI), liderado por PROCOMER y que consiste en un proyecto que busca la implementación de un sistema automatizado que centralice los diferentes trámites que los inversionistas deben realizar para operar bajo el Régimen de Zonas Francas, lo cual significaría una reducción en los plazos de tramitación, así como en los costos asociados para lograr operar en Costa Rica.

El siguiente cuadro resume los trámites identificados y acciones de reforma planificadas por año de ejecución.

Cuadro 2.22
Índice de transparencia. Ministerio de Salud, 2015-2017.

Año	Trámite o servicio	Descripción de la reforma	Impacto
2015	Permiso sanitario de funcionamiento	Objetivo General: Mejorar el proceso de otorgamiento de Permisos de Funcionamiento. Objetivo específico: Garantizar seguridad jurídica mediante la aplicación del Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud DE-34728-S y su protocolo. Indicador: Porcentaje de Permisos de Funcionamiento otorgados de acuerdo a la normativa.	Seguridad jurídica para el/la usuario/a. Transparencia en la gestión administrativa. Fortalecimiento y dinamización de la economía.

2015	Denuncias sanitarias	Objetivo General: Mejorar el proceso de atención de denuncias Objetivo específico: Implementar un Procedimiento de Inspección de establecimientos homologado a nivel nacional. Indicador: Porcentaje de denuncias atendidas y resueltas oportunamente.	Satisfacción del/la usuario/a. Eficiencia de la gestión rectora para la protección en la salud de la población.
2016	Registro sanitario de productos de higiene para el hogar	Ampliar la gama de productos a registrar digitalmente en el sistema Registrelo, con el fin de mejorar la eficiencia en el registro de productos de interés sanitario.	Mayor acceso a productos de higiene para el hogar seguros y de calidad para la población.
2016	Registro sanitario de productos plaguicidas de uso domésticos	Ampliar la gama de productos a registrar digitalmente en el sistema Regístrelo, con el fin de mejorar la eficiencia en el registro de productos de interés sanitario	Mayor acceso a productos de plaguicidas de uso doméstico seguros y de calidad para la población.
2016	Autorización de desalmacenaje (notas técnicas de importación): nota técnica 57 medicamentos.	Revisión de la definición de Notas Técnicas con el fin de limitar este requisito a los Productos de Interés Sanitario que deben controlarse.	Mayor acceso a medicamentos seguros y de calidad para la población
2016	Autorización de desalmacenaje (notas técnicas de importación): nota técnica 50 alimentos.	Revisión de la definición de Notas Técnicas con el fin de limitar este requisito a los Productos de Interés Sanitario que deben controlarse.	Mayor acceso a medicamentos seguros y de calidad para la población.
2017	Autorización de desalmacenaje (notas técnicas de importación): nota técnica 57 medicamentos	Revisión de la definición de Notas Técnicas con el fin de limitar este requisito a los Productos de Interés Sanitario que deben controlarse. Se pretende reducir los tiempos de respuesta, eliminar el trámite a los productos que no lo requieren obteniendo un trámite oportuno y de calidad.	Mayor acceso a medicamentos seguros y de calidad para la población
2017	Autorización de desalmacenaje (notas técnicas de importación): nota técnica 50 alimentos	Revisión de la definición de Notas Técnicas con el fin de limitar este requisito a los Productos de Interés Sanitario que deben controlarse. Se pretende reducir los tiempos de respuesta, eliminar el trámite a los productos que no lo requieren obteniendo un trámite oportuno y de calidad.	Mayor acceso a productos alimenticios seguros y de calidad para la población

2017	Registro sanitario de productos plaguicidas de uso doméstico	Incluir en el sistema Regístrelo el registro en línea de los plaguicidas de uso doméstico, evitándole al/la usuario/a la presentación de documentos físicos y el tener que realizar los trámites de manera personal.	Mayor acceso a productos plaguicidas de uso doméstico seguros y de calidad para la población
2018	Registro sanitario de medicamentos que deben demostrar equivalencia terapéutica	Incluir en el sistema Regístrelo el registro en línea de los medicamentos que deben demostrar bioequivalencia terapéutica, evitándole al/la usuario/a la presentación de documentos físicos y el tener que realizar los trámites de manera personal.	Mayor acceso a medicamentos bioequivalentes seguros y de calidad para la población
2018	Permiso sanitario de funcionamiento, clase de riesgo A	Las solicitudes de permisos de funcionamiento de establecimientos comerciales, industriales y de servicios Clase A suelen ser resueltas por las Áreas Rectoras de Salud (ARS) en plazos mayores a los previstos en la normativa (20 días), además los procedimientos para su gestión varían entre las diferentes unidades organizativas, lo que puede estar generando esos atrasos y la incertidumbre para el/la usuario/a que requiere esos servicios.	Establecimientos clase riesgo A autorizados para su operación conforme la normativa sanitaria, o sea en al menos 20 días hábiles
2018	Autorización de importación de productos de interés sanitario sin registro para uso personal	La importación de productos de interés sanitario sin registro para uso personal ha aumentado considerablemente este último año, en cuanto a cantidad y diversidad, con el agravante que no se dispone de regulación para la importación de algunos de esos artículos o la misma no es muy clara, por ello además de la alta demanda de trabajo para las oficinas encargadas de esas autorizaciones, el/la usuario/la se ve enfrentado a incertidumbre con respecto a los productos que puede importar y los requisitos que debe reunir para que la misma sea permitida.	Usuarios/as informados y satisfechos con respecto a los requisitos y la agilización de sus trámites de autorización de importaciones de uso personal.

Fuente: Defensoría de los Habitantes

En el Anexo 9 se puede encontrar las fichas específicas del Plan de Mejora Regulatoria Institucional.

II.7. Enlaces de interés

Para obtener información adicional de estos temas puede consultar el Anexo 10 en el que se detallan una serie de enlaces sobre el quehacer institucional.

TERCERA PARTE: ACTIVIDAD SUSTANTIVA

La actividad sustantiva del Ministerio de Salud se deriva del marco legal general y específico en materia de salud y de las políticas, planes y estrategias consecuentes. No obstante, la salud de la población cambia en el tiempo y el territorio. Por esta razón, antes de abordar los logros y resultados de la gestión 2014-2018 se hará una descripción del Análisis de la Situación de la Salud (ASIS) en el país.

III.1 Situación de salud Costa Rica 2014-2018

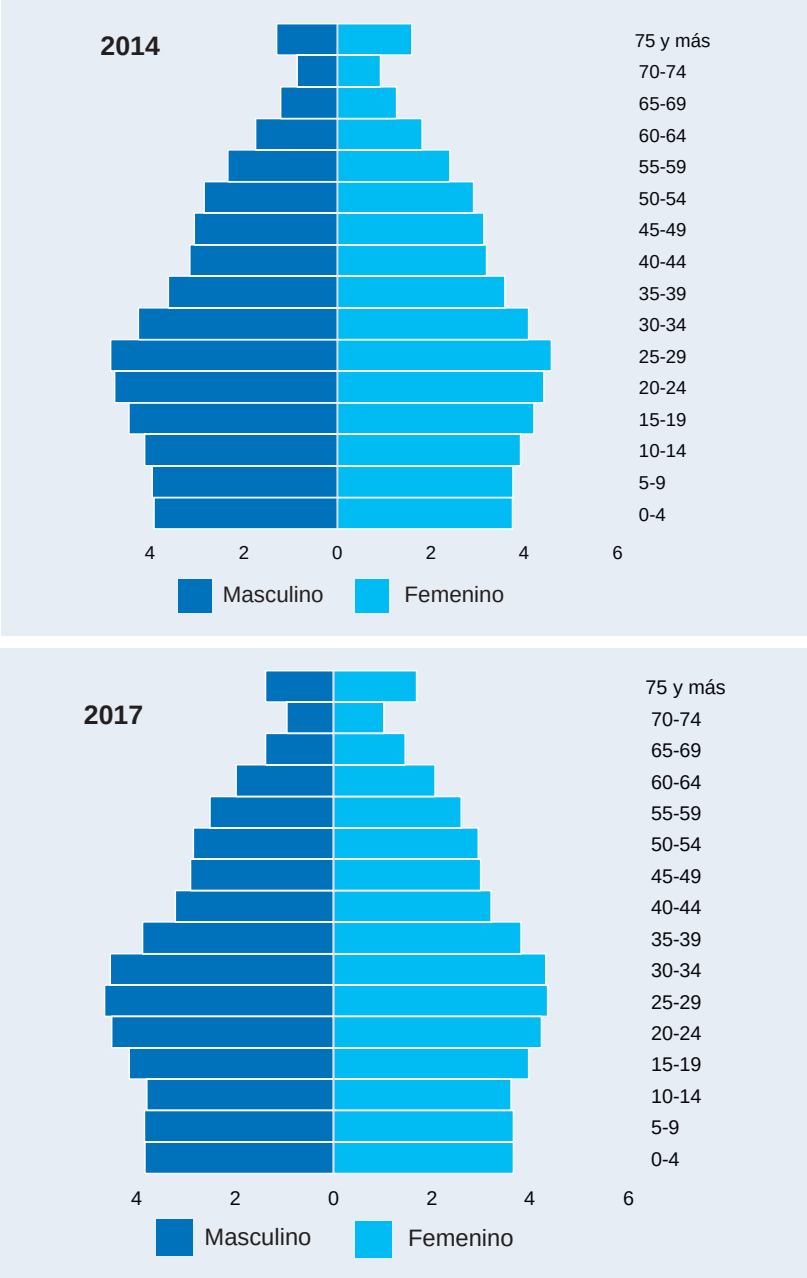
III.1.1. Estructura de población e indicadores demográficos

Para el 2017 la población nacional se estima en 4.947.481 habitantes. El 49,5% son mujeres y 50,5% hombres. Las personas entre los 15 y 39 años representan el 42% de la población total

Se observa que existe un saldo vegetativo positivo, es decir, que el número de nacimientos supera el número de muertes. En la desagregación quinquenal, se observa como los grupos de 0 a 1, de 5 a 9 y de 10 a 14 años son muy parecidos entre sí, y al compararlos con los grupos agregados de 20 a 34 años se evidencia un decrecimiento para los grupos más jóvenes, dado por una disminución gradual de la tasa de natalidad.

De mantenerse este fenómeno como es de esperar, el desplazamiento de los grupos de edad con mayor representatividad se irá trasladando a edades mayores, lo que engrosará la pirámide hacia su zona media y superior, lo cual se traduce en un envejecimiento poblacional, propio de países que progresan hacia el desarrollo.

Gráfico 3.1
Costa Rica: Pirámide poblacional, 2014-2017



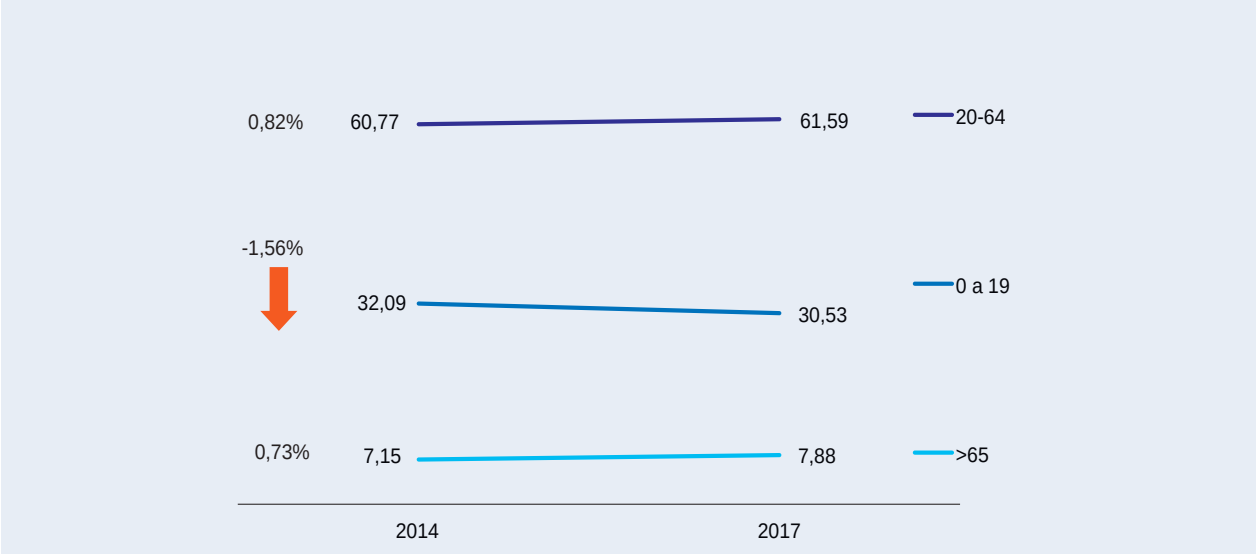
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Costa Rica 2017.

En el 2016 se presentaron 70.004 nacimientos, 1.789 menos con respecto al año 2015 (71.793 nacimientos).

En el gráfico 3.2 se muestra el porcentaje de población por ciclo de vida en el periodo 2014-2017. La población joven ha disminuido, la población adulta y adulta mayor han crecido. Los

grupos de edad de 20 a 64 y mayores de 65 años han aumentado entre 0,73 y 0,78% y el grupo de 0 a 19 años ha disminuido en 1,56%..

Gráfico 3.2
Tendencia de porcentaje de población según ciclo de vida, 2014 y 2017



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Costa Rica 2017. Dirección de Vigilancia de la Salud

En el cuadro 3.1, se presentan los principales indicadores demográficos del país durante el período 2014-2016. En los años de estudio, se observa además del aumento de la población, la disminución de un 1 punto en la tasa de crecimiento natural, disminución de la tasa de natalidad y de la tasa global de fecundidad. En el 2014 las mujeres tenían en promedio 1,8 hijos al final de su período fértil, para el año 2016 se reduce a 1,70 hijos/mujer.

Se observa el aumento de la esperanza de vida al nacer aunque la mortalidad general pasó de 4,3 muertes por 100.000 habitantes en 2012 a 4,6 muertes por 100.000 habitantes en 2017.

También disminuyeron las tasas de mortalidad infantil 7,9 muertes/1.000 nacimientos, mortalidad en la niñez 9,3 muertes/1.000 nacimientos, mortalidad neonatal 6,2 muertes/1.000 nacimientos, postnatal 1,8 muertes/1.000 nacimientos y materna 2,7 muertes/10.000 nacimientos.

La esperanza de vida al nacer (EVN) es un indicador que se utiliza para medir calidad de vida y constituye el promedio de años que vive una determinada población nacida en el mismo año. En el período de 2014 a 2016 se registró un aumento de la EVN de 0,3 años en la población general, pasando de 79,7 a 80,0 años (82,6 años para las mujeres y 77,5 años para los hombres).

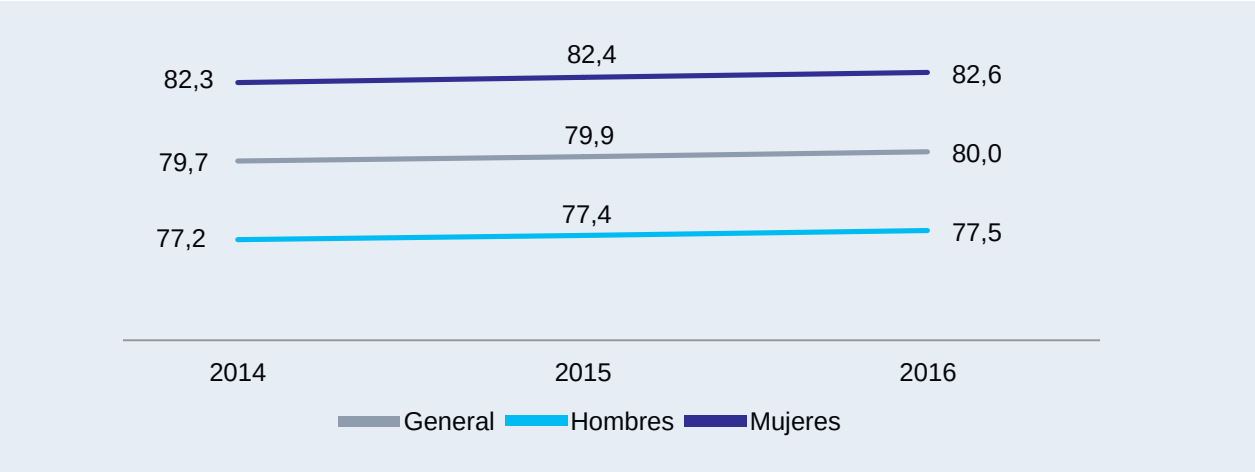
El aumento en la EVN es de interés en salud pública, ya que conlleva al aumento de población envejecida que requiere de una reorientación y fortalecimiento de los recursos sanitarios y hospitalarios especializados para esa edad.

Cuadro 3.1
Indicadores demográficos, Costa Rica, 2014-2016

Indicador / Año	2014	2015	2016
Población al 30 de junio			
Total	4.773.000	4.832.000	4.890.000
Hombres	2.410.000	2.439.000	2.467.000
Mujeres	2.362.000	2.392.000	2.422.000
Tasa de crecimiento natural (por cien habitantes)	**10.7**	**10.5**	**9.7**
Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)	**15.0**	**14.9**	**14.3**
Tasa global de fecundidad (por mujer)	**1.8**	**1.8**	**1.7**
Tasa de reproducción (por mujer)			
Bruta	0.865	0.860	0.832
Neta	0.865	0.860	0.832
Esperanza de vida al nacimiento	**79.7**	**79.9**	**80.0**
Hombres	77.2	77.4	77.5
Mujeres	82.3	82.4	82.6
Tasas de mortalidad			
General (por mil habitantes)	4.3	4.4	4.6
Hombres	4.8	5.0	5.2
Mujeres	3.8	3.7	4.0
Niñez (0 - 4 años) (por mil nacimientos)	9.5	8.9	9.3
Hombres	9.7	9.7	10.5
Mujeres	9.2	8.0	8.2
Infantil (por mil nacimientos)	8.1	7.7	7.9
Hombres	8.3	8.4	8.7
Mujeres	7.9	7.0	7.2
Neonatal (por mil nacimientos)	6.3	5.9	6.2
Hombres	6.5	6.6	6.9
Mujeres	6.0	5.2	5.4
Postneonatal (por mil nacimientos)	1.9	1.9	1.8
Hombres	1.9	1.8	1.8
Mujeres	1.9	1.9	1.8
Razón de mortalidad materna (por diez mil nacimientos)	2.9	2.8	2.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Costa Rica 2017.

Gráfico 3.3
Tendencia de Esperanza de Vida al Nacer, Costa Rica, 2014-2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Costa Rica 2017.

III.1.2. Mortalidad en la población

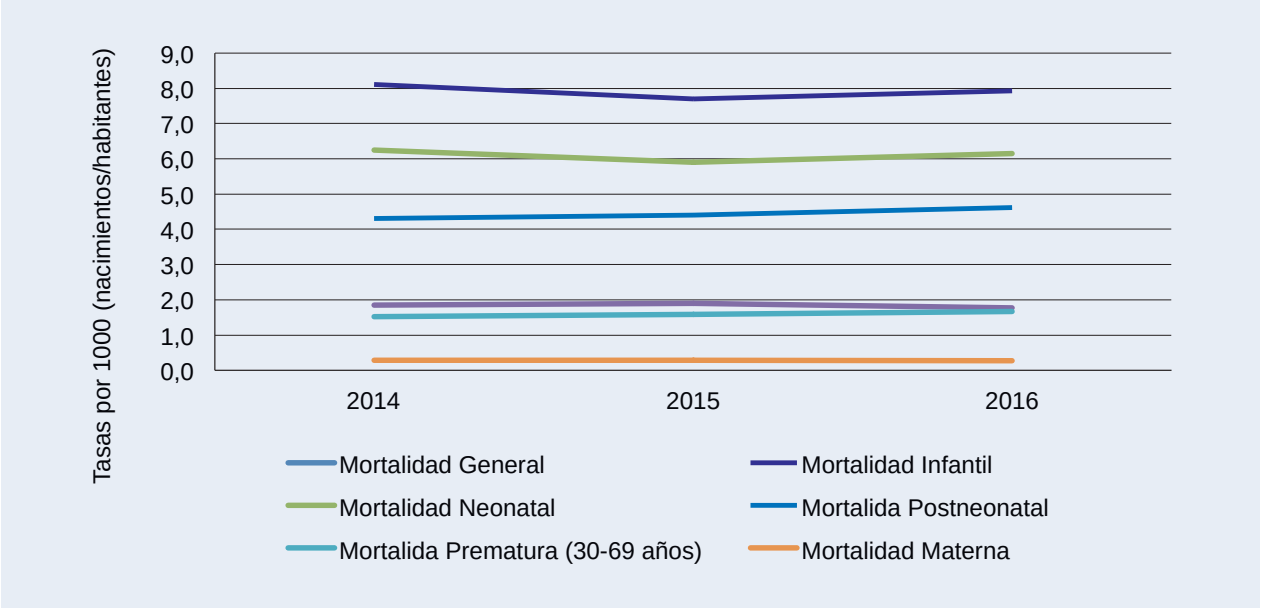
Mortalidad General

Los indicadores de mortalidad muestran tendencia al descenso. La tasa de mortalidad infantil pasó de 8,1 por muertes por 1.000 nacimientos en el 2014, a 7,9 muertes por 1.000 nacimientos en el 2016. Esta es la tasa de mortalidad infantil más baja en la historia de nuestro país, con una disminución de 1,8 muertes por 1.000 nacimientos en la última década. Durante el período, tanto la mortalidad neonatal como la post neonatal, presentaron una disminución, la primera pasó de 6,3 a 6,2 muertes por 1.000 nacimientos y la segunda de 1,9 a 1,8 muertes por 1.000 nacimientos.

Durante el embarazo, parto y puerperio (mortalidad materna), fallecieron en el 2014, 21 mujeres y en 2015 y 2016, 20 mujeres. La razón de mortalidad materna en 2016 fue de 0,27 muertes por cada 1.000 nacimientos.

Como se muestra en el gráfico 3.4, la mortalidad general y la mortalidad prematura experimentaron un aumento en el período 2014-2016; con tasas de mortalidad general de 4,3 muertes por 1.000 habitantes en el 2014 y 4,6 muertes por 1.000 habitantes en el 2017. La mortalidad prematura (en personas de 30 a menos de 65) fue de 1,5 muertes por 1.000 habitantes en el 2014 y 1,7 muertes por 1.000 habitantes en en el 2017.

Gráfico 3.4
Tendencia de indicadores demográficos de mortalidad, Costa Rica, 2014-2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Costa Rica 2017.

En el 2016 ocurrieron 22.603 muertes, 2.043 muertes más que en el 2014, en el cual hubo 20.560 muertes. La mortalidad en el grupo de edad de 30 a menos de 65 años (mortalidad prematura), representó alrededor del 35% del total de muertes en la población y se presentaron 861 muertes más en el 2016 que en el 2014. Cuadro 3.2.

Cuadro 3.2
Tendencia de mortalidad general y mortalidad prematura, Costa Rica, 2014-2016

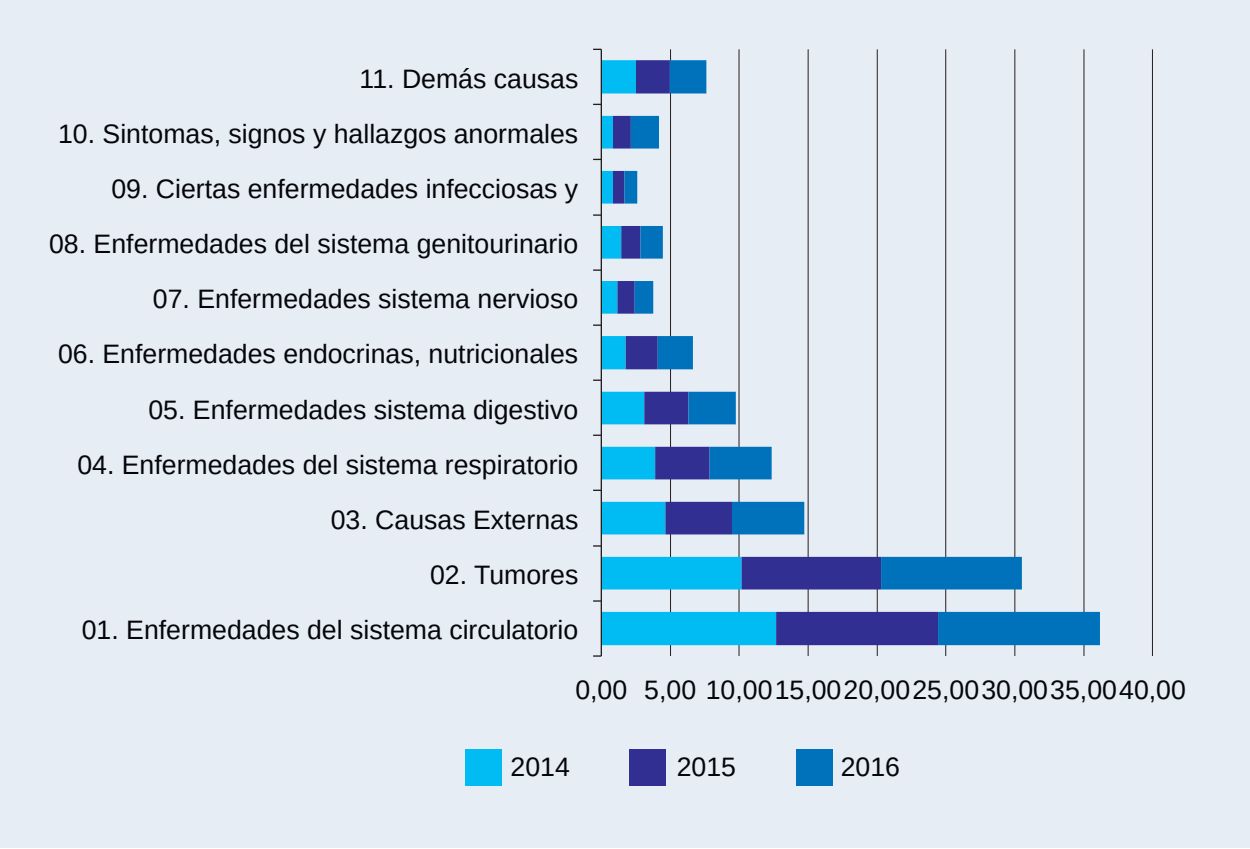
Evento	Año					
	2014		2015		2016	
	Total	%	Total	%	Total	%
Mortalidad general	20.560		21.038		22603	
Mortalidad Prematura	7.264	35,33%	7.640	36,32%	8125	35,95%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Costa Rica 2017.

En cuanto a las principales causas de muerte en el periodo 2014-2016, el 27,2% fue causado por las enfermedades del sistema circulatorio, el 23% por los tumores, un 11,1% por las causas externas (accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, suicidios, homicidios, entre otros), el 9,3% por enfermedades de sistema respiratorio, el 7,3% por enfermedades del sistema digestivo, el 5% por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, el 3,4% por enfermedades del sistema genitourinario, y el 10,5% por otras causas.

Como se muestra en el siguiente gráfico en cuanto a mortalidad general las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores representan más del 50% de las causas de muerte. Las enfermedades del sistema circulatorio disminuyeron, con una tasa de 12.67 muertes por 100.000 habitantes en 2014 a 11.73 muertes por 100.000 habitantes en 2017, en tanto que, los tumores se mantienen con una tasa de mortalidad entre 10,1 y 10,2 muertes por 100.000 habitantes en ese período.

Gráfico 3.5
Tendencia de indicadores demográficos de mortalidad, Costa Rica, 2014-2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Costa Rica 2017.

Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles

A partir del 2013 el país firmó un acuerdo nacional para el abordaje integral de las enfermedades no trasmisibles mediante la implementación de la *"Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Obesidad 2013-2021"*, acorde con la Estrategia Mundial para las ECNT y el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las ECNT 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La meta 1 de la Estrategia Nacional ECNT, contempla la reducción del 17% de la mortalidad prematura por este grupo de enfermedades.

Para el 2012, la mortalidad prematura por enfermedades no trasmisibles (ENT) representó el 20% del total de las muertes en el país, con una disminución de 2% en el 2016. Cuadro 3.3.

Cuadro 3.3
Mortalidad por enfermedades no transmisibles en personas de 30 a 69 años con respecto a la mortalidad general, Costa Rica, 2012-2016

Años	Total Muertes	Muertes por ENT de 30 a 69 años	Porcentaje de muertes prematuras por ENT del total de muerte
2012	19.200	3791	20%
2016	22.602	4160	18%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud 2017.

Para el año 2012 la mortalidad prematura por ENT fue del 55% del total de las muertes en ese grupo de edad, en el 2016 esta mortalidad disminuyó en 4%, pasando a 51%. Cuadro 3.4.

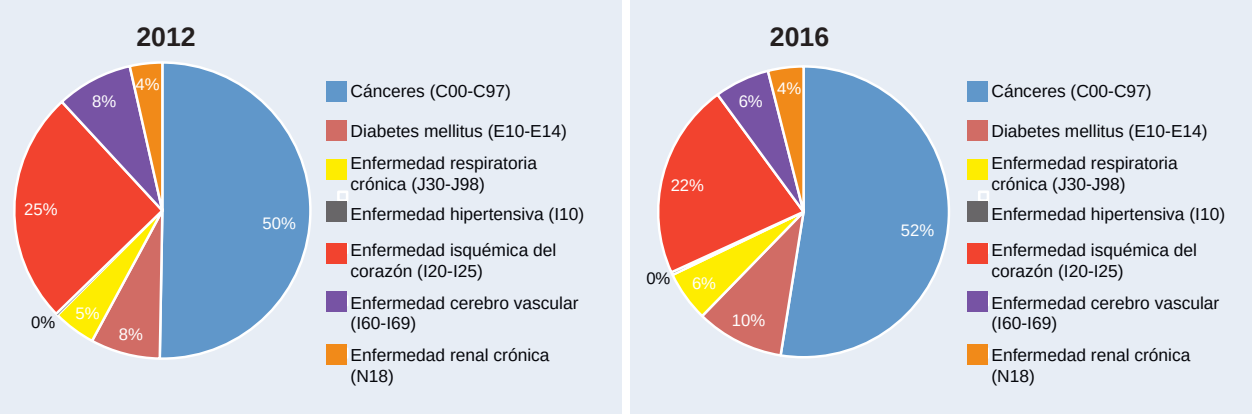
Cuadro 3.4
Mortalidad por ENT en personas de 30-69 años con respecto a la mortalidad en personas de 30-69 años, Costa Rica, 2012-2016

Años	Total de muertes de 30 a 69 años	Muertes por ENT de 30 a 69 años	Porcentaje de muertes prematuras por ENT del total de muertes de 30 a 69 años
2012	6877	3791	55%
2016	8125	4160	51%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud 2017.

Para el 2016, el cáncer representó un 52% del total de muertes, con un aumento de 2% respecto al 2012, seguido por la Enfermedad Isquémica del Corazón, con una disminución de 3%, luego por la Enfermedad Renal Crónica que aumentó 2%, Enfermedad Cerebro Vascular que disminuyó en 2%, Enfermedad Respiratoria Crónica con un aumento de 1% y la Diabetes e Hipertensión se mantuvieron con respecto al 2012, como se observa en el Gráfico 3.6.

Gráfico 3.6
Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles de acuerdo a causa, Costa Rica 2012-2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Costa Rica 2017. Dirección de Vigilancia de la Salud

III.1.3. Enfermedades no transmisibles

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) también conocido como el “asesino silente”, es el marcador de riesgo aislado conocido más importante de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

“La Segunda Encuesta del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (2014)”, realizada por la CCSS con asesoría de la OPS-OMS, evidenció que la prevalencia general de hipertensión arterial (HTA) diagnosticada fue de 31,2% (28,2% en hombre y 34,2% en mujeres) y la no diagnosticada fue de 5,0% (6,6% y 3,4% en mujeres).

La prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada en ambos sexos aumentó según grupo de edad, siendo mayor en el grupo de 65 años y más (en hombres 65,3% y 74,8% en mujeres). En el siguiente cuadro 3.5 se observa la comparación entre la prevalencia de HTA en los años 2010 y 2014.

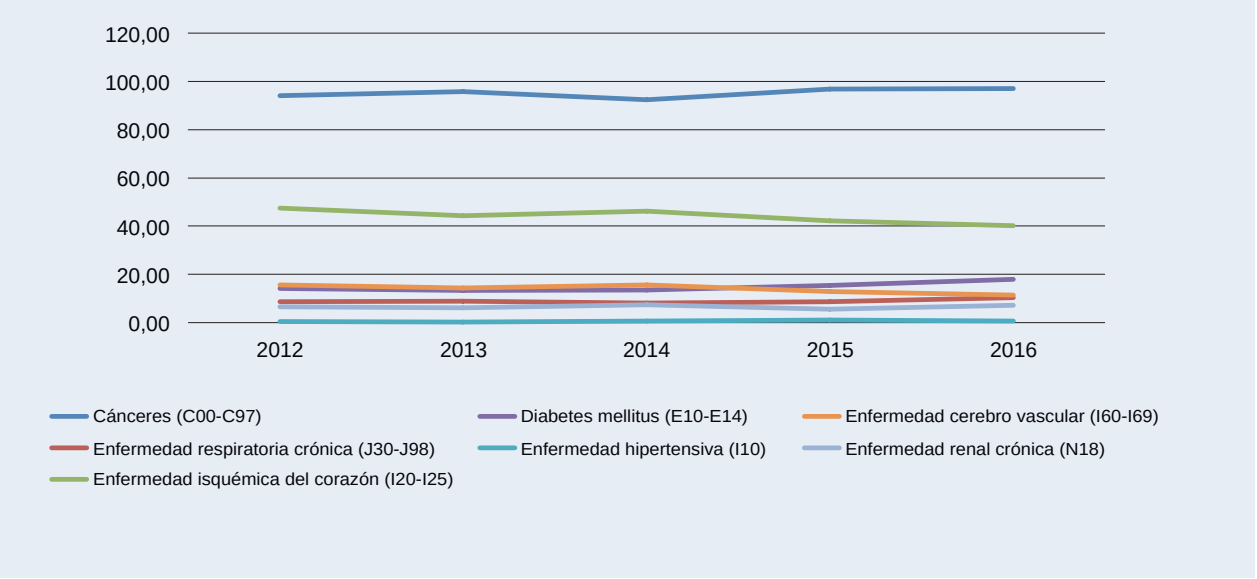
Cuadro 3.5
Porcentaje de prevalencia de hipertensión arterial en la población mayor de 20 años, Costa Rica, 2010-2014

Evento	2010 %	2014 %	Diferencia 2014-2010
HTA diagnósticada	31.5	31.2	-0.3
HTA no diagnósticada	6.3	5	-1.3

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Cardiovasculares 2011- 2014 CCSS, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud 2017.

La tasa de mortalidad general por HTA para el 2014 fue de 1,4 muertes/100 mil habitantes, en el 2015 fue de 2,3 y en el 2016 la tasa fue de 2,4. Sin embargo, es importante recordar que estas cifras no reflejan de manera real la relevancia de la HTA como causal de mortalidad en nuestra población, por lo que estos datos deben ser analizados a la luz del conocimiento sobre el rol de la HTA en la mortalidad por otras enfermedades no transmisibles.

Gráfico 3.7
Tendencia de la mortalidad por ENT en personas de 30 a 69 años, tasa por 100.000 habitantes, Costa Rica, 2012-2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud 2017.

Durante los años 2015 y 2016 se notificaron un total de 26.925 nuevos casos de hipertensión arterial con una tasa de incidencia de 256 casos/100 mil habitantes.

Diabetes mellitus

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de Diabetes mellitus ha aumentado al doble en los últimos 20 años, en los países de ingresos bajos y medios, debido al aumento en la obesidad y la falta de actividad fisica en las personas.

Según datos de la *Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular* realizada en el año 2014 por la Caja Costarricense del Seguro Social, la prevalencia de la Diabetes diagnosticada en la población general fue de 10,0% y la prevalencia de Diabetes no diagnosticada fue de 2,8%. Si se comparan estos resultados con los de la encuesta realizada en el 2011, en la cual se obtuvo una prevalencia del 10.8% podría entonces indicarse que ha disminuido la prevalencia de *Diabetes mellitus* en 0.8%.

Según los datos del Ministerio de Salud, del 2014 al 2016 la tasa de incidencia de *Diabetes mellitus* se ha mantenido estable, obteniéndose tasas de: 183,17 en el 2014, 189,81 en el 2015 y 183,63 por 100.000 habitantes, en el 2016.

Los cantones con mayor tasa de incidencia para el 2016 fueron: Acosta con una tasa de 501, 52 por cada 100.000 habitantes, seguido de Nandayure con una tasa de 421,03 y en tercer lugar Palmares con una tasa de 384,20.

El cantón con menor tasa de incidencia para este año fue Talamanca con una tasa de 17.30 por cada 100.000 habitantes.

El promedio de casos nuevos en el 2016 a nivel nacional fue de 308 casos con un rango que va desde 7 casos diagnosticados en Talamanca hasta los 3.601 en el cantón de San José. El grupo de edad más afectado fue el de 45 a 59 años y afecta generalmente con mayor incidencia a las mujeres.

Con relación a la mortalidad por este evento, durante el año 2016, 1.129 personas fallecieron a causa de *Diabetes mellitus* en nuestro país, para una tasa de 23,08. La tasa de mortalidad del 2016 aumentó con respecto al 2014 y el 2015 ya que en el 2014 se registró una tasa de mortalidad de 15,16 por cada 100.000 habitantes y en el año 2015 de 20,38.

III.1.4. Enfermedades Transmisibles

Los eventos de transmisión vectorial son de notificación obligatoria, individual e inmediata siguiendo lo establecido en el Reglamento de Vigilancia de la Salud vigente N°40556-S.

Malaria

La malaria es una enfermedad transmitida por vectores y de importancia para la salud pública en Costa Rica debido al impacto individual, colectivo, social y por el alto costo que representan para las instituciones su prevención, control y vigilancia.

Es una enfermedad causada por un parásito del género *Plasmodium* y transmitido por un mosquito hembra del género *Anopheles.* El país tiene como objetivo la eliminación de la transmisión de la enfermedad para el 2020.

El 70% del territorio de Costa Rica se considera área malárica, (menos de 600 metros sobre nivel mar) con una población en riesgo estimada para el año 2016 de 1,917.687 habitantes.

Esta enfermedad se ha presentado con características de endemia desde 1990, restableciéndose la transmisión en amplias regiones de la Vertiente Caribe y dispersándose a otras áreas del país. A partir del año 2009 a la fecha, todo el país pasa a ser de bajo riesgo de trasmisión, caracterizado por trasmisión importada y presencia de casos residuales.

Del 2014 al 2017 (semana epidemiológica 43, terminada el 28 de octubre), se han registrado 44 casos de malaria, de los cuales 31 (70.4%) son importados y el 29.5% son de transmisión autóctona. De éstos, el 54.5% (24) son causados por la especie *Plasmodium vivax*, el 43.2% (19) por *Plasmodium falciparum* y el 2.3% (1) por *Plasmodium malariae*.

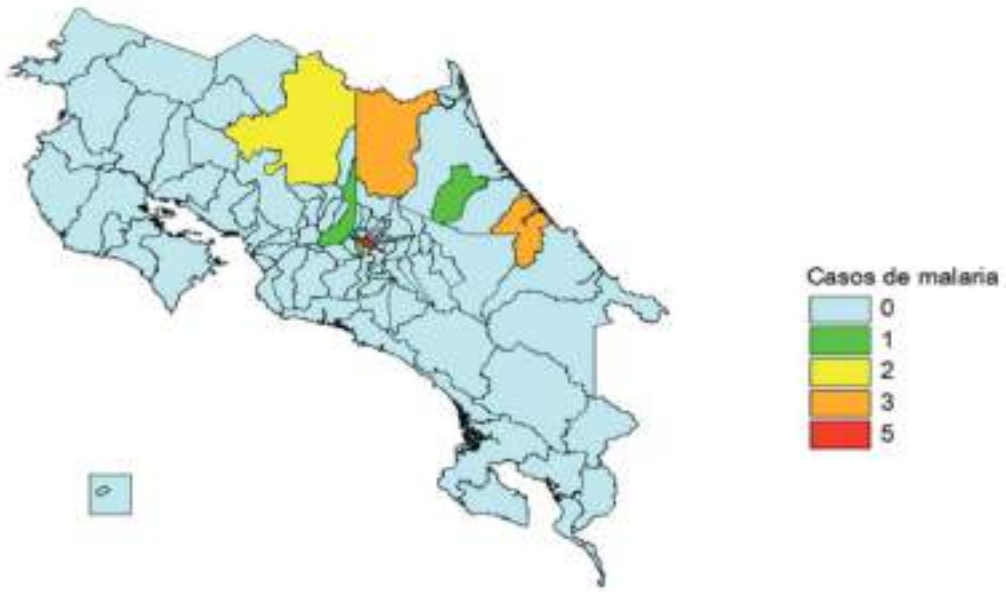
Cuadro 3.6.
Casos de malaria por año, según tipo, Costa Rica, 2014-2017

	Total	2014	2015	2016	2017*
Total	**44**	**6**	**8**	**13**	**17**
Autóctono	13	1	0	4	8
Importado	31	5	8	9	9

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. *Datos a la semana epidemiológica 43.

Durante el año 2017 (28 de octubre del 2017) se registraron 25 casos.Del total de casos trece (52%) corresponden a casos importados principalmente del continente africano y doce casos (48%) son casos autóctonos aislados distribuidos en los cantones de Matina (3), Sarapiquí (3) y San Carlos (6) y relacionados con actividades agrícolas principalmente en el cultivo de banano y piña.

Mapa 3.1
Casos de malaria según cantón, Costa Rica 2017



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017.* Datos a la semana 43 terminada el 28 de octubre

Cuadro 3.7
Casos de malaria según tipo y lugar de origen, Costa Rica, 2017*

Clasificación	N° de casos	Especie	Lugar de origen
Importado	**13**	*P.falciparum* (6)	Ghana (2), Senegal Mozambique, Gabón, Nigeria
		P. vivax (2)	Venezuela, Nicaragua, Somalia
		P. malariae	
Autóctono	**12**	*P. vivax*	Matina (3), Sarapiquí (3), San Carlos (6)
Total	**25**		

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017 * Datos a la semana 43 terminada el 28 de octubre

Dengue

El dengue es una enfermedad vírica transmitida por mosquitos hembra de la especie *Aedes aegypti* y en menor grado *Aedes albopictus*, que se ha propagado rápidamente en todos los países del mundo, con variaciones locales en el riesgo que dependen en gran medida de las precipitaciones, la temperatura y la urbanización rápida sin planificar. El dengue grave se ha convertido en una de las causas principales de hospitalización y muerte en los niños y adultos de dichas regiones.

Durante los años 2014 al 2017* (a la semana epidemiológica 38), se notificaron 56.589 casos de dengue, siendo el 2016, el año con la mayor incidencia (476.8 por 100.000 habitantes). En ese período las provincias de Puntarenas, Guanacaste y Alajuela aportaron el 70.9% del total de casos, con incidencias por 100.000 habitantes de 876.2, 818.0 y 298.4 respectivamente.

La relación hombre-mujer (H:M): es 1:1. Todos los grupos de edad son afectados, encontrándose la mayor cantidad de casos en el grupo de 50 a 54 años, aportando el 9,8% del total de casos en el período.

Cuadro 3.8
Tasa de dengue por 100.000 habitantes según provincia, Costa Rica, 2014-2017.

Provincia	2014		2015		2016		2017*	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Total	**11.140**	**233.4**	**17.439**	**360.9**	**23.319**	**476.8**	**4691**	**99.1**
Puntarenas	3805	844.6	5529	1181.5	6508	1372.2	669	139.2
Guanacaste	2054	574.1	6951	1901.6	2794	752.3	258	68.4
Alajuela	1306	140.8	2683	279.3	6662	683.3	903	91.3
Limón	2215	519.2	637	146.9	1601	364.7	1976	444.0
San José	771	50.4	1193	74.9	4579	284.9	490	30.2
Heredia	896	189.6	378	77.1	1091	219.2	335	66.3
Cartago	93	17.4	68	13.0	84	16.0	60	11.3

Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.2017. *Datos a la semana epidemiológica 38.

Durante el año 2017 se registraron 4.691 casos de dengue (a la semana epidemiológica 38), lo que representa una disminución de casos del 74.4% comparado con los casos del año 2016. En general, se observa una disminución de casos en el país, excepto en las provincias de Limón y Cartago que registraron un incremento de casos del 72.6% y 7.1% con respecto al año 2016.

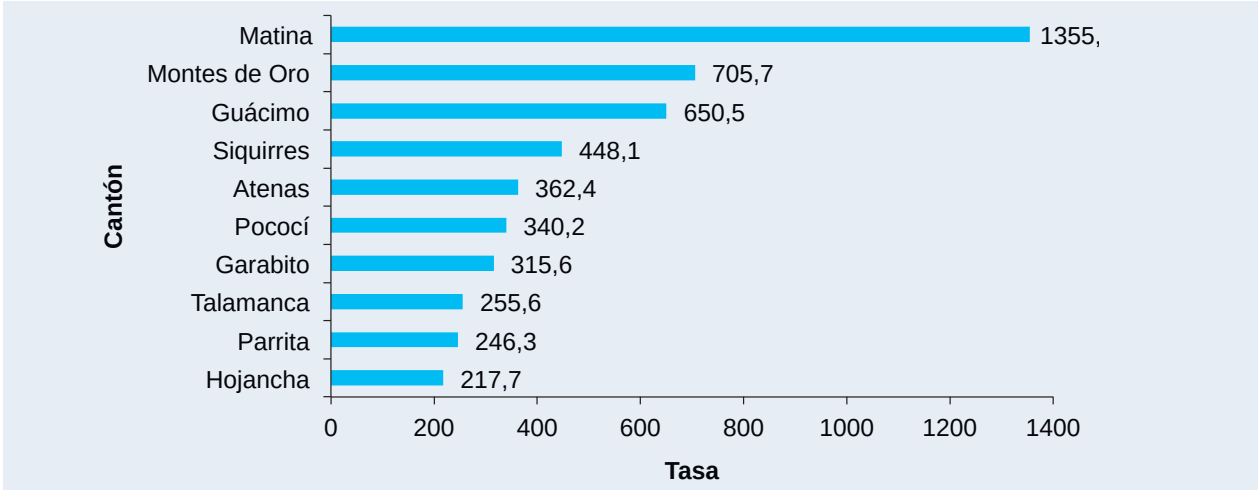
Cuadro 3.9
Porcentaje de variación relativa de casos de dengue según Región, Costar Rica, 2016-2017

Provincia	2016		2017		% Variación Relativa
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
Total	**18345**	**375.1**	**4691**	**94.8**	**-74.4**
Puntarenas	5625	1186.1	669	139.2	-88.1
Guanacaste	2008	540.7	258	68.4	-87.1
Alajuela	5170	530.2	903	91.3	-82.5
Limón	1145	260.8	1976	444.0	+72.6
San José	3674	228.6	490	30.2	-86.7
Heredia	667	134.0	335	66.3	-49.8
Cartago	56	10.7	60	11.3	+7.1

Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud. 2017, a la semana epidemiológica 38.

Según se observa en el Grafico 3.8 los cantones de Matina, Guácimo, Siquirres y Pococí aportaron el 36.7% de los casos del país y el 87.1% de los casos de la provincia.

Gráfico 3.8
Cantones con mayores tasas de incidencia por 100.000 habitantes de dengue, Costa Rica, 2017

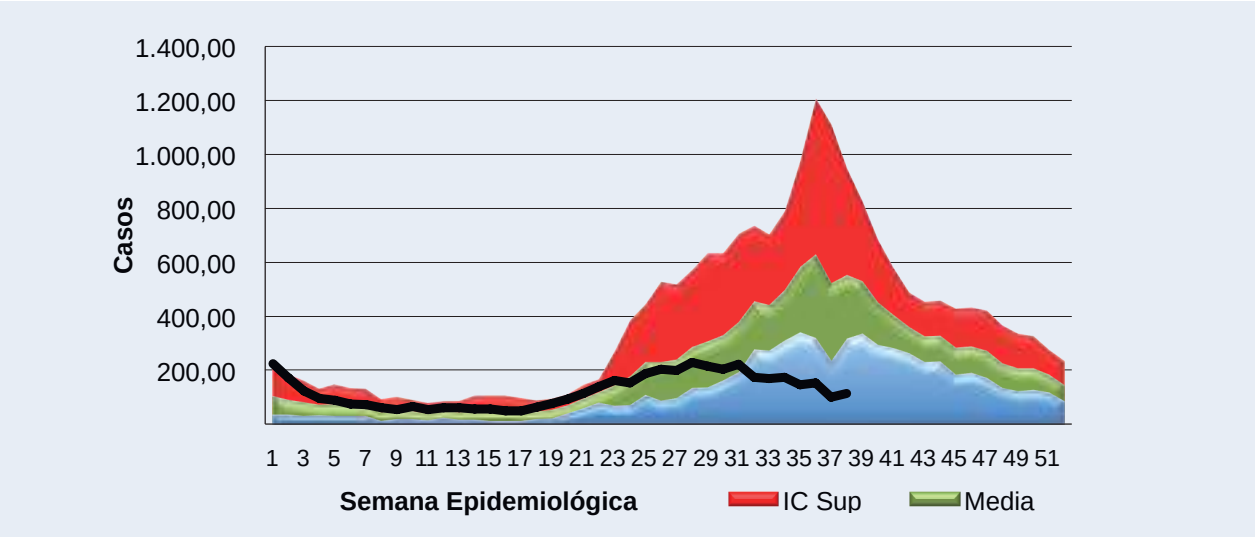


Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud. 2017.

La curva del año 2017 del corredor endémico de dengue, se mantuvo en la zona de alerta hasta la semana 24; a partir de la semana epidemiológica 25 entre las zonas de seguridad y éxito.

En las primeras 20 semanas se evidenció la estacionalidad de la transmisión, dada por la época seca y la disminución de la población del mosquito transmisor, tanto en sus fases inmaduras como adulta.

Gráfico 3.9
Corredor endémico de dengue, 2017



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud. 2017, datos a la semana epidemiológica 38, Años 1994,1997, 2001, 2002, 2006, 2011, 2014

Mortalidad por dengue

Durante este período no se registró ninguna defunción por dengue grave.

Chikungunya

La fiebre chikungunya (CHIK), es una enfermedad emergente transmitida por mosquitos y causada por un alfavirus, el virus Chikungunya (CHIKV). Esta enfermedad es transmitida principalmente por los mosquitos *A. aegypti* y *A. Albopictus* en Asia y otros mosquitos del género *Aedes* en África y Australia. A partir del 2014 se inicia la transmisión en diferentes países de América y ya en el 2015 se reportan grandes brotes en varios países.

Esta enfermedad se detectó en Costa Rica a partir de la semana 21 (mes de mayo) del 2014. La mayoría de los casos fueron importados. A finales de este mismo año, comienza a establecerse la transmisión autóctona y poco a poco se propagó por todas las regiones del país.

Del 2014 al 2017*(a la semana epidemiológica 38), se notificaron 8.993 casos de CHIKV, siendo el 2015, el de mayor incidencia con una tasa 101.7 por 100.000 habitantes. En ese período, las provincias de Guanacaste, Puntarenas y Limón aportaron el 84.7% del total de casos, con tasas de incidencia por 100.000 habitantes de 255.6, 127.3 y 83.3 respectivamente.

El sexo femenino fue afectado con un 64.8% del total de casos y la relación M:H es 2:1. El grupo de edad de 20 a 39 años (ambos sexos), presentó la mayor incidencia (48.7/100.000 habitantes), aportando el 42,1% del total de casos en el período.

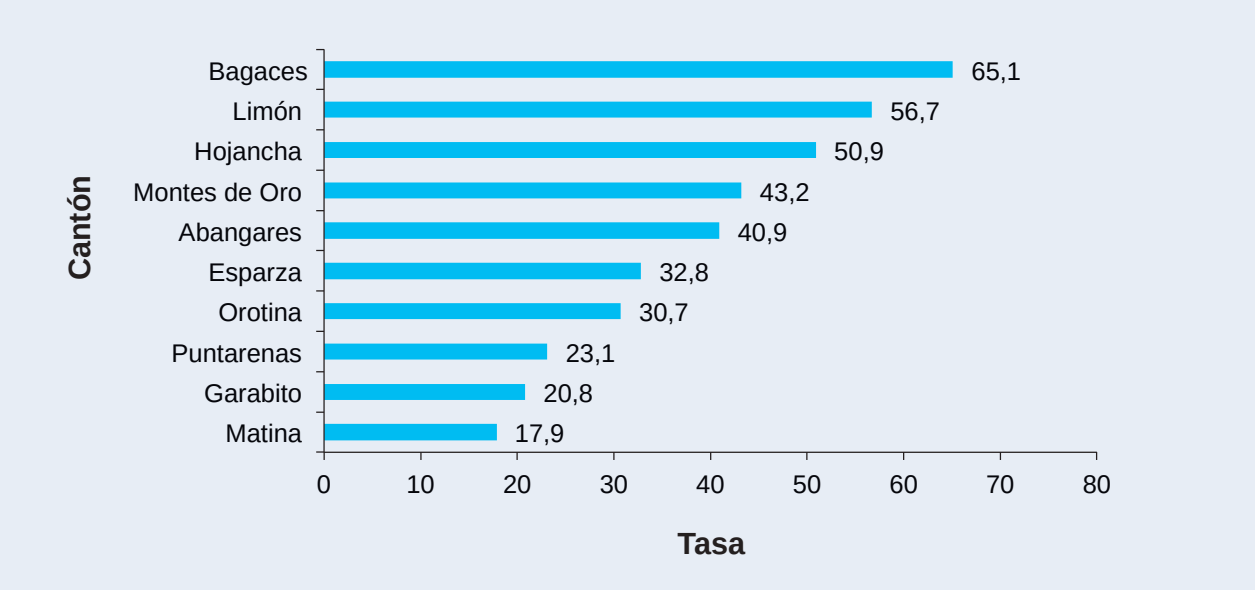
Cuadro 3.10
Tasas de incidencia por 100.000 habitanes de chikungunya, según provincia, Costa Rica 2014-2017.

Provincia	2014		2015		2016		2017**	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Total	**148**	**3.1**	**4.912**	**101.7**	**3.613**	**73.9**	**320**	**6.5**
Limón	0	0	917	211.5	439	100.0	97	21.8
Guanacaste	29	8.1	2514	687.7	1175	316.4	50	13.3
Puntarenas	77	16.7	926	197.9	1339	282.3	57	11.9
Alajuela	12	1.3	295	30.7	435	44.6	70	7.1
Heredia	5	1.0	45	9.2	80	16.0	16	3.2
San José	18	1.1	177	11.1	132	8.0	28	1.7
Cartago	7	1.3	38	7.3	13	2.0	2	0.4

Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud. 2017, datos a la semana epidemiológica 38.

El 47,2% de los casos de chikungunya lo aportaron diez cantones que presentaron la más alta incidencia, como se puede ver en el Gráfico 3.10.

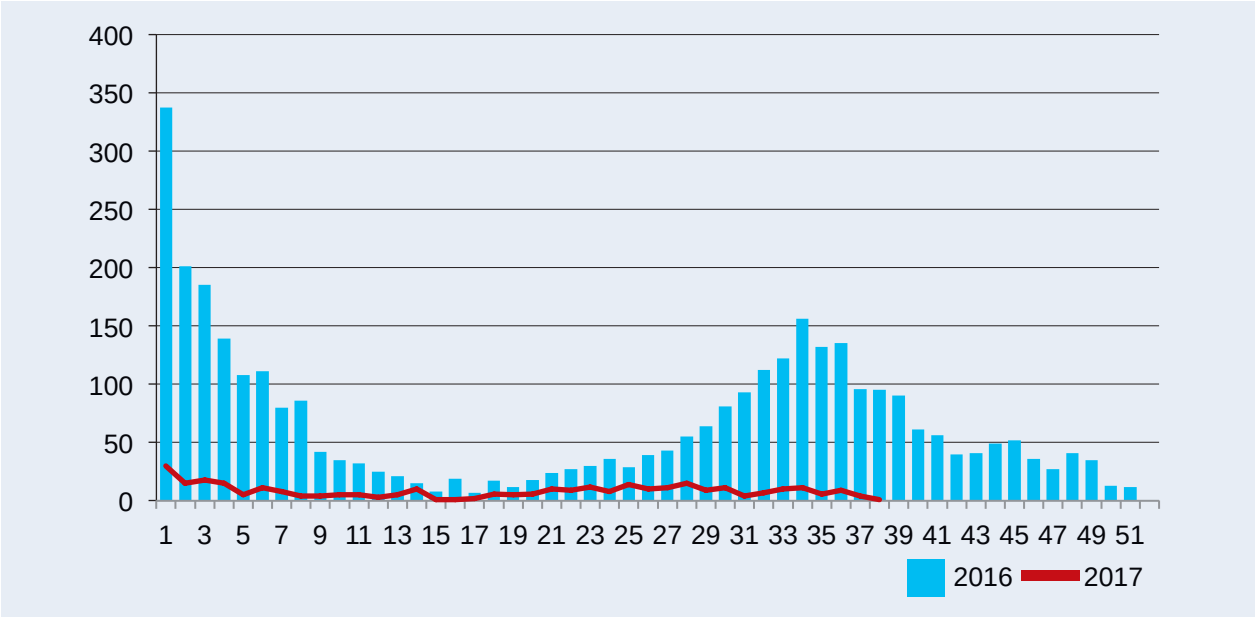
Gráfico 3.10
Cantones con mayores tasas de incidencia por 100.000 habitantes de Chikungunya, Costa Rica, 2017



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. 2017.

Durante el 2017(a la semana epidemiológica 38), solo se registraron 320 casos de chikungunya, lo que representó una disminución del 88.8% en el número de casos, comparado con el año 2016 (2.867 casos), según se muestra en el Gráfico 3.11.

Gráfico 3.11
Casos de Chikungunya, Costa Rica. 2016-2017*



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.2017, datos a la semana 38.

Zika

El virus del Zika (ZIKV) es un virus del género *Flavivirus*, de la familia Flaviviridae, que se transmite por la picadura de mosquitos vectores del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*.

El virus del Zika se identificó en Costa Rica a partir del año 2016, con los primeros casos detectados en el cantón de Nicoya de la provincia de Guanacaste, de donde comienza a establecerse la transmisión autóctona y poco a poco se propagó a todas las regiones del país.

Durante los años 2016 al 2017*(a la semana epidemiológica 38), se reportaron 10.010 casos de Zika. Las provincias de Puntarenas, Guanacaste, y Limón aportaron el 84.7% del total de casos del país, con incidencias por 100.000 habitantes de 419.3, 275.7 y 272.9 respectivamente.

El sexo femenino fue el más afectado con un 62.9% del total de casos y la relación M:H es 2:1. El grupo de edad de 15 a 29 años (ambos sexos), aportó el 32,2% del total de casos, con una tasa de incidencia (117.5/100.000 habitantes).

Durante el año 2017 se registraron 2.190 casos de Zika, lo que representa una disminución de casos del 72.0% comparado con el año 2016 (7.820 casos). La provincia de Limón presentó un incremento de casos del 61.5% con respecto al año anterior.

En el año 2016, se confirmaron 150 mujeres embarazadas con virus Zika, un caso de síndrome congénito y dos de síndrome neurológico ambos asociados al virus. Durante el año 2017, se confirmaron 60 mujeres embarazadas con virus Zlika y cuatro casos de síndrome congénito.

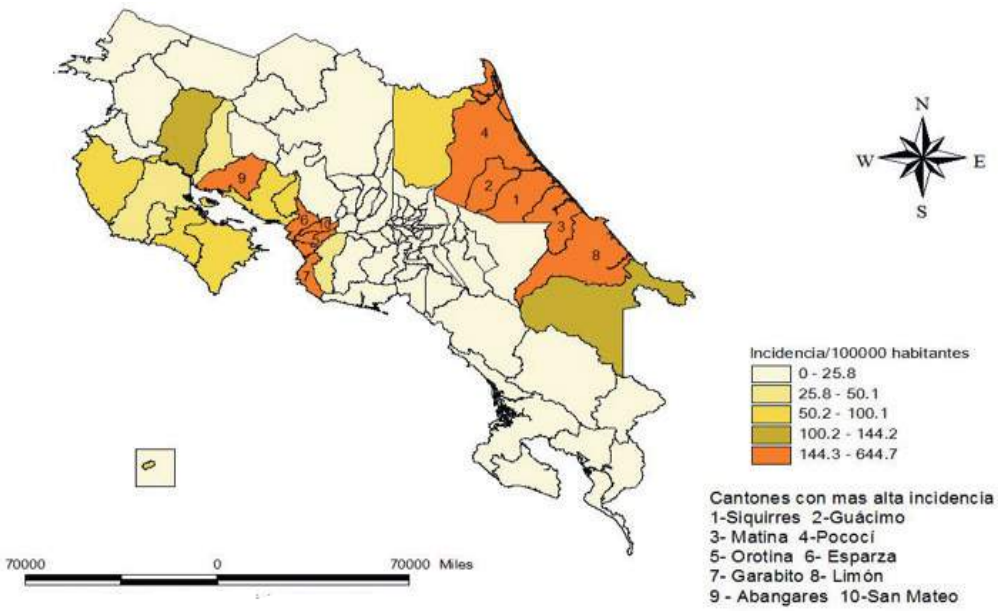
Cuadro 3.11
Tasas de incidencia por 100.000 habitantes de Zika, según provincia, Costa Rica, 2016-2017*

Provincia	2016		2017**	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Total	**7820**	**159.9**	**2190**	**44.3**
Puntarenas	3750	790.7	254	52.9
Limón	922	210.0	1489	335.0
Guanacaste	1906	513.2	158	41.9
Alajuela	829	85.0	164	16.6
San José	314	19.5	54	3.0
Heredia	66	13.3	66	13.0
Cartago	33	6.3	5	1.0

Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.2017.
*Datos a la semana epidemiológica 38.

Los diez cantones con más alta incidencia, aportaron el 78.6% de los casos del país. Mapa 3.2.

Mapa 3.2
Incidencia por ZIKA según cantón. Costa Rica 2017



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. Datos a la semana 38

Enfermedad de Chagas

La Enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una enfermedad inicialmente incapacitante y potencialmente mortal, sus síntomas agudos y crónicos van desde infecciones subclínicas, síndromes cardiacos y digestivos, hasta la muerte. Se estima que cerca de 7 a 8 millones de personas se encuentran infectadas en todo el mundo, principalmente en América Latina. En las últimas décadas se ha dado una expansión en la distribución geográfica, observándose con más frecuencia en los Estados Unidos, Canadá, muchos países de Europa y algunos del Pacífico Occidental.

La vigilancia de este evento busca lograr la interrupción de la transmisión vectorial y transfusional de dicha enfermedad, ya que no existe vacuna y el tratamiento antiparasitario para la infección es efectivo solamente durante la fase aguda, en infecciones crónicas recientes en menores de 15 años, o en mujeres en edad fértil para evitar la transmisión congénita.

En Costa Rica durante los últimos 4 años (2014-2017) se presentó una disminución paulatina en la tasa de incidencia por 100.000 habitantes, pasando de 1.6 en el 2014 a 0.53 en el 2016. La provincia con mayor número de casos ha sido históricamente San José, y según el laboratorio de referencia del INCIENSA más del 90% son casos crónicos con el 70% de ellos detectados en los bancos de sangre.

Cuadro 3.12
Incidencia de la enfermedad de chagas, tasa por 100.000 habitantes, según provincia, Costa Rica, 2014-2017

Provincia	2014		2015		2016		2017*	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
Total de país	**79**	**1,66**	**73**	**1,51**	**26**	**0,53**	**13**	**0,26**
San José	71	4,50	59	3,70	23	1,43	8	0,49
Alajuela	2	0,21	5	0,52	1	0,10	1	0,10
Cartago	2	0,39	0	0,00	1	0,19	1	0,19
Heredia	2	0,41	3	0,61	0	0,00	1	0,20
Guanacaste	1	0,28	3	0,82	1	0,27	0	0,00
Puntarenas	1	0,22	2	0,43	0	0,00	0	0,00
Limón	0	0,00	1	0,23	0	0,00	0	0,00

Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos preliminares a la semana epidemiológica N°38, 2017.

Leptospirosis

La leptospirosis es una de las zoonosis más comunes y representa un problema de salud pública. La infección es transmitida a los humanos mediante el consumo de agua contaminada por la orina de los animales contaminados (perros, ratas) o por contacto directo con lesiones en la piel, ojos o por las mucosas. Se manifiesta principalmente en época de lluvia e inundaciones. La leptospirosis puede ser una enfermedad profesional (granjeros, trabajadores de cloacas), pero la mayoría de los pacientes se exponen de manera accidental durante actividades recreativas (por ejemplo nadar en agua contaminada). Se estima que anualmente hay más de 500.000 casos de leptospirosis en el mundo. La mayoría de los casos registrados tienen una manifestación severa, por lo cual la mortalidad es mayor de 10%.

Durante el período 2014-2017, se notificaron 1.719 casos de leptospirosis, con una tasa de incidencia por 100.000 habitantes de 8.9. Las provincias de San José y Puntarenas registraron el 52.8% de los casos, con una incidencia por 100.000 habitantes de 10.7 y 27.1 respectivamente.

Comparando los casos del año 2016 con los del 2015, se observa un decremento en el número de casos del 22.3%.

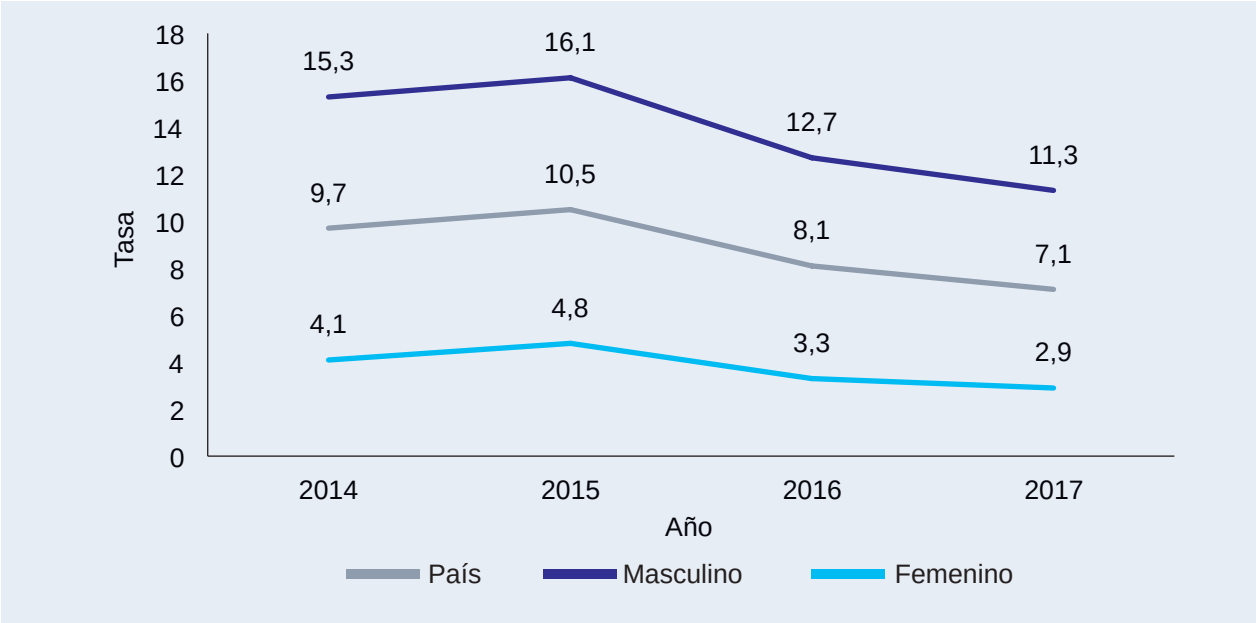
Cuadro 3.13
Incidencia de leptospirosis, tasa por 100.000 habitantes, según provincia, Costa Rica, 2014-2017

Provincia	2014		2015		2016		2017*	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Total	**465**	**9.7**	**507**	**10.5**	**394**	**8.1**	**353**	**7.1**
San José	98	6.2	124	7.8	394	8.1	69	4.3
Alajuela	92	9.7	61	6.4	59	6.0	70	7.1
Cartago	22	4.3	35	6.7	13	2.5	27	5.1
Heredia	19	3.9	30	6.1	0	0	9	1.8
Guanacaste	17	4.7	20	5.5	17	4.6	20	5.3
Puntarenas	154	33.4	151	32.3	137	28.9	66	13.7
Limón	63	14.7	86	19.8	60	13.7	92	20.7

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. Datos a la semana epidemiológica 38 de 2017.

El 78.9% de los casos notificados en el período fueron del sexo masculino, la relación hombre mujer es de 4:1, con una incidencia por 100.000 habitantes de 13.9 superior a la nacional, lo que sugiere que en el país, la leptospirosis está relacionada con la actividad ocupacional.

Gráfico 3.12
Incidencia de leptospirosis, tasa por 100.000 habitantes, según sexo, Costa Rica, 2014-2017

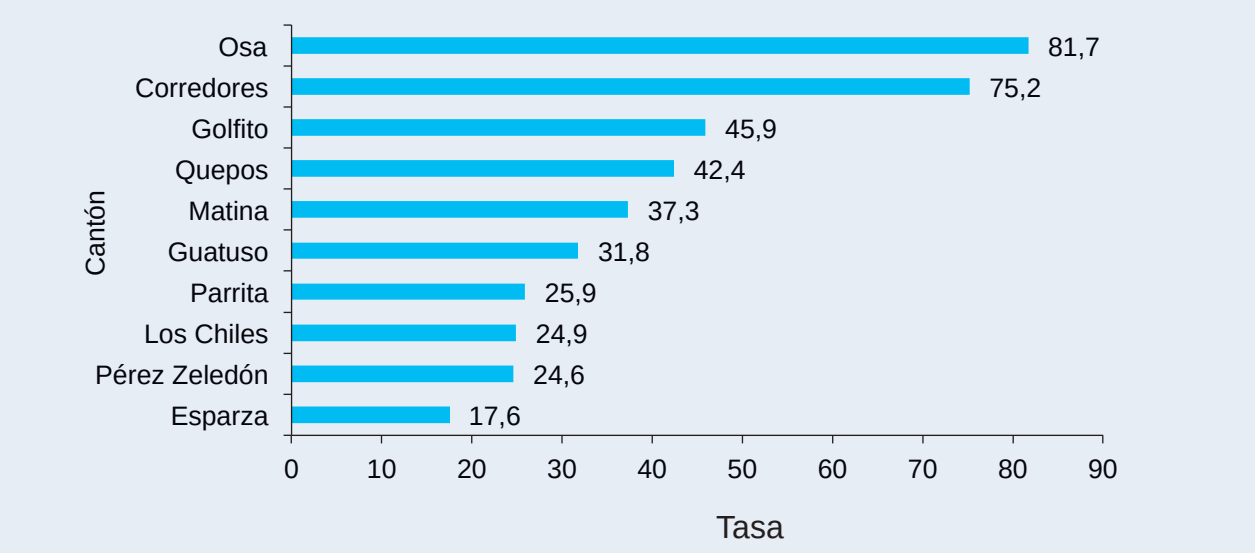


Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. Datos a la semana epidemiológica 38, 2017.

Para el período 2014-2017, los casos se presentan desde los 10 años hasta más de 70, sin embargo los grupos en donde se registró la mayor incidencia fueron los de 20 a 59 años, aportando el 69.6% (ambos sexos).

Los diez cantones que aportaron casi el 40% de los casos para el período 2014-2017, se presentan en el Gráfico 3.13. Estos cantones son en su mayoría de la zona rural, en ellos predominan las labores agrícolas y ganaderas, lo cual expone a los trabajadores a aguas contaminadas con orina de animales.

Gráfico 3.13
Incidencia de leptospirosis, tasa por 100.000 habitantes, según cantón.
Costa Rica 2014-2017



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. Datos a la semana epidemiológica 38 de 2017.

Durante el período 2014-2016 se notificaron 14 (0.3/100.000 habitantes) defunciones por leptospirosis.

VIH-sida

El VIH/sida constituye aún, uno de los problemas graves de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos.

En Costa Rica, la prevalencia general de VIH es de 0,1 por 100.000 habitantes y es caracterizada como una epidemia concentrada específicamente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Según estimaciones de ONUSIDA (2016), la prevalencia de VIH en personas mayores de 15 años es de 0.43 y hay aproximadamente 13.417 personas mayores de 15 años viviendo con VIH. La prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es de 10.9, mujeres trabajadoras del sexo 0.2 y en embarazadas 0.01.

Infección por VIH

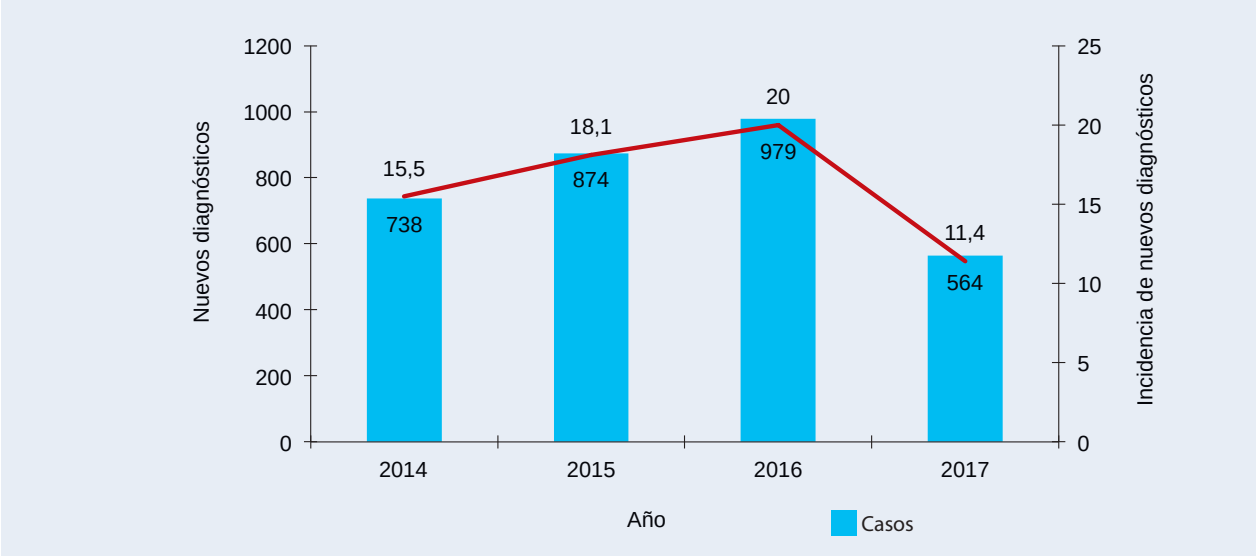
En el período 2014-2017, se registraron 3.155 nuevos individuos positivos por VIH (tasa para

el período 16,2 por 100.000 habitantes). La tasa de nuevos casos se ha incrementado de 15.5 en el 2014, a 20.0 en el 2016, debido a la mejora en las medidas de prevención y al aumento en la demanda de la prueba de VIH.

En el 2017, a la semana 38, se registró una disminución en el número de nuevos casos con VIH. Las provincias de San José y Alajuela presentaron la mayor incidencia de nuevos diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes, 25.0 y 11.8 respectivamente, aportando el 50.6% y el 14.3% de los casos de país.

Los cantones con las tasas por 100.000 habitantes más altas fueron: San José (53.3), Montes de Oca (35.7), Limón (25.4), Heredia (24.9), Desamparados (21.5), Goicoechea (21.5), Tibás (20.7), Curridabat (20.4) y La Unión (20.4), aportando el 50.1% de los casos del país, es importante aclarar que el registro se hace con base al lugar de residencia y no al lugar de infección, debido a los períodos de incubación tan largos de la enfermedad.

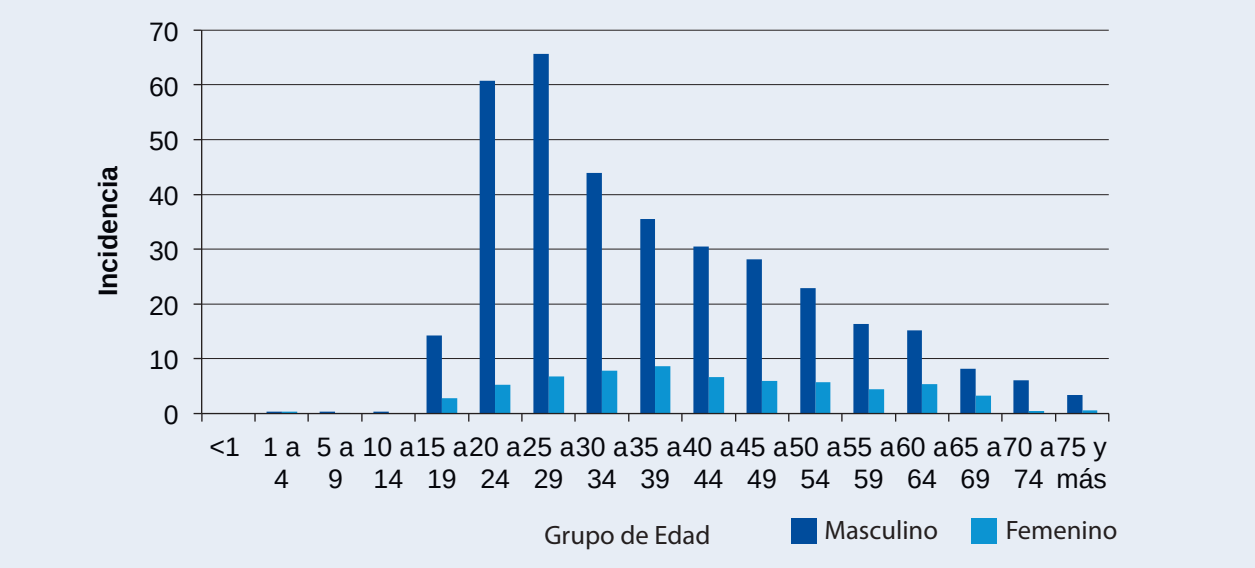
Gráfico 3.14
Incidencia de VIH, tasa por 100.000 habitantes, Costa Rica, 2014-2017



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos, preliminares a Seman Epidemiológica N° 38 (23 setiembre)

Los nuevos diagnósticos de VIH se presentaron básicamente en personas de sexo masculino (85,5%), siendo la razón hombre/mujer para el periodo de 6:1. El grupo de edad (ambos sexos) con más número de casos, fue el de 20 a 34 años, aportando el 48,8% de los casos del período.

Gráfico 3.15
Incidencia de VIH-sida, tasa por 100.000 habitantes, según edad y sexo, Costa Rica, 2014-2017



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. Cifras preliminares.

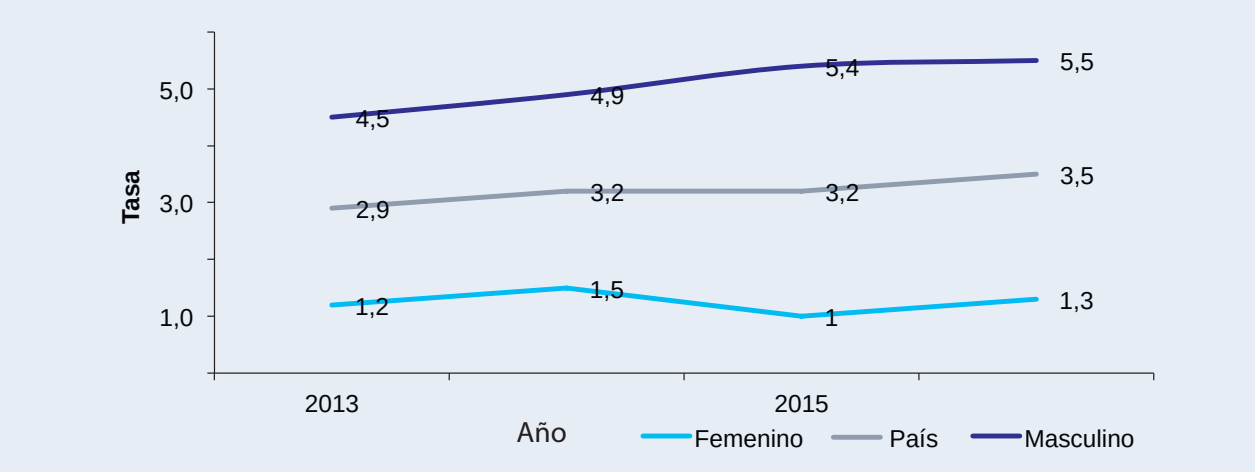
En el año 2016 se diagnosticaron 31 personas coinfectadas con el binomio sida/tuberculosis. De éstas, el 74.2% fueron del sexo masculino con edades entre 15 a 34 años.

Mortalidad por SIDA

A partir del año 1985, la tendencia de la mortalidad por SIDA presentó un incremento sostenido. A partir de 1997, debido a la introducción y aumento gradual de la cobertura de la terapia antirretroviral, se observa una disminución en el número de casos y la tendencia a la estabilización de la mortalidad. Para el período 2013 al 2016, las tasas de mortalidad masculina, se mantuvieron por encima de las tasas nacionales durante todo el período de análisis.

El 80,3% de las defunciones ocurrieron en personas de sexo masculino (4,9 por 100.000 habitantes). El grupo de edad donde se registró el mayor número de defunciones fue el de 30 a 54 años, representando el 66,1% del total de muertes por esta causa, con una tasa de mortalidad de 9,7 por 100.000 habitantes.

Gráfico 3.16
Tasa de mortalidad por SIDA por 100.000 habitantes, según sexo y año, Costa Rica 2013-2016



Fuente: INEC- Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017.

Para el mismo período, la provincias de San José y Puntarenas registraron las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes más altas (4,7 y 1,5), aportando el 58.9% de las defunciones por esa causa.

Enfermedad diarreica aguda (EDA)

Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad diarreica (EDA) es la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años, produciendo en este grupo de edad unos 1.700 millones de casos en el mundo.

Desde 1998, las EDA ocupan la segunda causa de morbilidad del grupo de enfermedades infecciosas que se notifican colectivamente al Ministerio de Salud. Debido a las características epidemiológicas, los agentes etiológicos involucrados y la presentación clínica, que es de índole variada dependiendo de la región geográfica, se requiere su vigilancia.

En nuestro país, el 40% de las diarreas infecciosas son de origen alimentario. Por su rápida trasmisión, modo de ocurrencia, síntomas y signos presentados producen un gran impacto en la salud de las personas y en la economía de los países.

En el siguiente cuadro, se observa las tendencias del comportamiento de las consultas de EDA en el periodo de 2012 al primer semestre del 2017. Con un nivel de confianza del 95% se observó que el promedio de consultas está entre los valores de 287.030 y 295.436.

Cuadro 3.14
Casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes de EDA, según año, Costa Rica, 2012-2017

Año	No. Casos	Tasa
2012	299.594	6.439,48
2013	337.524	7.161,30
2014	319.175	6.686,93
2015	297.782	6.162,42
2016	291.254	5.955,66
2017*	202.278	4.088,50
Promedio 2012-2017	**291.233**	**6.066,22**

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. Datos preliminares a Semana Epidemiológica N° 38.

La EDA presenta un comportamiento diferente según grupo de edad. El mayor número de consultas y las tasas de incidencia más altas, ocurren en los niños menores de 5 años, mientras que el grupo de 45 a 59 años fue el que presentó la tasa por cien mil habitantes más baja.

Cuadro 3.15
Consultas por enfermedad diarreica aguda y tasa de incidencia por 100.000 habitantes, según grupo de edad, Costa Rica, 2016.

Grupos edad (años)	Número de casos	Tasas
Menores 15	90.510	8.160,75
De 15 a 29	81.628	6.333,83
De 30 a 45	61.337	5.530,81
De 45 a 59	34.326	4.182,87
Más de 60	23.395	6.296,39
Ignorados	58	NA
Total	**291.254**	**5.955,66**

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2016.

Llama la atención los grupos de 15 a 29 y los mayores de 60 años quienes están ocupando tasas superiores a la tasa nacional y los menores de 5 años. La diferencia de tasas de incidencia entre los menores de 5 años y los mayores de 60 años es 2.205,09 casos por cien mil habitantes.

A continuación, se presenta el análisis del comportamiento de las consultas por EDA según cantón, para lo cual se construyó una tabla de clasificación, a la que se llamó “Situación de riesgo de los cantones”. Se tomaron en cuenta 3 tipos de riesgo: a) riesgo bajo, b) riesgo intermedio, c) riesgo alto, con el propósito de evaluar rápidamente la dispersión y la tendencia central de los datos que se notificaron al Registro Colectivo.

El promedio nacional de consultas por cantón fue 3.544. Los cantones con bajo riesgo de EDA fueron los que presentaron un promedio de consultas menor de 1.361. Los de riesgo moderado tuvieron consultas promedio entre 1.362 y 2.248. Los cantones con alto riesgo, o superiores al promedio nacional (3544) se presentan en el cuadro siguiente[1]:

Cuadro 3.16
Promedio de consultas por EDA, cantones de alto riesgo según provincia, Costa Rica, 2016

Provincia	Cantones	Promedio consultas 2014-2016
San José	Coronado	8.526,00
	Goicoechea	12.412,00
	Desamparados	16.717,67
	San José Central	49.820,33
	Santa Ana	3.561,67
	Alajuelita	3.868,33
	Tibás	6.259,67
	Curridabat	4.081,00
	Pérez Zeledón	5.405,00
Alajuela	San Carlos	9.771,00
	Alajuela central	11.562,67
	San Ramón	3.904,00
	Grecia	7.937,67
Cartago	Cartago Central	10.732,67
	Turrialba	6.572,00
Heredia	Heredia central	8.872,00
	Sarapiqui	4.406,67
Puntarenas	Puntarenas Central	9.685,00
Limón	Pococí	8.491,67

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2016.

[1] Cálculos: el promedio de las consultas de los años 2014 al 2016 para cada cantón. Se dividieron los 81 cantones y el cálculo del promedio de consultas en cuatro partes iguales. Se calcularon los valores correspondientes al 25%, al 50% y al 75% de los datos.

La mortalidad por esta causa es una de la más baja de América Latina, sin embargo en los últimos 5 años ha aumentado.

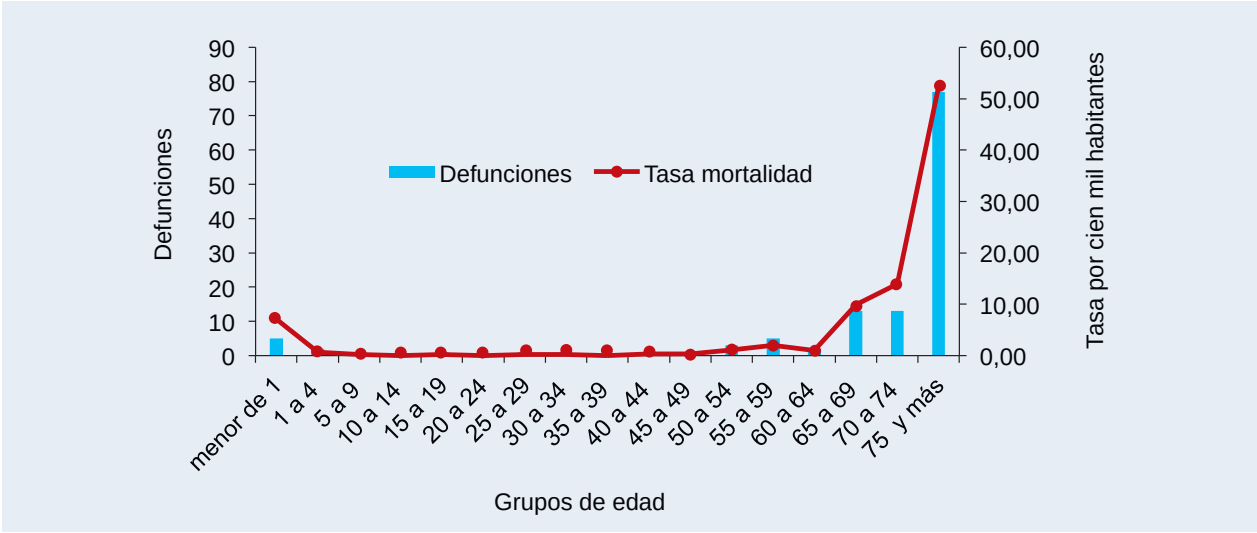
Cuadro 3.17
Distribución de la mortalidad de EDA, tasa por 100.000 habitantes, según año, Costa Rica, 2012-2015

Año	No. Casos	Tasa
2012	84	1,81
2013	104	2,21
2014	112	2,35
2015	117	2,42
2016	126	2,58

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

El grupo de edad de mayores de 65 años es el que contribuye con el mayor número de muertes por EDA, como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 3.17
Costa Rica: Distribución de la mortalidad de EDA según grupos de edad, 2015.
(Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes)



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2015.

Para el 2015, los mayores de 75 años presentaron una tasa de mortalidad de 52,33 defunciones por cien mil habitantes, mientras que en los menores de 1 año fue 7,14 por cien mil habitantes. En ese grupo (mayor de 75 años) la tasa de mortalidad fue 7 veces mayor.

Eventos que se notifican en el registro colectivo

En Costa Rica, al Ministerio de Salud (MS) le corresponde velar por la salud de la población y para el cumplimiento de su función rectora debe realizar funciones de prevención y el control de las enfermedades endémicas, epidémicas y de cualquier otra clase.

En 1983, se establece por decreto la notificación obligatoria de enfermedades denominado *"Registro Colectivo (VE-02)"* y en el 2017, se emite el decreto Nº 40556-S *"Reglamento de Vigilancia de la Salud"* que incluye 17 eventos del grupo C, los cuales son de relevancia nacional. Algunos requieren internamiento, debido a la presencia de cuadros infecciosos causados por microorganismos de fácil contagio que podrían originar complicaciones clínicas, además ocasionan una carga de enfermedad en salud pública.

Tendencias

En el Cuadro 3.18, se observa que durante el 2014, se registraron 2,040.443 consultas por ENOC (eventos de notificación obligatoria colectiva) y la diferencia con respecto al año 2016 fue de 197.686 menos (1.842.757).

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS), en el 2014 representaron el 75% de consultas y en el 2016 el 79%. La enfermedad diarreica aguda viene ocupando el segundo lugar y representa un 15% del total de las notificaciones colectivas.

Es importante resaltar que estas consultas han disminuido en número y la diferencia entre el 2014 y el 2016 fue de 197.686 consultas.

Cuadro 3.18
Número de casos e incidencia por 100.000 habitantes por año, según evento de notificación obligatoria, Costa Rica, 2014-2016

Eventos	2014		2015		2016	
	No. casos	Tasa*	No. casos	Tasa	No. casos	Tasa
Infección respiratoria aguda superior (IRAS)	1,538.929	32.241,58	1,375.675	28.468,76	1,463.576	29.582,25
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	319.175	6.686,93	297.782	6.162,42	291.254	5.886,91
Enf.tipo Influenza (ETI)	90.470	1.895,41	76.135	1.575,57	75.871	1.533,53
Episodios de depression	51.451	1.077,93	53.007	1.096,95	53.835	1.088,13
Parasitosis intestinal sin especificar	20.532	430,16	22.155	458,48	24.470	494,6
Escabiosis	7.877	165,03	6.352	131,45	6.879	139,04
Pediculosis	**5.133**	107,54	6.319	130,77	6.311	127,56
Conjuntivitis	297	6,22	129	2,67	258	5,21
Hemorrágica	2.607	54,62	2.505	51,84	1.641	33,17
Leishmaniasis	2.137	44,77	1.170	24,21	1.150	23,24
Accidentes ofídicos	**815**	17,07	747	15,46	687	13,89
Otras helmitiasis intestinales no especificadas en otra parte	573	12	561	11,61	525	10,61
Enterobiasis	297	6,22	129	2,67	258	5,21
Estrongiloidiasis	152	3,18	26	0,54	325	6,57
Anquilostomiasis y necatoriasis	149	3,12	35	0,72	13	0,26
Ascariasis	128	2,68	131	2,71	86	1,74
Trichuriasis	**18**	**0,38**	**28**	**0,58**	**76**	**1,54**
Total general	**2,040.443**	**42.748,6304**	**1,842.757**	**38.134,73581**	**1,842.757**	**37.246,37**

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017

III.1.5. Enfermedades inmunoprevenibles

Las enfermedades infectocontagiosas han sido un problema de salud pública importante a nivel mundial a través de los años, presentándose casos individuales, brotes, epidemias, pandemias y, produciendo mortalidad por las mismas. Tienen entre sus características una rápida y fácil transmisión, directamente de una persona infectada a otra sana (contacto directo, secreciones) o a través de fómites, alimentos o agua, afectando a los individuos que se exponen a ellos.

Dentro de este tipo de enfermedades tenemos al sarampión, rubéola, hepatitis, difteria, tosferina, tétanos, influenza, neumonía, varicela, polio, rotavirus, entre otros, eventos todos ellos prevenibles con el uso de biológicos cuya aplicación modifica la prevalencia y la incidencia de dichas patologías y según la historia mundial y nacional, tiene gran impacto para tal fin, no obstante, al intervenir otras condiciones y factores, se siguen presentando varias de ellas, por lo que se debe mantener y acentuar una vigilancia constante de las mismas. Es aquí donde el rol de la Epidemiología (estudia la forma en que se presentan, transmiten y previenen las enfermedades) y la Vigilancia Epidemiológica juegan un papel muy importante en la prevención y control de los eventos inmunoprevenibles, entre otras cosas, caracterizando de forma sistemática y continua la información que brindan los establecimientos de salud públicos y privados, con el propósito de realizar su análisis e interpretación, difusión de resultados y recomendaciones.

A continuación se presenta alguna información de las enfermedades infectocontagiosas.

Sarampión y rubeola

En Costa Rica no hubo casos confirmados por estos eventos desde el año 2006 al 2013. En el 2014 hubo un caso importado de un masculino de 44 años que estuvo en Filipinas y Japón en época de brotes importantes de sarampión. Su detección tuvo características particulares, ya que no era típica su manifestación clínica y requirió un examen especial en el CDC, cuyo resultado se dio en enero del 2015. No hubo casos secundarios.

Según la OPS el sarampión es la quinta enfermedad que se ha eliminado de las Américas, después de la viruela (1971), la polio (1994), y la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita (2015). En los cinco casos, la región fue la primera en el mundo en lograr su eliminación.

No obstante lo anterior, al haber casos de sarampión en otros países de Europa, Asia, y en nuestro continente: USA y Venezuela, por la facilidad de transporte, el riesgo de reintroducción de esta patología está presente por lo que, los/las funcionarios/as que llevan Vigilancia Epidemiológica de Inmunoprevenibles tienen que estar alerta ante este riesgo.

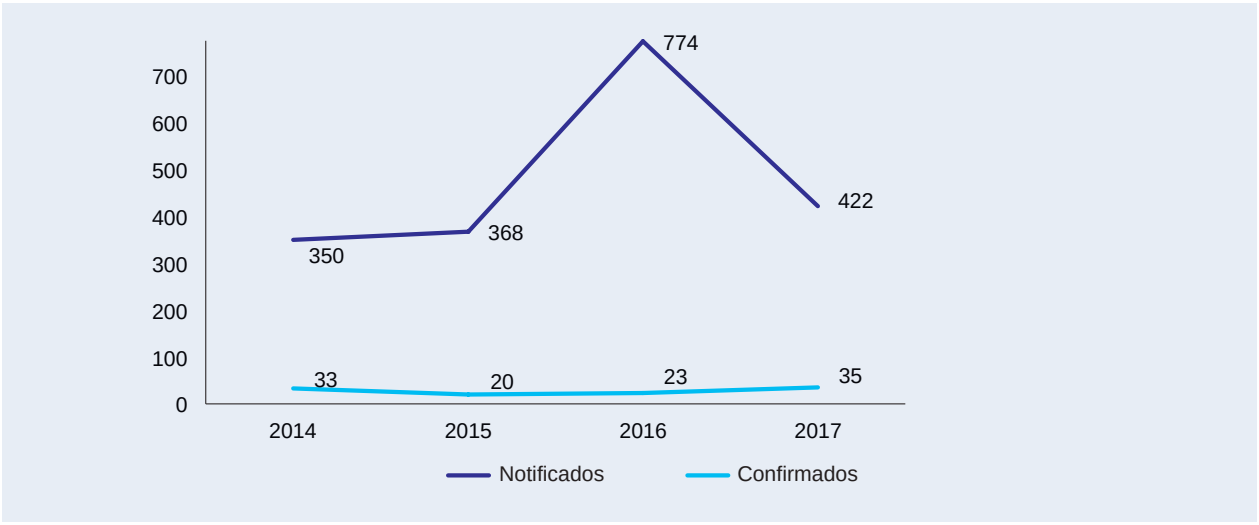
Tosferina

Es una enfermedad sumamente contagiosa en la fase catarral temprana y al principio de la fase de tos paroxística. Tiene una ciclicidad de más o menos 2-3 años.

Los casos notificados en los tres años previos al periodo de análisis fueron disminuyendo de 715 (15,3) en el 2012, 441 (9,38) en el 2013 y 350 (7,3) en el 2014. Igual tendencia se vio en los positivos por laboratorio en esos tres años.

En el siguiente gráfico, del periodo 2014 a 2017, se observa el incremento del número de casos positivos del 2015 al 2017, con descenso de los notificados en este último año, aunque este dato es preliminar.

Gráfico 3.18
Casos notificados y confirmados de tosferina, según grupo de edad, Costa Rica 2014 - 2017



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. Establecimientos de salud públicos y privados, INCIENSA, 2017. Cifras preliminaries.

El cuadro 3.19 presenta el desglose de los casos de tosferina del 2014 al 2017 por grupo de edad. Se observa que la mayoría de los casos se ocurrieron en los niños menores de un año: 73% (2014), 88% (2015), 61% (2016) y 60% (2017*) respectivamente.

Cuadro 3.19
Costa Rica. Casos notificados y confirmados de tosferina según grupos edad. 2014 - 2017*

Grupos edad	2014		2015		2016		2017*	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
0 - 1 m	118	14	60	4	161	4	92	9
2 - 5 m	103	10	70	3	177	9	93	8
6 - 11 m	45	5	79	6	122	1	61	4
≥ 1 año	79	4	157	7	306	9	164	12
Ignorada	5	0	2	0	8	0	12	2
Total	**350**	**33**	**368**	**20**	**774**	**23**	**422**	**35**

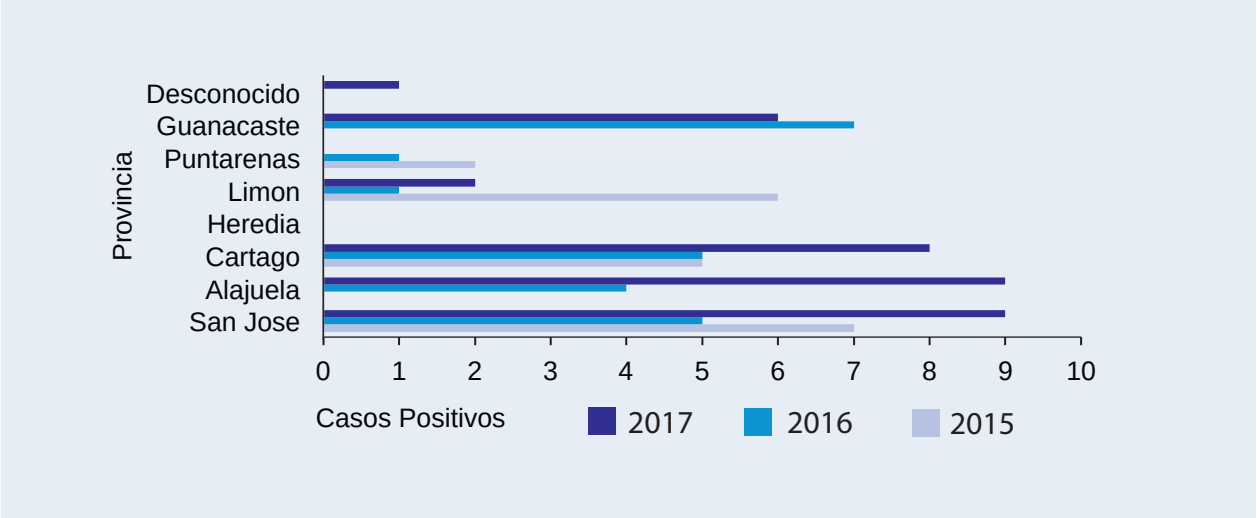
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. Establecimientos de salud públicos y privados, INCIENSA, 2017. Cifras preliminaries a noviembre 2017.

Cabe destacar que los niños menores de dos meses constituyen un grupo de riesgo, en los cuales no se ha iniciado el ciclo de inmunizaciones por lo que no cuentan con dicha protección. Con el propósito de prevenir la tosferina tanto en la madre como en el recién nacido, en el 2013, se introdujo la vacunación con Tdap (vacuna tétano, difteria y tosferina), en las mujeres gestantes a partir de la semana 20 de embarazo.

Con respecto a la relación Hombre-Mujer (H:M), en el 2015 predominaron los hombres (15:5), en el 2016 las mujeres (10:13) y en 2017 las mujeres (13:22).

Si analizamos los casos positivos de tosferina por provincia, estos se han presentado principalmente en cuatro provincias: San José, Alajuela, Cartago y Guanacaste.

Gráfico 3.19
Casos de tosferina según provincial, Costa Rica, 2015-2017,



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. Establecimientos de salud públicos y privados, INCIENSA, 2017. Cifras preliminaries a noviembre 2017.

Poliomielitis

El virus del polio aunque puede afectar a individuos de cualquier edad, es fundamentalmente una enfermedad de la infancia, de ahí que la vigilancia se concentra en las personas menores de 15 años.

En el país se vigilan las parálisis flácidas agudas (PFA) para prevenir y detectar oportunamente la aparición de esta patología, recordando que con una vigilancia epidemiológica constante y, una investigación inmediata de cualquier sospechoso notificado o detectado, además de altas coberturas de vacunas antipolio, se garantiza un país libre de poliomielitis y alerta para detectar cualquier posible caso según el desarrollo de la polio en el resto de mundo donde todavía se presentan casos.

En Costa Rica se han notificado los siguientes casos de parálisis flácida aguda (PFA) del 2014 al 2017: 20 (2014), 22 (2015), 31 (2016) y para noviembre del 2017 se tienen 27 sospechosos de los cuales 22 han sido descartados y los 5 restantes están en estudio. Salvo 2017, en los restantes años todos los sospechosos fueron descartados como casos de poliomielitis por un equipo de trabajo interinstitucional, MS-CCSS-INCIENSA.

El cuadro 20, presenta la tasa de PFA por 100.000 habitantes en menores de 15 años por provincia. Se observa que aún hay provincias que no alcanzan la tasa mínima de 1.

Cuadro 3.20
Tasas de PFA en menores de 15 años por provincia y a nivel nacional, Costa Rica, 2014-2017

Provincia / País	Tasa de PFA en < 15 años			
	2014	2015	2016	2017
San José	2,69	3,33	3,96	3,68
Alajuela	1,33	1,33	4,00	1,77
Cartago	1,72	5,22	0,88	1,76
Heredia	1,83	0,91	0,91	0,91
Guanacaste	4,37	0,00	0,00	6,45
Puntarenas	0	0,00	3,29	1,65
Limón	0	0,85	2,54	0,00
COSTA RICA	**1,79**	**1,98**	**2,80**	**2,44**

Fuente: Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud. Establecimientos de salud públicos CCSS y privados. INEC

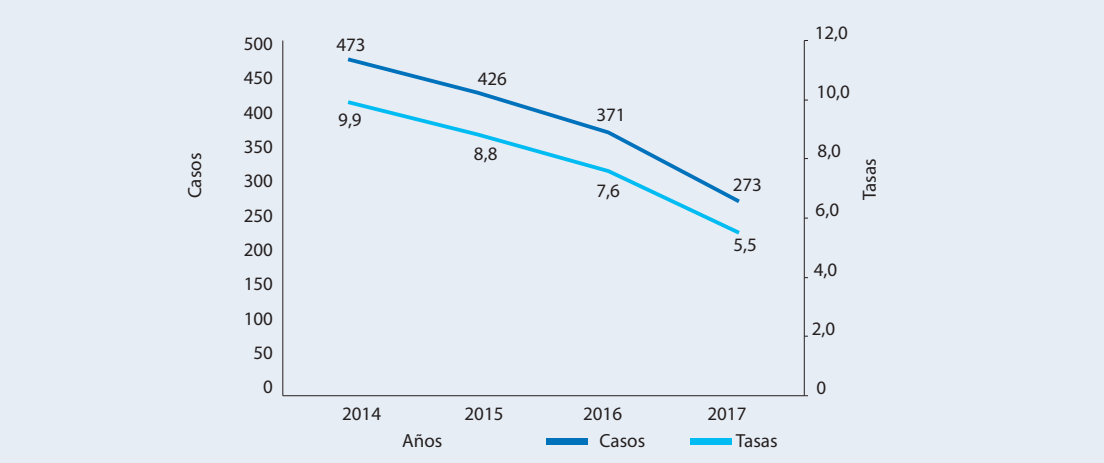
Tuberculosis (TB)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la TB es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En el 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron a causa de ésta (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos.

Siete países acaparan el 64% de la mortalidad total; con la India encabezando la lista, seguida de Indonesia, China, Filipinas, Pakistán, Nigeria y Sudáfrica. Se estima que en el 2016, enfermaron de tuberculosis un millón de niños y que 250.000 de ellos murieron debido a esta causa (incluidos los niños con tuberculosis asociada al VIH). La tuberculosis es una de las causas principales de defunción en las personas VIH-positivas: en 2016, el 40% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis.

En nuestro país, el número de casos de TB ha disminuido, pasando de una tasa de 9,9 en el 2014 a 5,5 por 100.000 habitantes en octubre del 2017.

Gráfico 3.20
Tasa de incidencia de tuberculosis, tasa por 100.000 habitantes,Costa Rica, 2014-2017



Fuente: Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud, establecimientos de salud públicos, CCSS y privados. INEC. Información preliminar a octubre 2017.

La tuberculosis se puede presentar en cualquier edad. Considerando que los datos del 2017 son parciales, se puede observar en el Cuadro 3.21 tasas mayores en los grupos de edad superiores a los 60 años

Cuadro 3.21
Tasa de incidencia de tuberculosis según grupo de edad, Costa Rica, 2014-2017

Grupos de edad	2014		2015		2016		2017	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Menor 1 año	0	0	0	0	2	0,0	1	0,0
1 - 4 años	12	4,1	4	1,4	3	0,8	0	0,0
5 - 9 años	11	3,0	4	1,1	1	0,3	0	0,0
10 - 14 años	5	1,3	4	1,1	1	0,3	2	0,5
15 - 19 años	13	3,1	14	3,4	15	3,7	6	1,5
20 - 24 años	32	7,3	26	6,0	30	6,9	26	6,0
25 - 29 años	33	7,3	42	9,3	38	8,5	31	6,9
30 - 34 años	44	11,0	50	12,1	45	10,5	33	7,5
35 - 39 años	39	11,4	27	7,6	32	8,7	23	6,0
40 - 44 años	43	14,2	32	10,4	21	6,7	18	5,7
45 - 49 años	35	11,8	37	12,6	29	9,9	29	9,9
50 - 54 años	49	17,8	38	13,6	33	11,7	18	6,3
55 - 59 años	44	19,4	28	11,9	31	12,7	28	11,1
60 - 64 años	29	17,1	32	17,7	28	14,6	13	6,5
65 - 69 años	20	16,9	30	24,1	17	12,9	21	15,0
70 - 74 años	22	25,9	26	29,3	18	19,4	7	7,2
75 y más	42	30,5	32	22,5	27	18,3	17	11,2

Fuente: Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud, establecimientos de salud públicos, CCSS y privados. INEC. Información preliminar a octubre 2017.

Mortalidad por tuberculosis

Tanto la morbilidad como la mortalidad por tuberulosis, presentan una tendencia a la disminución en nuestro país. El Cuadro 3.22 presenta la tasa de mortalidad por tuberulosis para el período 2013-2017.

Cuadro 3.22
Tasa de defunciones por tuberculosis, por 100.000 habitantes, Costa Rica, 2013-2017

Año	No. Casos	Tasa
2013	32	0,7
2014	42	0,9
2015	32	0,7
2016	28	0,6

Fuente: INEC., Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud y establecimientos de salud públicos, y privados. Datos preliminares a octubre 2017.

Virus respiratorios

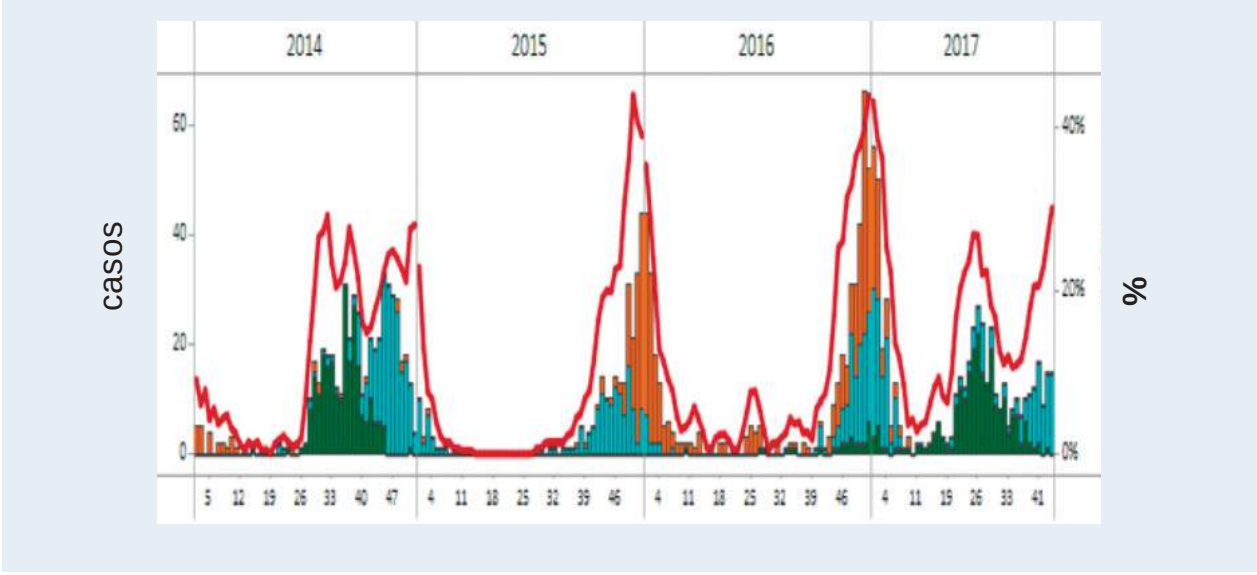
El país se preparó para la potencial pandemia de influenza aviar desde el 2005. En el 2009 se presentó una pandemia por otro virus, influenza AH1N1. Con base en lo anterior se acentuó la vigilancia epidemiológica, clínica y de laboratorio de los virus respiratorios.

En los Gráficos 3.23 y 3.24 se presenta el comportamiento de los virus respiratorios durante el período 2014 al 2017.

Se observa que el aumento en el número de casos de influenza han variado su época de presentación. El en el 2015 y 2016 observó un aumento de casos durante las últimas semanas de cada año y en las primeras del año siguiente.

Los virus influenza A H1N1 e influenza A H3N2 se destacaron en los brotes del 2015 y 2016, mientras que en el brote del 2017 tuvo una estacionalidad parecida a la del 2014 así tambien en el tipo de virus, InfluA H3 y virus InfluB.

Gráfico 3.21
Distribución de virus influenza por semana epidemiológica. Costa Rica 2014-2017



El Virus Respiratorio Sincicial (VRS) se ha presentado en la mayoría de los casos durante todos los años, excepto en el 2015. En el 2017, el incremento en VRS inició su incremento en la semana 25 (mayo) , alcanzando su pico en las semanas 35 y 36 (agosto-septiembre). El Adenovirus tambíen ha estado presente durante todos los años.

Mortalidad por virus respiratorios

Los estudios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, mostraron que los virus influenzaA H1 y el VRS son los que mayor número de muertes causaron del 2014 al 2017, seguidos de influenza A H3, InfluB, adenovirus y Parainflueza 3, lo que se evidencia en el Cuadro 3.23.

Cuadro 3.23
Defunciones por o con virus respiratorios confirmados por laboratorio, Unidades centinela. Costa Rica, 2014-2017*

Grupos de edad	2014 Nº	2015 Nº	2016 Nº	2017 Nº
Adenovirus	4	3	0	9
Influenza A	0	0	1	3
Influenza AH1pdm09	6	23	66	18
Influenza A H3N2	8	5	18	12
Influenza B	12	0	1	9
Parainfluenza 1	0	0	1	0
Parainfluenza 3	4	4	4	4
Virus Respiratorio Sincicial	22	5	19	8
Rhinovirus	4	1	4	1
Enterovirus	2	0	0	0
Metapneumovirus	1	1	4	4
TOTAL	**62**	**42**	**118**	**68**

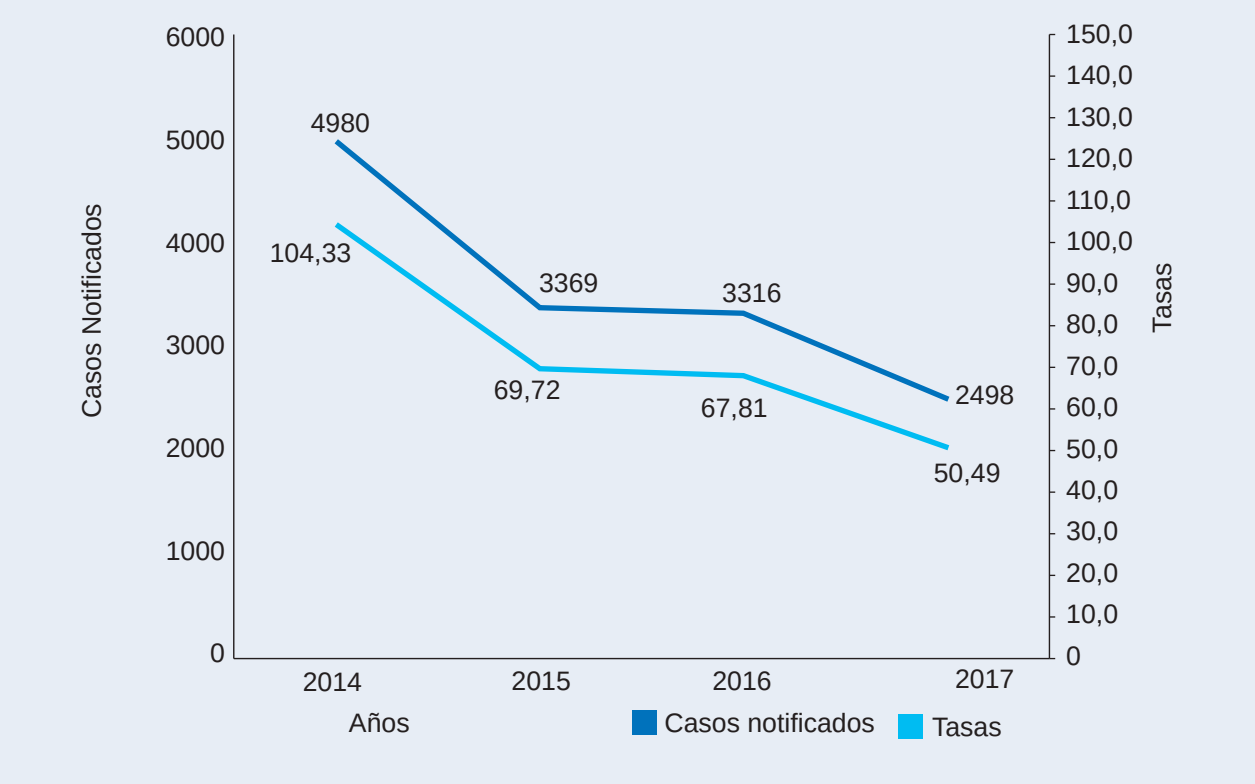
(*): A la semana 42 del 2017
Fuente: Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud. INCIENSA. Establecimientos de Salud Públicos (CCSS y Privados). Versión: 27 octubre 2017

Durante el 2017 se presentaron 68 defunciones por virus respiratorios. El 35% (24) de las personas fallecidas tenían 70 años ó más, el 25% (17 muertes) ocurrieron en el grupo de niños menores de un mes a nueve meses de edad y. el 40% restante pertenecía a otros grupos de edad.

Varicela

Los casos de varicela (confimados por diagnóstico clínico) a nivel nacional, mostraron una tendencia al descenso, según se ilustra en el Gráfico 3.22, con una tasa por 100.000 habitantes de: 104,33 en el 2014, 69,72 en el 2015, 67,81 en el 2016 y 50,49 en el 2017.

Gráfico 3.22
Casos notificados de varicela. Costa Rica 2014- 2017. Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud, establecimientos de salud públicos, CCSS y privados. INEC. Información preliminar a octubre 2017.

La tasa de incidencia es mayor en personas de 1 a 19 años, seguidas por los adultos jóvenes y disminuyendo según aumenta la edad.

Mortalidad por varicela

En el 2014 se reportaron únicamente dos defunciones, dos en el 2015 y una en el 2016. Una se presentó en un adolescente de 10 a 14 años y las restantes fueron en mayores de 34 años. De estas cinco defunciones, dos fueron mujeres y tres varones.

III.1.6. Vigilancia del estado nutricional

El estado nutricional es un determinante de la condición de salud que valora la situación en la que se encuentra un individuo en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes, por lo que puede determinar la aparición de otras

patologías y en el caso de los niños puede afectar la capacidad cognitiva, lo que repercutirá en el futuro desarrollo de los mismos.

El registro y vigilancia de eventos de nutrición de declaración obligatoria se inicia en el 2013 a partir de los diagnósticos[2] realizados a los/las usuarios/as de los servicios de salud públicos y privados. Lo anterior de acuerdo con el Reglamento de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud. Dicho decreto fue modificado en el 2017 incorporando eventos en relación a obesidad y riesgo nutricional en adultos mayores.

Cuadro 3.24
Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de desnutrición según clasificación y año, Costa Rica, 2014-2017

Eventos	2014		2015		2016		2017	
	No.	Tasa*	No.	Tasa*	No.	Tasa*	No.	Tasa*
Total	**1122**	**23,5**	**2007**	**41,5**	**837**	**17,1**	**709**	**14,3**
Total Desnutrición	**1043**	**21,9**	**1626**	**33,6**	**711**	**14,5**	**626**	**12,7**
E40-Kwashiorkor	4	0,1	4	0,1	0	0,0	0	0,0
E41- Marasmo nutricional	8	0,2	4	0,1	1	0,0	0	0,0
E42-Kwashiorkor marasmático	0	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0,0
E43- Desnutrición proteico calórica severa, no especificada	184	3,9	194	4,0	107	2,2	109	2,2
E44- Desnutrición proteico calórica de grado moderado y leve	847	17,7	1287	26,6	144	2,9	39	0,8
E46- Desnutrición proteico calórica, no especificada	N/D	N/D	135	2,8	458	9,4	478	9,7
Retardo en talla	79	1,7	381	7,9	126	2,6	83	1,7

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos preliminares a octubre de 2017.

3 Cabe mencionar que los códigos con la clasificación estadística de enfermedades internacional de la OMS reportados correspondían a: E40 Kwashiorkor, E41 Marasmo Nutricional, E42 Kwashiorkor Marasmático, E43 Desnutrición proteico calórica severa, no especificada, E44 Desnutrición proteico calórica de grado moderado y leve; y R62.8 de Retardo en talla denominado como otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado. Sin embargo al existir incoherencias en los códigos con respecto a la Norma de Uso de Graficas Antropométricas en la población de 0-19 años de Costa Rica oficializada en el 2015, se solicitan las modificaciones en el reglamento de Vigilancia de la Salud, por tanto, actualmente se notifican con el mismo código únicamente E40 Kwashiorkor, E41 Marasmo Nutricional, E42 Kwashiorkor Marasmático, E43 Desnutrición proteico calórica severa, no especificada. Al existir cambios en las gráficas no existe la posibilidad de definir E44 desnutrición proteico calórica de grado moderado y leve por lo que se re direcciona este código y se cambia en el reglamento actual por E46 correspondiente a "Desnutrición proteico calórica no especificada" así mismo se cambia R62.8 por E45 correspondiente a "Retardo en el desarrollo debido a desnutrición proteico calórica severa". Estos cambios rompen el patrón histórico del 2013 al 2015 por la oficialización de la Norma y del 2015 hasta el 2017 que se modifica el decreto incorporando además nuevos eventos nutricionales.

La mayor proporción de casos de desnutrición desde el 2014 al 2016 correspondió a la provincia de San José y en el 2017 a la de Puntarenas. Asimismo, la provincia con menor proporción de casos de desnutrición fue Limón, en el 2014 y Heredia del 2015-2017.

Al comparar los resultados de las incidencia de notificación obligatoria de desnutrición con las de prevalencia de los resultados del "*Censo Escolar Peso/ Talla 2016*" se observa que Guanacaste, Puntarenas y Limón son las provincias con mayor prevalencia de desnutrición y que: Alajuela, San José, Heredia y Cartago, poseen las menores prevalencias.

En Costa Rica, la desnutrición afecta en especial a los niños y niñas de 0-4 años, seguido de los menores de 9 años.

El tercer grupo de edad más afectado corresponde a los adultos mayores. La pérdida de peso no intencional o involuntaria y la desnutrición en esta etapa de la vida, contribuyen a un decline progresivo en la salud, lo que afecta el estado funcional y cognitivo, que incrementan la utilización de los servicios de salud, la institucionalización prematura y la mortalidad.

Los extremos de la desnutrición proteica calórica se conocen como, marasmo y kwashiorkor, en Costa Rica la incidencia de estos eventos ha sido muy baja desde el 2014 hasta la fecha.

El retardo en talla se refiere a niños que son pequeños para la edad, pero que están creciendo a una tasa normal. El índice talla/edad refleja la historia nutricional tanto reciente como remota ya que el retardo en talla no es recuperable y es el producto fundamentalmente de la acción de períodos largos de mala nutrición.

El grupo de edad más afectado por el retardo en la talla para la edad, para ambos sexos, es el de 0-4 años de edad, seguido del grupo de 5-9 años y finalmente el de 10-14.

III.1.7. Otros eventos de notificación obligatoria

Intoxicación aguda por plaguicidas

El empleo de plaguicidas para el control de plagas en la agricultura, la ganadería, en la salud pública y en el hogar, perjudica la salud de las personas ya que se contamina el suelo, el agua y el aire.

Desde 1983 se incluyeron las “Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas (IAP)”como evento de notificación obligatoria al Ministerio de Salud, mediante la creación de un subsistema de vigilancia específico, según *el Decreto de Vigilancia de la Salud N° 40556-S,* del 23 de agosto del 2017. Este evento pertenece al Grupo D y la notificación debe hacerse semanalmente.

En Costa Rica, en el período de 2015-2017, se registraron un total de 521 casos de intoxicación aguda por plaguicidas. En 2015 se reportó una incidencia de 4,2 por cien mil habitantes, manteniendo su tendencia para el 2016 con 4,1 por cien mil habitantes. En el año 2017 a la semana epidemiológica 38 se observó una leve disminución de la incidencia.

Para el período 2015-2017, las provincias de San José y Puntarenas aportaron el 60,8% de los casos del país, con incidencias por 100.000 habitantes de 11,2 y 28,3 respectivamente.

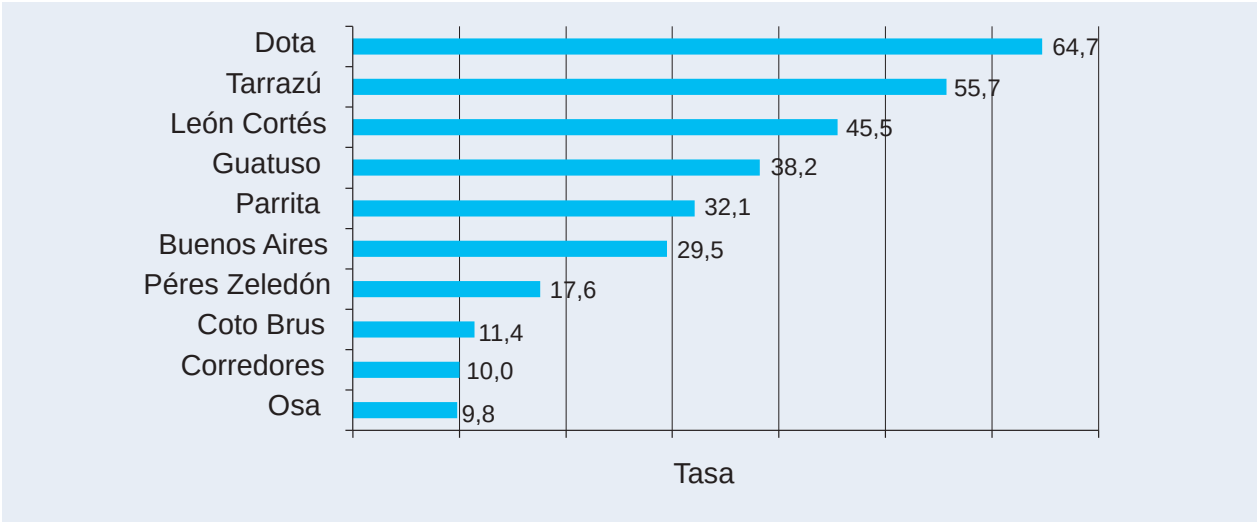
Cuadro 3.25
Casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes, de IPA, según provincia, Costa Rica,2015-2017

Provincia	2015		2016		2017	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Total	**203**	**4,20**	**202**	**4,13**	**116**	**2,34**
San José	51	3,20	79	4,91	51	3,14
Alajuela	41	4,27	22	2,26	11	1,11
Cartago	24	4,60	12	2,28	8	1,51
Heredia	22	4,49	10	2,00	4	0,79
Puntarenas	30	6,41	65	13,70	41	8,53
Limón	35	8,07	10	2,28	ND	--
Guanacaste	ND	--	4	1,08	1	0,26

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017. Datos provisionales para el 2017.

Durante el año 2017 hasta la semana epidemiológica 38, los diez cantones con más alta incidencia aportaron el 79,3% de los casos del país; correspondiendo todos a zonas agrícolas y con alto uso de plagucidas, como se muestra en el Gráfico 3.23.

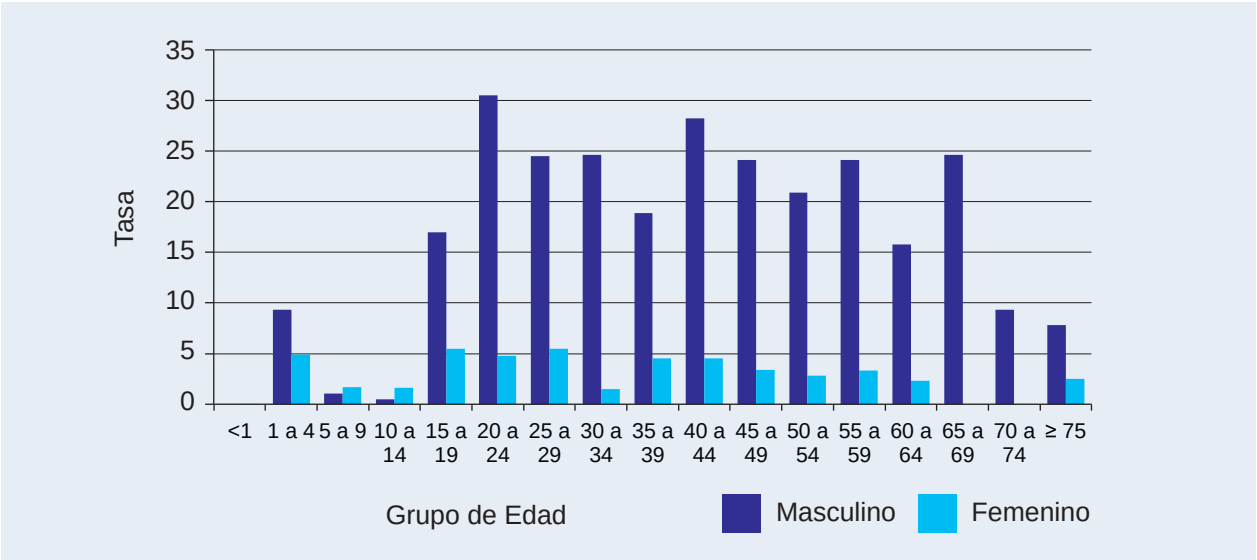
Gráfico 3.23
Cantones con tasa de incidencia por 100.000 habitantes más alta por IPA, Costa Rica, 2017



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos provisionales a la semana 38 de 2017

Para el período, las intoxicaciones fueron más frecuentes en hombres, representando el 84,3 % del total de los casos. La razón hombre-mujer fue de 5:1 y el grupo de edad que aportó la mayor cantidad fue el de 20 a 44 años, en el cual ocurrió el 58,1% de las intoxicaciones en hombres. En el grupo de edad de 1 a 4 años (ambos sexos), se registraron 21 casos de intoxicaciones accidentales (7,1 por 100.000 habitantes), de las cuales, el 66,7% fueron en hombres.

Gráfico 3.24
Incidencia de intoxicaciones por plaguicidas, según grupo etáreo y sexo. Costa Rica. 2015 al 2017



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos provisionales a la semana 38 de 2017

El modo de intoxicación “laboral con pago”, fue el más común, aportando el 37,9 % de las intoxicaciones, seguido del “accidente no laboral”, con el 34,9% de los casos del período. Los *“intentos de suicidio”* representaron el 22,7%.

Los insecticidas y herbicidas fueron los principales causantes de intoxicaciones en el período 2015-2017, asociándose al 67,2% de los casos reportados.

La mortalidad debido a intoxicaciones agudas por plaguicidas para el trienio 2015-2017, disminuyó, notificándose el caso de una mujer para el año 2015 un caso de una mujer, en el grupo de edad de 45 a 49 años.

Violencia intrafamiliar

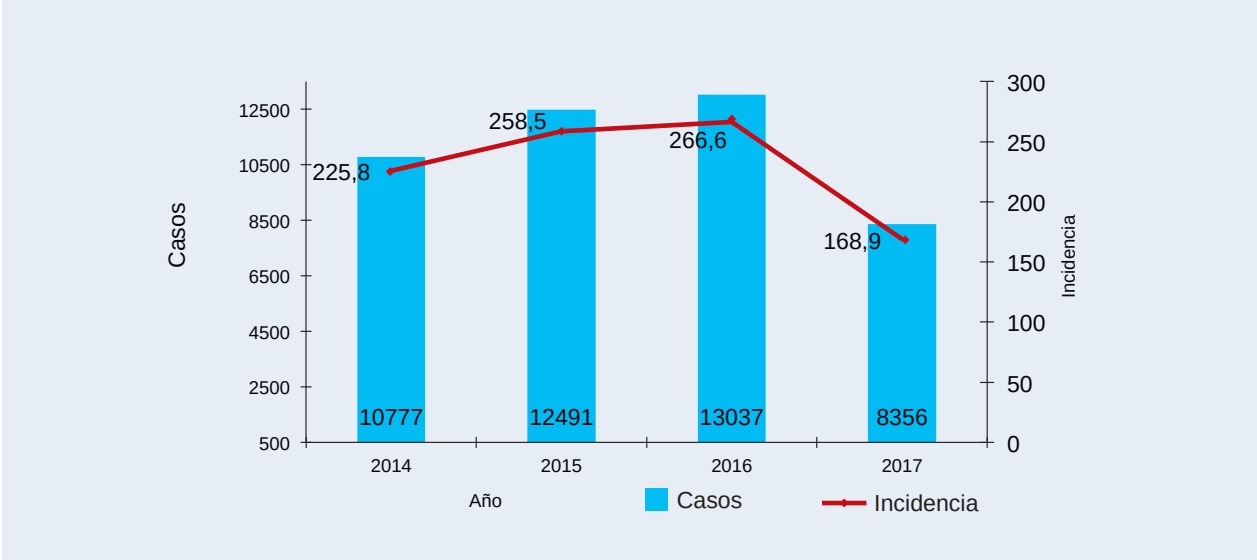
La violencia intrafamiliar (VIF) constituye un evento de notificación obligatoria a partir del 2002, en virtud de la necesidad de visibilizar la violencia en el seno de las familias en sus diferentes formas. Actualmente, en el Decreto Nº 40556 de agosto 2017, se incorpora en el Grupo B, para el cual se indica que, se debe realizar investigación del caso mediante seguimiento y tomar las medidas que correspondan a nivel sanitario.

La notificación de la VIF es fundamental porque permite conocer la incidencia del evento como tal en la población, así como su tendencia a lo largo del tiempo desde que se notifica y cómo se comporta según las diferentes variables que intervienen en el análisis de la información que genera su notificación.

Para el período 2014-2017 se notificaron 44.661 casos de VIF, con un incremento en la incidencia por 100.000 habitantes de 225,8 en el año 2014 a 266,6 en el año 2016.

Las provincias de San José (37,8%), Alajuela (20,6%) y Puntarenas (13,1%) reportaron el 71,5% de casos, con tasas de incidencia para el período de 264,0, de 237,2 y 310,9 por 100.000 habitantes respectivamente.

Gráfico 3.25
Costa Rica. Incidencia de violencia intrafamiliar por año, 2014 al 2017*
Tasas por 100000 habitantes



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

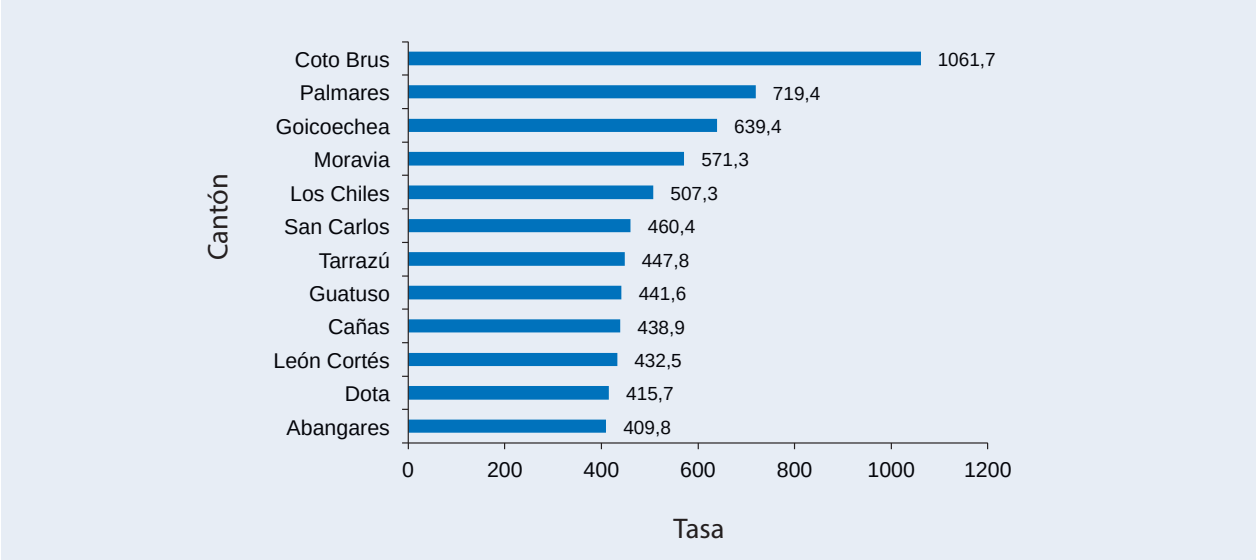
Cuadro 3.26
Tasa incidencia por 100.000 habitantes de violencia intrafamiliar, según provincia, Costa Rica, 2014-2017

Provincia	2014		2015		2016		2017*	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Total de país	**10.777**	**225,8**	**12.491**	**258,5**	**13.037**	**266,6**	**8.356**	**168,9**
San José	4.770	302,5	4.784	300,4	4.831	300,6	2.508	154,7
Alajuela	1.874	194,9	2.611	271,8	2.930	300,5	1.771	179,1
Cartago	1.074	207,8	1.186	227,4	1.152	219,1	606	114,4
Heredia	718	148,6	673	137,2	511	102,7	298	59,0
Guanacaste	581	161,4	860	235,3	830	223,5	578	153,3
Puntarenas	1.053	228,1	1.515	323,7	1.721	362,9	1.569	326,50
Limón	706	164,9	862	198,8	1.062	241,9	1.026	230,8
Ignorado	1		0		0		0	

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos preliminares a la semana epidemiológica 38. 2017

Los 10 cantones con incidencias por cien mil habitantes más altas, aportan el 30,6% de los casos de país para el período.

Gráfico 3.26
Incidencia por 100.000 habitantes de violencia intrafamiliar según cantones más afectados, Costa Rica, 2015-2017



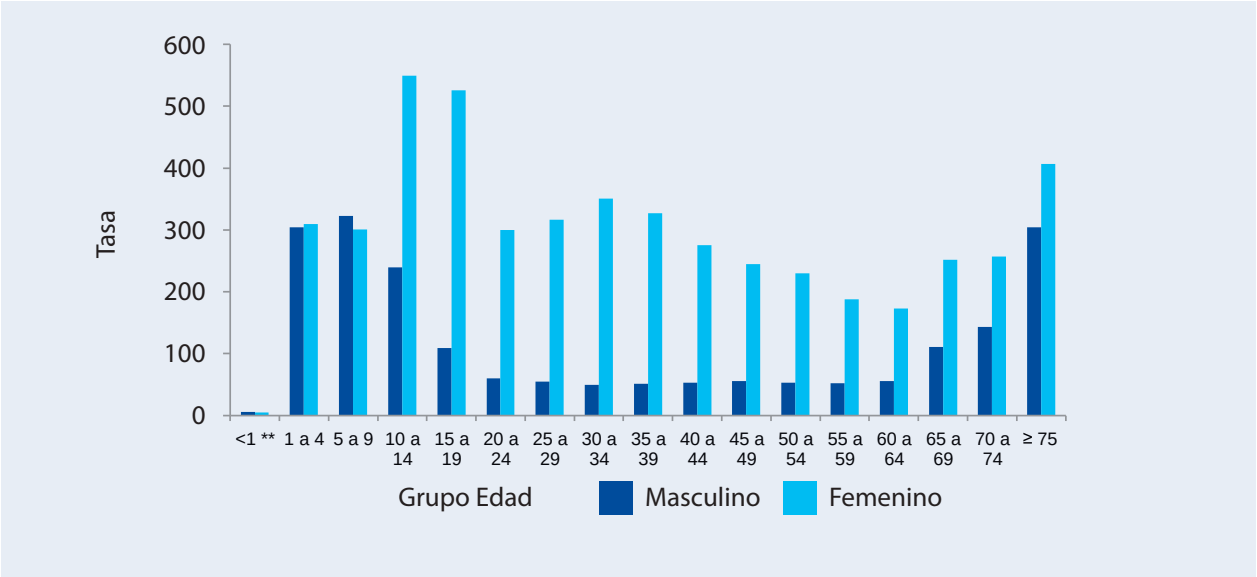
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

Para el período, el 72,1% de los casos notificados fueron del sexo femenino (330,0/100.000 habitantes), con una relación M:H de 3:1; el grupo de edad que registró mayor incidencia fue el de 10 a 19 años (536,6/100.000). Sin embargo, la violencia afecta a las mujeres indistintamente de la edad, incluyendo el grupo de adultos mayores de 75 y más años, con una incidencia por 100.000 habitantes de 406,8 y con una tendencia al aumento sobre todo desde que se notifica mediante de la boleta VE-01.

El grupo de 1 a 14 años (ambos sexos), aportan el 18,9% del total de casos notificados de VIF, con una tasa de 309.3 por cien mil habitantes.

Se observa tendencia al aumento de violencia en el grupo de personas mayores de 65 años, el cual aporta el 8,5% del total de casos (258,2/100.000). Llama la atención el aumento de la violencia en el adulto mayor con una incidencia de 360,4 por 100.000 habitantes.

Gráfico 3.27
Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de violencia intrafamiliar, según grupo de edad y sexo, Costa Rica. 2014-2017.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

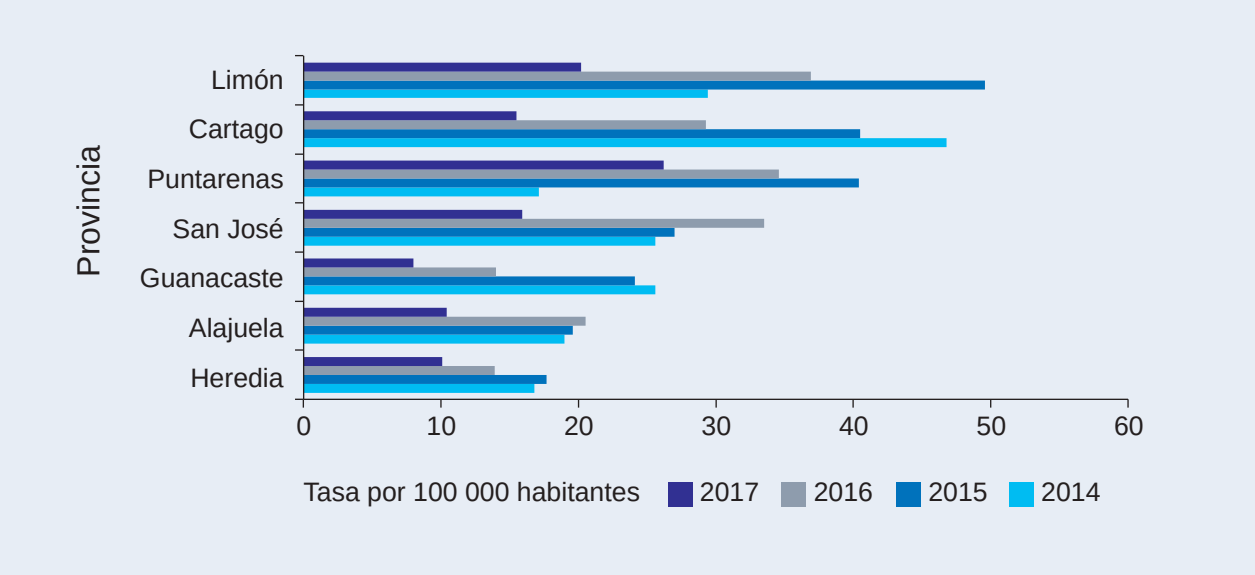
Intento de suicidio

El Ministerio de Salud, como rector del sector salud, lidera, promueve y articula, los esfuerzos de actores sociales claves y ejerce potestades de autoridad sanitaria para proteger y mejorar la salud de la población. A partir del 2012, el país cuenta con un marco normativo que ha permitido el desarrollo de acciones en torno al mejoramiento de la salud mental. Para ello se fundamenta en diversos enfoques de derechos humanos, género, diversidad, inclusión y participación social.

Para el período 2014-2017 se notificaron 4.690 intentos de suicidio, con un incremento en la incidencia por 100.000 habitantes de 25,2 en el año 2014 a 27,4 en el año 2016.

Las provincias de San José (34,7%), Alajuela (14,3%) Cartago (13,1%) y Limón (12,6%) notificaron el 76,4% de casos, con tasas de incidencia para el período de 25,4, 17,3, 32,9 y 33,9 por 100.000 habitantes respectivamente.

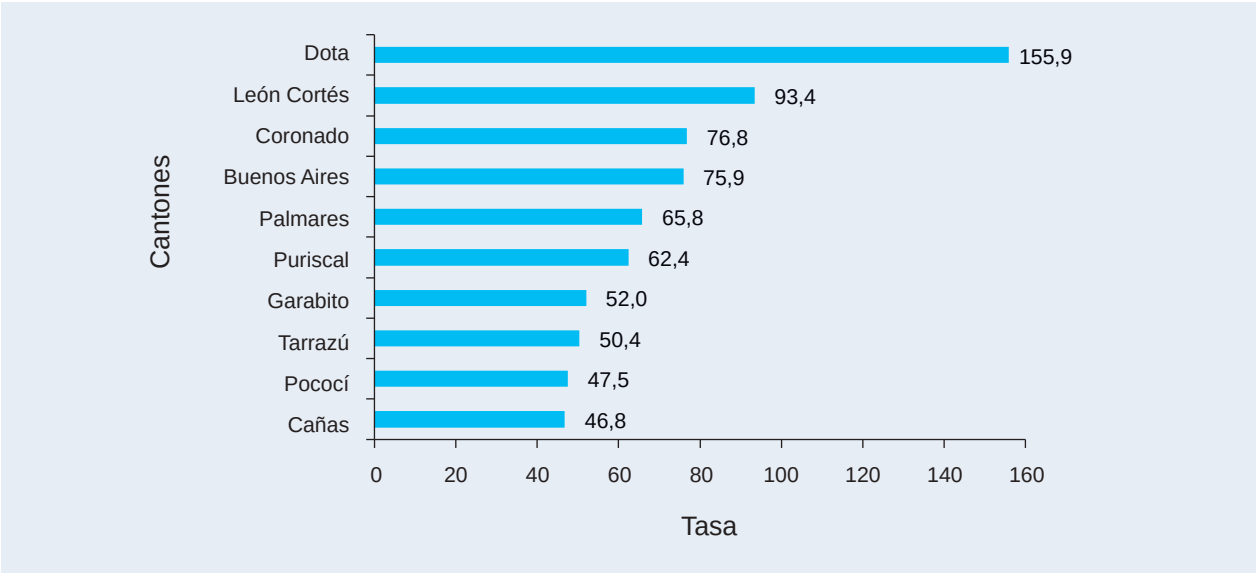
Gráfico 3.28
Tasa de notificación de intento de suicidio por 100.000 habitantes, según provincia, Costa Rica, 2014-2017



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

Los diez cantones con más alta incidencia por cien mil habitantes, aportaron el 22,7% del total de intentos para el período, siendo el cantón de Dota el que ha mantenido las incidencias más altas.

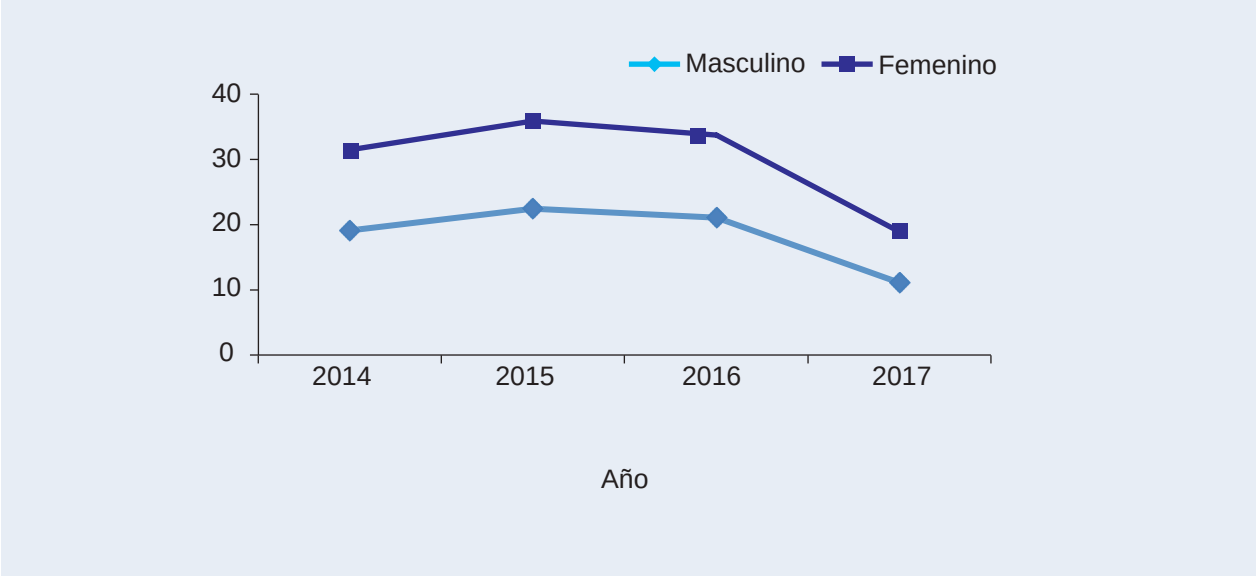
Gráfico 3.29
Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de intento de suicidio según cantones más afectados, Costa Rica, 2014-2017



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

Los intentos de suicidio fueron más frecuentes en el sexo femenino (61.5%), con una relación mujer hombre de M:H 2:1, con tasas superiores a la nacional.

Gráfico 3.30
Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de intento de suicidio, según sexo, Costa Rica, 2014-2017*



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

El grupo de edad de 10 a 29 años registró el 57,7% de los intentos de suicidio (ambos sexos), con una tasa de incidencia para el período de 40,1 por 100.000 habitantes.

Mortalidad por suicidio

Del 2014 al 2016 se registraron 919 suicidios con una tasa de mortalidad para el período de 6,3 por 100.000 habitantes.

Las provincias de San José y Alajuela aportaron el 50,8% de los suicidios, con tasas de mortalidad por cien mil habitantes de 6,3 y 5,7 respectivamente. En general, las tasas de mortalidad en las siete provincias son muy similares, siendo la provincia de Guanacaste la que presentó la mayor tasa de mortalidad por suicidio (7,3/100.000 habitantes).

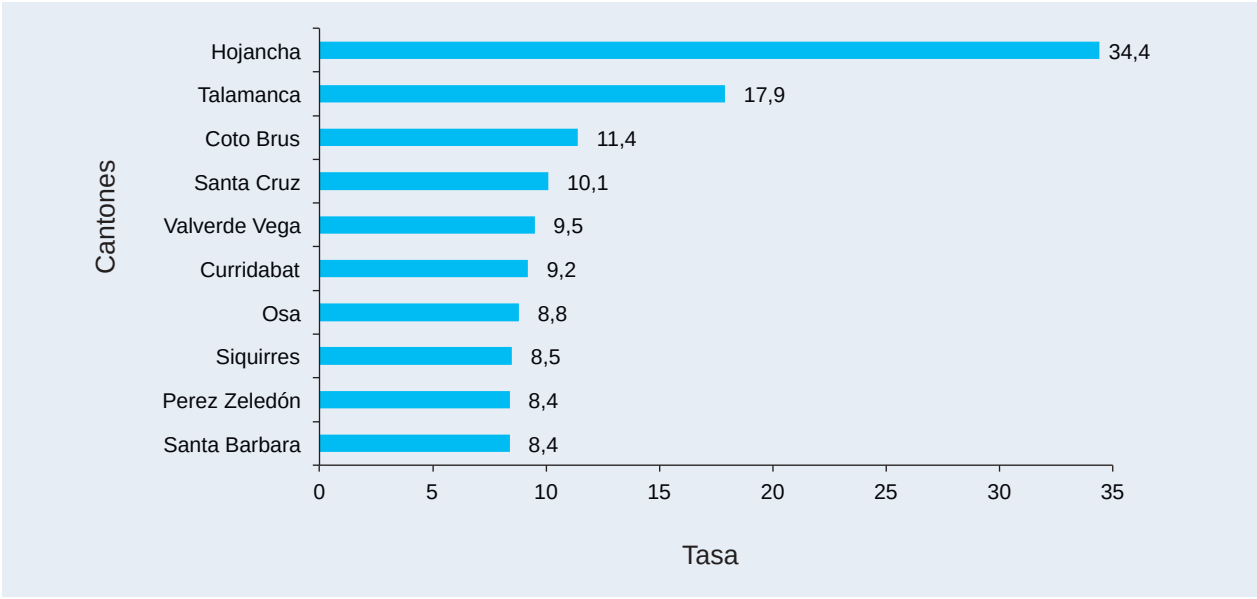
Para el trienio, los diez cantones con tasas de mortalidad más alta aportaron el 17,4% del total de suicidios, siendo los cantones de Hojancha y Talamanca los que tuvieron tasas de mortalidad por 100.000 habitantes más altas, 34,4 y 17,9 respectivamente.

Cuadro 3.27
Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por suicidio según provincia, Costa Rica, 2014-2016

Provincia	2015		2016		2017*	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Total de país	**284**	**5.9**	**315**	**6.5**	**320**	**6.5**
San José	80	5.1	104	6.5	117	7.3
Alajuela	48	5.1	63	6.6	55	5.6
Cartago	37	7.2	23	4.4	39	7.4
Heredia	26	5.4	38	7.7	31	6.2
Guanacaste	23	6.4	28	7.7	29	7.8
Puntarenas	31	6.7	28	6.0	31	6.5
Limón	39	9.1	31	7.2	18	4.1

Fuente: INEC, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud 2017.

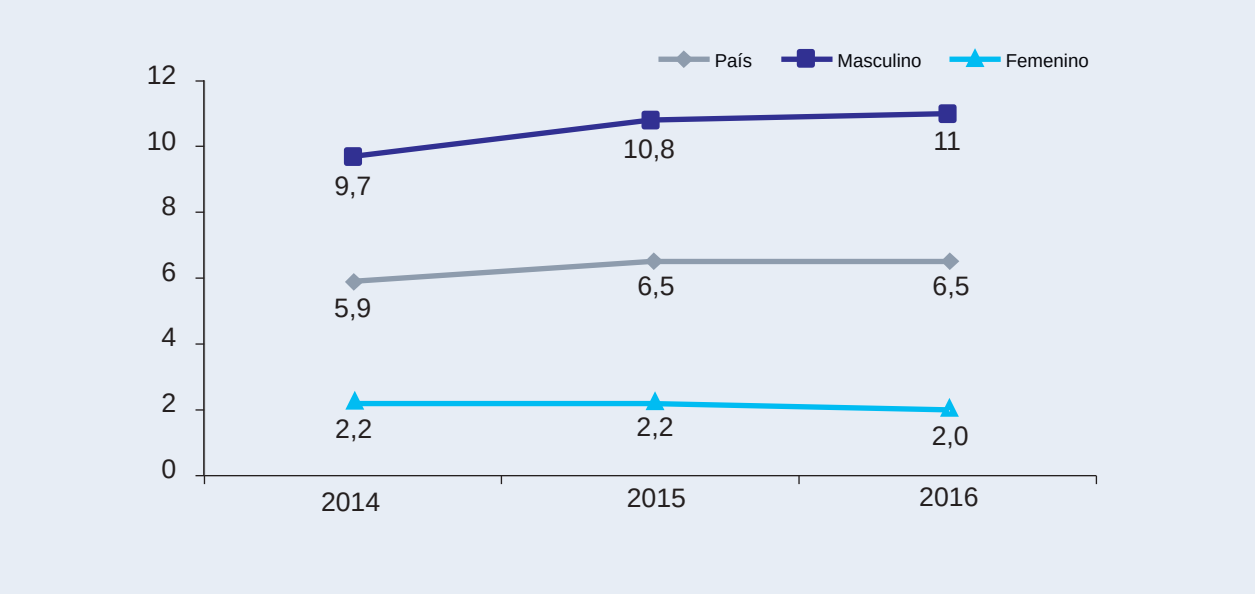
Gráfico 3.31
Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por suicidio, cantones con más alta mortalidad, Costa Rica, 2014-2016



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

Para el trienio, el sexo masculino aportó el 83,5% de los suicidios con una relación H:M de 5:1., con tasas superiores a las nacionales.

Gráfico 3.32
Tasa de mortalidad 100.000 habitantes por suicidio, según sexo, Costa Rica, 2014-2016



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

El grupo de edad de 20 a 39 años aportó el 42,5% del total de defunciones por suicidio con una tasa de mortalidad de 7,8 por 100.000 habitantes.

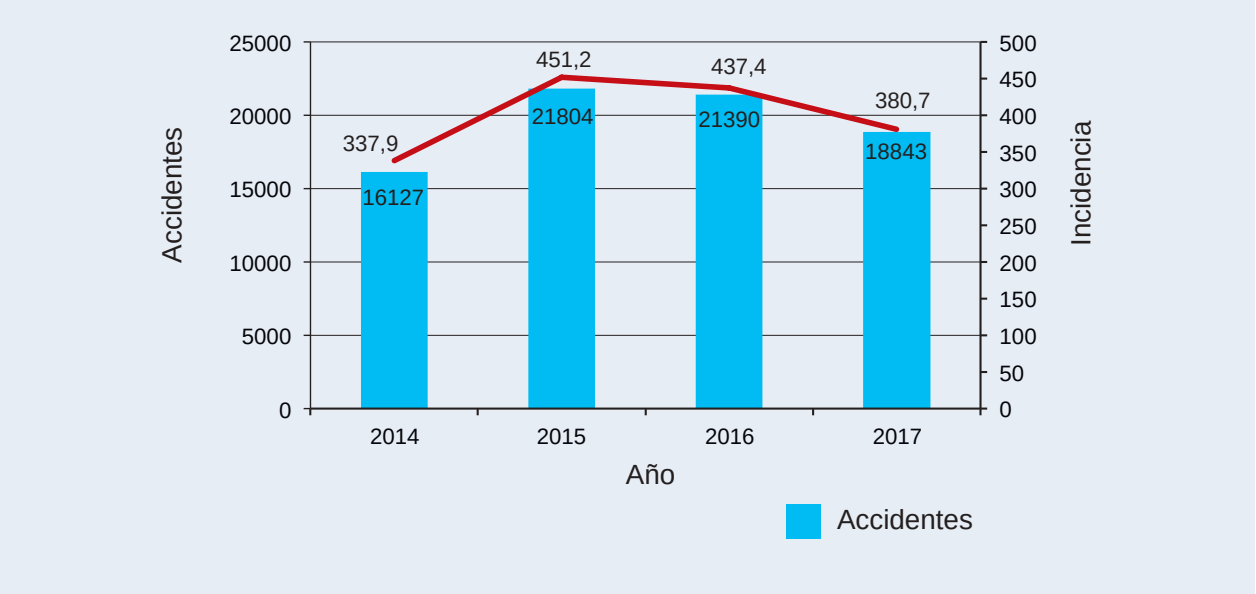
Accidentes de tránsito

La OMS informa que cada año, los accidentes de tránsito causan la muerte de aproximadamente 1,25 millones de personas y otros 50 millones sufren traumatismos. Aproximadamente la mitad de las personas que fallecen cada año por accidentes de tránsito son «usuarios/as vulnerables de la vía pública», es decir, peatones, motociclistas, ciclistas y pasajeros del transporte público. A pesar de que los países de ingresos bajos y medianos tienen aproximadamente el 54% de los vehículos del mundo, se producen en ellos más del 90% de las defunciones relacionadas con accidentes de tránsito. Las lesiones causadas, ocasionan pérdidas económicas considerables para las personas, sus familias y los países. Esas pérdidas son consecuencia de los costos del tratamiento y de la pérdida de productividad de las personas que mueren o quedan discapacitadas por sus lesiones, además, del tiempo de trabajo que los familiares de los lesionados deben destinar para atenderlos. Los accidentes de tránsito representan en la mayoría de los países el 3% de su PIB.

En Costa Rica, los accidentes de tránsito representan el cuarto lugar de los eventos notificados al Ministerio de Salud. Este evento pertenece al Grupo B y se vigila desde noviembre del año 2002, por medio de la notificación semanal mediante Boleta VE01 (Decreto de Vigilancia de la Salud N° 40556 - S publicado en la Gaceta N° 206 del 23 de agosto del 2017).

Durante el período 2014-2017, se notificaron 78.164 accidentes de tránsito, observándose un incremento en el número de accidentes de tránsito del 32,6% entre el 2014 y el 2016. En el Gráfico 3.35 se observa que las provincias de San José, Alajuela y Puntarenas registraron el 61.3% de los accidentes del período, con tasas de incidencia por 100.000 habitantes de 284,6, 382,0 y 776,5 respectivamente, la provincia de Puntarenas es la que presenta la incidencia más alta.

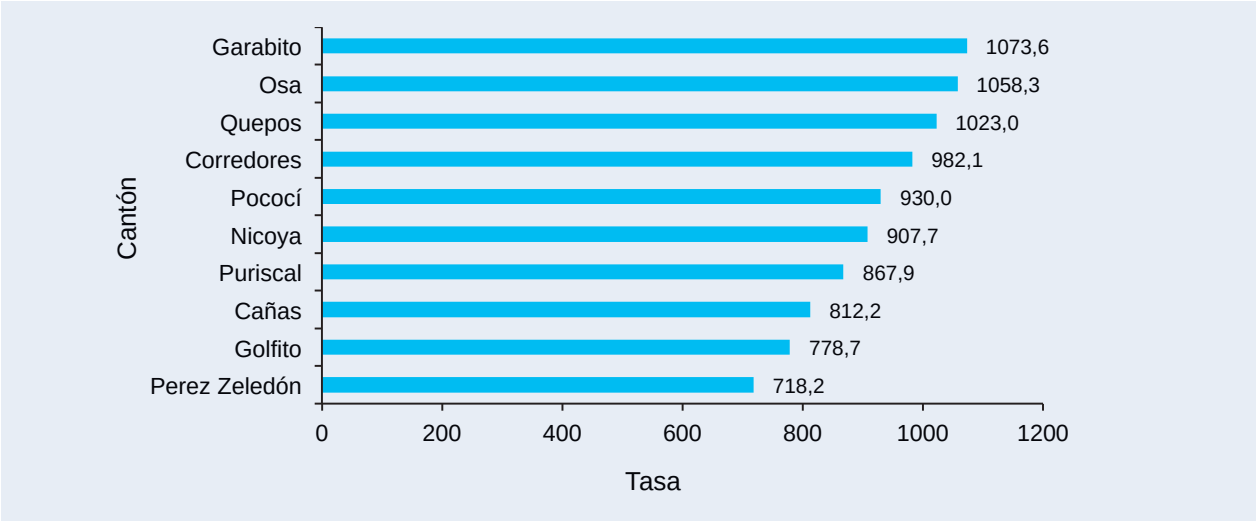
Gráfico 3.33
Incidencia anual de accidentes de tránsito, Costa Rica, 2014-2017



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

Los diez cantones con más alta incidencia de accidentes de tránsito aportan el 26,3% del total del período, con tasas superiores a la nacional.

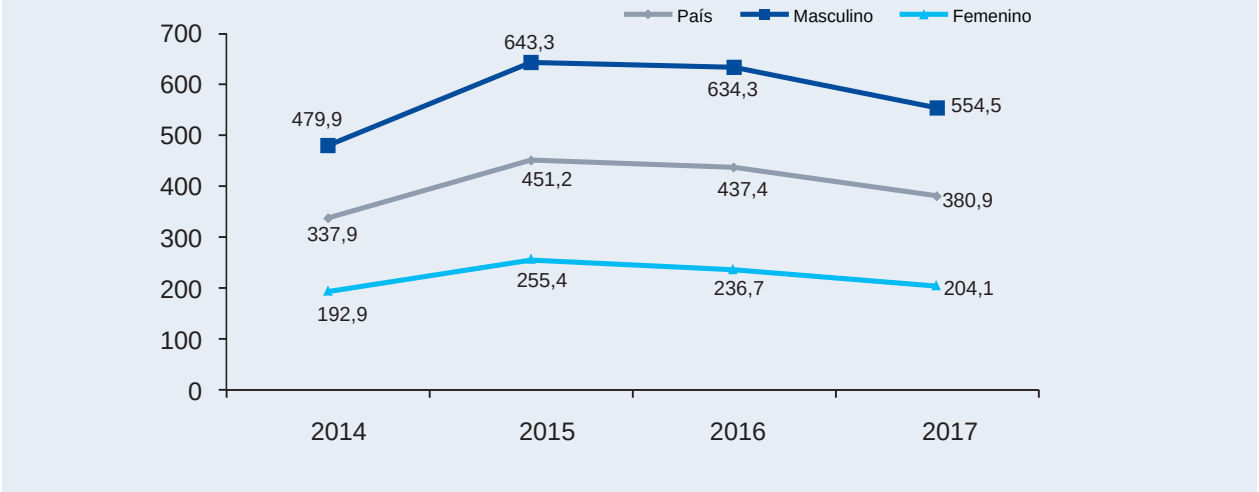
Gráfico 3.34
Incidencia por 100.000 habitantes de accidentes de tránsito en cantones más afectados Costa Rica, 2014-2017



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

El 72,6 % de los accidentes de tránsito se presentó en personas de sexo masculino, con una relación hombre:mujer de 3:1 y una tasa por encima de la nacional.

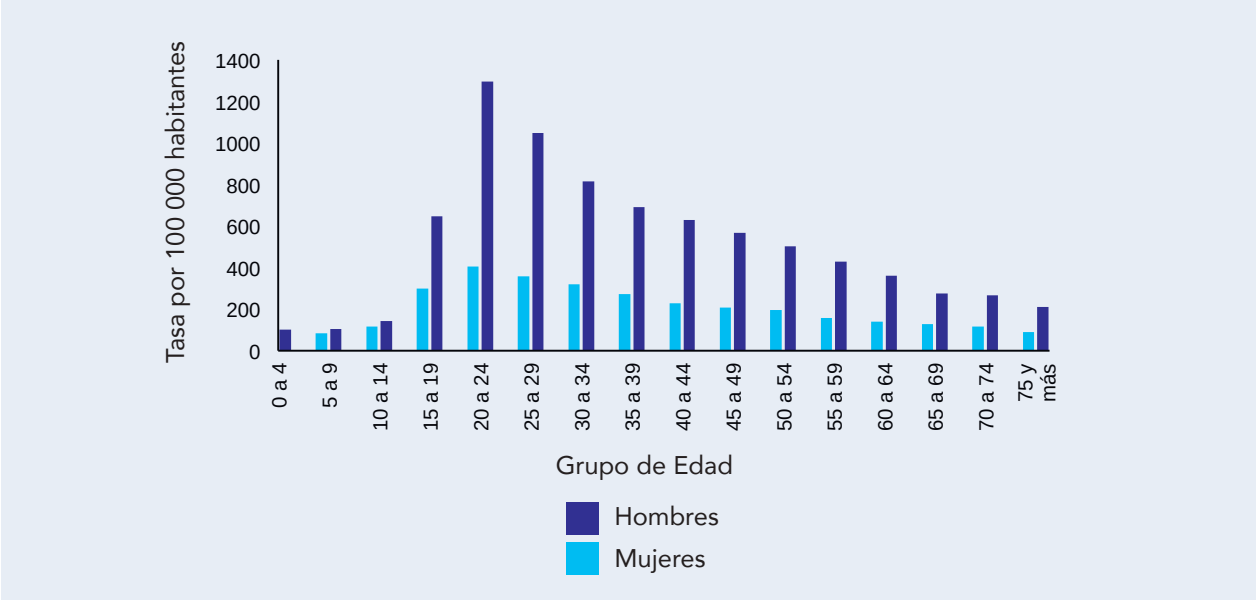
Gráfico 3.35
Incidencia por 100.000 habitantes de accidentes de tránsito, según sexo Costa Rica, 2014-2017



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

En el período 2014-2017, los grupos de edad más afectados por los accidentes de tránsito, tanto en hombres como en mujeres, fue el de 20 a 34 años, con un 48% de los accidentes, seguido del grupo de 35 a 49 años con un 21,6%.

Gráfico 3.36
Incidencia por 100.000 habitantes de accidentes tránsito, según grupo de edad y sexo, Costa Rica, 2014-2017.



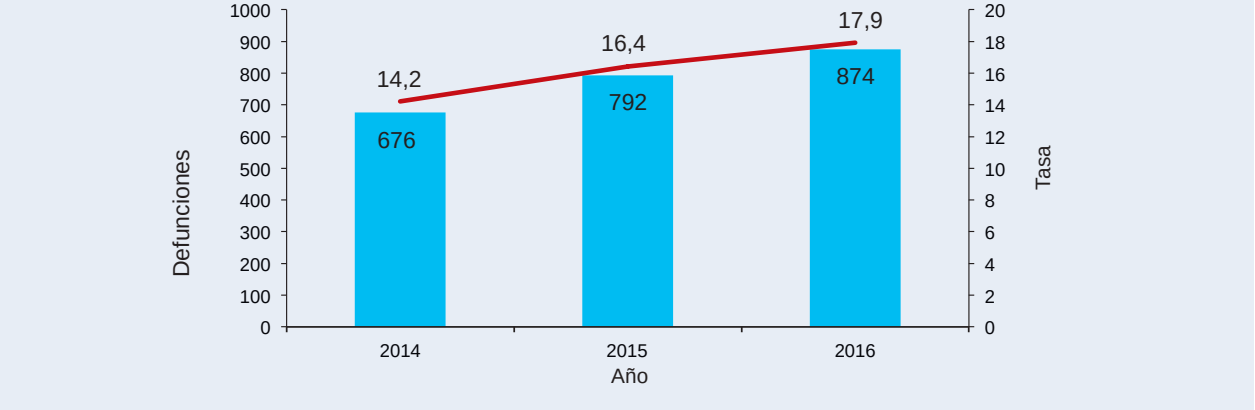
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

Mortalidad por accidentes de tránsito

Durante el período de 2014–2016 se registraron un total acumulado de 2.342 muertes.

La mortalidad por accidentes de tránsito se incrementó del año 2014 (14,2 por cien mil habitantes) al año 2016 (17,9 por cien mil habitantes) en un 29,3%.

Gráfico 3.37
Mortalidad por accidentes de tránsito, tasa por 100.000 habitantes, según año, Costa Rica, 2014-2016



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos preliminares a la Semana Epidemiológica N° 38 del 2017.

Las provincias de Guanacaste (26,5), Puntarenas (26,1) y Limón (22,1), registraron las tasas por cien mil habitantes más altas de mortalidad por accidentes de tránsito, superando la tasa nacional (15,9). En estas provincias se registró el 41,0% del total de muertes por esta causa en el período 2014-2016.

Cuadro 3.28
Mortalidad por accidentes de tránsito, tasa por 100.000 habitantes, según provincia, Costa Rica, 2014-2016

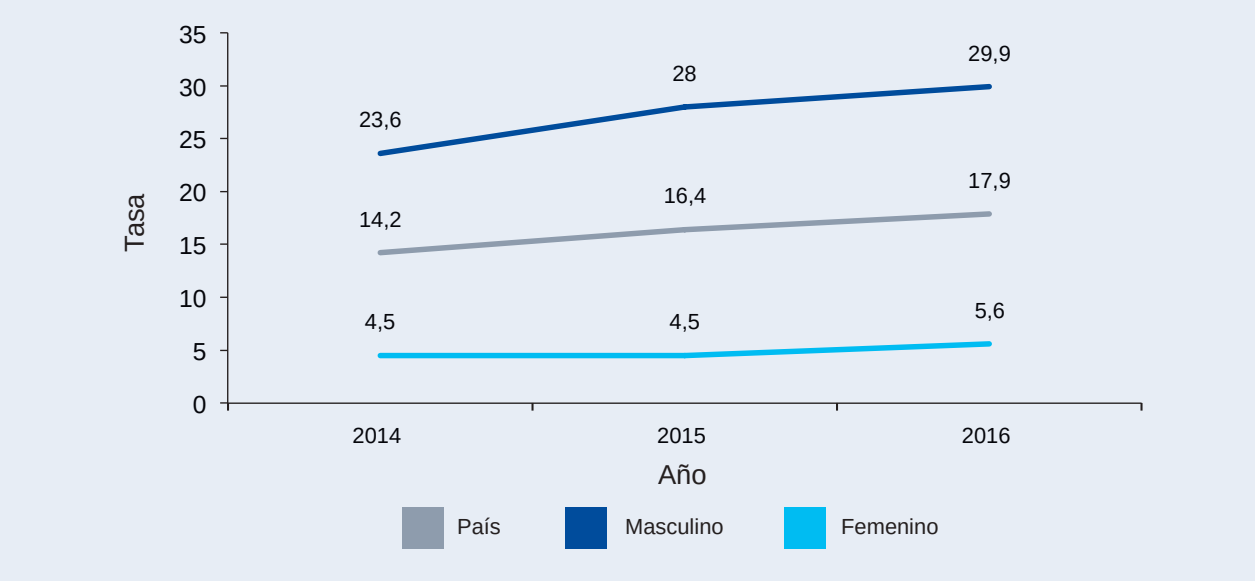
Provincia	2014		2015		2016	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Total	**676**	**14,2**	**792**	**16,4**	**874**	**17,9**
San José	163	10,3	193	12,1	194	12,1
Alajuela	145	15,3	154	16.0	206	21,1
Cartago	42	8,1	49	9,4	49	9,3
Heredia	52	10,87	62	12,6	75	15,1
Guanacaste	85	23,6	101	27,6	109	29,4
Puntarenas	117	25,3	124	26,5	131	27,6
Limón	72	16,8	109	25,1	110	25,1

Fuente: INEC**,** Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017

El cantón de Osa registró la tasa de mortalidad más alta para el período, de 43.6/100.000 habitantes, seguido de los cantones de Carrillo (39,4), Parrita (39,0), Garabito (37,1), Nandayure (36.9), Guatuso (36,6) y Quepos (36,3).

En el período de 2014-2016, se reportaron 1.992 defunciones en hombres (85,05%), con una relación hombre mujer de 6:1.

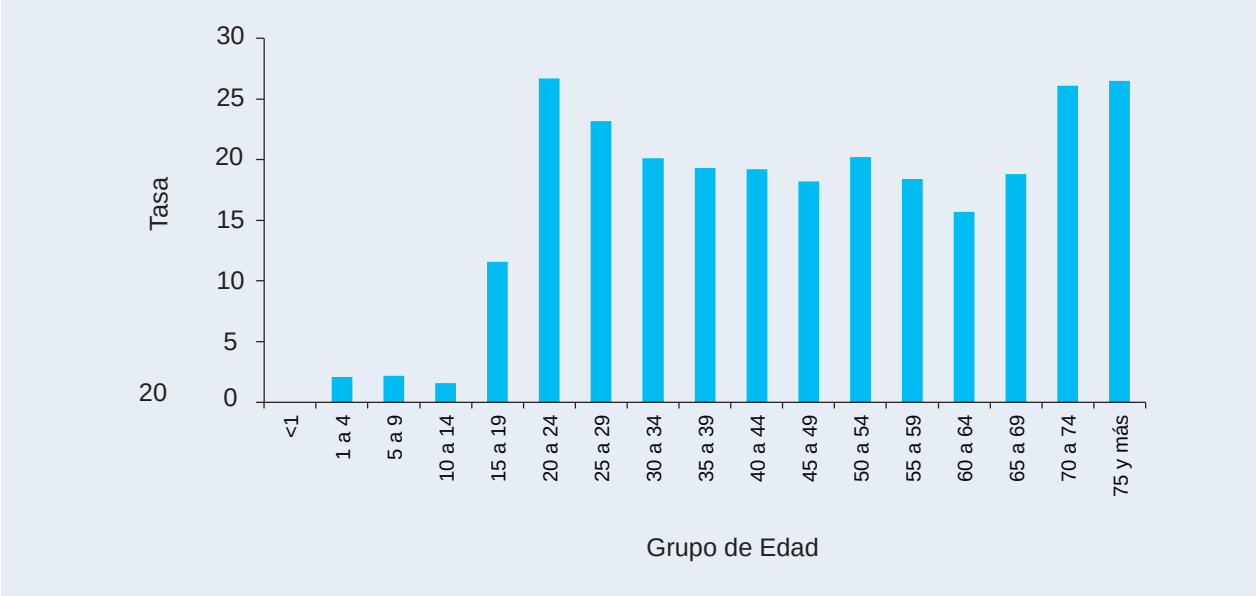
Gráfico 3.38
Costa Rica. Mortalidad por accidentes de tránsito
(Tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: INEC, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017

Los grupos de edad de 70 años y más y 20 a 29 años, registraron las mayores tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, 26,3 y 24,9 respectivamente, aportando el 26,3% y el 24,9% del total de las defunciones por dicha causa.

Gráfico 3.39
Mortalidad por accidentes de tránsito, tasa por 100.000 habitantes, según grupos de edad, Costa Rica, 2014-2016



Fuente: INEC, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2017

Accidentes laborales

El Instituto Nacional de Seguros (INS) define a los accidentes laborales como el daño que le suceda a un trabajador por causa de la labor que ejecuta o como consecuencia de ésta, durante el tiempo que permanece bajo la dirección y dependencia del empleador o sus representantes y que puede producirle la muerte, pérdida, reducción temporal o permanente de la capacidad para el trabajo.

El Organismo Internacional del Trabajo (OIT), organismo especializado de la ONU que se ocupa de los asuntos relativos al trabajo y las relaciones laborales, reúne a gobiernos, empleadores y trabajadores de 187 Estados; estimó que cada año, alrededor de 317 millones de personas son víctimas de accidentes del trabajo en todo el mundo y 2,34 millones de personas mueren debido a estos accidentes.

En la región de las Américas se registran 11,1 accidentes mortales por cada 100.000 trabajadores en la industria, 10,7 en la agricultura, y 6,9 en el sector de los servicios.

Algunos de los sectores más importantes para las economías de la región, como minería, construcción, agricultura y pesca, figuran también entre aquellos en los cuales se produce la mayor incidencia de accidentes. El costo de esta adversidad se estima en un 4 por ciento del Producto Interno Bruto global de cada año.

Los accidentes laborales se notifican al Ministerio de Salud, desde mayo de 1997 (Decreto de Vigilancia de la Salud N° 40556-S publicado en la Gaceta N° 206 del 23 de agosto del 2017), pertenecen a grupo B y se deben notificar semanalmente.por medio de la Boleta VE01.

A continuación se presentan las denuncias de accidentes laborales reportados por el INS, coincidentes con las estadísticas nacionales como lo señala el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, así como los accidentes laborales notificados directamente al Ministerio de Salud.

Las denuncias laborales reportadas por el INS a partir del año 2014, disminuyeron un 5% en el año 2015 (aproximadamente 6.138 denuncias del total) y en el año 2016 aumentaron en un 2,72% en relación con el 2015.

Cuadro 3.29
Indicadores de siniestralidad, Costa Rica, 2014-2017

Indicadores	2014	2015	2016	2017
Población Asegurada RT	1.386.815	1.402.529	1.442.524	1.468.999
Población Ocupada	2.059.600	2.027.518	2.063.366	2.068.710
Población Ocupada Asalariada	1.550.427	1.546.410	1.561.445	1.560.928
Denuncias de accidentes laborales reportadas por el INS	98.047	91.909	94.414	70.481
Porcentaje de ocupados con seguro por trabajo	67,3	69,2	69,9	71

Fuente: INEC, INS, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos preliminares de las denuncias laborales del INS a la Semana Epidemiológica N° 38, 2017.

La población ocupada a nivel nacional, a setiembre del 2017 se estimó en 2,06 millones de personas, con un incremento poco significativo desde el año 2014, equivalente a 9.110 personas, presentándose una disminución de la tasa de ocupación del año 2014 al 2015 y manteniéndose sin cambios estadísticos para el 2016.

En el Cuadro 3.30 se muestra el número de denuncias por accidentes laborales en la población asegurada en los últimos cuatro años, presentó una disminución, que se evidenció principalmente en el período 2014 y 2015. Cuadro 3.30.

Cuadro 3.30
Incidencia por 100.000 habitantes de accidentes laborales
Costa Rica, 2014-2017

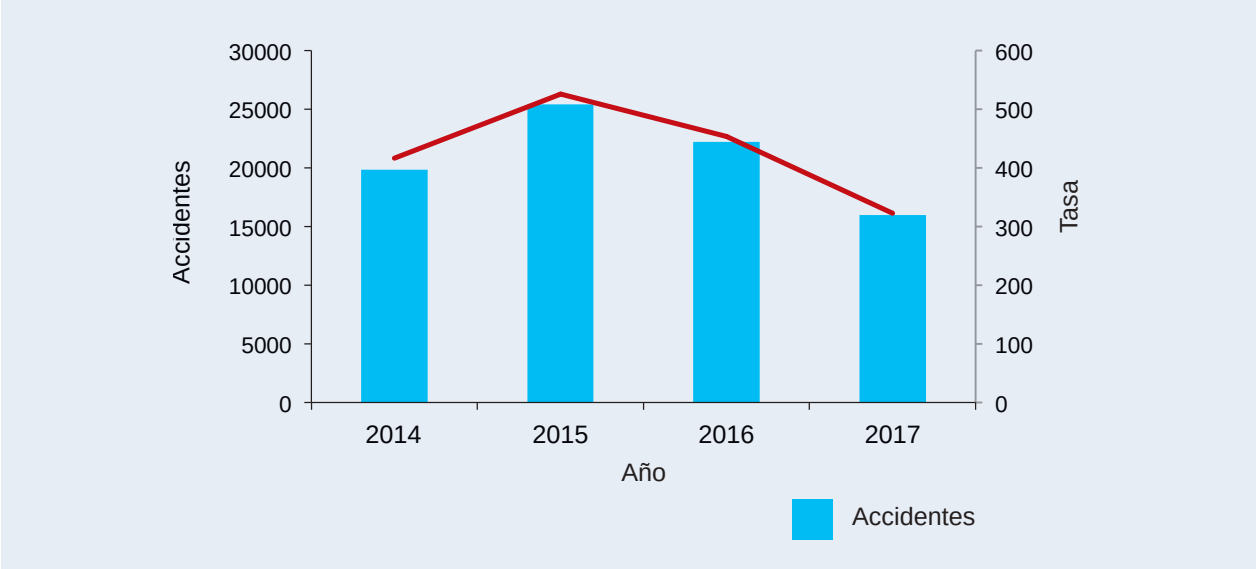
Indicador	2014	2015	2016	2017
Número de denuncias por accidentes laborales notificados por el INS	98.047	91.909	94.414	70.481
Número de accidentes laborales notificadas al Ministerio de Salud	19.862	25.418	22.200	15.963
Población Asegurada RT	1.386.815	1.402.529	1.442.524	1.468.999
Tasa incidencia en PEA	4.300,7	4.097,7	4.139,2	3.087,9
Tasa incidencia en ocupados	4.760,5	4.533,1	4.575,7	3.407,7
Tasa incidencia en población asegurada por riesgos del trabajo	7.069,9	6.553,1	6.545,1	4.797,9

Fuente: INEC, INS, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos preliminares a la semana epidemiológica N° 38,

Los accidentes laborales representan el tercer evento de mayor notificación al Ministeio de Salud. Durante el período 2014-2017, se reportó un total de 83.443 accidentes laborales, el cual fue menor al registrado del 2010 al 2013, período en el que se notificaron 168.050 casos.

En el 2014 se reportaron 19.862 casos, con una incidencia de 416,1 por cien mil habitantes, en el 2015 se observó de nuevo un aumento de la tasa, a 526 casos por cien mil habitantes, y en el año 2016 la tasa mostró una disminución, a 454 accidentes por 100.000 habitantes. Gráfico 3.42.

Gráfico 3.40
Número de casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes de accidentes laborales, Costa Rica, 2014-20171



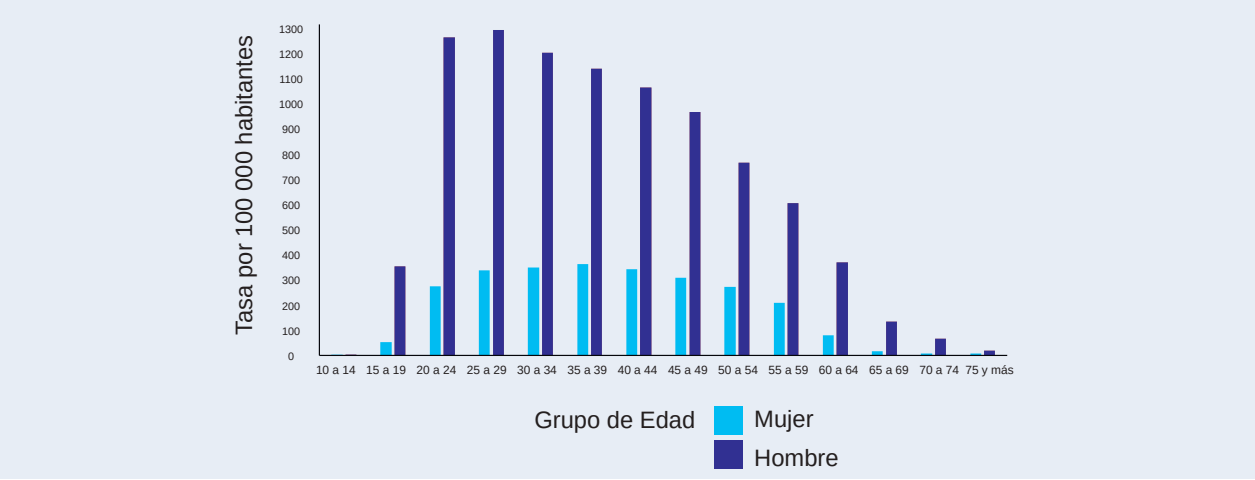
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos a la semana epidemiológica 38, 2017.

Las provincias de San José y Puntarenas aportaron el 53,5% de los accidentes laborales del período, con incidencias por 100.000 habitantes de 365,9 y 1.128,9 respectivamente.

El mayor número de casos de accidentes laborales del período de 2014-2017 correspondieron al sexo masculino, con una incidencia promedio de 669 por 100.000 habitantes. La razón hombre-mujer fue de 3,7:1.

En el período 2014-2017, el grupo de 20 a los 54 años de edad, concentró el 88,5% de los accidentes laborales. En el 2009-2013 el 2,5% del total de casos se concentró en las edades de los 15 a 19 años. En el 2014-2017 este porcentaje aumentó en un 2%, lo cual muestra un aumento en el número de trabajadores jóvenes con inexperiencia en las labores.

Gráfico 3.41
Incidencia de accidentes laborales, tasa por 100.000 habitantes, según grupo de edad, Costa Rica, 2014-2017



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos preliminares a semana epidemiológica N° 38, 2017

III.2. Logros Institucionales 2014-2017

La administración inicia con dos ejes conductores: el Plan Nacional de Desarrollo y la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), cuyo resultado daría un diagnóstico para la orientación de las acciones del Ministerio de Salud.

Brevemente, se hará referencia a los resultados obtenidos para estos dos ejes y a continuación, se expondrán los logros institucionales en el período 2014-2017. Para ello, se identifica la situación actual y contexto del asunto sobre el que se desplegaron acciones concretas, los logros propiamente dichos y los desafíos que se pueden derivar de ellos.

III.2.1. Metas del Ministerio de Salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018

En el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, se plantearon una serie de metas en función de un primer diagnóstico de las orientaciones necesarias a desarrollar desde el Ministerio de Salud a nivel nacional. Estas se encauzaron hacia: la prevención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles cuya evolución durante el período se observa en el apartado anterior; el abastecimiento de agua potable; y la gestión de los residuos sólidos. A continuación se muestra el cuadro resumen del cumplimiento de las mismas, cuyos logros y desafíos serán detallados en un apartado específico más adelante.

Cuadro 3.31
Cumplimiento de metas del Ministerio de Salud del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018

Plan nacional desarrollo 2015-2018				Cumplimiento anual			
Nivel	**Nombre del programa sectorial PND**	**Indicadores del programa**	**Meta de periodo 2015-2018**	**2015**	**2016**	**2017**	**Clasificación de la meta**
Sector-Institucional MS	Promoción de estilos de vida saludables en la población	Porcentaje de estudiantes de colegios con estilos de vida saludable	**2015-2018: 5%** 2015: 1,0% 2016: 2,5% 2017: 4,5% 2018: 5,0%	8,7%	7,6%	8,4%	**Cumplida**
Sector-Institucional MS	Programa Nacional para el Abastecimiento de Agua de Calidad Potable a la Población	Número de ASADAS y Acueductos Municipales con vigilancia de la calidad del agua	**2015-2018: 360** 2015: 90 2016: 180 2017: 270 2018: 360	91	221	270	**Cumplida**
Sector-Institucional MS	Programa Nacional de Protección y Recuperación del Ambiente Humano	Porcentaje de residuos sólidos gestionados integralmente a nivel nacional	**2015-2018: 15%** 2015: 2% 2016: 7% 2017: 13% 2018: 15%	5,4%	10,7%	18,4%	**Cumplida**
Sector-institucional MS	Estrategia Nacional para la Prevención, Control y Vigilancia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y de las enfermedades neurocognitivas en la población	Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no trasmisibles	**2017: 116,2** muertes/ 100.000 habitantes 2018: 115,7 muertes/ 100.000 habitantes.			116,2 por 100.000 habitantes	**Parcialmente Cumplida**

Fuente: Ministerio de Salud, 2018

III.2.2. Metas del Plan Nacional de Desarrollo en coadyuvancia con otras instituciones

Como parte del programa Puente al Desarrollo, el Ministerio de Salud fue llamado a contribuir en el enfoque intersectorial de reducción de la pobreza. Puesto que este programa intenta articular fundamentalmente otros programas de atención directa a la población, el Ministerio de Salud contribuyó en tres sentidos: 1)capacitando al personal del Ministerio de Salud en la herramienta de mapas sociales, replicando la capacitación nacional y entregando la herramienta para su uso en las distintas regiones del país; 2)generando indicadores de seguimiento semanales a nivel nacional y regional de los resultados de las metas de la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) en la atención a los niños y niñas referidos por el programa; 3) y gestionando posibilidades de inclusión de la población del programa Puente al Desarrollo en el programa de Saneamiento Básico Rural (SANEBAR). Aunque esto último no fue posible concretarlo por los criterios técnicos necesarios para la implementación de la tecnología de saneamiento, es importante recalcar que tanto los CEN-CINAI como SANEBAR forman parte de la Directriz Nº045-MP en la que se establece que los ministerios con programas orientados al desarrollo humano e inclusión social utilizarán el Índice de Pobreza Multidimensional como un criterio para la asignación de recursos y otras acciones de dichos programas.

Por otro lado, como parte del programa de fortalecimiento de las políticas públicas, esta administración se propuso como meta el concretar el ingreso de Costa Rica a la OCDE a través de un protocolo de adhesión conducido por el Ministerio de Comercio Exterior (COMEX). El Ministerio de Salud participó activamente en este proceso contribuyendo en tres temas específicos que más adelante se abordarán en detalle.

La meta del establecimiento del Plan de Mejora Regulatoria que coordina el Ministerio de Economía, Industria y Comercio (MEIC), fue otro de los ejes transversales del Plan Nacional de Desarrollo en los que el Ministerio de Salud participó directamente. Sus resultados fueron expuestos en la segunda parte de este informe.

III.2.3. Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) 2014

El inicio de la administración Solís Rivera en Costa Rica se plantea el reto de identificar la situación del sector salud y establecer las prioridades organizacionales, financieras, de capacidades

de sus recursos humanos, así como la gobernanza y rectoría en el ámbito nacional.

El Ministerio de Salud de Costa Rica junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó un ejercicio de evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Fue la segunda medición de las FESP, pues en el año 2001 se efectuó el primer ejercicio de medición.

El concepto de salud pública que orienta a las FESP es el de la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas. Es una definición que va más allá de los servicios de salud no personales o de las intervenciones de carácter comunitario dirigidas a la población, e incluye también la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de la salud. Abarca las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en la salud pública.

El Ministerio de Salud de Costa Rica, en colaboración con la Representación de la OPS y un asesor regional de HSS/HS realizó el taller del 2 al 4 de julio del 2014, además de coordinar y organizar las etapas preparatorias del ejercicio de evaluación de las FESP. Asimismo, se formó a un grupo de instructores nacionales que fueron los encargados de conducir la aplicación definitiva del instrumento de medición.

Las 11 funciones objeto de evaluación fueron:

1. Monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población
2. Vigilancia, la investigación y el control de riesgos y las amenazas para la salud pública
3. Promoción de la salud
4. Aseguramiento de la participación social en salud
5. Formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y control del cumplimiento en la salud pública
6. Fortalecimiento de la capacidad de planificación y conducción en salud pública
7. Evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. Capacitación y desarrollo de los recursos humanos en salud pública
9. Aseguramiento de la calidad en los servicios de salud individuales y colectivos
10. Investigación en salud pública
11. Reducción de la repercusión de las emergencias y desastres en la salud pública

Al realizar un análisis comparativo con la medición del 2001 se destaca que:

Se mantiene una adecuada evaluación del análisis de la situación de salud y la vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos así como de la función de reducción del impacto de emergencias y de desastres en salud.

Se observa un retroceso en la evaluación de la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, en las funciones de promoción de la salud así como, en el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

Resalta el progreso en la evaluación de la función de investigación en salud pública.

Logros

- Diagnóstico sobre fortalezas y debilidades en el ejercicio de las funciones del Ministerio de Salud para la toma de decisiones sobre la conducción institucional.

Desafíos

- ✓ Mejorar la planificación institucional y el desarrollo de capacidades técnicas, administrativas y de infraestructura para mejorar el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública que competen al Ministerio de Salud.
- ✓ Fortalecer la capacidad institucional de gestión, de reglamentación y fiscalización.
- ✓ Fortalecer las funciones relativas a mejorar el acceso a los servicios, la gestión tecnológica y la investigación.
- ✓ Aumentar las capacidades institucionales en inversión, racionalización organizativa, desarrollo de capacitación y formación de personal para adquirir conocimientos y recursos tecnológicos para el mejor cumplimiento de las funciones en las que se ha detectado una capacidad deficiente.
- ✓ Apoyo técnico a los niveles regionales para la promoción de la salud, la investigación y la fiscalización descentralizadas. Las intervenciones en esta área del desarrollo institucional tienen que ver con la delegación de funciones acompañada por el fortalecimiento de las capacidades para asumirlas, y el apoyo técnico de los niveles centrales para el cumplimiento óptimo en los niveles regionales y locales.

III.2.4. Auditoría General de Servicios de Salud

Situación actual y contexto

Como parte del mandato de la Ley Nº 8239 publicada por: el diario oficial en La Gaceta Nº 75 del 19 de abril del año 2002 sobre “Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados”, fue creada la Auditoría General de Servicios de Salud como órgano de desconcentración máxima del Ministerio de Salud. El 14 de julio del 2005, se promulgó el Reglamento a la supracitada Ley a través del Decreto Ejecutivo Nº32612-S.

Para el año 2014, la Auditoría General de Servicios de Salud no contaba con recurso humano asignado para ejercer sus funciones. No es sino hasta noviembre del año 2015 que las máximas autoridades del Ministerio de Salud reactivan dicha Auditoría, mediante la integración de un equipo de trabajo para asegurar el cumplimiento de las disposiciones de la Ley Nº 8239.

La Auditoría cuenta ya con dos años de haber reiniciado operaciones coordinando su labor con la de las diversas Contralorías de Servicios Institucionales públicas y privadas. Su orientación se concentra en el fortalecimiento de los mecanismos de garantía y protección de los derechos de las personas usuarias de los servicios de calidad, eficientes y eficaces con una premisa de buen trato a estas personas.

Logros

- Se ratifica el 09 de agosto 2017, mediante oficio DM-577-17, del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, la existencia y funcionamiento de la Auditoría General de Servicios de Salud, con asidero legal en el artículo 5 de la Ley Nº 8239.
- Aprobación de la plaza de Auditor General mediante acuerdo N°11851 tomado por la Autoridad Presupuestaria en sesión Ordinaria N°07-2017 según oficio STAP-1195-2017 del 31 de julio de 2017.
- Se echó a andar el proceso de supervisión a contralorías de servicios de salud de hospitales y áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social así como de hospitales privados en todo el territorio nacional, contabilizando 35 visitas en el año 2016 y 59 en el 2017.

Desafíos

- ✓ Fortalecer la rectoría encomendada por la Ley 8239 a La Auditoría General de Servicios de Salud Públicos y Privados, con la dotación de recurso humano que permita cumplir con todas las funciones establecidas como realizar un continuo acompañamiento y supervisión de las contralorías de servicios instituidas en la mencionada ley, y la atención directa de las denuncias de los/las usuarios/as.

- ✓ Identificar y promover buenas prácticas hacia la atención efectiva, oportuna, integral e informada dela población.

III.2.5. Proceso de adhesión de Costa Rica a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)

Situación actual y contexto

En la Administración Solís Rivera, Costa Rica recibió la invitación formal para iniciar el proceso de adhesión a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). En virtud de sus competencias y atribuciones, el Ministerio de Salud lideró los procesos de evaluación en tres grandes temas: salud, productos químicos y residuos. El resultado de estas evaluaciones se somete a discusión en comités o grupos especializados de la OCDE que le dan o no el Visto Bueno al país en la materia.

Salud. El proceso de evaluación del Comité de Salud de la OCDE se enfocó en revisar el sistema de atención de salud en el país. Para ello dicha organización generó una metodología en la que desde el Ministerio de Salud se hizo un exhaustivo trabajo de coordinación sectorial e incluso intersectorial para la integración de informes, remisión de datos estadísticos, así como la concreción de visitas de especialistas en la materia. Este material fue producido durante el año 2016 resultando en que la evaluación oficial en la materia se concretó a finales de ese año. Con el fin de proporcionar la información necesaria para referirlo específicamente a la atención en salud, se conformó una comisión entre la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud.

Químicos. La OCDE cuenta con 19 documentos con recomendaciones y decisiones en materia de químicos en temas como la gestión de químicos industriales, la prevención y atención de accidentes provocados por químicos, la información a la población sobre los peligros de los

productos químicos y el registro de emisiones y transferencia de contaminantes entre otros. El país fue evaluado positivamente por la OCDE en este Comité cuya opinión formal fue manifestada en abril de 2018.

Para preparar la documentación requerida según la metodología de evaluación en el tema de productos químicos, se conformó el Comité Nacional de Químicos para el acceso a la OCDE, coordinado por la Unidad de Normalización y Control de la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario del Ministerio de Salud y conformado por funcionarios/as de la Dirección de Gestión de Calidad Ambiental de MINAE, del Servicio Fitosanitario del Estado, MICIT, Laboratorio de Nanotecnología, Centro Nacional de Intoxicaciones y del Ministerio de Comercio Exterior.

Residuos. En lo que a residuos se refiere (como parte del Comité de Política Ambiental de la OCDE), el país inició un análisis y posterior proceso de ajuste administrativo y jurídico de acuerdo a diferentes instrumentos de la OCDE en los campos de: control de la gestión de residuos, tratamiento de aguas, emisiones atmosféricas, control de ruido y gestión de químicos, muchas de los cuales son proyectos en común entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE).

El análisis realizado reveló que existen una serie de instrumentos internacionales de consenso planteados por la OCDE con los que el país ya cuenta, a saber: “Responsabilidad Extendida del Productor”, reglamentos sobre rellenos sanitarios, manejo de lodos y biosólidos, sistemas de coincineración de residuos municipales, actualización del reglamento sobre coprocesamiento en hornos cementeros y hornos de fundición de vidrio. Los dos últimos reglamentos revisten importancia, por cuanto los residuos peligrosos pueden ser utilizados como fuente de energía. Vale decir que el país ya cuenta con una Política Nacional para la Gestión de Residuos y un Plan de Manejo de Residuos Sólidos (PRESOL, 2008).

Todos estos procesos se han reforzado con la participación de autoridades y técnicos en sesiones políticas, técnicas y grupos de trabajo altamente especializados en la Organización, donde el país ha tenido la oportunidad de presentar sus avances y conocer la dinámica y las expectativas con miras a la adhesión de Costa Rica.

Logros

- En dos de los tres temas, salud y químicos se realizó la evaluación completa requerida por la OCDE según la hoja de ruta establecida a inicios de la administración. En

abril de 2017 se logró el visto bueno del Comité de Salud de la OCDE al Sistema de Salud de Costa Rica, y en noviembre de 2017, se publicó el documento “OCDE: Evaluación del Sistema de Salud de Costa Rica”, el cual presenta un análisis del sistema de salud y recomendaciones para el fortalecimiento del mismo desde el punto de vista de esa Organización. La evaluación del Comité de Químicos fue realizada a finales de 2017 y se está a la espera del resultado de la misma.

- Inclusión de la estimación de indicadores sobre el sistema de salud costarricense, en general, y sobre la calidad de los servicios de salud, en específico, en publicaciones periódicas de la OCDE.
- Elaboración del “Programa de Gestión de Químicos Industriales”, que permite clasificar estos productos según el riesgo para la salud de las personas y del ambiente. Además, incluyó un análisis exhaustivo de los productos químicos peligrosos, para tomar medidas de gestión del riesgo como podría ser el etiquetado o la restricción del uso, por ejemplo. Este programa fue presentado ante el Comité de Químicos de la OCDE y fue aceptado.
- Diseño del programa de “Prevención y Atención de Accidentes Químicos”, con el cual se atiende la necesidad señalada por la OCDE sobre la participación ciudadana en la toma de decisiones sobre posibles riesgos químicos así como la propia participación de los industriales en dicha prevención.
- Desarrollo de una propuesta para la implementación de un “Sistema de Registro de Emisiones y Transferencia de Contaminantes (RETC)”, basado en una ventanilla única electrónica, que reunirá todos los sistemas de control ambiental existentes y permitirá la elaboración de reportes acumulados, propuesta también presentada a la OCDE.
- Se promulgaron reglamentos de etiquetado y registro de químicos, que se ajustan al Sistema Globalmente Armonizado de Etiquetado y Clasificación de Químicos (SGA), requisito que solicita la OCDE para la equiparación con los productores a nivel mundial, lo anterior, con la participación de diversos actores clave: colegios profesionales, industria, academia, entre otros.
- En el caso del tema de residuos, se realizó una evaluación parcial a finales del año 2017, lo que dio como resultado un visto bueno positivo por parte de la OCDE.
- En el marco del trabajo con este organismo se concretó la publicación de tres instrumentos de política ambiental en el tema de residuos que servirán de base para la planificación de las acciones de vigilancia y mejoramiento ambiental, así como para la elaboración de proyectos de normativa.

1. Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos.

2. Estrategia Nacional para la Separación, Recuperación y Valorización de Residuos.

3. Declaratoria de interés público y nacional de la “Guía Técnica para la Gestión Integral de Residuos Electrónicos y Eléctricos”.

Desafíos

- ✓ Consolidar un equipo de trabajo en el sector de salud con el cual priorizar el abordaje de recomendaciones y procesos de investigación para el mejoramiento del Sistema de Salud costarricense.
- ✓ Implementación de los planes de Gestión de Químicos Industriales, Prevención y Atención de Accidentes Químicos y el de Registro de Emisiones y Transferencia de Contaminantes para los cuales se requiere el fortalecimiento de las instituciones con recurso humano capacitado y sistemas de información.
- ✓ Implementación de ajustes normativos al Reglamento General a la Ley 8839 (Ley de Gestión Integral de Residuos), al Reglamento General para la Clasificación y Manejo de Residuos Peligrosos, Reglamento sobre Centros de Recuperación de Residuos Valorizables, así como la publicación de un nuevo reglamento para dar sustento al “*Sistema Nacional de Información sobre Gestión Integral de Residuos”*.
- ✓ Consolidar sistemas de información y procesos intersectoriales de recolección y producción de la misma de cara a los requerimientos estadísticos de la OCDE. Vale decir que esto no sólo permitiría cumplir con dichos requisitos sino contar con un acervo consolidado y continuo de indicadores para la toma de decisiones.

III.2.6. Fortalecimiento de las relaciones bilaterales y multilaterales en salud

Situación actual y contexto

En virtud de su trayectoria y logros alcanzados en el campo de la salud, Costa Rica cuenta con gran prestigio en el ámbito sanitario internacional, lo cual le facilita el establecimiento de acuerdos bilaterales y multilaterales, que tienen como objetivo principal el mejoramiento del estado de salud de la población de cada una de las partes.

Logros

Durante la Administración Solís Rivera, el Ministerio de Salud suscribió una serie de convenios y acuerdos bilaterales en salud que permitieron la ejecución de proyectos de cooperación en salud:

1. En el año 2014 se suscribió el *Acuerdo de implementación entre el Instituto de Ambiente de la República de Corea y el Ministerio de Salud de Costa Rica para el establecimiento del "Plan Maestro en Gestión de Residuos Sólidos de Costa Rica",* el cual ha permitido el desarrollo de distintos proyectos e intervenciones puntuales de manera conjunta. Además, en octubre de 2016 durante la Visita Oficial de Costa Rica a dicho país, se suscribió el *Memorando sobre cooperación en el ámbito de la salud entre el Gobierno de la República de Costa Rica, a través del Ministerio de Salud, y el Ministerio de Salud y Bienestar de la República de Corea*. Lo anterior ha permitido contar con el apoyo anual de cooperantes *senior* y *junior*, expertos en temas específicos, que comparten sus experiencias por medio del trabajo hombro a hombro en distintas unidades organizativas en los tres niveles de gestión.

2. Como parte de las relaciones bilaterales con **Panamá**, se renovó el Canje de Notas Costa Rica–Panamá, el cual tiene por objetivo el establecimiento de los mecanismos binacionales para la coordinación y ejecución de actividades conjuntas en el cordón fronterizo entre ambos países. Esta renovación permitió que, durante el período se realizaran tres reuniones de la Comisión Técnica Sectorial Binacional en Salud (CTSB-S), para el abordaje integral de problemas de salud pública.

3. En el 2017 se suscribió del *Memorando de entendimiento entre el Ministerio de Salud de Costa Rica y la Universidad George Mason* de los **Estados Unidos de América**, el cual tiene como principal objetivo, el desarrollo de investigaciones sobre el virus del Zika, así como otros temas de interés común.

4. Fortalecimiento de las relaciones con los organismos internacionales tales como:

    - **Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS)**. Desde el año 2016 se inició un proceso para el posicionamiento de la *Iniciativa internacional para reducir la carga del envenenamiento de la mordedura de serpientes a nivel mundial.* En virtud de los esfuerzos interinstitucionales realizados con el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y el Instituto Clodomiro Picado, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, fue posible la inclusión de las

mordeduras de serpientes en la lista de enfermedades desatendidas de la OMS, lo que permite a los países que padecen de ellas, recibir cooperación por parte de la Organización. Posteriormente, y con el apoyo de la comunidad internacional, fue posible incluir el tema en el orden del día del Consejo Ejecutivo de la OMS, el cual es la antesala que analiza todos los temas que son más adelante presentados a la Asamblea Mundial de la Salud para la adopción de cualquier decisión al respecto.

- Actualmente, se cuenta con un proyecto de resolución que será presentado a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2018. Por medio de esta resolución se busca la movilización de los Estados Miembros de la OMS hacia la definición de un plan de acción sobre la mordedura de serpiente para abordar el abandono de envenenamiento mordedura de serpiente como una enfermedad tropical. Se espera que el proyecto de resolución quede en firme y pueda ser implementado por los países a partir del segundo semestre de 2018. Esta es la primera vez que Costa Rica presenta un tema para su inclusión en la agenda de la Organización Mundial de la Salud.

- **Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)**: el país continúa dando pasos positivos y satisfactorios en la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Durante los encuentros con las diferentes autoridades y actores clave, la misión identificó y analizó en coordinación con el Ministerio de Salud, los retos pendientes en la implementación del Convenio.

- En el año 2016, se logró que la Asamblea Legislativa aprobara por medio de la Ley N° 9403 cada una de las partes del *"Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco"*, ley publicada en el Diario Oficial de La Gaceta Alcance digital N° 281 el 1 de diciembre de 2016. Con esta aprobación, el Estado costarricense manifiesta su compromiso por eliminar todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco, de conformidad con los términos del artículo 15 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

- En relación con el tema de la integración regional, es importante destacar que durante el primer semestre del año 2017, Costa Rica ejerció la Presidencia Pro Témpore del **Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA)**, correspondiéndole dirigir y conducir el proceso de elección del Secretario Ejecutivo de dicho foro para el período 2017-2021. Dicho proceso presentaba la particularidad de que, además de definir el país al que le correspondería presentar la terna de candidatos para el cargo, también se debía hacer lo propio con el orden de selección del país que a futuro le correspondería postular a los candidatos subsiguientes, ya fuera por orden geográfico o alfabético.

- En abril del presente año, se llevó a cabo la Reunión Extraordinaria del COMISCA en la cual se eligió a Nicaragua como el país que presentaría la terna de candidatos al cargo de Secretario Ejecutivo, mismo que sería elegido durante la XLVI Reunión del COMISCA a celebrarse en San José, Costa Rica el 22 de junio de 2017. Asimismo, se definió que en adelante la rotación para definir al país al que le correspondería presentar candidatos al cargo de Secretario Ejecutivo sería de carácter geográfico, con lo cual le corresponderá a Costa Rica presentar la terna de candidatos a Secretario Ejecutivo del COMISCA para el período 2021 al 2025.
- Con este proceso se dio cabal cumplimiento a lo establecido por los/las Ministros/as de Relaciones Exteriores de los países de Centroamérica y República Dominicana en el *Reglamento relativo a la elección de los titulares de la institucionalidad del Sistema de la Integración Centroamericana,* siendo esta la primera oportunidad en que se aplica para la elección del Secretario Ejecutivo del COMISCA.

Desafíos

- ✓ Desarrollar una estrategia de cooperación bilateral y multilateral integrada por un proceso de priorización nacional de necesidades.

III.2.7.Vigilancia epidemiológica

Programa Ampliado de Inmunizaciones

Situación actual y contexto

Las coberturas de vacunación en el período 2014-2016[3] que se observan en el cuadro siguiente fueron en promedio de 91% en 2014, de 91% en 2015 y de 95% en 2016. Esto da cuenta de un aumento de la cobertura nacional para este último año. Sin embargo, cuando estos porcentajes se observan a nivel de cantón, se encuentra que hay diferencias importantes, lo que se asocia a problemas de acceso a la vacunación.

3 El dato de 2017 no estaba disponible para la fecha de elaboración de este documento.

Cuadro 3.32
Porcentaje de cobertura de vacunación, según tipo de vacuna, Costa Rica, 2014- 2016

Vacuna	Coberturas de Vacunación		
	2014	2015	2016
BCG	81 %	83%	89%
Pentavalente 1 dosis	91%	93%	96%
Pentavalente 3 dosis	92%	92%	97%
Virus Hepatitis B 3 dosis	93%	92%	97%
Neumococo 2 dosis	93%	94%	96%
Sarampión Rubeola Paperas dosis 15m	95%	93%	93%
Varicela	95%	92%	94%
Sarampión Rubeola Paperas 2	90%	87%	87%
Toxoide diftérico	87%	89%	93%

Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

A pesar de que el esquema público de vacunación costarricense es bastante completo, éste aún no cuenta con la vacuna contra el rotavirus, ni contra el papiloma. Por esta razón, se llevaron a cabo estudios de costo efectividad por parte de equipos técnicos del Ministerio de Salud y de la CCSS, con el apoyo técnico de la OPS/OMS. El estudio de costo-efectividad de la vacuna contra rotavirus se concluyó en el 2016 y el del papiloma (VPH), en 2017. Ambos fueron presentados a la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) y a la CCSS. Se aprobó la inclusión de ambos tipos de vacuna en el esquema oficial. Está pendiente la publicación en La Gaceta para el año 2018.

Logros

- Coberturas de vacunación adecuadas (entre 90 y 95%) en el período 2014-2016.
- Implementación del Sistema Nominal de Vacunación (SINOVAC) que permite un control digitalizado más eficiente de los procesos de vacunación y sus resultados.
- Oficialización de la Inclusión de las vacunas contra rotavirus en el 2018 y la del papiloma en el 2019.

Desafíos

- ✓ Mantener en un 95% las coberturas de vacunación del esquema básico a nivel nacional.
- ✓ Fortalecer el SINOVAC y promover su utilización en el 100% de los establecimientos de salud públicos y privados, a fin de tener un control estricto de las vacunas aplicadas, así como la interconexión con otros sistemas de información como el Expediente Digital Único en Salud (EDUS).
- ✓ Disminuir las brechas territoriales en el nivel de cobertura de vacunas.

Enfermedades transmitidas por alimentos y agua

Situación actual y contexto

Según la Organización Mundial de la Salud, la Enfermedad Diarreica (EDA) es la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años, produciendo en este grupo de edad cerca de 1.700 millones de casos en el mundo.

Desde 1983, la EDA es de declaración obligatoria por decreto ante el Ministerio de Salud. Las consultas se registran en los servicios de salud y se envían por medio del reporte colectivo semanal (boleta VE-02) a las autoridades del Ministerio. Otros tipos de EDA como: las shigelosis, salmonelosis, cólera, o las causadas por rotavirus, son de notificación individual (boleta VE-01).

Desde 1994 y hasta la fecha, la EDA ocupa el segundo lugar en la notificación colectiva. Un estudio realizado en nuestro país, estimó que el 32% de los casos de notificación obligatoria de EDA son de origen alimentario, de ahí la importancia de su vigilancia.

Durante el período del 2012 al primer semestre del 2017, se observó un promedio de consultas por EDA de entre 287.030 y 295.436 casos, con un nivel de confianza del 95%. Los niños menores de 5 años, presentaron el mayor número de consultas y las tasas de incidencia más altas. El grupo de 45 a 59 años presentó la tasa por cien mil habitantes más baja.

La mortalidad por EDA ha tenido una tendencia al aumento en los últimos 3 años con una tasa de 2,35 muertes por 100.000 habitantes en 2014; 2,4 muertes por 100.000 habitantes en 2015; y 2.58 muertes por 100.000 habitantes en el 2016.

En el año 2016 se logró estimar costos asociados a las EDA entre el año 2010 y 2013 en tres rubros: número de consultas, estancia hospitalaria y número de incapacidades. Estas estimaciones son clave para orientar la toma de decisiones. El siguiente cuadro muestra los resultados.

Cuadro 3.33
Costos estimados por EDA según consultas, estancia hospitalaria e incapacidades, Costa Rica: 2010 al 2013, 2016

Año	Número de consultas	Estancia hospitalaria	Número de incapacidades	Total pagado
2010	20.718.685,36	2.248.069,27	522.337,77	1.334,2
2011	19.376.888,67	2.339.886,87	622.576,93	1.268,9
2012	21.823.664,75	2.883.567,34	505.296,31	1.432,1
2013	24.048.176,92	2.885.028,37	618.276,88	1.564,9
Total	**85.967.415,70**	**10.356.551,85**	**2.268.487,89**	**5.600,1**

Fuente: Sistema de Registro Control y Pago de Incapacidades (RCP), CCSS, 2016.

Logros

- Estimación de los costos estimados que producen las diarreas en nuestro país. Los resultados se dieron a conocer en el 2016, con información del 2010-2013.
- Conformación de la Red de INFOSAN nacional para vigilancia de la inocuidad de alimentos.
- Realización de la Tercera Reunión de INFOSAN de Autoridades de Salud, en materia de inocuidad de alimentos, la cual promovió la coordinación de las organizaciones responsables del tema en el país .

Desafíos

- ✓ Disminuir la mortalidad por EDA con especial atención en los grupos etarios más afectados: los menores de 5 años y la población adulta mayor.

- ✓ Fortalecer la función del Estado en el tema de inspección, vigilancia y control de alimentos, con el propósito de disminuir la incidencia y mortalidad por alimentos contaminados.

Arbovirosis (Dengue, Zika y Chikungunya)

Situación actual y contexto

Las enfermedades transmitidas por vectores de mayor incidencia y relevancia para la salud pública en Costa Rica son el Dengue, Chikungunya y Zika, debido al impacto individual en las personas, colectivo y social, así como por el alto costo que representan para las instituciones, su prevención, control, vigilancia y atención.

A inicios de 1993, el mosquito *Aedes aegypti* se detectó en localidades que históricamente habían estado libres del mismo, como las comunidades del Valle Central, situadas en altitudes superiores a los 700 metros sobre el nivel del mar. Como parte de esta situación de re-infestación, en octubre de 1993, se presentaron los primeros casos de dengue en la Costa Pacífica, extendiéndose en los años siguientes, a diferentes áreas del país. A partir de esa fecha, el dengue se consolidó como la arbovirosis de mayor incidencia en el país.

Del 2014 a la semana epidemiológica número 38 del 2017, se registraron, 56.589 casos de dengue. En el 2016, se reportó la mayor incidencia de dengue, con una tasa de 476,8 casos por 100.000 habitantes. En ese período las provincias de Puntarenas, Guanacaste y Alajuela aportaron el 70,9% del total de casos del país, con incidencias de 876,2, 818,0, y 298,4 por 100.000 habitantes, respectivamente.

En noviembre de 2014 se evidencia la transmisión autóctona de Chikungunya en el país, trasmitida por el mosquito *Aedes aegyti*. Para ese año se registraron 148 casos confirmados por el laboratorio Nacional de Referencia INCIENSA. En el año 2015 se notificaron 4.912 casos y en el 2016 fueron 3.613 casos.

Del 2014 a la semana epidemiológica 38 del 2017, se notificaron 8.993 casos de Chikungunya, siendo en el año 2015 el de mayor incidencia con una tasa de 101.7 casos por 100.000 habitantes. En ese período, las provincias de Guanacaste, Puntarenas y Limón aportaron el

84,7% del total de casos del país con incidencias por 100.000 habitantes de 255,6, 127,3 y 83,3 respectivamente.

En el año 2016 Costa Rica se enfrentó por primera vez, a tres enfermedades transmitidas por el mismo vector *Aedes aegypti,* ya que en el mes de marzo inician los primeros brotes de Zika, que afectaron en primera instancia a la provincia de Guanacaste, diseminándose luego por el resto del territorio nacional.

Del 2016 a la semana epidemiológica 38 del año 2017, se notificaron 10.010 casos de Zika. En ese período las provincias de Puntarenas, Guanacaste y Limón aportaron el 84.7% del total de casos del país, con incidencias por 100.000 habitantes de 419,3, 275,7 y 272,9 respectivamente.

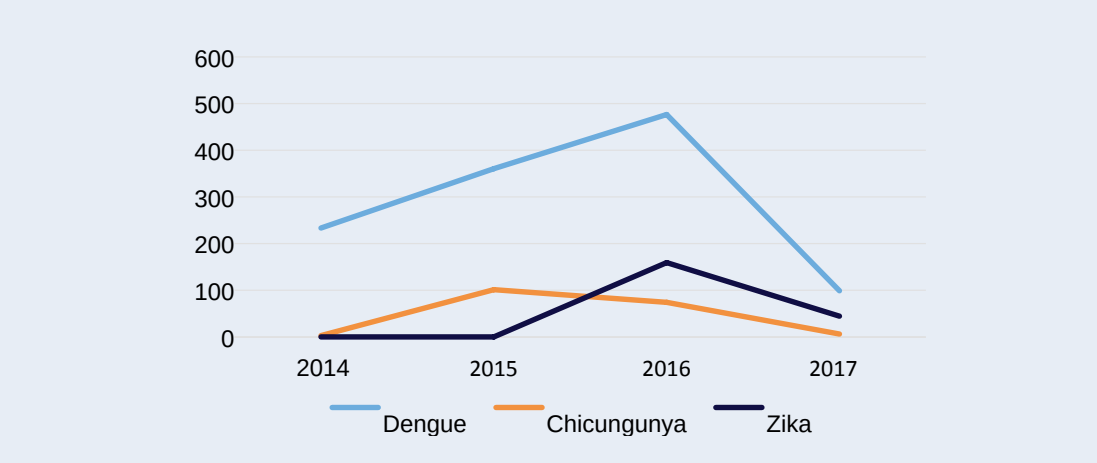
Cuadro 3.34
Costa Rica: Incidencia de Arbovirosis, según tipo de enfermedad, 2014-2017*
Tasas por 100,000 habitantes

Evento	2014		2015		2016		2017	
	Incidencia	Tasa	Incidencia	Tasa	Incidencia	Tasa	Incidencia	Tasa
Dengue	11.140	233,4	17.439	360,9	23.319	476,8	4.691	99,1
Chikungunya	148	3,1	4.912	101,7	3.613	73,9	320	6.5
Zika	-	-	-	-	7.820	159,9	2.190	44,3

Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud *Datos a la semana epidemiológica 38

En el año 2016, debido al aumento de casos de Dengue y Chikungunya y con la entrada del virus de Zika se publica el Decreto Nº 39.526-MP-S *"Estado de emergencia por la proliferación del vector del Dengue, Chikungunya y el Zika"*. Este decreto permitió la elaboración del "Plan General de la Emergencia por la Proliferación del *Aedes Aegypti*", durante un periodo de 5 años, el cual beneficiará a la población mediante la provisión de insumos y recursos para el abordaje de las tres enfermedades.

Gráfico 3.42
Costa Rica: Incidencia de Arbovirosis, 2014-2017*
(tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud *Datos 2017 a la semana epidemiológica 38

Las arbovirosis son de causa multifactorial y las intervenciones para su prevención y control deben ser de carácter integral y multisectorial. La "Estrategia de Atención Integral (EGI)", constituye el marco de referencia para la prevención y control de estas enfermedades, e involucra la vigilancia de casos, la vigilancia basada en laboratorio, la atención de casos, el manejo integrado del vector, manejo del ambiente, participación y comunicación social para el abordaje interinstitucional e intersectorial.

Esta estrategia incorpora las tres enfermedades. Se ha implementado a nivel nacional y fue adaptada al contexto de cada región y cantón. Cuenta con evaluaciones periódicas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Logros

- Contención y control de la epidemia de Dengue 2014-2017
- Preparación y respuesta a la introducción de Chikungunya en 2014 y Zika en 2016.
- En el 2016 y 2017 no se registraron muertes asociadas a ninguna de estas tres arbovirosis.
- Elaboración del *"Protocolo Nacional de Vigilancia para el Virus del Zika y sus Complicaciones*".
- Participación activa en la elaboración del protocolo de "*Vigilancia de Síndrome Congénito Asociado a Zika*" y de los "*Lineamientos de Atención a la Mujer*

Embarazada y el Recién Nacido en el Contexto del Zika". Todos en coordinación con el INCIENSA.

- Aprobación del "Plan General de la Emergencia por la Proliferación de *A. aegypti"* para ejecución en cinco años, el cual beneficiará a la población con más insumos y recursos para el abordaje de esta problemática, en coordinación con la Comisión Nacional de Emergencias.
- Adquisición y entrega de kits preventivos (mosquiteros y repelentes) contra el Zika, que beneficiaron a 5.000 mujeres embarazadas y la cual continúa a la fecha. Costa Rica es uno de los pocos países de América Latina que tomó esta iniciativa de proteger a la mujer embarazada especialmente.
- Elaboración y publicación semanal de un boletín informativo sobre la situación epidemiológica y entomológica a nivel nacional, dirigido tanto a funcionarios/as públicos como privados, así como a la población.
- Organización multisectorial para la prevención y control de las arbovirosis en el marco de la ejecución de la "*Estrategia de Atención Integral* (EGI)".

Desafíos

- ✓ Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las tres enfermedades desde el diagnóstico clínico, laboratorio e integración de todos los componentes con el manejo integrado de vectores.
- ✓ Incorporar activamente a la comunidad en las actividades de prevención de estas enfermedades.
- ✓ Coordinar y articular las actividades de las instituciones según sus competencias, a fin de prevenir y controlar las enfermedades vectoriales en el marco de la EGI.
- ✓ Fortalecer el "*Programa de Control de Vectores (MIV)"* por medio del desarrollo de capacidades en el recurso humano, equipos e insumos modernos y de alta calidad, inclusión de sistemas de información, la georreferenciación de los eventos y las acciones de control desarrolladas, así como realizar investigaciones básicas y operativas que permitan retroalimentar el proceso del MIV y mejorar la toma de decisiones.

Tuberculosis (TB)

Situación actual y contexto

Costa Rica está incluida dentro de los países de baja incidencia de tuberculosis (TB), el número de casos de TB ha disminuido, pasando de una tasa 9,9 casos por 100.000 habitantes en el 2014 a 5,5 casos por 100.000 habitantes en el 2017 (a octubre). La mortalidad ha ido en descenso desde el 2014 al 2016.

Hay un interés a nivel internacional de tener un mundo libre de tuberculosis como pide la Organización Mundial de la Salud (OMS), por medio de la reducción de la carga mundial de TB en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las metas de la alianza “Alto a la Tuberculosis”.

En el país, además de las consultas establecidas para el control, se realiza búsqueda activa de casos sospechosos. Se mantiene un trabajo diario con el tratamiento supervisado a los pacientes diagnosticados por medio de la estrategia de *“Sistema de Tratamiento por Observación Directa”* (DOTS por sus siglas en inglés) que brinda el tratamiento preventivo a los contactos de los pacientes positivos por el bacilo que así lo requieran.

En nuestro país se cuenta con el abastecimiento de los medicamentos antituberculosos necesarios en los servicios de salud y un laboratorio nacional de referencia, que brinda el apoyo necesario a los pacientes diagnosticados, con valoración de frotis, cultivos y prueba de sensibilidad a los antibióticos.

Logros

- Disminución de la morbimortalidad por tuberculosis en el país.
- Ajuste de la Norma Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis para la oficialización de la “Norma para la Vigilancia y Control de la Tuberculosis”. Decreto Ejecutivo 39714-S (La Gaceta el lunes 13 de junio 2016).
- Elaboración del “Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para el Diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis”. El cual se publicó mediante DM-CB-4748-2016 en La Gaceta 237, del 9 de diciembre 2016.

Desafíos

- ✓ Implementar el *Plan de Acción de la "Estrategia Mundial y Metas para la Prevención, la Atención y el Control de la Tuberculosis después del 2015"* a fin de promover el abordaje integral de la tuberculosis.

- ✓ Continuar con la disminución de casos nuevos y mortalidad por esta enfermedad.

Malaria

Situación actual y contexto

La malaria se ha presentado con características de endemia desde 1990, restableciéndose la transmisión en amplias regiones de la Vertiente Atlántica y dispersándose a otras áreas del país. Se considera área malárica, aproximadamente el 70% de los 51.000 km² de nuestra superficie territorial, con una población en riesgo estimada para el año 2016, de 1.892.426 habitantes.

A partir del año 2009 a la fecha, todo el país pasa a ser de bajo riesgo de trasmisión, caracterizado por trasmisión importada y presencia de casos residuales.

Durante los años 2014 a la semana epidemiológica 43 del 2017, se registraron 44 casos de malaria, de los cuales 31 (70,4%) fueron importados y el 29,5% de transmisión autóctona. De éstos, el 54,5% (24) fueron causados por la especie *Plasmodium vivax*, el 43,2% (19) por *Plasmodium falciparum* y el 2,3% (1) por *Plasmodium malariae*.

Costa Rica está en la lista de los países de la OPS/OMS en fase de pre-eliminación para avanzar a corto plazo hacia la eliminación de la malaria. Lo anterior ha permitido la participación del país en la iniciativa para la *"Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla Española"* (EMMIE) en el año 2020, auspiciada por el Fondo Mundial contra el VIH/sida, Tuberculosis y Malaria. Según la última misión de verificación de la línea base somos candidatos para los fondos de recompensa.

En este contexto Costa Rica asumió el reto de acoger las recomendaciones propuestas por la OPS/OMS y eliminar la malaria. En el 2015 el país lanzó el *"Plan de eliminación de la malaria en Costa Rica, 2015-2020"*, cuyos objetivos son eliminar la transmisión de la malaria en nuestro país para el 2020 mediante la implementación de seis áreas estratégicas:

Vigilancia epidemiológica, Vigilancia basada en laboratorio, Manejo Integrado de vectores, Comunicación social y participación social, Atención médica y Manejo de Ambiente.

En el año 2016 Costa Rica se acreditó el Premio *"Campeones de la Malaria",* en especial por la presentación del *"Plan de Eliminación de la Malaria 2015-2020"* y en reconocimiento de los logros sobresalientes y sostenidos hacia la eliminación de la malaria. Con este premio se obtuvieron fondos para continuar invirtiendo en la meta país para el proceso de certificación de la eliminación en los próximos años.

Logros

- Fortalecimiento de la prevención y control de la malaria.
- Elaboración del "Plan de Eliminación 2015-2020".
- Actualización de la "Norma de Malaria" hacia la eliminación.
- Utilización del diagnóstico molecular para confirmación de los casos como un segundo nivel de control de calidad o en casos particulares.
- Integración exitosa del programa en el servicio nacional de salud y las estrategias innovadoras para los trabajadores agrícolas.
- Fortalecimiento de la Ruta hacia la Eliminación de la Malaria.

Desafíos

- ✓ Reforzar la vigilancia tanto pasiva como activa mediante la búsqueda de casos asintomáticos en población de migrantes de países donde la malaria es endémica tanto en Mesoamérica como en lugares con evidencia de resistencia a la cloroquina.
- ✓ Lograr la certificación de la eliminación de la malaria.

VIH-sida

Situación actual y contexto

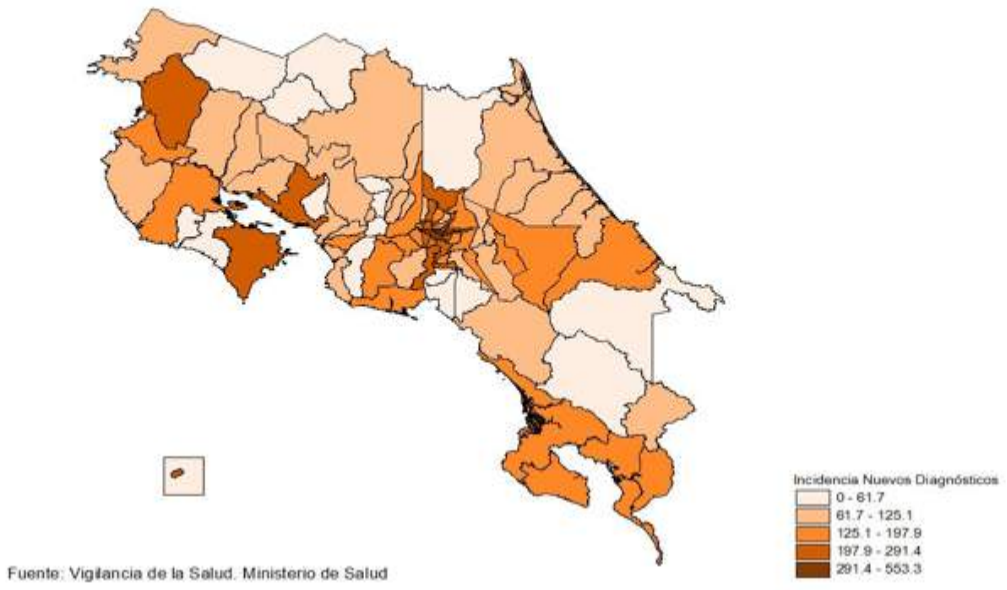
La incidencia de la infección de VIH en Costa Rica presenta una tendencia ascendente, habiéndose duplicado en el lapso de 13 años, de 8,6 casos por 100.000 habitantes en el 2002 a 20 casos por 100.000 habitantes en el 2016. Sólo en el año 2016, se registraron 979 diagnósticos nuevos de VIH. Según estimaciones de la Dirección de Vigilancia de la Salud

del Ministerio de Salud del año 2016, la tasa de prevalencia de VIH en personas mayores de 15 años fue de 0,43% (aproximadamente 13.417 personas).

El grupo de edad más afectado es el de 20 años a 49 años, con el 80,5% de los casos en el 2016. Las provincias con tasas de incidencia más altas fueron: San José: 31,5/100.000 habitantes, Heredia, 17,1/100.000 habitantes, Cartago con 16,7/100.000 habitantes y Puntarenas: 14,8/100.000 habitantes. El 53,8 % de los casos fue aportado por los siguientes cantones de la Gran Área Metropolitana (GAM): San José (74,8%), Heredia (35,1%), Curridabat (25,9%), Desamparados (25,9%), Escazú (23,7%), Tibás (23,1%), Alajuela (20,5%) y Fuera de la GAM, aportaron a este porcentaje los cantones de Puntarenas (21.9%) y Limón (21,3%).

En el 2016 se registraron un total de 394 casos sida en la Región Pacífico Central; de los cuales el 75% (296 casos) se diagnosticó en el Cantón Primero de Puntarenas.

Mapa 3.3
Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH según cantón.
Costa Rica 2002-2016



Fuente: Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud

No obstante el ascenso de la incidencia de VIH, el número de casos de sida disminuyó de cinco casos en el 2002 a un caso por 100.000 habitantes en el 2015. El *Plan Estratégico Nacional en VIH y SIDA 2016-2021* (PEN) explica la estabilización en 3,2 casos por 100,000 habitantes desde el año 2000, como un efecto del incremento de la cobertura del tratamiento anti-retroviral (TAR) que se expandió de un 27% en el 2000 a un 53% en el 2014 en mayores de 15 años. En el año 2015, se registraron menos de 500 muertes por sida en el país.

La epidemia de VIH en Costa Rica está concentrada en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans género. En el 2016, el 87,2% de los casos ocurrió en hombres con una tasa de incidencia de 34,6 por 100.000 habitantes, mientras que la tasa en mujeres fue de 5,2 por 100.000 habitantes, lo que representa una razón hombre-mujer de 7 a 1. Es importante señalar que los datos para hombres incluyen a las mujeres trans por la falta de desagregación de la información.

Según el Censo Nacional del 2011, Costa Rica tiene una población de 4.947.481 habitantes. La "*Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2017* " (ES2017) estimó que existen 45.500 HSH en el país y 498 mujeres trans a nivel nacional.

En cuanto a factores de comportamiento, existe una baja utilización del condón y un insuficiente acceso a la prueba rápida de VIH. Según resultados preliminares de la ES2017, los porcentajes de menor uso de condón en su última relación sexual anal con otro hombre, lo reportan los hombres que tienen sexo con hombres y las mujeres transgénero con 59,8% y 71,9% respectivamente. Los porcentajes de mayor uso de condón en la última relación sexual con clientes, fue reportado por mujeres transgénero y MTS con un 85,6% y 94,0% respectivamente. El ES2010 encontró que sólo el 64,9% de los HSH se había realizado la prueba de VIH alguna vez.

Existen importantes barreras estructurales relacionadas al estatus socio económico, desigualdad de género y estigma y discriminación que determinan la vulnerabilidad de HSH y mujeres trans. Las mujeres trans tienen un estatus socio-económico bajo debido a la alta deserción escolar por rechazo social a su identidad de género. El país no cuenta con una ley de identidad de género, matrimonio igualitario o uniones de hecho entre personas del mismo sexo, lo cual limita el ejercicio de derechos ciudadanos de estas poblaciones.

Existe vasta evidencia de situaciones de extrema violencia de género y abusos de derechos humanos con alta impunidad. Esto contribuye a la marginalización de estas poblaciones en todas las esferas de la sociedad.

Logros

- Elaboración del "*Plan Estratégico Nacional de VIH- sida 2016-2021*", con la participación activa de las poblaciones clave, instituciones, organizaciones no gubernamentales y cooperación internacional, el cual reafirma el compromiso y objetivos del país para detener la propagación del VIH y trabajar en función de la meta global para que el 90% o más de las personas en tratamiento antirretroviral (TAR) logren supresión viral.
- Promulgación del Decreto de Acuerdo de parte del Consejo Presidencial Social cuyos artículos indican:
    - PRIMERO: Reconocer y apoyar la labor que el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y sida (CONASIDA) realiza en cuanto a la formulación de un Plan Estratégico con el objetivo articular la oferta estatal y coordinar la atención integral de las necesidades de las personas que viven con VIH/ SIDA a lo largo de su ciclo vital y tomando en cuenta su diversidad.
    - SEGUNDO: Instruir a todas las instituciones integrantes del Consejo Presidencial Social para que, según su naturaleza y área de competencia, se comprometan en la consecución de los objetivos Plan Estratégico Nacional de VIH-SIDA 2016-2021 mediante la inclusión y ejecución de acciones estratégicas, dirigidas a incidir positivamente en el desarrollo inclusivo de las personas con discapacidad.
    - TERCERO: De igual forma, que los compromisos adoptados por la institucionalidad, deben ser incluidos en los planes operativos institucionales y presupuestos anuales; especificando concretamente las personas responsables y los recursos que se invertirán para el logro de estas.
    - CUARTO: Facilitar desde el Consejo Presidencial Social, las coordinaciones intersectoriales para la inclusión y ejecución de los objetivos y las acciones estratégicas contenidos en el Plan Estratégico así como los esfuerzos por dar seguimiento a los resultados esperados en las condiciones de vida de las personas que viven con VIH/ SIDA.
    - QUINTO: Rendir informes al CONASIDA, de las actividades desarrolladas en cumplimiento al Plan Estratégico Nacional de VIH-sida 2016-2021 y la Ley 7771, según lo establece el Reglamento N° 27894-S.
- Publicación del "Reglamento de la Ley General sobre el VIH/sida".
- Desarrollo del "Proyecto Modelo Sostenible de Prevención combinada en VIH- sida

en población trans femenina y hombres que tienen sexo con Hombres. 2015-2018, con aporte del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la malaria y la tuberculosis, cuyo propósito primordial de la propuesta es servir como catalizador para impulsar la institucionalización, articulación multisectorial y sostenibilidad de la prevención en poblaciones donde se encuentra concentrada la epidemia en el país, con apoyo del Receptor Principal Instituto Humanista para la Cooperación con los países en Desarrollo – HIVOS.

a) Actualización y aprobación del Reglamento de funcionamiento del Mecanismo de Coordinador de País Costa Rica (MCP-CR)

b) Elaboración y aprobación del Reglamento sobre la representación de la Sociedad Civil ante el Mecanismo de Coordinador de País Costa Rica (MCP-CR)

c) Fortalecimiento del Mecanismo de Coordinador de País Costa Rica (MCP-CR), integración de nuevos miembros gubernamentales y desarrollo de asambleas y ratificación de nombramiento de los representantes de ONGs inscritas en CONASIDA, representantes de Personas con VIH, hombre y mujer, representantes de población trans femeninas.

d) Elaboración de Norma Nacional Para la Atención en Salud Libre de Estigma y Discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGTBI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Con los respectivos manuales de procedimientos y de supervisión en la CCSS y el Ministerio de Justicia.

e) Elaboración del Manual de Contraloría Social de la Normativa de Atención a Población LGTBI, por parte de las Organizaciones de sociedad civil.

f) Complimiento de las metas de prevención combinada en los grupos poblacionales meta, según marco de desempeño.

g) Fortalecimiento de las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC), articulación efectiva entre Estado y OSC para la prevención y atención de las poblaciones clave en concordancia con principios de derechos humanos, permite la elaboración del Plan de incidencia política generado por las Organizaciones con acompañamiento de la Defensoría de los Habitantes.

h) Elaboración de la encuesta de prevalencia y cambio de comportamiento en Hombres que tienen sexo con Hombres, trans femeninas y trabajadoras sexuales.

- Formulación y aprobación por parte del Fondo Mundial de la nueva propuesta para la adjudicación de una subvención del 1 de julio 2018 al 30 de junio 2021, por un monto US$ 2.120.098 millones, con el objetivo de asegurar el incremento del financiamiento doméstico en VIH y la sostenibilidad del modelo de prevención combinada como parte de la cascada de atención de VIH para hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans.
- Promulgación y oficialización de la directriz Ministerial 037-S el 1° de diciembre de 2015, con lineamientos y directrices para garantizar la atención integral en VIH y enfermedades de transmisión sexual de personas en condición de vulnerabilidad. Oficializada el 1 de diciembre 2015.
- Proyectos de la Junta Protección Social de San José (JPS) :

  a) Revisión y actualización de los criterios para la aprobación de proyectos de las organizaciones no gubernamentales ante la JPS, en cumplimiento a la Ley 8718 se da.

  b) Aprobación del proyecto: Acciones estratégicas de las ONG´s dirigidas a la población de estudiantes de primaria y secundaria (tercer ciclo diversificado y técnico), que incluyen los temas de VIH y sida y salud sexual-salud reproductiva. En coordinación con la Asociación Demográfica Costarricense se han desarrollado actividades en 17 colegios nocturnos de San José, Alajuela, Desamparados y Heredia.
- Proyecto de Ley N°19243 para Reforma de la Ley General de VIH N° 7177, aprobada el 1 de julio 2015 por la Comisión de Derechos Humanos Se encuentra en plenario legislativo, dentro de la lista de proyectos a analizar en sesiones extraordinarias.
- Implementación del Proyecto para empoderamiento de mujeres con VIH: *"Acelerando la acción regional a favor de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y la no violencia contra las mujeres con VIH/sida"*.
- Aprobación de la "Prueba rápida de VIH" para su utilización en la CCSS a partir del primer trimestre del 2018.
- Incorporación en la Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS y adquisición de los "medicamentos dosis única" para iniciar su distribución en el I trimestre de 2018.
- Creación de la Red Cantonal de Prevención y Atención de VIH-sida en la provincia de Puntarenas, bajo la conducción del Ministerio de Salud y que cuenta con la participación la CCSS, Defensoría de los Habitantes, UCR, grupos de diversidad sexual y ONG´s.

- Creación de un sistema de referencia y contrarreferencia en la red de servicios de salud para las personas con VIH-sida.

Desafíos

- ✓ Aprobar del Proyecto de Ley N°19243, Reforma de la Ley General de VIH N° 7177por parte de la Asamblea Legislativa.

- ✓ Consolidar el proyecto de prevención en el país: “Modelo sostenible de prevención combinada y atención a la población de hombres que tienen sexo con hombres y Trans femenina” y trascender la prevención a otros poblaciones.

- ✓ Fortalecer la articulación de las acciones para el cumplimiento del “Plan Estratégico Nacional 2016-2021”.

- ✓ Fortalecer la gestión de proyectos en las Organizaciones de Sociedad Civil (OSC) en gestión de proyectos para una utilización eficiente y eficaz de los fondos públicos y de cooperación internacional.

- ✓ Contar con mayor acompañamiento técnico y financiero para la Red Cantonal de Prevención y Atención de VIH-sida de la Provincia de Puntarenas a fin de garantizar su sostenibilidad y ampliar su cobertura hacia zonas más alejadas del cantón.

Enfermedad de Hansen o lepra

Situación actual y contexto

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada hasta hace unos años por *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias altas y los ojos. Es una enfermedad curable, si se trata en las primeras fases, se evita la discapacidad. En el 2008, se asoció el *Mycobacterium lepromatosis* a la trasmisión de la lepra.

Desde 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona gratuitamente a todos los enfermos leprosos del mundo el tratamiento, que es una opción curativa muy eficaz para casi todos los tipos de lepra. El control de la lepra ha mejorado mucho gracias a las campañas nacionales y locales llevadas a cabo en la mayor parte de los países donde la enfermedad es endémica.

La OMS ha publicado informes oficiales de 138 países, indicando que la prevalencia mundial de la lepra a finales de 2015 era de 176.176 casos (0,2 casos por 10.000 habitantes). El número de nuevos casos notificados en el mundo en 2015 fue de 211.973 (2,9 casos por 100 000 habitantes). En América, la mayoría de los países notifican casos, pero Brasil presenta la prevalencia más alta de esta región.

Costa Rica reportó a la OMS desde 1995, la ocurrencia de menos de 1 caso por diez mil habitantes y está en el grupo de países que reporta menos de 100 casos por año. En el primer trimestre de 2016, Costa Rica, solicitó a la OMS medicamentos para 24 pacientes con esta enfermedad. La mayoría de ellos con grado 1 de discapacidad. A partir del 2012, se implementó en el país la "*Norma para la Atención Integral y Control de la Enfermedad de Hansen y de Tratamiento*" la cual promueve el tratamiento supervisado.

En nuestro país, el 50% de los casos son del tipo lepra lepromatosa difusa y la mayoría de ellos no se han curado, a pesar de indicar que han recibido tratamiento. Como los tratamientos se extienden hasta por más de 36 meses, se consideró que es posible que esta situación pudiera estar afectando la falta de adherencia a los medicamentos. Por este motivo la Dirección de Vigilancia a solicitud del entonces Ministro de Salud inició una investigación cualitativa que nos permitirá conocer los motivos por los cuales los pacientes no se curan o abandonan el tratamiento.

Logros

- Implementación de la estrategia de tratamiento estrictamente supervisado (TES) en el 100% de las Áreas de Salud de la CCSS donde son diagnosticados los casos de lepra.
- Está estrategia está recomendada internacionalmente para asegurar la curación de la enfermedad. Para implementar esta estrategia fue necesario establecer mecanismos de seguimiento y control de estos pacientes mediante registros, que permiten dar seguimiento farmacológico, médico, de laboratorio y del personal de enfermería. Actualmente, tenemos en esta modalidad 24 pacientes y el mayor porcentaje de ellos se localiza en la Región Brunca, sin embargo, nuevos casos continúan apareciendo cada año, lo que indica que existe transmisión.
- Autorización por el Consejo Nacional de Investigaciones en Salud (CONIS) para la realización de la investigación cualitativa: "Factores Asociados con la Administración del Tratamiento en Pacientes con Lepra en Costa Rica".

Desafíos

- ✓ Analizar la primera cohorte de casos de lepra.
- ✓ Detectar tempranamente los casos, mediante capacitación en las zonas de mayor número de casos.
- ✓ Eliminar la transmisión de la lepra para Costa Rica. El número de casos nuevos por año que es alrededor de diez, nos permite avanzar hacia la eliminación de la transmisión.

Reglamento Sanitario Internacional

Situación actual y contexto

Costa Rica ha experimentado en los últimos años un aumento en el ingreso de migrantes ilegales, lo que ha generado una preocupación con respecto a las condiciones de salud de estas personas, y las potenciales repercusiones para salud pública, por la probabilidad de introducción de enfermedades al territorio nacional.

En cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional y como parte de las oportunidades de mejora en aspectos migratorios y para mejorar el control de productos de interés sanitario se visualizó la necesidad de fortalecer las fronteras y los puntos de entrada marinos y aéreos. Durante el período se planificó la construcción de la Oficinas Sanitarias en los puestos fronterizos, así como fortalecer las capacidades básicas del país.

Logros

- Conducción de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y vigilancia inter-fronteriza a nivel nacional.
- Coordinación general en la construcción de la Oficina Sanitaria de Salud en Peñas Blancas, la cual fue inaugurada en febrero del 2017 y ya se encuentra en funcionamiento.
- Además, en 2016, fue aceptada por la Junta Administrativa de la Dirección General de Migración y Extranjería, el proyecto de construcción de la Oficina Sanitaria de Sereno, frontera con Panamá, la cual será más compleja que la de Peñas Blancas pues en la de Sereno se atiende población migratoria indígena.

- Elaboración de Planes de Contingencia en todas las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud de la Región Pacífico Central, para la atención de la problemática de la migración ilegal como un riesgo para la salud pública, con capacitación del personal en inspección de buques y emisión de certificados de sanidad.
- En el 2014, el Puerto de Caldera ubicado en el Cantón de Esparza, fue evaluado por la OPS/OMS y el Equipo de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional Nacional, promoviendo al puerto como "Puerto Designado" a nivel centroamericano.

Desafíos

- ✓ Contar con personal capacitado.
- ✓ Disponer de recursos económicos para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional según las necesidades y demandas que requieren los puestos de entrada (disponibilidad de personal).
- ✓ Contar con la emisión de certificado marítimo de sanidad en el país, de manera que los puertos costarricenses puedan certificar los barcos.
- ✓ Implementar equipos de respuesta rápida para eventos de salud pública de importancia nacional e internacional.
- ✓ Fortalecer la vigilancia inter fronteriza con la construcción y funcionamiento de la Oficina Sanitaria en Sereno.

Enfermedades no trasmisibles (ENT)

Situación actual y contexto

Costa Rica ha logrado avanzar en el marco de las líneas de acción de la Estrategia Mundial, Regional y sus respectivos Planes de Acción para la prevención y control de las ENT. De esta manera, desde el año 2013, elaboró la *"Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las ENT y Obesidad"*, que fue oficializada y respaldada junto con su Plan de Acción en el año 2014, mediante Acuerdo en el Consejo de Gobierno.

La meta global de reducir la mortalidad prematura por ENT fue incluida en el *Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018*, además de otras relacionadas con temas específicos de la "*Estrategia Nacional de ENT y Obesidad*".

Las enfermedades no trasmisibles (ENT), son la principal causa de mortalidad a nivel nacional. En el año 2012, las muertes prematuras (entre los 30 y 69 años de edad) por ENT, representaron el 20% del total de muertes ocurridas y el 55% del total de muertes en este grupo de edad.

En el 2016, las ENT representaron el 18% del total de muertes ocurridas y el 51% del total de muertes de mortalidad prematura, lo cual evidenció una disminución importante en este periodo, de un 2% en las muertes totales y de un 4% en las muertes prematuras.

Dentro de las muertes prematuras por las ENT para el 2016, el cáncer aportó el 52% de éstas, seguido de la enfermedad isquémica del corazón con un 22%, la enfermedad renal crónica con un 10% y la enfermedad cerebro vascular con un 8%.

Logros

- Implementación de la *Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las ENT y Obesidad*, con la disminución de la mortalidad prematura por Enfermedades no trasmisibles en un 4% en el periodo 2013 y 2016.
- Conformación del Grupo Técnico Interinstitucional de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, coordinado por el Ministerio de Salud y en el que participan la CCSS e INEC, con acompañamiento de OPS/OMS.
- Elaboración del "*Plan para la Implementación Interinstitucional de la Vigilancia de ENT"* de acuerdo a los puntos críticos de la OPS/OMS.
- Realización de un análisis preliminar de costos de atención en salud y de bolsillo de las Enfermedades No Transmisibles.
- Incorporación de Costa Rica en el programa CONCORD, el cual realizó un estudio mundial sobre la supervivencia de cáncer (publicación en 2018).

Desafíos

- ✓ Movilizar los recursos para el desarrollo de capacidad institucional en la vigilancia del cumplimiento de los reglamentos existentes, la calidad de la atención en pacientes con ENT, así como la habilitación de espacios y recursos.
- ✓ Promover la investigación en cáncer y otras enfermedades no trasmisibles.

- ✓ Adecuar el Sistema de Salud al envejecimiento poblacional y en relación al cambio de perfil epidemiológico.
- ✓ Realizar análisis de situación integral de salud periódicos que contribuyan con la toma de decisiones.
- ✓ Definir lineamientos para implementar acciones de promoción de la salud, y prevención y control de ENT en centros laborales, escuelas y comunidades.

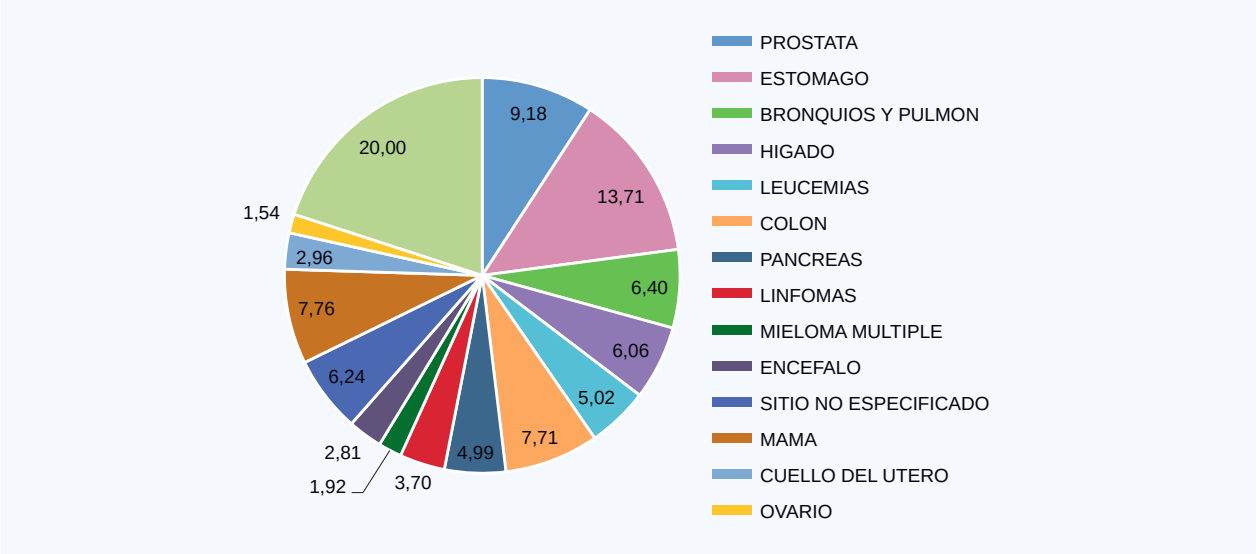
Cáncer

Situación del tema

Como se indica en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018: “Alberto Cañas Escalante” ,el cáncer aporta el 33,3% de todas las defunciones en nuestro país, seguido por la enfermedad isquémica del corazón.

Según datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud del año 2013, la mortalidad proporcional por cáncer en Costa Rica se encuentra representada como aparece en el siguiente gráfico:

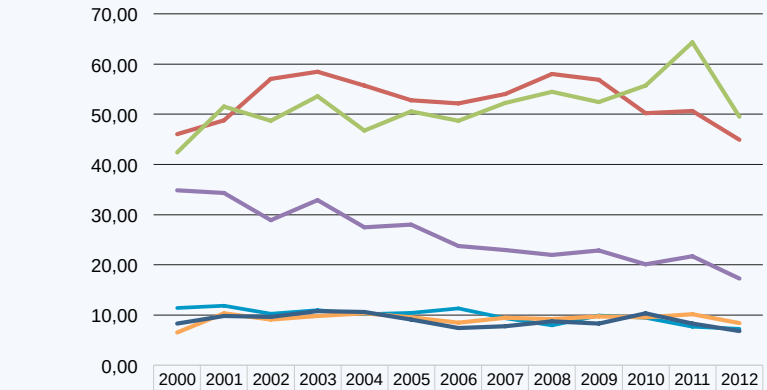
Gráfico 3.43
Porcentaje de mortalidad según tipo de cáncer, Costa Rica, 2013



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica, 2016.

La incidencia de esta enfermedad según sexo se presenta a continuación:

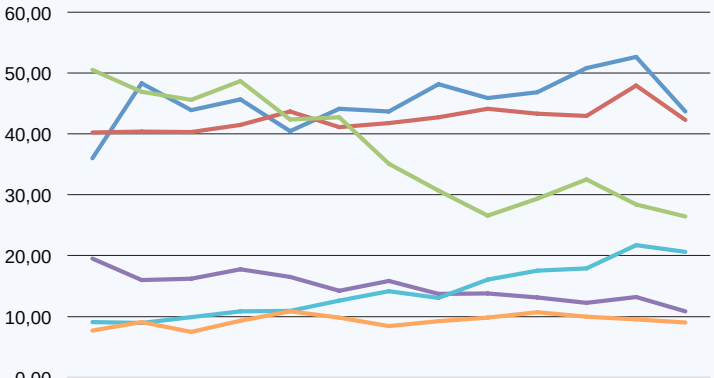
Gráfico 3.44
Incidencia[4] de tumores malignos más frecuentes en hombres, Costa Rica, 2000-2012



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PROSTATA	46,01	48,76	57,09	58,43	55,71	52,82	52,15	54,03	58,07	56,88	50,17	50,68	44,92
PIEL	42,39	51,52	48,74	53,61	46,74	50,55	48,72	52,22	54,44	52,39	55,76	64,36	49,48
ESTOMAGO	34,83	34,34	28,89	32,88	27,48	28,03	23,72	22,96	22,01	22,83	20,10	21,69	17,26
PULMON	11,43	11,82	10,23	11,01	10,21	10,45	11,31	9,39	7,95	9,93	9,45	7,67	7,25
COLON	6,49	10,32	9,07	9,81	10,33	9,53	8,45	9,49	9,20	9,69	9,53	10,14	8,36
SHR	8,31	9,80	9,65	10,75	10,57	9,14	7,45	7,79	8,78	8,34	10,31	8,34	6,81

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Registro Nacional deTumores, Costa Rica, 2016.

Gráfico 3.45
Incidencia[5] de tumores malignos más frecuentes en mujeres, Costa Rica, 2000-2012



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PIEL	35,99	48,30	43,88	45,68	40,41	44,11	43,69	48,19	45,87	46,83	50,82	52,61	43,66
MAMA	40,19	40,35	40,27	41,45	43,70	41,13	41,78	42,71	44,09	43,34	42,96	47,93	42,25
CERVIX	50,50	46,94	45,57	48,64	42,39	42,72	35,11	30,65	26,55	29,33	32,51	28,38	26,43
ESTOMAGO	19,54	16,01	16,24	17,78	16,54	14,20	15,81	13,72	13,78	13,14	12,26	13,18	10,83
TIROIDES	9,09	8,93	9,93	10,83	10,94	12,62	14,18	13,09	16,05	17,52	17,93	21,72	20,60
COLON	7,69	9,09	7,47	9,34	10,88	9,84	8,45	9,22	9,80	10,67	9,98	9,52	9,00

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Registro Nacional deTumores, Costa Rica, 2016.

[4]Tasa ajustada/100.000 habitantes
[5] Tasa ajustada/100.000 habitantes

El tema de “Cáncer” se aborda a nivel institucional por medio de:

- Consejo Nacional de Cáncer: la Dirección de Garantía al Acceso a los Servicios de Salud, tiene a cargo las funciones de “Secretaría” y apoya al Ministro o ministra de Salud en todas las acciones institucionales que sean necesarias.
- “*Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011- 2017*”.
- *Foro de Liderazgo para el Control del Cáncer en Centroamérica:* el cual se encuentra planificado a desarrollarse por dos años (2016- 2017), la coordinación país le corresponde al Ministro o Ministra de Salud.
- Elaboración de normas: actualmente se cuenta con seis normas aprobadas: Cérvix (Decreto Nº 33650-S), Soporte Nutricional en la Persona con Cáncer (38375-S), Próstata (38373-S), Pulmón (38376-S), Mama (Decreto Nº 38377-S) y Piel (38515-S).

Logros

- Integración y participación activa (con voz y voto) del representante de las “Organizaciones que trabajan con pacientes con Cáncer”, al Consejo Nacional de Cáncer.
- Incorporación de Costa Rica al programa CONCORD, en el marco del proceso de adhesión a la OCDE, el cual realizará un estudio mundial sobre la supervivencia de cáncer. Esto permitirá a las autoridades en salud la toma de decisiones e implementación de acciones de mejora.
- Notificación de las lesiones premalignas cervicovaginales procedentes de los laboratorios de patología privados a nivel nacional, lo cual permitirá contar con información sistematizada para determinar la cobertura real del tamizaje de cáncer cérvico uterino.

Desafíos

- ✓ Fortalecer la coordinación intra e interinstitucional en el abordaje del cáncer en nuestro país.
- ✓ Crear una red de Organizaciones No Gubernamentales que trabajen con pacientes con cáncer.
- ✓ Reducir la incidencia y mortalidad por cáncer en la población costarricense.

- ✓ Mejorar el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer.
- ✓ Fortalecer los programas y campañas de prevención y control.
- ✓ Fortalecer el Sistema de Información actual, mediante mayor disponibilidad de personal para lograr calidad y eficiencia en el suministro de la información.

Enfermedad renal crónica

Situación del tema

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial y nuestro país no escapa de esta realidad. Las primeras etapas de la enfermedad son asintomáticas y el diagnóstico se hace en forma tardía. El aumento en la incidencia y prevalencia de la enfermedad, se asocia al aumento de casos de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) y ambos relacionados con la epidemia de sobrepeso y obesidad a nivel mundial.

Es posible retardar la progresión de la ERC y prolongar el inicio de las complicaciones, lo cual depende en gran medida, de la detección oportuna y el manejo adecuado, tanto de la enfermedad como de las patologías asociadas.

Las personas expuestas a altas temperaturas y humedad del ambiente, están en riesgo de sufrir efectos adversos a la salud como consecuencia del estrés térmico por calor y la deshidratación. Para evitar lo anterior, se requiere promover la implementación de medidas para minimizar dichos efectos.

Asimismo, basados en los datos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y las tasas de mortalidad por ERC (según Clasificación Internacional de Enfermedades, N18, N19, I12, I13), y en cumplimiento del rol rector del Ministerio de Salud, se consideró como prioritario declarar las “zonas de riesgo” para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad renal crónica.

Logros

- Elaboración y publicación del Decreto Ejecutivo Nº 38372-S de “*Creación de la Comisión de Gestión Institucional de Nefropatía Mesoamericana y de la Comisión*

Nacional Institucional de Nefropatía Mesoamericana", que regula las acciones de prevención, reducción y atención del problema en beneficio directo de la población.

- Promulgación del Decreto Nº 39147-S-TSS "*Reglamento para la Prevención y Protección de las personas trabajadoras expuestas a estrés térmico por calor",* publicado en La Gaceta Nº 182 del 18 de setiembre de 2015 y que establece artículos de cumplimiento obligatorio tanto para los trabajadores como para las empresas contratantes.
- Elaboración y publicación del Decreto Ejecutivo Nº 39589-S "*Norma de Hidratación de las personas expuestas a estrés térmico por calor en actividades físicas de tipo laboral de riesgo IV"*, publicada en La Gaceta del 6 de mayo de 2016. Este decreto complementa el Decreto Ejecutivo Nº 39147-S-TSS mencionado en el punto anterior.

Desafíos

- ✓ Vigilar y controlar la aplicación de la normativa emitida para la prevención y el tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica.

Salud materno-infantil

Situación actual y contexto

Para el 2014 se obtuvo una tasa nacional de mortalidad infantil de 8,11 muertes de menores de un año por cada mil nacimientos, para el 2015 disminuyó a 7,8, en el 2016 fue de 7,9. El último corte oficial disponible es la tasa interanual correspondiente al periodo diciembre 2016 - noviembre 2017, la cual es de 8,05.

En el caso de las defunciones neonatales, la tasa para el 2014 fue de 6,3 por mil nacimientos y para el 2016 fue de 6,2. Es importante destacar que las defunciones neonatales, aquellas que ocurren durante los primeros 28 días de vida, constituyen el mayor peso en la mortalidad infantil. Es así, que para el primer semestre del 2016 representaron un 78,23% del total de defunciones de menores de un año y para el primer semestre del 2017 constituyó el 76,5%.

Dentro de las principales causas de muerte se mantienen en primer lugar las relacionadas con "Afecciones originadas en el periodo perinatal", las cuales representan aproximadamente la mitad del total de muertes infantiles, siendo la prematuridad extrema (menos 28 semanas de gestación) la que tiene el mayor peso relativo. Las "Malformaciones congénitas" representan

el segundo grupo de peso en la mortalidad infantil. De acuerdo con los datos anteriores, el país mantiene durante este período (2014-2017 primer semestre) tasas de mortalidad infantil de una sola cifra.

En relación con la mortalidad materna, la razón alcanzada para el 2014 fue de 2,9 defunciones por cada diez mil nacimientos, en el 2015 correspondió a 2,8 y para el 2016 fue de 2,7. Las provincias de Cartago y San José son las que han mantenido en el período, una razón más alta que la nacional y para el año 2016 se sumó la provincia de Heredia.

Sobre la situación de grupos vulnerables se puede mencionar que desde el año 2007, las organizaciones indígenas habían señalado que la universalidad de los servicios de salud en las poblaciones indígenas no se cumple en un 100%, debido a diversas barreras: …“culturales (lingüísticas, no respeto a las costumbres), económicas (el costo de trasladarse hasta los centros de atención), geográficas (malas vías de comunicación o carencia de ellas, falta de transporte), sociales (la marginación y discriminación) y políticas (exclusión, invisibilización, ausencia de política pública)” . En nuestro país, aún persiste población indígena dentro o fuera de los territorios que no tienen ningún tipo de seguro, algunos de ellos por su condición migratoria.

Ante esta realidad, surge la necesidad de sistematizar los esfuerzos actuales que realizan instituciones del Estado, organizaciones no gubernamentales, así como las organizaciones sociales representativas de la población indígena, a fin de articular la creación de servicios con perspectiva más armonizadora que integrativa, en busca de una atención humanizada y con pertinencia cultural.

Logros

- La tasa de mortalidad infantil en Costa Rica se ha mantenido estable durante este período, registrando niveles que se consideran los más bajos de la historia del país, con valores entre las 7,8 y 8,11 defunciones de niños menores de un año de edad por cada mil nacimientos en el cuatrienio.

- Con respecto a la tasa de mortalidad materna, a pesar de mostrar altibajos de año a año, se ha mantenido estos cuatro años en un nivel por debajo de 3,0 defunciones por cada diez mil nacimientos.

- Fomento por medio de normativas nacionales de los derechos de las mujeres y los niños y niñas a recibir atención con calidad por personal calificado y competente.

- Fortalecimiento de las redes de servicios con la finalidad de disminuir el riesgo de muerte materna o infantil y la enfermedad materna y neonatal grave, por medio de un sistema de evaluaciones conjuntas de los servicios de gineco-obstetricia según su complejidad, con la CCSS (máximo prestador de servicios de nuestro país).

- Definición de estrategias, por medio de normativas, para fomentar los derechos de las personas adolescentes, principalmente para las adolescentes madres.

- Elaboración de normativa específica por parte del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CONASPI), para regular la relación entre los sistemas de salud públicos y los sistemas de salud indígenas, así como la relación entre el profesional de la salud y las personas usuarias indígenas que asisten a los servicios de salud.

Desafíos

- ✓ Realizar acciones diferenciadas, para lograr un impacto positivo y mejorar las condiciones de los sectores más vulnerables, que presentan tasas de mortalidad infantil y materna por encima de los indicadores nacionales, así como tener presente que se requiere de un trabajo interinstitucional e intersectorial coordinado y articulado.

- ✓ Disminuir la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna es un gran desafío dado que las causas de muerte son cada vez más complejas. Se debe continuar con la realización de acciones como:

    - o Incorporar en el "*Plan Estratégico de Mortalidad Materno- Infantil*", los compromisos de la Reunión del CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología): "Implementando las mejores evidencias para mejorar la Salud Materno-Perinatal en las Comunidades", los acordados en reunión anual de la "Alianza Neonatal para América Latina y el Caribe" y los firmados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y lograr el financiamiento requerido para su implementación.

    - o Establecer estrategias conjuntas entre el Ministerio de Salud y los servicios de salud públicos y privados en pro de erradicar las acciones que sean consideradas como mal trato o prácticas deshumanizantes en la atención del parto y durante la gestación.

- o Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud en las Comisiones Nacional, Regionales y Locales, para que las recomendaciones emanadas de los análisis de muertes infantiles y maternas sean vinculantes para el mejoramiento de la calidad, la salud de esta población y para la elaboración de la política pública en el tema materno infantil.
- o Crear normativa específica que garantice el desarrollo de modelos de salud interculturales de servicios de salud, con pertinencia cultural, desde un enfoque integrativo de la salud, que contribuya a reducir las desigualdades.

✓ Contar con el apoyo político para el desarrollo de las acciones en el ámbito de la salud materno infantil, dirigidas al mejoramiento de la calidad de atención y el acceso oportuno a la red de servicios de salud, que se ha debilitado por falta del recurso asignado para dar seguimiento al cumplimiento de las normativas nacionales.

✓ Formular políticas de Estado, que se mantengan en el tiempo, para dar continuidad a estos temas y avanzar en la reducción de las inequidades.

III.2.8. Estrategias y proyectos de prevención de la enfermedad

Estilos de Vida Saludables para una Vida Libre de Tabaquismo en Adolescentes y Jóvenes Costarricenses.

Situación actual y contexto

El "*Programa Ponéle a la Vida"* es conducido por el Ministerio de Salud, en alianza con el Ministerio de Educación Pública, el Consejo de la Persona Joven, el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y la Unión Nacional de Gobiernos Locales, con apoyo de la empresa privada nacional.

En Costa Rica, la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, mostró una prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adolescente de 13 a 19 de 23,9% en mujeres y de 17,4% en hombres. Por su parte la Encuesta Global de Salud Escolar-2009, dirigida a adolescentes escolarizados de 13 a 15 años de edad, encontró una prevalencia de sobrepeso de 28,3% en mujeres y de 27,6% en hombres y una prevalencia de obesidad del 7,9% en mujeres y de 9,7% en hombres.

Además, indicó que sólo un 31,7% de los estudiantes consumía frutas y una proporción menor, 18,7% consumía vegetales, mientras que solo el 27,4% de los estudiantes reportó que realizaron actividad física por un total de al menos 60 minutos por día, mientras que 44,2% de los estudiantes, permanecieron sentados tres o más horas por día, cuando no están en el colegio o haciendo sus tareas escolares.

Ante esta situación, desde el año 2012, el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación Pública, impulsó en 92 colegios, una iniciativa denominada "*Movete Disfruta la Vida"*, con el objetivo de posicionar la alimentación saludable y la actividad física en la población adolescente escolarizada de 13 a 15 años.

Los avances mostrados en la conducta alimentaria y de actividad física en los adolescentes de los colegios participantes a finales del 2014, los cuales indicaron que el 34,9% consumía 2 o más frutas diarias, 38% consumía 2 o más vegetales diarios y 64% realizaba actividad física al menos 3 días a la semana, planteó la importancia de continuar con dichos esfuerzos a fin de promover un cambio cultural en el comportamiento alimentario y de actividad física.

Durante el año 2015, se llevaron a cabo 1.108 actividades en los colegios, con temáticas y dinámicas relacionadas con la alimentación saludable y actividad física, para un total estimado de 48.819 adolescentes y una población con discapacidad de aproximadamente 2.432 estudiantes.

Para la implementación de la campaña publicitaria se realizó un estudio de medios de comunicación que determinó las preferencias de los adolescentes a fin de dirigir los mensajes de acuerdo con dichas preferencias: radio, televisión, cine e internet.

Durante el año 2016, se llevaron a cabo 1.266 tácticas en los colegios participantes, con un total de 5.620 actividades, con temáticas y dinámicas relacionadas con la alimentación saludable y la actividad física, en las que las personas adolescentes recibieron información, realizaron actividad física; disfrutaron y compartieron alimentación saludable. En estas actividades participaron alrededor de 126.763 adolescentes en un total de 100 colegios. Además participó un estimado de 2.630 adolescentes con discapacidad y 1.147 funcionarios/as entre docentes y administrativos.

A setiembre de 2017, en cifras generales, el programa ha llegado a 123.248 estudiantes y 5.559 estudiantes con discapacidad. Se realizaron 1.231 actividades que involucraron temas de alimentación saludable y actividad física.

Cuadro 3.35
Población beneficiada y actividades desarrolladas, "Programa Ponele a la Vida"
Ministerio de Salud, 2015 – 2017

Año	Actividades Realizadas N° (%)	Población adolescente beneficiada N° (%)	Población adolescente con discapacidad
2015	1.108 (13)	48.819 (17)	2.432 (22)
2016	5.620 (69)	106.763 (38)	2.630 (24)
2017	1.449 (18)	122.932 (44)	5.800 (53)
Total	**8.177**	**278.514**	**10.862**

Fuente: Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud *Datos a la semana epidemiológica 38

Logros

- Implementación de la Campaña de Información en radio, cine, periódicos y revistas, televisión por cable e internet.
- Desarrollo de herramientas de mercadeo digital enfocadas en la población adolescente: Aplicación para dispositivos móviles APP Ponele a la Vida (2.100 usuarios/as adolescentes), Página Facebook de Ponele a la Vida (25.580 fans), Canal de Youtube de Alimentación Saludable con 12 videos de recetas saludables para jóvenes de 13 a 17 años.
- Cumplimiento de la meta del Plan Nacional de Desarrollo desde el año 2015.

Desafíos

- ✓ Fortalecer las alianzas entre las instituciones de salud y educación que abordan la población adolescente, la empresa privada y las municipalidades.
- ✓ Planificar y evaluar los planes, programas y estrategias implementadas con rigurosidad a fin de medir en forma eficiente los cambios producidos en las poblaciones blanco.
- ✓ Fortalecer el financiamiento de programas y estrategias que promuevan cambios culturales hacia estilos de vida saludables en los adolescentes.

Actividad física en el abordaje integral de la enfermedades no trasmisibles y obesidad

Situación actual y contexto

El sedentarismo o nivel de actividad física en la población nacional continua siendo un factor de riesgo importante que incide en la prevalencia de enfermedades no transmisibles, según lo demuestran encuestas nacionales que han incluido el tema. De esta manera, en las encuestas de factores de riesgo cardiovascular de la CCSS del 2010 y 2014, se encontró una prevalencia general de baja actividad física de un 50,9% y un 44,6% respectivamente. Aunque se demuestra un cambio favorable, al determinarse una disminución en el porcentaje de población mayor de 20 años que tiene actividad física baja, aún el porcentaje de sedentarismo sigue siendo alto.

Además de la anterior encuesta, se cuenta con la *"Encuesta Nacional de Consumo de Drogas 2015"*, la cual incluyó el tema de actividad y ejercicio físico. Esta encuesta permitió visualizar las diferencias que existen en la prevalencia de ejercicio físico y actividad física según grupo de edad, sexo, nivel educativo y cantón; asociadas posiblemente a inequidades en el acceso, educación, nivel socioeconómico, patrones culturales e índice de desarrollo social del cantón.

El país cuenta con el "*Plan Nacional de Actividad física y Salud 2011-2021"*, el tema constituye una meta en la *"Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las Enfermedades No Trasmisibles y Obesidad 2014-2021"*, y también en el "*Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018".* También existe la Red Costarricense de Actividad Física y Salud (RECAFIS), con nivel de organización nacional y cantonal, contándose a la fecha con 55 redes cantonales.

Cuadro 3.36
"Redes de Actividad Física y Salud", según región de salud,
Costa Rica, 2015-2017

Año	Número de redes	
	Regional	Cantonal
Chorotega	1	11
Central Sur		12
Pacífico Central		8
Central Norte		6
Brunca	1	5
Central Occidente		5
Huetar Caribe		3
Huetar Norte		3
Central Este		1
Total	**2**	**54**

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud, 2016.

Logros

- Asesoría y conformación de 15 redes cantonales, contándose a la fecha con 58 redes que trabajan la promoción de actividad física y salud, distribuida en las 9 regiones del país. Las mismas son coordinadas por las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud, con participación de diferentes actores locales, entre ellos se cuenta la representación de: Clínicas de la CCSS, escuelas, colegios públicos, comités cantonales de deporte y recreación, municipalidad, fuerza pública, PANI, entre otros.
- En diciembre del 2016, se realizó el V Encuentro Nacional de la RECAFIS con la participación de representantes de todas las redes de actividad física y salud: de nivel central, regional y cantonal, participando las 9 regiones del Ministerio de Salud.
- Se avanzó en el desarrollo de productos para fortalecimiento y apoyo de las redes cantonales, como fue el respaldo de las autoridades para elaborar un convenio

entre Ministerio de Salud e ICODER, que permita integrar recursos y consolidar el desarrollo de acciones conjuntas en el nivel nacional y cantonal.

- Se realizó un inventario de la oferta de programas o acciones para promover la actividad física en los cantones, que realizan los comités cantonales de deporte y recreación y las RECAFIS cantonales.
- Se elaboró material de sensibilización para la promoción de actividad física, dirigido a padres de niños escolares.
- En conjunto con la RECAFIS NACIONAL se formuló un proyecto nacional para la promoción de actividad física sistemática en cantones seleccionados de acuerdo a criterios de índice de desarrollo social, de prevalencia de bajo nivel de ejercicio físico y donde se contara con RECAFIS conformadas. Se aprobó presupuesto por parte de ICODER para 10 cantones seleccionados.
- En la Región Chorotega, durante el período 2014 al 2017 se fortaleció la Red Regional de Actividad Física y Salud de la Región Chorotega (RECAFIS, integrada por funcionarios/as de la CCSS, MEP, IAFA, CEN-CINAI, INAMU y MS). Actualmente existen 13 Redes Locales de Actividad Física y Salud (Nicoya, Abangares, Colorado, Liberia, Nandayure, Carrillo, Tilarán, Bagaces, Upala, La Cruz, Cañas, Hojancha y Santa Cruz), las cuales cuentan con planes de trabajo cuyo propósito es fomentar estilos de vida saludable por medio de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Durante el período 2014 al 2017 se capacitaron 11.447 personas de las comunidades, principalmente niños, niñas, adolescentes, mujeres y adultos mayores, en temas tales como actividad física, alimentación saludable, cultura de paz, salud sexual y reproductiva.
- Durante el período el número de personas que practican actividad física en la Región Chorotega, pasó de 1.072 en el 2014 a 7.870 en el 2017 y el número de personas capacitadas en alimentación saludable pasó de 494 personas en el 2015 a 1.321 en el 2017.
- Capacitación de 274 integrantes de las RECAFIS locales en temas diversos, con el objetivo de brindarles las herramientas necesarias para incentivar los estilos de vida saludable en las poblaciones más vulnerables.

Desafíos

- ✓ Aprobar y asignar presupuesto al proyecto nacional para la RECAFIS, dirigido a fortalecer acciones de promoción sistemática de actividad física en los cantones.

- ✓ Firmar el convenio entre el Ministerio de Salud e ICODER para integrar y consolidar acciones y recursos conjuntos.
- ✓ Analizar y publicar los resultados del componente de actividad física de la "*Encuesta de Consumo de Drogas del IAFA"*.
- ✓ Publicar el documento: "*Ayer, hoy y desafíos futuros de la actividad física en Costa Rica"*.
- ✓ Actualizar el sitio web de RECAFIS en la página de Ministerio de Salud.
- ✓ Validar y editar las Guías de Actividad Fsica y Salud.
- ✓ Sistematizar el directorio de miembros de las RECAFIS cantonales.
- ✓ Gestionar recursos humanos y financieros para apoyar la implementación de la Estrategia y su Plan de Acción.

III.2.9. Rectoría en Promoción de la Salud

Situación actual y contexto

El tema de Rectoría en Promoción de la Salud, es vinculante con varios de los compromisos país a nivel nacional e internacional. El PND 2015-2018 señala: "En el sistema de salud actual ha habido un privilegio del enfoque curativo en vez de una perspectiva más preventiva y de promoción de la salud".

La Rectoría en Promoción de la Salud, es la función responsable de liderar o articular las actuaciones de los actores sociales hacia el fortalecimiento de los factores protectores de la salud y garantizar el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de la población

La "Promoción de la Salud" se constituye en la tercera, de las once funciones de la Salud Pública. En la última medición de las FESP realizada en el año 2014, se señaló:

"El sistema actual de salud, se ha orientado hacia una posición reactiva, que significa un enfoque curativo, hospitalario, tecnológico, de especialistas, en lugar de una perspectiva más preventiva, y de promoción de la salud y fortalecimiento del primer nivel de atención,

situación que ha incrementado los niveles de dolor y muerte de la población y ha encarecido sustancialmente el costo de la prestación de los servicios de salud".

En dicha medición la promoción de la salud obtuvo un nivel de desempeño global mínimo con un puntaje de 0.43 lo que indica que hay debilidad en todos los indicadores que la conforman, los cuales son primordialmente de proceso y resultado.

Por otra parte el Informe Contraloría General de la República DFOE-SOC-IF-13-2012, emite una serie de disposiciones:

- Desde la perspectiva interna el MINSA presenta problemas de organización, se tienden a dedicar a la atención de denuncias, dejando de lado el control proactivo de las funciones de Rectoría.

- Existen debilidades en la estandarización de procedimientos y en los sistemas de información, reflejados en una escasa coordinación dentro del Sistema de Producción Social de la Salud con los principales actores sociales encargados de estos servicios.

En la misma línea, la Dirección de Auditoría Institucional en su "Informe DGA-030-2016-Ministerio de Salud sobre la función sustantiva rectora de la promoción de la salud", emite en sus disposiciones:

- Evaluar las acciones de la Estrategia de Promoción de la Salud a nivel institucional en atención al Plan Anual de 2015. Y señala que dos años después de la reorganización de Mercadotecnia a Promoción la Dirección de Promoción de la Salud carece de funciones y hay traslape de competencias con otras direcciones , lo que solicita definir funciones acorde a la Estrategia Maestra Institucional.

- Establecer canales de comunicación y de coordinación entre los tres niveles de gestión: los proyectos que se desarrollan carecen de lineamientos e instrumentos para su seguimiento y control desde el nivel central.

En enero 2016, bajo la coordinación de la Dra. Virginia Murillo Murillo, Viceministra de Promoción de la Salud, se conformó un Equipo Técnico Asesor en Rectoría en Promoción de la Salud bajo el principio de avocación; constituido por funcionarias y funcionarios de cuatro

regiones, Central Occidente, Central Norte, Central Este, Pacifico Central, una representante de la DGASS, una representante exfuncionaria jubilada y la asesora de este Viceministerio, quienes elaboraron el "Modelo en Rectoría en Promoción de la Salud" (MRPS), basados en la metodología de diseño organizacional durante todo el año 2016.Obteniéndose la aprobación de MIDEPLAN en noviembre de ese mismo año, el cuál fue presentado dentro del criterio de organización parcial de la Dirección de Promoción de la Salud.

El MRPS permite reorientar la gestión de la Dirección de Promoción de la Salud en los tres niveles de gestión, con cambios sustanciales de nombre a las dos unidades de la DPS, en sus funciones gerenciales, generales y sustantivas desde el rol rector en este tema.

Fue de interés de la Dra. Virginia Murillo Murillo Viceministra de Promoción de la Salud, continuar en el año 2017 y definir mediante de tres estrategias de implementación del Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud a saber:

I Estrategia normativa-política. Durante el año 2016 y 2017 se realizaron una serie de acciones para el diseño y aprobación del "Decreto Integrado de Promoción de la Salud", Decreto 40-706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MIDEPOR: Creación de las Comisiones de Promoción de la Salud, publicado en el alcance N° 263 a La Gaceta N° 207 del 2 de noviembre de 2017. Importante mencionar que este proceso desde el inicio contó con la participación de representantes de las instancias firmantes.

II Estrategia de capacitación: Curso Taller de ochenta horas a más de 200 funcionarios y funcionarias de los tres niveles de gestión incluyendo la Dirección de Promoción de la Salud , coordinado con la Unidad de Progreso Humano de la Dirección de Recursos Humanos. Para el cumplimiento de esta estrategia, toda la logística y conducción estuvo a cargo del Equipo Técnico Asesor con participación de los enlaces regionales y locales.

III Estrategia: Elaboración de los manuales de procedimientos: Mediante un trabajo conjunto con la Dirección de Planificación Institucional, representantes de la Dirección de Promoción de la Salud y representantes del Equipo Técnico Asesor, se conforma un Equipo Conductor y se elabora un Documento de Ruta. Cabe señalar que esta estrategia a pesar de contar con todos los insumos para su finalización según ruta trazada por el Equipo Conductor, no se pudo concluir por motivos de seguimiento por parte del/la Director/a de Promoción de la Salud, el avance llegó al nivel cero de procedimientos.

Logros

- Durante los años 2016 y 2017 la Rectoría en Promoción de la Salud se fortalece con la constitución de un Equipo Técnico Asesor adscrito al Despacho de la Viceministra de Promoción de la Salud, el cual contó con perfiles previamente establecidos para sus integrantes y con los principios de transparencia y bajo costo en la gestión. A su vez con capacidades gerenciales requeridas para el producto asignado: la elaboración e implementación de un modelo de Rectoría en Promoción de la Salud.
- Posicionamiento del Modelo de RPS mediante la abogacía de la Viceministra de Promoción de la Salud en la estructura organizativa del Ministerio de Salud en sus tres niveles de gestión.
- Como estrategia de socialización del MRPS, se facilitaron espacios de participación a funcionarios y funcionarias, quienes compartieron inquietudes y aportes ante el cambio paradigmático no solo de Promoción de la Salud, sino del rol rector en este tema; mediante visitas programadas a las nueves regiones y a las direcciones del nivel central con un cumplimiento de un 100%.
- La impresión de mil ejemplares: “Resumen del Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud” facilitó desarrollar una estrategia de divulgación en los tres niveles de gestión al material a compartir con los actores sociales. También se dotaron a las nueve direcciones del nivel central.
- Socialización del Modelo de RPS mediante la abogacía de la Viceministra de Promoción de la Salud ante representantes del Sector Salud y de otros sectores del país, lo que posibilitó el posicionamiento de la rectoría en promoción de la salud mediante un cambio paradigmático de factores protectores de la salud según determinantes sociales.
- Oficialización del “Decreto Integrado de Promoción de la Salud”, Decreto 40-706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MIDEPOR: Creación de las Comisiones de Promoción de la Salud, publicado en el alcance N° 263 a La Gaceta N° 207 del 2 de noviembre de 2017, el cual se establece lineamientos de articulación de las instituciones firmantes quienes de manera independiente emiten la directriz a sus niveles nacionales, regionales y locales garantizando.
- Fortalecimiento de las competencias en Rectoría en Promoción de la Salud a 200 funcionarios y funcionarias encargados/as de promoción de la salud mediante el Curso - Taller Conociendo y Aplicando el Modelo de Reorganización y Fortalecimiento de la Función Rectora de Promoción de la Salud en los tres niveles

de gestión del Ministerio de Salud, de marzo a junio del 2017.

- Treinta y dos funcionarios capacitados para facilitar el efecto multiplicador en todo el país, el cual fue exitoso con la conformación de once grupos de capacitadores para réplica en los tres niveles de gestión: Grupo 1 DPS, Grupo 2 ERPS, Grupo 3 RHC, Grupo 4 RPC, , Grupo 5 RCH, , Grupo 6 RCE , Grupo 7 RCS , Grupo 8 RHC , Grupo 9 RB , Grupo 10 RCN, Grupo11 RHN. Este trabajo se realizó en conjunto con la Unidad de Progreso Humano de la Dirección de Desarrollo Humano.
- Diseño de cinco módulos de capacitación sobre el Modelo de RPS; los cuales brindaron metodologías e instrumentalización para la operacionalización del MRPS y la puesta en práctica del Decreto a nivel central, regional y local
- Diseño de treinta y seis proyectos para ser ejecutados en todo el territorio nacional; según líneas temáticas de interés: Gerencia Social para la implementación MRPS/ Empoderamiento de actores sociales para la implementación PS / Metodología de mapeo de actores sociales / Comunicación Social como estrategia desde la perspectiva rectora PS.
- Sostenibilidad política-técnica en la gestión administrativa y presupuestaria que permitió la potencialización del recurso humano y financiero para todas las acciones y actividades requeridas en las diferentes estrategias propuestas del Modelo RPS.
- Desarrollo de un Proyecto piloto en la Región Central Occidente de georreferenciación de actores sociales y ´proyectos en promoción de la salud, desde el Observatorio de la Salud.
- Adherencia a la Red Latinoamericana de Gestores en Promoción de la Salud (RED LAMCPROSA), permitiendo que Costa Rica sea el segundo país a nivel centroamericano que se integra en tan importante organización.
- Reactivar el Plan Estratégico de Centroamérica y República Dominica en Promoción de la Salud en COMISCA.

Desafíos

- ✓ Dar seguimiento a compromisos institucionales según Convenio Específico de Cooperación entre las Escuela de Movimiento Humano-UNA y Convenio Marco con Escuela de Actividad Física de la UCR Ministerio de Salud.
- ✓ Dar seguimiento a la operativización del decreto “Decreto Integrado de Promoción de la Salud”, Decreto 40-706-S-MEP-MINAE-MAG-MCJ-MIDEPOR: Creación de

las Comisiones de Promoción de la Salud, en los tres niveles de gestión, según las especificidades nacionales, regionales y locales, con acompañamiento de directrices y lineamientos de la Dirección de Promoción de la Salud.

- ✓ Garantizar el contenido presupuestario en Rectoría en Promoción de la Salud requerido para todos los procesos centrales, regionales y locales.

- ✓ Continuar con el trabajo de coordinación iniciado con la Escuela de Salud Pública para el posicionamiento paradigmático de Rectoría en Promoción de la Salud, desde un enfoque de factores protectores de la salud según los determinantes sociales de la salud.

- ✓ Dar seguimiento al Proyecto Piloto de Georreferenciación de actores sociales y proyectos en promoción de la salud iniciado en la Región Central Occidente. Así mismo replicarlo en otras regiones en forma progresiva, debido a la relevancia que el mismo tiene dentro del marco del Observatorio de la Salud institucional.

- ✓ Finalización de los procedimientos, manuales y perfiles en promoción de la salud en sus tres niveles de gestión en cumplimiento a los Informes de Contraloría General de la República y el de Auditoría Institucional supracitados en párrafos anteriores.

Encuentro Mundial de Zonas Azules, Nicoya 2017

Situación actual y contexto

Una Zona Azul (ZA, Blue Zone o BZ) es un área geográfica limitada en la que su población tiene una longevidad excepcionalmente alta y no está en función de altos ingresos económicos o cuidados sanitarios especializados.

Según investigaciones demográficas y estadísticas realizadas por los científicos Gianni Pes y Michel Poulain, se llegó a la conclusión de que las Zonas Azules es un concepto utilizado para identificar áreas geográficas donde muchos habitantes logran vivir más de cien años con buena calidad de vida. Más tarde, Dan Beuttner, periodista estadounidense, en su libro “The Blue Zone”, junto con Pes y Poulain, reconoció y caracterizó cinco lugares: Okinawa, en Japón; Loma Linda, en California, Estados Unidos; Cerdeña, en Italia; Ikaria, en Grecia y Nicoya, en Costa Rica.

Las Zonas Azules del mundo tienen en común factores que contribuyen a la longevidad saludable como: movimiento humano ,salud mental, apego a la tradición alimentaria, fuerte Fe y espiritualidad, apoyo de su red familiar y un propósito de vida o una razón de ser.

Beuttner destaca la Península de Nicoya, porque los habitantes centenarios se apegan a tradiciones propias de su región, tienen movimiento continuo mediante actividades como caminar largas distancias, cortar leña, cuidar animales domésticos, cocinar en fogones, moler maíz, entre otras; además, se toman el tiempo para descansar. Apegado a esas actividades está una alimentación sana a base de maíz, la espiritualidad y a un propósito vida que cuenta con el acompañamiento de familiares, amistades y otros apoyos locales. Es una forma de vida con bajos niveles de estrés que incide en su capacidad de sonreír y sobrevivir mucho más años que el promedio nacional. Otros factores de longevidad saludable mencionados, es el consumo de agua mineralizada, favorecido por una vida al aire libre y las ventajas de vivir en un medio natural, maravilloso y reconfortante.

Según estudios del demógrafo costarricense, el Dr. Luis Rosero, del Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica, la concentración de habitantes mayores de 90 años, con longevidad saludable en la Península de Nicoya es única en el mundo, y la mortalidad de dicha población es 10% más baja en comparación con otras habitantes de edad similar en el resto del país. Según datos recientes la población de nonagenarios es de 865 habitantes (a partir del corte del 31 de mayo pasado) lo que prevé que Nicoya seguirá teñida de azul por un largo tiempo.

En el caso de aquellos longevos que han pasado la meta de más de 100 años, se contabilizan actualmente 41 y nueve personas que serán centenarias antes de noviembre, repartidos en los cinco cantones de la Península de Nicoya.

La alta esperanza de vida de en la Península de Nicoya, supera el promedio nacional de 77,25 años en los hombres y los 81,9 años en las mujeres, según datos del Ministerio de Salud. Inclusive cuenta con una población superior a los 5.000 habitantes mayores de 75 años.

Con la experiencia de la Península de Nicoya, Costa Rica se convierte en un referente de los factores protectores socioeconómicos, ambientales y culturales del envejecimiento positivo y la longevidad saludable y ofrece una oportunidad de comprender los elementos claves para la promoción de la salud en el envejecimiento saludable y autosuficiente el cual debe ser de reconocimiento en las políticas locales, nacionales e internacionales.

Por esa razón, el equipo del Área Rectora de Salud de Nicoya tomó la iniciativa de realizar un encuentro de las cinco Zonas Azules del mundo con el fin de conocer, compartir e investigar los factores que podrían orientar las acciones y estrategias que permitan el envejecimiento

positivo y autosuficiente. La iniciativa fue impulsada por el Despacho de la Viceministra de Promoción de la Salud desde el marco del Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud y avalada por Casa Presidencial.

Fue así que en noviembre de 2016, mediante acuerdo 72 del Consejo Social Presidencial se decidió realizar un Encuentro Mundial de Zonas Azules (EMZA), del 16 al 18 de noviembre del año 2017 en Nicoya, Costa Rica, posteriormente mediante Decreto Ejecutivo 40.438-MP-S-C se declara de interés público y nacional el encuentro.

La programación del EMZA incluye muchas actividades distribuídas en cuatro ejes: Intercambio de experiencias de la vida cotidiana (Encuentro de Longevos), Difusión de Conocimiento como proceso académico (Foro científico), Propuestas de lineamientos de políticas públicas (Encuentro de Jerarcas) e intercambio cultural y alimentario del EMZA (Festival Guanacastearte).

Logros

- El Encuentro Mundial de Zonas Azules permitió la operacionalización del Modelo de Rectoría en Promoción de la Salud en un tema de relevancia para la Salud Pública, el envejecimiento positivo y longevidad saludable.
- El Foro Científico fue un espacio de exposición de resultados de investigaciones científicas a nivel nacional y mundial, que permitió fortalecer el conocimiento sobre los pueblos longevos y sus características para una mejor comprensión del fenómeno de las Zonas Azules desde la función rectora de Promoción de la Salud.
- Identificación de líneas de investigación y temas comunes en las cinco Zonas Azules del mundo, desde el abordaje de los factores protectores del envejecimiento positivo y la longevidad saludable como un paradigma novedoso y propositivo para la Salud Pública.
- Los conversatorios con personas longevas y familiares permitieron un espacio participativo desde las experiencias de la vida cotidiana con representación de los cinco cantones de la Península, recuperando sus historias y el posicionamiento en el territorio como sujetos de acción y transformación.
- El Encuentro de Jerarcas institucionales y la firma del Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional fue garante de lineamientos de políticas pública desde las necesidades locales para preservar Zona Azul de la Península de

Nicoya en procura de la articulación de recursos de gobierno y de organizaciones no gubernamentales, para ejecutar los diversos proyectos propuestos.

- La Feria Gastronómica mostró al público del encuentro los secretos de la buena alimentación como factor protector de la salud de los adultos mayores longevos y de la población en general de la Península de Nicoya.
- La cobertura de medios de comunicación locales, nacionales e internacionales sobre los diversos productos que el EMZA , permitieron visibilizar mediante una vitrina mundial la zona azul de Costa Rica y posicionar a nivel paradigmático los factores protectores del envejecimiento positivo y la longevidad saludable.
- El Festival Guanacastearte permitió mostrar a los turistas nacionales e internacionales las diversas manifestaciones de la cultura guanacasteca, artesanías con identidad y nuevas fusiones.
- Los Portadores de tradición contaron con la participación de varios longevos quienes mostraron sus aportes a una defensa a las tradiciones gastronómicas a base de maíz así como en general de su cultura.

Desafíos

- ✓ Consolidar la red científica dedicada a estudiar este fenómeno de las Zonas Azules del Mundo, mediante la articulación de centros de investigación, nacionales e internacionales según los ejes temáticos desarrollados en las mesas de discusión del Foro Científico.
- ✓ Implementar el Convenio de Cooperación Interinstitucional en la Península de Nicoya según acuerdos establecido en el documento supra citado.

III.2.10.Salud Mental

Demencia y otras enfermedades asociadas

Situación actual y contexto

La demencia es una enfermedad incapacitante para aquellos que la padecen y suele ser devastadora para sus cuidadores y familiares. Se estima que en la actualidad 35.6 millones de personas viven con demencia a nivel mundial. Este número se habrá casi duplicado para el 2030 y más que triplicado para el 2050. La alta prevalencia mundial y el impacto económico

de la demencia en las familias, el estigma y la exclusión social asociados, presentan un importante reto para la salud pública.

La presencia precoz del deterioro cognitivo y la demencia, que se presenta con mayor frecuencia en personas en edades de 50 años y más, hacen que casi la mitad de la población nacional (46,7% según el Censo 2011) esté en riesgo de tener estos padecimientos. La necesidad de un diagnóstico temprano junto con una atención de calidad permite que al llegar a la adultez mayor no sea tan difícil la carga para la persona y para la red de apoyo familiar o social.

Los diagnósticos de demencia y deterioro cognitivo no se encuentran incluidos dentro del Decreto Nº 37306-S *"Reglamento de Vigilancia de la Salud"* lo que puede ser una causa del sub registro de este tipo de patologías. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) tampoco cuenta con esta información excepto que se incluyan como causa primaria de defunción.

Con el propósito de abordar en forma integral este tipo de padecimientos, Costa Rica formuló el "*Plan Nacional para la Atención de la Demencia", constituyéndose en* el primer país de ingresos bajos que desarrolla este tipo de instrumentos.

Logros

- Puesta en marcha del primer Plan de la Región Iberoamericana para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con demencia, sus cuidadores y sus familiares, para reducir el impacto sobre las regiones y comunidades donde se desarrolla.
- Autorización de la Investigación 10/66 "Estudio de Demencias en adultos mayores de la comunidad de Santo Domingo de Heredia de Costa Rica, 2016: estudio piloto para la implementación del estudio 10/66 de Prevalencia de Demencia en Costa Rica", trabajo realizado conjuntamente con la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias Asociadas (ASCADA) en el año 2015.
- Implementación del "Proyecto Prevención del Suicidio en la Región Central Este, cantones Dota, Paraíso y Oreamuno", el cual tiene como objetivo generar estrategias de promoción de la salud para prevenir el IAS en los grupos de riesgo. La población beneficiaria de este proyecto comprende 46.136 habitantes de Oreamuno y 58.030 del cantón de Paraíso.

Desafíos

- ✓ Dar seguimiento de las acciones y evaluación del proceso y resultados e informe final de la Implementación de la Norma Nacional de Atención a Personas Adultas con Deterioro Cognitivo y Demencia.

- ✓ Elaborar la "Estrategia Nacional para la Atención Integral para las Personas Adultas Mayores con Demencias y/o con Deterioro Cognitivo," por medio de alianzas estratégicas en un trabajo interinstitucional e intersectorial.

Abordaje y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Situación actual y contexto

La "*Estrategia Nacional para el Abordaje y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas"* y el "*Plan de Acción 2016-2022"*, definen las acciones clave para dar respuesta oportuna al problema del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica.

Desde la Estrategia, se plantea un abordaje interinstitucional e intersectorial que contempla la totalidad del ciclo vital de las personas, así como el curso natural de los trastornos relacionados con el consumo de estas sustancias. Con el fin de incidir de manera efectiva en la reducción del consumo de sustancias y sus consecuencias adversas para la salud, así como sociales y económicas, se plantea una Estrategia que parte de las políticas y planes nacionales, las recomendaciones internacionales basadas en evidencia en materia de salud y consumo de sustancias psicoactivas y el análisis de situación local.

Desde el enfoque de salud pública, la Estrategia se fundamenta en los principios de los determinantes de la salud y contempla la aplicación de políticas que promueven la salud y el bienestar social de la población costarricense. Para esto, se definen intervenciones dirigidas a la promoción de la salud, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias; la intervención temprana del consumo; la reducción de daños causados por el consumo; el acceso a tratamiento oportuno y de calidad; la recuperación de las personas, incluyendo su reinserción social; y la administración de los servicios de salud.

Logros

- Elaboración del documento preliminar de la Estrategia mediante la articulación de aproximadamente 60 participantes de diversas instancias interinstitucional e intersectoriales. Actualmente el documento se encuentra en revisión de las autoridades para su oficialización.

Desafíos

- ✓ Oficializar la "*Estrategia Nacional para el Abordaje y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas"*

- ✓ Lograr el compromiso de los actores clave en la implementación de la Estrategia en forma progresiva, preferiblemente de la periferia hacia el centro.

Comportamiento suicida

Situación actual y contexto

Según la OMS, en todo el mundo es insuficiente la disponibilidad y calidad de los datos sobre el suicidio y los intentos de suicidio. Sólo 60 Estados Miembros disponen de datos de registro civil de buena calidad que se pueden utilizar para estimar tasas de suicidio. La calidad insuficiente de los datos sobre mortalidad no es un problema exclusivo del suicidio, pero dada la sensibilidad de este fenómeno y la ilegalidad de las conductas suicidas en algunos países, es probable que la sub-notificación y la clasificación errónea de casos sea un problema más significativo en lo que respecta al suicidio que a otras causas de defunción.

Las estrategias eficaces de prevención del suicidio requieren un fortalecimiento de la vigilancia y el seguimiento de los suicidios y de los intentos de suicidio. Las diferencias entre países en los patrones de suicidio y los cambios en las tasas, características y métodos de suicidio ponen de relieve la necesidad de mejorar la integridad, calidad y oportunidad de los datos nacionales de suicidio. Esto incluye el registro civil de suicidios, los registros hospitalarios de intentos de suicidio, y los estudios representativos a escala nacional que recopilen información sobre intentos de suicidio auto-notificados.

A finales del año 2012, se publicó el Decreto de Vigilancia de la Salud con modificaciones importantes relacionadas con la notificación de diversos eventos de salud pública, entre ellos, la incorporación por primera vez, de los casos de intentos de suicidio notificados mediante la

boleta de notificación obligatoria. Esto permitirá conocer el comportamiento de las variables relacionadas con los trastornos mentales y su incidencia en el país, entre ellos el intento de suicidio. Además, esta información permitirá reorientar los programas de prevención y atención de las personas que intentan quitarse la vida, así como medir el impacto de las acciones institucionales en la población. La situación del suicidio en Costa Rica no es diferente a la encontrada a nivel mundial. Del 2014 al 2016, se registraron 900 suicidios.

Cuadro 3.37
Defunciones por suicidio en Costa Rica, Ministerio de Salud, 2014-2016.

Año	Suicidios
2014	284 (31%)
2015	296 (33%)
2016	320 (35%)
Total	**900**

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2016.

Logros

- 2015 y 2016: Desarrollo de un proceso consultivo con representación intersectorial e interinstitucional con el fin de generar un espacio de análisis y discusión, que permitió obtener acuerdos entre los actores sociales involucrados para el abordaje del comportamiento suicida.
- Elaboración y validación de la "*Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida"*, que plantea que al año 2022 se haya detenido el aumento del número suicidios en Costa Rica.
- Elaboración de la "Norma de Articulación Interinstitucional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida" la cual se encuentra en proceso de oficialización, la cual tiene como objetivo facilitar la articulación interinstitucional para el abordaje integral y oportuno de las personas que enfrentan riesgo suicida, intentos suicidas o se han visto afectadas por el suicidio. Será de aplicación obligatoria para las personas, instituciones, establecimientos y organizaciones, tanto públicas como privadas.

Desafíos

- ✓ Implementar la "*Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida"*.
- ✓ Desarrollar el protocolo de articulación de las instituciones de primera respuesta (Sistema de emergencia 911, Cruz Roja Costarricense, Fuerza Pública y Caja Costarricense del Seguro Social), para el abordaje de personas con ideación suicida y el traslado de personas con intentos de suicidio.
- ✓ Definir mecanismos de evaluación de la "*Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida"*.

Salud mental en emergencias y desastres

Situación actual y contexto

Según la Ley 8488, el Sistema Nacional del Riesgo articula de manera integral, organizada, coordinada y armónica de los órganos, a las estructuras, las relaciones funcionales, los métodos, los procedimientos y los recursos de todas las instituciones del Estado, procurando la participación de todo el sector privado y la sociedad civil organizada.

Asimismo, la "*Política Nacional de Salud Menta"l*, en su eje ambiental define como prioridad el subtema de "fenómenos naturales y antrópicos" identificando como acción clave la atención integral a las personas sobrevivientes por desastres naturales y antrópicos, por parte de los equipos entrenados.

Nuestro país y Centroamérica se encuentran ubicadas en un área propensa a desastres y emergencias. En muchas ocasiones, eventos menores conllevan auténticas catástrofes, en tanto hablamos de territorios altamente vulnerables ante amenazas de distinto tipo lo que lleva a considerar las de tipo natural y antrópico. Ante estas circunstancias las consecuencias son también de diversa naturaleza: infraestructurales, económicas (y sus implicaciones) más pobreza, migración forzada, pérdida de vidas humanas y psicosociales (no siempre "contabilizadas"), individuales y colectivas.

Es así como los desastres causan graves sufrimientos psicológicos y sociales a las poblaciones afectadas. Los efectos psicológicos y sociales de las emergencias pueden ser agudos en el corto plazo, pero también pueden deteriorar a largo plazo la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones afectadas. Su impacto psicosocial se relaciona con muchas variables, entre las que se encuentran las condiciones de vida de las personas y el grado de deterioro de su ambiente físico y social.

La Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud como ente rector en salud pública, basado en la experiencia previa del abordaje de la situación que vivió el país con los flujos migratorios durante el año 2015-2016, así como con las consecuencias del impacto directo del huracán Otto y de la Tormenta Nate en el año 2017, identificó la necesidad de elaborar un documento oficial de carácter nacional que defina la ruta a seguir en materia de la atención en los servicios de salud públicos y privados en situaciones de emergencias y desastres.

Para lograrlo requirió de la articulación de esfuerzos conjuntos entre el ente rector en materia de prevención de riesgos y atención de emergencias, y el ente rector en materia de salud pública así como con las instancias del Sistema Nacional de Producción Social de la Salud.

Logros

- Elaboración y validación de la *"Norma de Articulación Interinstitucional para la atención integral de la salud mental y de abordaje psicosocial en situaciones de emergencias y desastres en los escenarios de servicios de salud y en la comunidad"* con la participación de 25 actores sociales involucrados en la atención de emergencias y desastres a nivel nacional.
- Incorporación por primera vez en el "*Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático*" de las acciones de abordaje integral de la salud mental.

Desafíos

- ✓ Brindar las herramientas teóricas y prácticas para los diferentes niveles de gestión de forma que se garantice la posibilidad de instalar capacidades en las comunidades que se ven mayormente afectadas por emergencias y desastres.

- ✓ Hacer alianzas con países de la Región que tienen vasta experiencia en el abordaje de la salud mental y de apoyo psicosocial en situaciones de emergencias y desastres, con el fin de compartir conocimiento y generar estrategias conjuntas para el fortalecimiento de las capacidades del país en la materia.

Otras actividades de la Secretaría Técnica de Salud Mental

Situación actual y contexto

La Secretaría Técnica de Salud Mental como un órgano técnico, adscrito al Despacho del Ministro o Ministra de Salud, tiene como objetivo principal el abordaje integral de la salud mental, desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la participación de otras instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica.

Logros

- Inicio del proceso a nivel país de articulación de ONG ‘s que trabajan con personas con discapacidades relacionadas con salud mental, incluido el grupo familiar y el entorno para constituir la Red Nacional de Salud Mental. Lo anterior en el marco de la participación de la STSM en el III Congreso organizado por la Red Centroamericana. Actualmente participan en la Red Nacional un total de once asociaciones.
- Realización de la investigación: “*Adaptación del Instrumento sobre Bienestar y Percepción Subjetiva de Salud y/o Sobrecarga en Personas Cuidadoras no Remuneradas de Personas Mayores Funcionalmente Dependientes”*, la cual fue avalada por el Consejo Nacional de Salud Mental y por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).
- Elaboración de metodología para la formulación de proyectos institucionales para fortalecer los factores protectores de la salud mental en los espacios de trabajo.

III.2.11. Alimentación, Nutrición y Salud

Secretaría de la Política de alimentación y Nutrición (SEPAN)

Situación actual y contexto

La SEPAN es un órgano adscrito al Despacho del Ministro o Ministra según el artículo 5 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412 de 1973. Entre sus responsabilidades está el asesorar al Ministro o Ministra en materia de políticas en alimentación y nutrición, mediante el trabajo intersectorial.

La SEPAN coordina la *Comisión Intersectorial para la Inocuidad de Alimentos* (CIIA), la cual está integrada por representantes de instituciones públicas y privadas relacionadas con la materia y tiene como funciones primordiales: coordinar, facilitar e impulsar los esfuerzos de los entes públicos, de las organizaciones privadas y de la sociedad en general, para lograr el aseguramiento de la inocuidad de los alimentos en beneficio de la salud pública, la sanidad agropecuaria y el comercio leal y equitativo.

Existen debilidades en el abordaje del tema de la alimentación y nutrición de la población costarricense. Desde esta perspectiva la SEPAN es el ente especializado con carácter interinstitucional que articula y potencia el quehacer de las actores involucrados en el tema.

Durante más de seis años la SEPAN a pesar de su importancia por su intervención en la elaboración de políticas en el tema de alimentación y nutrición a nivel intersectorial, se mantuvo sin funcionalidad. En esta administración al inicio de 2015 la Ministra en su cargo le dio el apoyo político requerido para su reactivación inicial

Del año 2016-2018 la Dra Virginia Murillo Murillo asume el fortalecimiento de la SEPAN, mediante una estrategia normativa- política, con participación de los actores sociales involucrados como Asamblea Legislativa, MAG, MEIC, UCR,MEP,CEN-CINAI entre otros.

Logros

- Reactivación de la SEPAN con asignación de recurso humano, y nombramiento de forma interina de la Dirección Técnica.

- Reactivación del Consejo Ministerial de la SEPAN, el cual realizó 4 reuniones entre los años 2015 y 2017.
- Actualización del Marco Estratégico mediante el ajuste a las necesidades país, de la misión, visión y objetivos estratégicos de la Secretaría. Para ello se contó con la participación de las siguientes instancias: SEPSA, Dirección Nacional Extensión del MAG, INCIENSA, Dirección Nacional CEN-CINAI, UCR, MEIC y de organismos internacionales como INCAP y FAO.
- Fortalecimiento del trabajo intersectorial mediante la acción rectora en los siguientes temas:
  - o Se asume la coordinación del trabajo intersectorial del Sistema Nacional de Inocuidad de los Alimentos y se reactiva la Comisión Interinstitucional de Inocuidad de los alimentos.
  - o Asignación del tema de fortificación de alimentos, donde se coordina la Comisión Nacional de Micronutrientes.
  - o Se dirige el proceso de elaboración del Plan de abordaje integral del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia, el cual es intersectorial.
  - o Integración de la SEPAN en temas como Sistemas Alimentarios Sostenibles, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Cambio Climático, Estrategia Nacional de Reducción sal-sodio.
  - o Incorporación en comisiones intersectoriales en el tema de alimentación y nutrición.

Desafíos

- ✓ Definir la estructura funcional y organizacional de la SEPAN y proveer de más recursos humanos calificados.
- ✓ Reactivar los mecanismos de coordinación intersectorial de la SEPAN.
- ✓ Posicionar a la SEPAN como el ente coordinador en el país de la alimentación y nutrición.

Sobrepeso y obesidad

Situación actual y contexto

En Costa Rica, la obesidad constituye un problema de salud pública. Según las Encuestas Nacionales de Nutrición 1982, 1996 y 2008 del Ministerio de Salud, la prevalencia de obesidad ha aumentado en todos los grupos de edad, tanto en hombres como en mujeres.

El *"Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018"*, en respuesta a tal situación, incorporó el tema de la obesidad como una prioridad nacional y designó al Ministerio de Salud, como responsable de la creación de un *"Programa Nacional para la Prevención de la Obesidad".*

Los resultados del Primer CENSO de Peso/Talla en escolares (6-12 años de edad) realizado en el 2016, de los 347.379 escolares censados, se encontró una prevalencia a nivel nacional de sobrepeso de 20% y de obesidad de 14% (34%; (n: 118.078) de exceso de peso) Además, los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN 2008-09) del grupo de 13 a 19 años de edad, se observó que un 21% tenían sobrepeso y obesidad. Asimismo, la obesidad, en estos grupos etáreos, está asociada a una amplia gama de complicaciones de salud graves, a muchas probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y a un creciente riesgo de contraer, a edades más tempranas, enfermedades no transmisibles como la Diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares. Igualmente, la obesidad además de afectar a la salud inmediata de la niñez y adolescencia, también tiene consecuencias económicas y sanitarias, tanto para la persona como para la sociedad en general.

Es por este motivo que se establece como prioridad abordar a este grupo poblacional y el entonces Ministro de Salud, reconoce la necesidad de dar respuesta urgente al grave problema de salud pública la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar y adolescencia, resultando en la formulación de un "Plan de Acción para el Abordaje del Sobrepeso y Obesidad en la Infancia y Adolescencia".

En este sentido, fue necesario revisar las estrategias actuales y establecer nuevas alternativas de abordaje e intervenciones, especialmente aquellas que articulen los esfuerzos dispersos que actualmente se presentan.

Asimismo, se reconoce la necesidad de fortalecer y enfocar sus políticas públicas y acciones intersectoriales para la promoción de una alimentación saludable en el contexto de una vida sana, dirigidas a mejorar el estado nutricional, las condiciones de salud y a la prevención del

sobrepeso y obesidad, así como, otras enfermedades no transmisibles vinculadas a la dieta en este grupo de población.

Se da continuidad y se fortalecen procesos intersectoriales y los realizados por el Ministerio de Salud, para fortalecer el tema.

Logros

- Elaboración del Plan de Abordaje Integral del Sobrepeso y Obesidad en la Niñez y Adolescencia.
- Fortalecimiento del Programa de Salud Nutrición Escolar mediante la articulación y el trabajo conjunto entre la CCSS, Ministerio de Educación Pública y Ministerio de Salud, en los tres niveles de gestión, mediante la elaboración planes locales y regionales para el desarrollo integral en la niñez, con énfasis en obesidad en este grupo de edad.
- Inicio de la implementación del "*Proyecto de Reducción de la Obesidad en niños de 5 a 12 años de edad"* en el 2017. Con este proyecto se están fortaleciendo las capacidades de las "*Comisiones Locales de Nutrición y Salud Escolar"* por medio de la capacitación-acción.
- Formulación del "*Plan de acción para el Abordaje Integral del Sobrepeso y Obesidad en la Niñez y Adolescencia".* El plan tiene como objetivo "Contribuir a la detención del aumento del sobrepeso y la obesidad en la niñez y la adolescencia, mediante acciones intersectoriales coordinadas y articuladas de las instituciones públicas, la sociedad civil, la academia y el sector privado".
- Implementación del decreto de sodas estudiantiles mediante una estrategia validada cual fue validada por funcionarios/as del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación de la Región de Heredia, debido al número elevado de centros educativos con sodas estudiantiles.
- Desarrollo del Sistema de Información Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINSAN), que cuenta con indicadores sobre: estado nutricional, antropometría, acceso y disponibilidad de alimentos (área, producción, consumo, existencias, comercio de alimentos) macroeconómicos y servicios básicos, entre otros, con su respectiva ficha metodológica.
- Creación de una alianza público privada en el 2016, entre el Ministerio de Salud y la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA), con el fin de reducir

el contenido de sal/sodio en los alimentos procesados. A la fecha, existen diez grandes industrias alimentarias a nivel nacional y centroamericano, que producen unos 200 alimentos y que se han comprometido a cumplir con las metas nacionales de reducción del contenido de sal-sodio para el 2018.

- Desarrollo de una estrategia de educación nutricional y actividad física en la niñez que se implementa actualmente en los niños y niñas de CEN-CINAI.
- Desarrollo de investigaciones, guías y protocolos sobre obesidad en coordinación con la CCSS y otros actores clave.

Desafíos

- ✓ Declarar la obesidad como prioridad en salud a nivel nacional, a fin de contar con el apoyo político, de los sectores clave y de los organismos internacionales.
- ✓ Divulgar el "*Plan para el Abordaje Integral del Sobrepeso y Obesidad en la Niñez y Adolescencia"*, con el fin de promover una implementación, seguimiento y evaluación, articulada y coordinada en los tres niveles de gestión.
- ✓ Consolidar el *"Programa Nacional de Abordaje Integral de la Obesidad"* mediante la dotación de recursos humanos y financieros.
- ✓ Sistematizar y evaluar las acciones y estrategias implementadas para el abordaje de la obesidad a fin de medir el impacto de las mismas.

Proyecto de Fortalecimiento de los Programas de Alimentación Escolar

Situación actual y contexto

El "*Proyecto de Fortalecimiento de los Programas de Alimentación Preescolar y Escolar"*, tiene el propósito de promover el desarrollo de la agricultura familiar, la seguridad alimentaria y nutricional y el desarrollo rural sustentable, bajo el principio del derecho humano a la alimentación adecuada, la educación alimentaria y nutricional y el desarrollo humano y social.

- Una estrategia promovida por el Programa es el modelo de "*Escuelas Sostenibles",* con el objetivo de implementar programas de alimentación escolar sostenibles, a partir de actividades como: involucramiento de la comunidad educativa, adopción de menús escolares adecuados y saludables, huertos escolares pedagógicos, reforma de cocinas, comedores y bodegas y la compra directa de productos de la agricultura familiar local.

Logros

- Implementación del Modelo de Escuelas y CEN-CINAI Sostenibles en 58 centros educativos y 10 CEN-CINAI en Desamparados y Pérez Zeledón de San José, Buenos Aires, Coto Brus y Corredores de Puntarenas.
- Educación alimentaria y nutricional para 10.800 niños y niñas y 1.200 padres de la Región Brunca y del cantón de Desamparados de la Región Central Sur, con el fin de promover hábitos alimentarios y estilos de vida saludables.
- Implementación y fortalecimiento de las huertas estudiantiles de aproximadamente el 50% de las Escuelas y CEN-CINAI Sostenibles.
- Identificación de los menores que presentan malnutrición y que deben ser abordados de manera integral tanto por el Sector Salud, como por el Sector Educación.
- Actualización de los menús escolares que incorporen nuevas propuestas que contribuyan con la alimentación saludable de la población estudiantil
- Sensibilización de aproximadamente 120 integrantes de las Juntas de Educación de las escuelas y de los Comités de Desarrollo Específico de CEN-CINAI, sobre la importancia de comprar alimentos a familias que poseen huertos, a fin a dinamizar las economías locales y ofrecer a los estudiantes productos producidos y cosechados en sus comunidades.
- Fortalecimiento de ocho organizaciones de productores locales de la Región Brunca y del cantón de Desamparados de la Región Central Sur y capacitación de 300 agricultores familiares para fortalecer sus sistemas productivos, enfatizando las buenas prácticas agrícolas y mecanismos de comercialización, para garantizar la calidad y la inocuidad los alimentos que se brindan a los pre escolares y escolares.

Desafíos

- ✓ Lograr la sostenibilidad financiera del Proyecto para que continúe, una vez que concluya el financiamiento y los recursos brindados por el gobierno de Brasil y por la FAO de Costa Rica
- ✓ Extender la experiencia de Región Brunca y del cantón de Desamparados de la Región Central Sur a otras regiones del país, mediante la articulación intersectorial que ha sido en parte, el éxito de este proyecto.

- ✓ Fortalecer la educación alimentaria y nutricional como estrategia para enfrentar el problema de la malnutrición en nuestro país, con énfasis en el sobrepeso y obesidad.

Vigilancia nutricional

Situación actual y contexto

La vigilancia nutricional en Costa Rica inicia en el 2016 con la elaboración de las siguientes normas en conjunto con la CCSS, INCIENSA y la UCR:

- *"Norma Nacional de Uso de las Gráficas Antropométricas para Valoración Nutricional de 0-19 Años*"

- *"Norma para la Evaluación Nutricional de la Persona Mayor de 65 Años en Costa Rica"*.

Actualmente se trabaja en el desarrollo de la etapa 1 de la plataforma tecnológica: "*Sistema de Vigilancia Nutricional"*, la cual contemplará la "Vigilancia del Estado Nutricional en la Población Menor de 19 años".

De marzo a diciembre de 2016 se realizó el "*Primer Censo Peso/Talla Escolar en Costa Rica*" con la colaboración de CEN CINAI y el Ministerio de Educación Pública.

En el 2016, además se establecieron los criterios para la notificación obligatoria de eventos nutricionales, de acuerdo con lo establecido en las normas de valoración nutricional. El "*Reglamento de Vigilancia de la Salud"* N° 40556-S, del 23 de agosto de 2017, la obesidad, el riesgo nutricional, retardo en el desarrollo y los diferentes tipos de desnutrición, lo que permite junto con las encuestas, contar con un perfil epidemiológico nutricional.

El Ministerio de Salud administra el sistema interinstitucional denominado SINSAN (*Sistema Nacional de Información Nutricional en Seguridad Alimentaria Nutricional en Costa Rica*), en el que participan INEC, MAG, SEPSA y Ministerio de Salud. Actualmente, este sistema se encuentra en proceso de fortalecimiento para la generación de informes para la toma de decisiones políticas.

Logros

- Coordinación del 1er Censo Peso/Talla escolar en Costa Rica, llevado a cabo por el Ministerio de Salud en colaboración con la Dirección de CEN CINAI y el Ministerio de Educación Pública, en todas las escuelas del país, de marzo a noviembre del 2016.
- Establecimiento de criterios para la notificación obligatoria de eventos nutricionales.
- Publicación de la Norma Nacional de Uso de las Gráficas Antropométricas para Valoración Nutricional de 0-19 años.
- Establecimiento de criterios para la notificación obligatoria en relación a eventos nutricionales.
- Establecimiento del *Sistema Escolar de Vigilancia Nutricional* (SEVIN), que permite analizar los resultados del Censo Escolar Peso/Talla y otras encuestas que utilicen las mismas variables antropométricas y de seguimiento en los niños y niñas de 6-12 años.
- Coordinación del segundo Censo Peso/Talla escolar en Costa Rica para ser ejecutado en 2018.
- Establecimiento de criterios para la notificación obligatoria en relación a eventos nutricionales.

Desafíos

- ✓ Apoyo político y económico para la generación de censos y encuestas que contribuyan con la información requerida para el fortalecimiento del sistema de vigilancia nutricional.
- ✓ Analizar y divulgar los resultados del 1 er. Censo de Peso/Talla Escolar 2017.
- ✓ Ejecutar el Censo peso/talla escolar en 2018.

Fortificación de alimentos

Situación actual y contexto

En la Encuesta Nacional de Nutrición del 2008-2009 se observó una notable reducción de las anemias nutricionales, en la población de 1 a 6 años como resultado de la fortificación de

alimentos con hierro, ácido fólico y vitamina A. No obstante, información reciente suministrada por la CCSS, indica que en la población menor de 2 años, todavía se observan porcentajes altos de anemia, debido a que este grupo de población generalmente no consume alimentos fortificados.

Logros

- Promoción del desarrollo, por parte de la industria alimentaria, de alimentos (papillas, sopas y refrescos) fortificados con hierro, vitamina A, zinc y ácido fólico para la población menor de dos años. Dichos alimentos fueron distribuidos a la población de mayor riesgo, por medio de programas sociales, cooperativas de mujeres y establecimientos comerciales, a precios accesibles. La papilla de avena desarrollada, ya se encuentra disponible al público.
- Promulgación del Decreto Nº 39020-S "Reformas al Reglamento técnico para la fortificación con vitamina A del azúcar blanco de plantación para el consumo directo", con la finalidad de establecer los niveles para un adecuado control y evitar el ingreso al país de azúcar sin fortificar.

Desafíos

- ✓ Poner a disposición de los grupos de población vulnerable, alimentos de alto valor nutricional, por medio de los programas sociales y otros mecanismos de alcance nacional.
- ✓ Promover la distribución, disponibilidad y competitividad de los nuevos productos desarrollados en los comercios a nivel nacional.

Inocuidad de los alimentos

Situación actual y contexto

Desde el año 2002 se decretó la creación de la Comisión Intersectorial para la Inocuidad de Alimentos (CIIA), la cual ha sido la instancia de coordinación del tema en el país. La misma estuvo muy activa y con ejecución de proyectos financiados por la FAO entre los años 2010 y 2013, siendo parte de este proceso la elaboración de la Política Nacional de Inocuidad de los Alimentos. Durante este tiempo el Ministerio de Economía Industria y Comercio coordinaba esta comisión, sin embargo entró en inactividad hasta agosto del 2016, en que la Dra. Virginia Murillo Murillo, Viceministra de Salud retoma el tema y se lo asigna a la SEPAN.

La SEPAN desde entonces tiene la coordinación de la CIIA, cual está integrada por representantes de las instituciones Públicas y Privadas relacionadas con la materia. Esta instancia tiene como funciones primordiales: Coordinar, facilitar e impulsar los esfuerzos de los entes públicos, de las organizaciones privadas y de la sociedad en general, para lograr el aseguramiento de la inocuidad de los alimentos en beneficio de la salud pública, la sanidad agropecuaria y el comercio leal y equitativo.

Actualmente, se encuentra en un proceso de análisis de los esfuerzos llevados a cabo años atrás, con el fin de actualizar, fortalecer y potencializar diversas acciones prioritariamente tales como:

- Diseño e implementación del Sistema Nacional de Inocuidad de Alimentos.
- Legislación y Políticas.
- Gestión del Control y la Vigilancia.
- Servicios de Inspección.
- Servicios de Laboratorio.
- Mercadotecnia, Comunicación, Información y Educación.
- Reactivación del Sistema de Alertas.

Importante señalar, es que, existen muchos vacíos y debilidades que deben de trabajarse para mejorar la situación de la Inocuidad de Alimentos, la SEPAN viene a ser ese ente especializado con carácter interinstitucional que conduce y lidera el proceso para fortalecer y promover la articulación, coordinación armónica del quehacer de las instituciones hacia el tema.

Además, ha sido el responsable de coordinar el proceso de revisión y mejoramiento de las capacidades en inocuidad de los alimentos en el Ministerio de Salud, mediante el funcionamiento de una comisión de alto nivel donde participan y dirigen las Viceministras de Salud y participan la Dirección General de Salud, personal técnico de nivel central y del INCIENSA.

Logros

- Seminario realidad actual, desafíos y oportunidades en Inocuidad de Alimentos para Costa Rica, el cual permitió la actualización en el tema de inocuidad de alimentos.

- Campaña en las Redes Sociales de Inocuidad de Alimentos, durante la semana nacional de la inocuidad de los alimentos, con el fin de posicionar el tema a nivel nacional.
- Establecimiento de una comisión de alto nivel en el Ministerio de Salud oficializada por la Ministra de Salud, para la revisión, actualización y mejoramiento del quehacer del Ministerio en materia de Inocuidad de los Alimentos.

Desafíos

- ✓ Actualizar el decreto de la Comisión Intersectorial para la Inocuidad de Alimentos (CIIA).
- ✓ Garantizar la viabilidad política y compromiso de los/las jerarcas de las instituciones que conforman Comisión Intersectorial para la Inocuidad de Alimentos (CIIA) con el fin de impulsar y fortalecer el trabajo desde la CIIA.
- ✓ Diseño e implementación del Sistema Nacional de Inocuidad de Alimentos.
- ✓ Reactivación del Sistema de alertas a nivel nacional y promover e impulsar la reactivación del sistema en la región.
- ✓ Establecer un plan de trabajo interinstitucional en el tema inocuidad de los alimentos que conduzca al fortalecimiento del Sistema Nacional de Inocuidad de los Alimentos.

Seguridad Alimentaria y Nutricional

Situación actual y contexto

El Ministerio de Salud ha venido trabajando en el tema de alimentación y nutrición desde los años 70´s y desde finales de la década de los ochenta lo ha hecho incluyendo las acciones en el marco de la seguridad alimentaria y nutricional (SAN).

La Ley Marco de Derecho Humano a la Alimentación y Seguridad Alimentaria y Nutricional, fue presentada y acogida por la Asamblea Legislativa en agosto del año 2016 y procura atender la necesidad identificada de “reconocer expresamente el Derecho Humano a la Alimentación” y de reafirmar su carácter de derecho plenamente justiciable. Asimismo establece una

relación estrecha entre este Derecho Humano y la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). El Ministerio de Salud no participó de la elaboración de dicha propuesta y posterior a su presentación toma un papel activo en la retroalimentación del mismo, para la elaboración de un texto sustitutivo.

Logros

- Texto sustitutivo desde Ministerio de Salud al proyecto de Ley, presentado a la Asamblea Legislativa con cambios importantes al texto presentado.
- Preparación de un texto sustitutivo en conjunto con asesores de la Comisión de Agropecuarios de la Asamblea Legislativa y personal del Ministerio de Agricultura y Ganadería.

Desafíos

- ✓ Posicionar el texto sustitutivo del Proyecto de Ley, expediente 20.076 y promover su aprobación.

III.2.12.Salud de poblaciones específicas y curso de vida

Niñez y Adolescencia y Embarazo Adolescente

Situación actual y contexto

Costa Rica, ha logrado a lo largo de los años importantes avances en las condiciones de vida de su población, producto de la intervención en los diferentes determinantes de la salud, un ejemplo de ello es la disminución de la mortalidad infantil, en la cual, los servicios de salud constituyen un determinante importante.

En el caso de las personas adolescentes, el *"Plan Estratégico Nacional en Salud para la Persona Adolescente 2010-2018*" (PENSPA), priorizó el abordaje de temas que afectaban a ese grupo poblacional: violencia, malnutrición, salud mental y salud sexual y reproductiva.

El Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA), el Ministerio de Salud, específicamente la Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud (DPEEAS), han unido esfuerzos en materia de prevención del embarazo adolescente en el marco del *"Plan de Acción del CIAMA 2012-2016"* .

La proporción de nacimientos en adolescentes, se había mantenido cercana al 19% y para el 2015 se logró reducir en aproximadamente tres puntos porcentuales, alcanzando el 16 % del total de nacimientos.

Logros

- Ajuste del Plan Nacional Estratégico de Salud de Población Adolescente 2018-2022 (PENSPA).
- Implementación del Proyecto de Capacitación Interinstitucional en la aplicación del *"Manual para la Atención Interinstitucional de Personas Menores de Edad Víctimas de Explotación: Sexual, Trata de Personas, Trabajo Infantil y Trabajo Adolescente Peligroso".*
- Formación de 50 personas como multiplicadoras del proceso de sensibilización para el trabajo con adolescentes a funcionarios/as de siete regiones el Ministerio de Salud y funcionarias integrantes del CIAMA.
- Divulgación del *"Modelo Nacional de Prevención y Atención del Embarazo Adolescente: Norma Nacional",* en seis regiones del Ministerio de Salud, con participación de otras instituciones de nivel regional y local.
- Capacitación de 30 funcionarios/as del INA sobre derechos de la persona adolescente en condición de embarazo y lactancia.
- Cumplimiento de metas de la primera etapa del Proyecto Salud Mesoamérica e inicio de la segunda operación en las Regiones Brunca y Huetar Caribe.
- Implementación del Sistema de Información de Adolescentes (SINA), como parte del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SINAVIS).
- Incorporación de 45 jóvenes del Cantón de Osa, de la Región como promotores juveniles en la Iniciativa Salud Meosamérica-2 etapa.
- Articulación de la Red Regional de Niñez y Adolescencia de la Región Chorotega durante el período 2015-2017, que asesora y da seguimiento a las Redes Locales de Niñez y Adolescencia, de los cantones de mayor incidencia de embarazo adolescente (La Cruz y Liberia).
- Capacitación de 200 funcionarios/as y 25 jóvenes promotores de las redes interinstitucionales de niñez y adolescencia de la Cruz y Liberia en temas de salud sexual y reproductiva de la persona adolescente, divulgación de la norma nacional

de atención a la persona adolescente, relaciones impropias, violencia y género y la Ley de Paternidad Responsable.

- Sensibilización de 32.318 adolescentes y jóvenes en derechos humanos, salud sexual y reproductiva, desarrollo humano y proyecto de vida, para la prevención del embarazo adolescente por parte de la Unidad de Coordinación Local-CIAMA, en la Región Central Occidente.

Desafíos

- ✓ Mantener la reducción de la tasa de fecundidad y la disminución de proporción de nacimientos en adolescentes.
- ✓ Consolidar el modelo de prestación de servicios para la prevención del embarazo adolescente en red de servicios en las regiones Huetar Caribe y Brunca.
- ✓ Garantizar la participación de los promotores juveniles en la Iniciativa Salud Mesoamérica, ya que constituyen un factor determinante en las acciones de promoción de una salud sexual y reproductiva sana y de prevención del embarazo en las personas adolescentes.
- ✓ Lograr la sostenibilidad del modelo propuesto por el Proyecto Salud Mesoamérica para la prevención del embarazo adolescente a nivel nacional para los siguientes años
- ✓ Aumentar la captación de los jóvenes no escolarizados con vida sexual activa y que no acceden a los servicios de salud y de protección social.
- ✓ Fortalecer la toma de decisiones mediante la utilización del SINA en los tres niveles de gestión.
- ✓ Contar con presupuesto específico, por Región Rectora de Salud, para el financiamiento de proyectos en niñez y adolescencia como parte de los Subsistemas Locales de Protección de Niñez y Adolescencia.
- ✓ Contar con mayor acompañamiento y orientación por parte del CIAMA nacional para los Unidades de Coordinación Locales-CIAMA de las regiones rectoras de salud.

Poblaciones afrodescendientes

Situación actual y contexto

Se diseñó una propuesta de participación de la población afrodescendiente en temas de salud y enfermedad la cual, aparte de tomar en cuenta su percepción en el tema considera información estadística y documental pre existente.

Para este trabajo comunitario, se elaboró un Curso de Capacitación con contenidos teórico-prácticos para mejorar las capacidades institucionales para el trabajo comunitario intercultural y para facultar a los funcionarios/as para la recolección de la información en las comunidades.

Logros

- Elaboración del *"Plan Nacional de Salud de la Población Afrodescendiente*". Para ello se utilizaron dos estrategias:

  a) Realización de cuatro talleres de diagnóstico sobre la percepción de salud y enfermedad en cuatro comunidades de Cahuita, Limón, Bebedero de Cañas y San José, por contar con una elevada población de afrodescendientes. Este diagnóstico permite priorizar las acciones para el abordaje de los problemas encontrados.

  b) Realización de dos talleres para la definición del *"Plan Nacional de Salud de la Población Afrodescendiente"*, uno con funcionarios/as del Ministerio de Salud y otro con representantes comunitarios afrodescendientes.

Desafíos

- ✓ Oficializar el *"Plan Nacional de Salud de la Población Afrodescendiente".*
- ✓ Consolidar el equipo intersectorial para implementar el Plan.

Migraciones y salud

Situación actual y contexto

Las condiciones socioeconómicas del país y su ubicación geográfica, favorecen que Costa Rica sea un lugar de tránsito y de destino para personas migrantes de múltiples nacionalidades. Según el Censo 2011, la población residente en el país y nacida en el exterior es del 9%. La población

nicaragüense constituye el 75,57% del total de los extranjeros radicados en el país, seguida de la de nacionalidad colombiana y estadounidense con un 4%, panameños un 3% y salvadoreños un 2%. El 41% de este flujo migratorio, se asentó en el país a partir del año 2000.

La migración hacia Costa Rica, tiene un importante componente laboral, que por la dinámica de las dos fronteras permite la relación y el desplazamiento constante de población transfronteriza. El grupo etario más concurrido es el de 20 a 39 años de edad, lo cual puede indicar que la migración se genera por la búsqueda de mayores oportunidades laborales y económicas. Las personas extranjeras constituyen más del 12% de la población ocupada del país, en sectores como la agricultura, ganadería, silvicultura, construcción y seguridad.

La población indígena migrante se desplaza por un factor de oportunidad laboral en la recolección de café y permanecen en distintas zonas del país por algunos meses y se calcula que alrededor de 12,000 personas se trasladan a las zonas cafetaleras de Coto Brus, Los Santos e incluso, del Valle Central, San Ramón y Naranjo. El X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, se estima que existen en nuestro país, un total de 3.038 personas indígenas Ngöbe Buglé o Guaymí nacidas en el extranjero.

Centroamérica constituye un puente migratorio para personas de otras regiones y continentes. Con respecto al ingreso masivo de personas de origen cubano, de los cuales la Dirección General de Migración y Extranjería, reporta un ingreso no regularizado de 2.500 personas durante el año 2013, que ascendió a 5.600 personas en el 2014, y antes de la crisis migratoria de noviembre de 2015 ya era de 13.000 personas aproximadamente. Entre los meses de noviembre de 2015 y abril de 2016, se calcula que cerca de 10.500 cubanos transitaron por nuestro país.

También se ha presentado la migración de personas “extracontinentales” que por lo general son provenientes de África. Estos grupos de personas tienden a cruzar el Océano Atlántico en buques portacontenedores procedentes de las costas africanas, España o Portugal, y tienen como destino los puertos de Brasil, Colombia y la región de las Guayanas. Desde ahí, se desplazan vía terrestre por Perú, Ecuador o Panamá, hasta cruzar nuestro país de forma transitoria.

También se han detectado personas de Irán, Bangladés y principalmente de Nepal. Además, como ha sido una constante en los últimos años, también se ha detectado mayor cantidad de personas originarias de Haití.

En las Regiones Rectoras de Salud fronterizas, funcionan las Comisiones Regionales en Pro de los Derechos de las Personas Migrantes. Tal es el caso de la Región Chorotega, cuya comisión tiene el objetivo de dar a conocer la defensa y promoción de los derechos de las personas en condición migratoria de refugio y apátrida, mediante la articulación con los actores sociales, mediante la sensibilización de los prestatarios de servicios, así como el acompañamiento de la persona usuaria.

Logros

- Proyectos aprobados mediante el Fondo Social Migratorio:
- Centro Integral de Salud de Sereno: brindará servicios de salud como promoción, prevención, educación en salud, derechos en salud, detección o control de algún Oficina Sanitaria de Peñas Blancas.evento de salud, o la detección de mercancía que ponga en riesgo a la población migrante y a la del país.
- Desarrollo del *"Marco de acciones rectoras para el derecho a la salud de las personas migrantes"*, el cual ofrece un parámetro de actividades para los distintos niveles, según las necesidades, particularidades y el trabajo desarrollado en cada región, lo que viene a fortalecer lo establecido en la Política Nacional de Salud.
- Directriz de la Presidencia de la República y el Ministerio de Salud, Nº 046-S del 16 de mayo de 2016, sobre la obligación de brindar atención de la salud y tratamiento a la población migrante continental y extracontinental en Costa Rica.
- Directriz Presidencial N° 057 del 18 de octubre de 2016: "Sobre la atención de las personas en tránsito y en condición irregular, personas objeto del tráfico ilícito de migrantes y víctimas de trata de personas, pertenecientes a los flujos migratorios mixtos que se encuentran en el territorio nacional", la cual obliga al Ministerio de Salud:

  a) Supervisar el estado y condiciones físico sanitarias de los centros de atención o albergues.

  b) Brindar a las instituciones encargadas de estos albergues, recomendaciones sanitarias necesarias para el funcionamiento de los centros de atención o albergues habilitados.

  c) Realizar campañas de promoción de la salud para la población migrante.

Desafíos

- ✓ Incluir en forma explícita, el componente de salud en el "Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular", impulsada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

- ✓ Implementar la Declaración de Mesoamérica sobre Salud y Migración, firmada por los/las Ministros/as de Salud en la Ciudad de México, el 25 de abril de 2017, iniciativa apoyada por la OPS/OMS.

- ✓ Implementar y dar seguimiento al "Marco de acciones rectoras para la garantía del derecho de la salud para personas migrantes y refugiadas", mediante las siguientes estrategias:
    - o Creación de una comisión de trabajo que funja como ente coordinador de la temática de migración y salud a nivel institucional e interinstitucional para brindar el seguimiento requerido.
    - o Priorizar una agenda común con la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME), CCSS y organismos internacionales, así como distintas iniciativas que se están generando.
    - o Recopilar y sistematizar la información para generar evidencia y áreas prioritarias.
    - o Formación de recurso humano en la temática de migración y su abordaje para los niveles regionales y locales.
- ✓ Intervenir en "nudos críticos" o barreras que inciden en la atención de la salud de las personas migrantes:
    - o Incumplimiento de las garantías y pago de las cargas sociales en los procesos de contratación de personal por parte de los patronos, lo cual propicia en condiciones de trabajo irregular y sin acceso a los servicios de salud.
    - o Implementación de nuevas y flexibles modalidades de aseguramiento a fin de que las personas migrantes, con condiciones particulares puedan asegurarse (una buena práctica es la nueva modalidad para asegurar personas trabajadoras domésticas).
    - o Alto costo del proceso de regularización migratoria (especialmente para personas con escasos recursos económicos).
    - o Lentitud de los trámites de regularización migratoria.

Adultos mayores

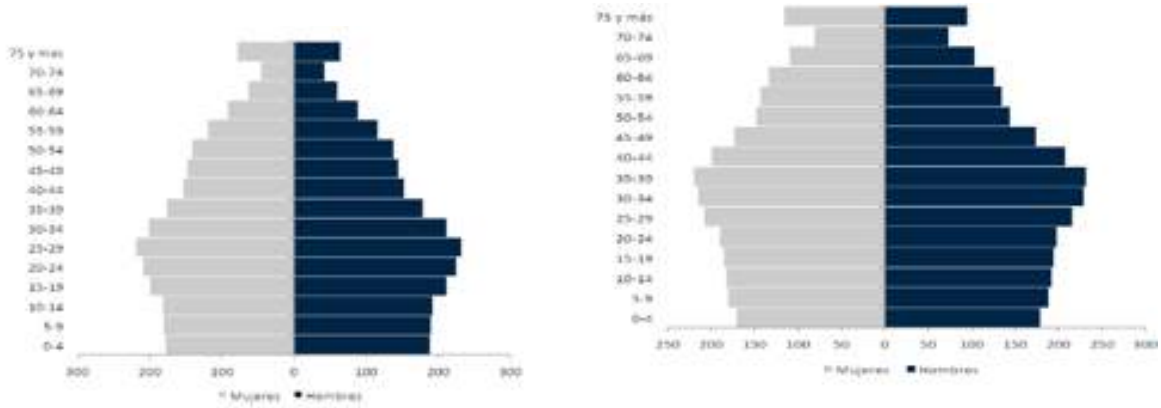
Situación actual y contexto

De acuerdo al informe *Global Sobre El Envejecimiento Y La Salud* emitido por la organización Mundial de la Salud en setiembre del 2015," Las poblaciones de todo el mundo están envejeciendo rápidamente. Entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial de 60 años y más se duplicará, del 11% al 22%.

En el caso de Costa Rica el cambio en la estructura poblacional también tendrá esquemas

distintos donde la misma ha tenido cambios como los que se muestran en la pirámide elaborada por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC) 2013.

Figura 3.1
Estructura Poblacional 2015-2025



Fuente: MIDEPLAN. (2015) Plan Nacional de Desarrollo “Alberto Cañas”. San José: MIDEPLAN.

Estos datos evidencian que pasamos de tener 15,3 nacimientos por cada 1.000 habitantes a 12,7. Esto implica una tasa de disminución del 17%, además la tasa de mortalidad, a 4,4 muertes por cada mil habitantes a una tasa proyectada de 5,0 y se prevé que la esperanza de vida al nacer sea cada vez mayor, pasando de un promedio cercano a los 80 años (2015) a un más de 81 años (2025). Esto indica que la razón de dependencia va a crecer de forma diferente.

Logros

- Conformación de la Comisión Técnica Interinstitucional para la elaboración de la estrategia de envejecimiento y salud.
- Elaboración del *“Plan de Acción de la Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable basado en el curso de vida 2017-2020”*.

Desafíos

- ✓ Contar con apoyo político para implementar la estrategia y emitir compromisos con los/las jerarcas de las instituciones involucradas en el tema de envejecimiento y salud.
- ✓ Divulgación de la “*Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable Basado en el Curso de Vida 2017-2020* “y su plan de acción.
- ✓ Implementación del Sistema de Seguimiento y Evaluación de la “*Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable Basado en el Curso de Vida 2017-2020*”.

III.2.13. Salud Ambiental

Normalización en salud ambiental

Situación del tema

El agua, el aire y los suelos son recursos naturales indispensables para la vida y el desarrollo de todo tipo de actividades humanas, pero están siendo afectados por el desarrollo creciente de las actividades antropogénicas, dando como resultado el deterioro de dichos recursos con todos los efectos adversos para el ambiente y la salud humana que ello conlleva.

Uno de los mayores retos de los países en vías de desarrollo es el crecimiento en armonía con la naturaleza, crecimiento no solo de la población, sino también económico y en competitividad, con lo cual si no se toman las medidas necesarias pueden conducir a la degradación del ambiente y la consecuente afectación de la calidad de vida de la población.

Además, desde hace algunos años, Costa Rica se encuentra en proceso de adhesión a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), lo que ha implicado la realización de un proceso de autoanálisis con el fin de conocer el estado regulatorio de nuestro país en aspectos sanitarios y ambientales, de acuerdo con las exigencias de dicha organización. La participación en reuniones con dicha Organización ha permitido conocer las mejores prácticas de los países miembro en cuanto a políticas y regulación.

Debido a lo anterior, el país ha avanzado en actualizar su marco regulatorio en la gestión de residuos, medio ambiente en general y gestión de productos químicos, a fin de satisfacer las demandas de la población y los requerimiento de dicha organización.

El cuatrienio 2014-2017 constituye un periodo de fortalecimiento en materia de políticas y reglamentación sanitaria y ambiental, lo cual refleja el interés del Estado costarricense de continuar por la senda del desarrollo sostenible. El Ministerio de Salud lideró, junto con una diversidad de actores, la formación de consenso para establecer el marco legal que regulará las diversas actividades agroindustriales, industriales, comerciales y de servicios, con el fin de brindar reglas claras a todos los sectores mediante políticas y reglamentación coherentes entre sí, para promover la competitividad y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Logros

- Puesta en marcha del "Sistema para el Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales (SIROAR)", mediante el cual todos los entes generadores reportan de manera descentralizada a las Áreas Rectoras del Ministerio de Salud mediante un sistema web, los parámetros de cumplimiento obligatorio establecidos en el Decreto 33601-S-MINAE: "*Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales*".
- Actualización del "Reglamento de Aprobación de Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales", lo cual facilitó la tramitación de proyectos constructivos, inclusive la formalización de los requerimientos para la exoneración de impuestos para los insumos.
- Publicación del Decreto sobre Operación de Actividades de Turismo Aventura, en coordinación con el Sector Turismo, que tiene como propósito disminuir los riesgos en actividades extremas y fortalecer al sector turístico del país.
- Capacitación en coordinación con la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA), para la aplicación del "Reglamento de Coincineración de Residuos Sólidos Ordinarios" (Decreto 39136-S-MINAE).
- Oficialización de: Plan Nacional para la Gestión Integral de Residuos, la Estrategia Nacional para la Separación, Recuperación y Valorización de Residuos (Estrategia Nacional de Reciclaje), y la Guía Técnica para la Gestión Integral de los Residuos Electrónicos y Eléctricos.
- Implementación de la Estrategia Nacional de Sustitución del Plástico de un solo uso por alternativas renovables y compostables, en conjunto con el Programa de Naciones Unidas y el Ministerio de Ambiente y Energía.
- En cuanto al tema de contaminación atmosférica, se publicaron los siguientes reglamentos:

  a) Reglamento para Configuración de Sitios de Muestreo en Chimeneas y Ductos para la medición de Contaminantes Atmosféricos provenientes de fuentes fijas.

  b) Reglamento para el Control de la Contaminación por Ruido.

  c) Norma para mitigar las molestias y riesgos a la salud de las personas por el polvo producido en la construcción de obras (privadas y públicas).

  d) Reglamento para el control de las emisiones contaminantes producidas por vehículos automotores de combustión interna.

  e) Reglamento de Calidad del Aire para Contaminantes Criterio, el cual fortalecerá la gestión de la Red de Monitoreo de Contaminación, y actualiza los límites

máximos permisibles según normas internacionales, introduciendo un Índice de la Calidad del Aire y acciones a tomar por los distintos actores ante episodios de contaminación.

- Cumplimiento de las directrices de Mejora Regulatoria en todos los reglamentos publicados, en particular, se actualizó el Reglamento General para Autorizaciones y Permisos de Funcionamiento. Esto viene a facilitar los trámites de las PYMES, industrias de alimentos y otros actores. Además, el Ministerio de Salud se acogió a la utilización del Sistema de Control Previo de Mejora Regulatoria, puesto en operación por el MEIC.
- Actualización de los reglamentos sobre la actividad minera artesanal y los cementos hidráulicos.
- Concreción de cooperación internacional en el manejo ambientalmente adecuado de plásticos y disminución de su impacto marino en Latinoamérica y el Caribe, a ejecutarse con el Fondo Mundial de Medio Ambiente (GEF) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) por un monto de USD $8.000.000.

Desafíos

- ✓ Ajuste e implementación de normativa en salud ambiental según los lineamientos de la OCDE.
- ✓ Generar y validar reportes estadísticos a través del Sistema de Información para la Gestión Integral de Residuos (SINIGIR).
- ✓ Actualización de la reglamentación sobre el contenido de azufre en el búnker y la que limita las emisiones de hornos y calderas.
- ✓ Establecer mecanismos de articulación y coordinación con las direcciones centrales que permitan potencializar la gestión rectora en esta materia, y pasar de un rol reactivo a uno proactivo.

Calidad del agua potable

Situación del tema

Aún cuando el país ha avanzado colocándose en los primeros lugares de Latinoamérica en cobertura y disponibilidad de agua intradomiciliar (98%), se estima que unas 400.000 personas consumen en la actualidad agua que no reúne los requisitos de potabilidad conforme al Reglamento para la Calidad del Agua Potable. La ausencia de desinfección en los abastos

y la vulnerabilidad de las fuentes de agua a factores de riesgo constituyen los problemas inmediatos para garantizar la inocuidad del agua a las poblaciones.

Cuadro 3.38
Cobertura y calidad de agua potable en Costa Rica, Ministerio de Salud, 2017

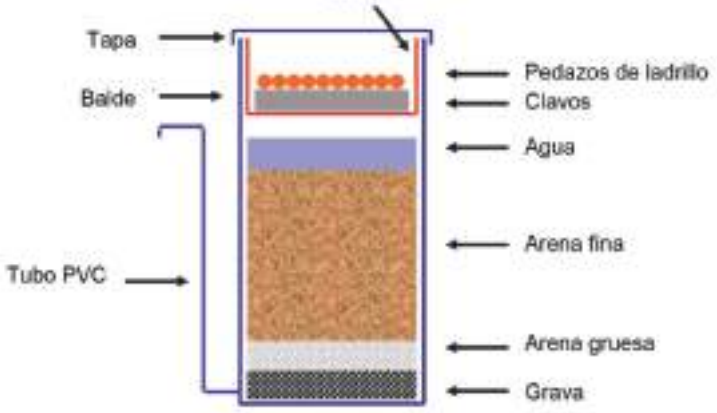
Ente Operador	Población cubierta (%)	Población con agua potable (%)	Población con agua no potable (%)
AyA	50	99, 9	0,1
Municipalidades	16	88	12
Sistemas Comunales (ASADAS)	24	74	26
ESPH(*)	4,8	100	0,0
Condominios, Urbanizaciones, privados	5	90	10
Total	**99.8**	**90.38**	**9,62**

Fuente: Dirección de Salud Ambiental. 2017.
(*): Empresa de Servicios Públicos de Heredia.
Se estima en un 0,2% de la población nacional que corresponde a zona rural dispersa que se abastecen de pozos propios, de ríos o quebradas y cuya calidad del agua se desconoce.

Logros

- Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud en cuanto a la vigilancia de la calidad del agua, mediante la publicación del nuevo Reglamento para la Calidad del Agua Potable (Decreto N° 38924-S) del 2015.
- Oficialización de la Guía de Inspección SERSA para determinar los factores de riesgo que en concordancia con la Tercera Edición de las Guías para el Agua de Bebida de la OMS del 2004, establece como obligatoria la desinfección de los abastos. Intervención en la contaminación por arsénico en agua potable: Conformación de la Comisión de Agua Segura de carácter interinstitucional e intersectorial el fin de facilitar el diálogo deliberativo sustentado en bases racionales y llegar a soluciones que beneficien la salud pública de los pobladores afectados por dicha contaminación en los cantones de: Cañas, Bagaces, Los Chiles, San Carlos, Aguas Zarcas (Voto N° 2013007598 de la Sala Constitucional).
- Construcción e instalación de sistemas de filtración tipo Kanchan, de uso domiciliar para remover el arsénico presente en la red de distribución de agua de las comunidades afectadas, según se ilustra en la figura 3.2. Esta actividad se desarrolló en colaboración con la OPS/OMS.
- Instalación de 1.160 filtros purificadores en viviendas en riesgo, de los cantones de Cañas y Bagaces.

Figura 3.2
Componentes del Filtro Kanchan



Fuente: Dirección de Salud Ambiental, 2014.

Cuadro 3.39
Filtros tipo Kanchan instalados en los cantones de Cañas y Bagaces, Ministerio de Salud, 2014

Comunidad	Filtros
Agua Caliente	131
Falconiana	72
El Recreo	25
Montenegro	254
Quintas don Miguel	52
El Chile	151
Bagatzi	45
Bebedero de Bagaces	93
Bebedero de Cañas	337
TOTAL	**1.160**

Fuente: Dirección de Salud Ambiental, 2015

- Instalación de seis plantas removedoras de arsénico en las comunidades en las que no fue posible encontrar fuentes de agua libres de arsénico.
- Cumplimiento de la meta del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 a diciembre 2017.
- Intervención en la contaminación del agua potable por plaguicidas en Siquirres: En el 2015: Coordinación de la elaboración y aprobación por parte del Consejo Nacional Ambiental de la Presidencia de la República del *Plan Único*, que contiene acciones para la eliminación de residuos de plaguicidas en fuentes de agua que abastecen a las comunidades de Milano, Cairo-Francia y Luisiana (Votos de la Sala Constitucional: 09040-2009 y 09041-2009 del 25 y 29 de mayo, 2009)

- Promulgación del Decreto de Prohibición del plaguicida Bromacil.
- Mejoramiento en la calidad del agua consumida por 2.616 personas de las comunidades de Bahía-Uvita y Palmar Sur, como resultado de la implementación del Plan de Seguridad del Agua (PSA) de la ASADA de Bahía-Uvita y del trabajo conjunto de la población civil y las instituciones involucradas.
- Instalación de un sistema de desinfección en la ASADA de Palmar Sur.
- Implementación del "plan piloto" para remoción del aluminio, en el acueducto de Zagala, de mayo julio del 2016 y aprobación del presupuesto para la implementación del proyecto para remoción de aluminio en dicho acueducto a partir del 2017, lo cual benefició a 463 personas de las localidades de Zagala Vieja, Villa Bruselas y Cebadilla del Cantón de San Carlos.
- Garantía de continuidad, calidad y cantidad de agua para el consumo de los pobladores de los pobladores de Veracruz, Venecia y Pital de San Carlos, mediante la interconexión con otros sistemas de abastecimiento de agua potable.
- Instalación de 69 sistemas de abastecimiento de agua potable en Centros de Educación y Nutrición (CEN) y edificios de las Áreas Rectoras de Salud de la Región Chorotega, los cuales se vieron afectados con el desabasto o faltante de agua potable, producto del fenómeno ENOS, en su fase de sequía. Lo anterior, se realizó en el marco del Proyecto, denominado "Dotación de sistemas de Almacenamiento de Agua para reducir la vulnerabilidad funcional de las instalaciones del Ministerio de Salud, en las regiones: Chorotega (Guanacaste), Pacífico Central (Puntarenas) y Central Norte (Alajuela)".

Desafíos

- ✓ Promover en coordinación con otras instituciones y la sociedad civil, la protección de las fuentes de agua respetando las áreas circundantes establecidas por Leyes y Reglamentos, a fin de garantizar la sostenibilidad del recurso hídrico.
- ✓ Desarrollar acciones preventivas mediante la creación de alianzas entre las instituciones públicas, la empresa privada y la comunidad, a fin de evitar daños a las fuentes de agua y así disminuir el costo de su tratamiento.
- ✓ Aumentar el porcentaje de acueductos con permiso sanitario de funcionamiento vigente, así como la presentación de análisis físico-químicos y microbiológicos, en los plazos que establece la ley.

Aguas residuales

Situación del tema

Pese a que la Ley General de Salud Nº 5395 de 1973 le da facultades al Ministerio de Salud para exigir a todos los entes generadores del país el tratamiento de aguas, no es sino hasta el año 1992 que, al promulgarse *la Ley de Conservación de Vida Silvestre Nº 7317*, que este aspecto tomó mayor relevancia.

Lo anterior, por cuanto esta Ley en su artículo 128 exigió la construcción en dos años de sistemas de tratamiento de aguas residuales, indicando que el Ministerio de Salud otorgará la certificación de la calidad del agua residual. Debido a lo anterior, el Ministerio de Salud promulgó en conjunto con otras instituciones, el *Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales* (1994) y 2007 que es el que rige en la actualidad.

Mediante este reglamento y otros relacionados, tal como el *Reglamento de Aprobación de Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales*, el Ministerio de Salud exige la presentación de los reportes operacionales de aguas residuales, de manera periódica, a todos los entes generadores de agua residual, que viertan sus aguas tratadas a un cuerpo receptor, las reuse o vierta a un alcantarillado sanitario.

Durante el periodo 2014-2018, el Ministerio desarrolló normativa, políticas y otros instrumentos que contribuyeron al fortalecimiento de la regulación y el control de las aguas residuales.

Logros

- Publicación del Decreto Ejecutivo 39887-S-MINAE *"Reglamento de Aprobación de Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales",* el cual facilita emplear sistemas novedosos de tratamiento de aguas residuales en el caso del sector privado; fomentar y facilitar la utilización de los sistemas de tratamiento que sean construidos directamente por el sector público; y traspasar obras construidas por el sector privado a instituciones de carácter público tales como el AyA, ESPH y Municipalidades.
- Elaboración de la *"Política Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales 2016-2046"* (PNSAR). Esta política es el resultado del compromiso y colaboración de diversos sectores de la sociedad costarricense, que asumirán el reto de su implementación por medio de su plan. El principal reto de esta política es ir más

allá de considerar que un tanque séptico con drenaje es un sistema de manejo seguro, pues se busca incrementar las coberturas de alcantarillado de las zonas urbanas y definir soluciones apropiadas en las zonas rurales, donde no siempre es viable utilizar tanques sépticos.

- Elaboración del *"Plan Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales 2016-2046",* con la participación de los actores sociales involucrados.
- Puesta en marcha del "*Sistema de Información para el Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales (SIRROAR*)".
- Inscripción de cerca de 2.000 entes generadores de aguas residuales.
- Elaboración del *"Procedimiento de Control Estatal en Aguas Residuales"* que efectúa el Ministerio de Salud, para lo cual se tomaron en cuenta las inquietudes tanto de las Áreas Rectoras de Salud como de las Direcciones Regionales Rectoras de Salud del Ministerio.

Desafíos

- ✓ Oficializar e implementar la Política Nacional de Saneamiento de Aguas Residuales, mediante la elaboración de planes o programas de implementación.
- ✓ Revisar y modificar el *Reglamento de Vertido y Reuso de Aguas Residuales*.
- ✓ Publicar el "*Reglamento de Disposición de Aguas Residuales Tratadas en el Subsuelo".*
- ✓ Implementar el *Sistema de Información de Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales* (SIRROAR) por parte del sector privado y del 100% de los entes generadores de aguas residuales que cuenten con sistemas de tratamiento de aguas residuales.
- ✓ Incrementar el número de entes generadores sujetos al proceso de control estatal por parte del Ministerio de Salud.

Control de los servicios de alimentación al público

Situación del tema

Desde octubre del 2014, el Ministerio de Salud inició un plan piloto para elaborar un diagnóstico microbiológico de la calidad de los alimentos expendidos en lugares tales como:

establecimientos con alto número de clientes, lugares con declaración turística o asociados a la Cámara de Restaurantes (CACORE), entre otros. Dicho estudio se continua durante el 2015 y el 2016, con énfasis en aquellos establecimientos en los cuales se evidenció presencia de *Escherichiacoli.* Dicha actividad de realiza de acuerdo al Artículo 64 del Reglamento para los Servicios de Alimentación al Público.

Logros

- Conclusión de la fase de muestreo 2014-2016 y establecimiento de la línea base, a fin de identificar fortalezas y debilidades del programa de control.
- Identificación de las condiciones microbiológicas de los alimentos, tanto crudos como cocidos, así como de diferentes indicadores que pueden afectar la salud de las personas que acceden a este tipo de establecimientos.
- Participación en el plan piloto de funcionarios/as de los niveles regionales y locales.
- Aplicación de la Guía de Inspección por parte de los/las funcionarios/as de las Áreas Rectoras de Salud, para el control del cumplimiento de la legislación vigente en materia de servicios de alimentación.

Desafíos

- ✓ Fortalecimiento de las actividades de control y supervisión por parte de las Áreas Rectoras de Salud.
- ✓ Establecimiento de un sistema de categorización de los servicios de alimentación al público, tomando en consideración los resultados de la aplicación de la Guía de Inspección y que le permita al usuario/as del servicio identificar los establecimientos que cumplan con la reglamentación vigente y de buenas prácticas de manipulación.

Control de la calidad del aire

Situación del tema

La vigilancia de la calidad del aire en el Área Metropolitana del país representa un esfuerzo coordinado de trabajo interinstitucional en donde participa el Ministerio de Salud como ente rector del tema, la Refinadora Costarricense de Petróleo, la Municipalidad de San José y la Universidad Nacional, quien es la responsable, a través del Laboratorio de Análisis Ambiental, de brindar el soporte técnico en materia de las mediciones que se realizan.

Actualmente, la red de monitoreo de calidad de aire está compuesta por 8 estaciones manuales donde se llevan a cabo el monitoreo de partículas PM10, las cuales corresponden a Partículas sólidas o liquidas dispersas en la atmósfera cuyo diámetro es inferior o igual a 10 micrómetros, dos de esas estaciones cuentan también con un equipo que permite cuantificar partículas más finas como las PM 2.5, correspondientes a Partículas sólidas o líquidas dispersas en la atmósfera cuyo diámetro es inferior o igual a 2,5 micrómetros y se les conoce como partículas respirables porque tienen la particularidad de penetrar en el aparato respiratorio hasta los alvéolos pulmonares A las partículas recolectadas se les hace análisis de especiación, como metales pesados. También se cuenta con monitoreo pasivo de NO_2 con 28 puntos de muestreo en San José, 10 en Escazú y 10 en Belén.

Recientemente se incorporaron estaciones automáticas que facilitan la adquisición de datos en tiempo real de gases y partículas finas; una de ellas es aportada por la Universidad Nacional por medio del OVSICORI, la cual se encarga de medir todos aquellos contaminantes asociados a las emisiones volcánicas, otra es aportada por RECOPE, cuyo objetivo es medir el impacto del sector transporte sobre la calidad del aire y las otras dos estaciones fueron aportadas por el Ministerio de Salud. Estas miden contaminantes criterio, además de amoníaco y sulfuro de hidrógeno, y su propósito es evaluar la contribución de distintas fuentes de emisión sobre la calidad del aire, como las provenientes de actividades urbanas, industriales y algunas muy puntuales, como el uso del tabaco. Lo anterior se hace conforme al Reglamento de Calidad del Aire para Contaminantes Criterio, Decreto N° 3995, que establece los siguientes contaminantes criterio: PM2.5 (partículas con diámetros menores de 2,5 µm), PM10 (partículas con diámetros menores de 10 µm), ozono, plomo, monóxido de carbono, dióxido de nitrógeno y dióxido de azufre. Por medio de la red de monitoreo se miden los siguientes contaminantes presentes en el aire:

Cuadro 3.40
Promedios anuales para concentraciones PM10 obtenidos en los cantones de San José, Cartago, Alajuela y Belén durante los años 2008 al 2015.

Sitio de monitoreo	Promedio Anual (µg/m³)							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Catedral Metropolitana	29	27	28	24	27	23	21	23
Sección de Parques, MSJ	26	28	*	26	29	29	27	24
Centro Reciclaje, Hatillo			37	32	29	29	25	26
CNFL, La Uruca			35	32	27	30	30	33
Registro Nacional, Zapote			29	22	22	23	23	25
La Ribera, Belén	41	27	28	33	32	31	30	30
Lindora, Santa Ana			26	22	22	23	25	
UTN, Alajuela			25	26	22	27	21	30
Zona Franca, Cartago			28	28	25	26	24	26*

Fuente: Informes sobre la calidad del aire del 2008 al 2015. Ministerio de Salud y Universidad Nacional

No ha sido oficializado el informe del 2016 y se encuentra en proceso de análisis la información recopilada para el 2017.

No obstante, a pesar de que las concentraciones promedio anuales que se muestran en el siguiente cuadro, cumplieron con el parámetro establecido en el Reglamento sobre Inmisión de ContaminantesAtmosféricos, y que era de 50 µg/m3, los problemas se daban al analizarlos promedios diarios, ya que en muchos de los casos, éstos sobrepasaban los 150 µg/m3 establecidos en el citado Reglamento. Lo anterior conllevó a que se comenzaran a medir partículas PM 2.5 y a publicar el Reglamento sobre Contaminantes Criterio en el 2016. Las partículas PM 2.5 son capaces de albergarse en los alvéolos pulmonares.

Cuadro 3.41
Promedios anuales de dióxido de nitrógeno obtenidos en los cantones de San José y Belén, 2011-2016.

Sitio de muestreo	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Costado norte del Hospital San Juan de Dios	59	65	63	65	71
Costado norte de la Catedral Metropolitana	46	56	51	50	57
Estación del Tren al Pacífico	31	37	39	40	41
Bomba La Castellana	44	54	58	54	64
Antigua Fábrica Dos Pinos, Barrio Luján	28	30	30	29	33
Edificio del MINAE, Barrio Francisco Peralta	25	31	29	27	29
Barrio La Cruz	23	37	31	32	33
Edificio AyA, Avenida 10	31	43	43	43	47
Costado sur edificio Tribunal Supremo de Elecciones	17	31	26	29	30
Costado este de la Iglesia Santa Teresita	21	23	28	28	31
Edificio de JAPDEVA	42	47	45	47	52
Costado sur parque de Barrio México	28	50	34	38	48
Parque El Salvador, Barrio Pithaya	32	34	34	35	38
Costado norte de la empresa Numar, Barrio Cuba	40	44	42	43	50
Barrio Córdoba, de Autos Gamboa 100 m al sur			30	30	33
Zapote, Frente a Gollo			47	45	50
San Francisco de Dos Ríos, frente al Abastecedor Los Sauces			27	27	30
San Francisco de Dos Ríos, frente a Faro del Caribe			46	46	56
Paso Ancho, 50 m este de la Iglesia Católica			41	38	42
San Sebastián, 75 m sur del Walmart			51	55	61
Hatillo 3, frente al Centro de Reciclaje			44	33	38

Sitio de muestreo	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Hatillo 8, frente a la Escuela Jorge Debravo			28	29	33
Mata Redonda, frente a la Iglesia del Perpetuo Socorro			32	31	39
Pavas, costado sureste de la plaza de Santa Fe			34	33	36
Carnes San Antonio 100 m Norte, Lomas de Bibrí, Pavas			20	19	23
Costado Norte de la Nunciatura, Barrio Rohrmoser.			32	29	35
Frente a Escuela la Peregrina, La Uruca.			21	18	21
Frente a Autos JAC, La Uruca			36	37	40
Cantón de Belén					
Antiguo Hotel Herradura	45	32	38	44	40
Costado sur de la Plaza de Deportes de la Asunción	46	34	41	46	45
Residencial Cariari	20	18	21	21	21
Costado Norte de la Firestone	36	34	43	43	44
Frente al Hotel Marriot	27	27	29	29	31
Frente a la Iglesia Católica de La Ribera	26	20	20	23	23
Parque Recreativo Ojo de Agua	30	28	35	35	38
Costado norte de la Municipalidad de Belén	44	34	37	38	43
Polideportivo Belén	18	20	23	25	24
Cruce Belén-Santa Ana	40	35	40	45	49
Antigua Kimberly Clark	21	21	20	19	22

Fuente: Informes sobre la calidad del aire del 2008 al 2015. Ministerio de Salud y Universidad Nacional.

Los parámetros mostrados en el cuadro anterior, se encuentran por debajo de los 100 µg/m3 establecidos en el promedio aritmético anual del *Reglamento sobre Inmisión de Contaminantes Atmosféricos.* Algunos de los puntos sí sobrepasan la normativa establecida por la Organización Mundial de la Salud que es de 40 µg/m3.

El *Reglamento de Calidad del Aire para Contaminantes* criterio emitido en el 2016 establece también la concentración de Dióxido de Nitrógeno en 100 µg/m3.

Logros

- Operación y mejoramiento de la red de monitoreo de la calidad del aire de la cual el Ministerio de Salud forma parte, la cual proporciona información de calidad y en tiempo real, que permite identificar las zonas de riesgo para la salud humana, con respecto a la contaminación del aire. Al 2017 se cuenta con cinco estaciones de monitoreo automático, que ampliarán la capacidad de monitoreo existente mejorando los plazos de respuesta, la resolución y calidad de la información.
- Derogación del *Reglamento sobre Inmisión de Contaminantes Atmosféricos*, N° 30221-S del 2002 y entrada en vigencia del nuevo *Reglamento de Calidad del Aire para Contaminantes Criterio*, N° 39951-S del 9 de agosto del 2016.

Desafíos

- ✓ Los niveles superaron los límites dictados por la Organización Mundial de la Salud OMS en muchos de los sitios de muestreo.
- ✓ Promover la regulación del flujo vehicular, las velocidades promedio de circulación de vehículos así como el fortalecimiento de un modelo sostenible de transporte público que desfavorezca el uso de vehículos particular con el fin de reducir las emisiones dióxido de nitrógeno en el área metropolitana y otros centros poblacionales de alta densidad.
- ✓ Lograr la sostenibilidad financiera de la *Red Nacional de Monitoreo de la Calidad del Aire* en la GAM, la cual permita aumentar su cobertura geográfica y automatización, de forma tal que en el corto plazo pueda mostrarse a la población la calidad del aire que respira en tiempo real.
- ✓ Realizar estudios de carga enfermedad utilizando los datos de la red de monitoreo de la calidad del aire a fin de cuantificar los costos de la atención de las enfermedades generadas por la contaminación atmosférica.
- ✓ Tomar las acciones necesarias para lograr una disminución en la concentración de las partículas PM 2.5, parámetro en el que se da el incumplimiento a la norma de calidad del aire del país tanto por exposición crónica como aguda.
- ✓ Promover la participación del Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT) en la Red por su competencia en la regulación de las emisiones atmosféricas provenientes de fuentes móviles (vehículos).

- ✓ Desarrollar un mecanismo para el seguimiento por parte de las Áreas Rectoras de Salud de las órdenes sanitarias, así como del cumplimiento de los planes correctivos elaborados por los entes generadores.

Gestión Integral de Residuos

Situación del tema

La entrada en vigencia de la "*Ley para la Gestión Integral de Residuos, Ley Nº 8839"*, representó un reto para el país y un cambio en la cultura del costarricense. Lo anterior, por cuanto dicha ley estableció los principios que fundamentan la gestión integral de los residuos en nuestro país.

Uno de estos principios, "la responsabilidad extendida del productor", establece que los productores e importadores tienen la responsabilidad del producto durante todo el ciclo de vida; incluyendo las fases pos-industrial y pos-consumo, de los residuos declarados de manejo especial.

Con el fin de dar cumplimiento a este principio, se crea la figura denominada *Unidad de Cumplimiento*: estructura conformada por uno o más productores e importadores cuyos bienes sean puestos en el mercado, bienes que al final de su vida útil generan residuos declarados de manejo especial, con el propósito de establecer los mecanismos y acciones de manera planificada que permitan garantizar la gestión integral de esta clase de residuos. Dichas *Unidades de Cumplimiento* deben estar registradas en el Ministerio de Salud y cumplir los requisitos establecidos en el reglamento específico, así como cualquier otra legislación ambiental, de salud y social vigente.

Para todas las etapas de valorización de un residuo, se necesita la figura del "gestor de residuos" y toda *Unidad de Cumplimiento* requiere tener asociado a un gestor o a una serie de gestores.

Un "gestor de residuos" es toda persona física o jurídica, pública o privada, que se dedica de manera parcial o total a la gestión integral de los residuos (recolección, transporte, acopio, preparación para la valorización, valorización, exportación, importación, tratamiento o disposición final de residuos). Deben estar autorizados y registrados ante el Ministerio de Salud y cumplir con los requisitos que establezca la regulación vigente, así como, cualquier otro marco regulatorio.

Para el año 2014 se produjeron en el país, aproximadamente 4.000 toneladas de residuos al día, de los cuales aproximadamente el 75% se disponían en rellenos sanitarios y el 25% se depositaba en ríos, calles o vertederos.

Logros

- Mediante la entrada en vigencia del Decreto Nº 38272-S, "*Reglamento para la declaratoria de residuos de manejo especial*", en Marzo del 2014, se definió la lista de los residuos declarados de manejo especial y se formalizaron los lineamientos y requisitos, para el trámite de inscripción y registro definitivo de *Unidades de Cumplimiento* ante este Ministerio.
- A diciembre del 2017, se registraron 344 *Unidades de Cumplimiento*, para el manejo integral de residuos de manejo especial.
- Durante el período 2014-2018 se registraron 171 "gestores de residuos". A diciembre del 2017 se mantienen registrados 253 gestores autorizados, cada uno de ellos con sus respectivos Permisos Sanitarios de Funcionamiento.
- La implementación del artículo 33 de la Ley para la Gestión Integral de Residuos de lo anterior (en concordancia con el Convenio de Basilea), ha permitido crear una base datos de los gestores o generadores de residuos peligrosos, que se envía a la Secretaría del convenio de Basilea, lo cual ha permitido facilitar y establecer un mejor control en la valorización o tratamiento de los residuos peligrosos, que deben exportarse debido a que Costa Rica no cuenta con la tecnología necesaria para ello.
- Por otro lado, de acuerdo con el artículo 34 de la *Ley para la Gestión Integral de Residuos*, la importación de residuos peligrosos está prohibida; no obstante, bajo las disposiciones del Convenio de Basilea, en algunos casos se permite la importación de dichos residuos sujeto a los lineamientos del convenio.
- En este caso, le corresponde al Ministerio de Salud emitir el consentimiento a los países que quieran exportar residuos peligrosos al territorio nacional. Con lo anterior se logra dar un apoyo a la industria local, permitiendo la importación de materia prima.
- Erradicación de vertederos de residuos municipales y el incremento de la cantidad de residuos que se están valorizando (reciclando). Con el apoyo de las municipalidades, los "gestores autorizados" y las *Unidades de Cumplimiento* de residuos sólidos ordinarios, se pasó de disponer un 75% de los residuos en rellenos sanitarios en el 2014, a un 87 % en el 2017. También aumentó la recuperación

para valorización, del 1,26% en el 2015, al 6,06% en el 2017; y de disponer en vertederos del 25% al 7% de los residuos.

- A diciembre del 2017, Costa Rica cuenta con nueve rellenos sanitarios operando en el territorio nacional desarrollados de acuerdo con la regulación vigente. Además, existen dos rellenos sanitarios que alcanzaron su vida útil y se encuentran en la fase post-operativa, en mantenimiento, control y monitoreo.
- Revisión, actualización y entrada en vigencia en el 2015, del nuevo *Reglamento sobre Rellenos Sanitarios*, el cual establece el concepto de la línea base, así como, el de cierre técnico de vertederos.
- Promulgación e implementación de la *Estrategia Nacional de Separación, Recuperación y Valorización de Residuos*, para el desarrollo de un modelo inclusivo para la gestión integral de los residuos sólidos en el país y el fortalecimiento de las capacidades de los sectores público, privado y la sociedad civil, con el fin de aumentar las cantidad de residuos recolectados para el reciclaje en un 15% al 2021.
- Implementación de la *Estrategia Nacional de Sustitución de Plástico de un Solo Uso* en coordinación con el MINAE y el PNUD, a fin de sustituir bolsas, pajillas y otros productos de plástico que se utilizan una sola vez, por productos compostables.
- Desarrollo del *Sistema Nacional de Información para la Gestión Integral de Residuos* (SINIGIR). Actualmente la propuesta del Sistema se encuentra en proceso de análisis, pruebas y ajustes.
- Cumplimiento de la meta del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 a diciembre 2017.

Desafíos

- ✓ Implementar el *Sistema de Información para la Gestión Integral de Residuos* a nivel nacional, a fin de disponer de datos estadísticos confiables para la toma de decisiones.
- ✓ Apoyar a los pequeños gestores de residuos para lograr que el 100% de los cantones del país realicen la recolección selectiva de residuos, a fin de establecer una economía circular.
- ✓ Lograr el cierre de los 12 vertederos que aún funcionan en el país.
- ✓ Regular otros tipos de residuos que hoy son causantes del deterioro ambiental, como

las botellas plásticas, los empaques y embalajes, de tal forma que se incentive su no utilización y recuperación.

Control de radiaciones ionizantes

Situación del tema

En Costa Rica, la Autoridad Reguladora en materia de control de las radiaciones ionizantes es el Ministerio de Salud, por medio de la Dirección de Salud Ambiental, a la cual le compete la regulación y vigilancia en las prácticas médicas, veterinarias, industriales y de investigación, donde se operan y manipulan generadores de radiaciones ionizantes y fuentes radiactivas.

Además, le compete la autorización de transporte de fuentes radiactivas, importación y exportación de emisores, autorización de prestadores de servicios en materia de protección radiológica tales como asesorías en seguridad radiológica, cálculos de blindaje, cursos de capacitación, mantenimiento de medidores de radiación, laboratorios de dosimetría al personal externo.

Costa Rica como estado miembro del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), participa como contraparte de Proyectos de Cooperación Técnica, los cuales han venido a fortalecer del 2014 al 2018, la infraestructura regulatoria en sus tres niveles de gestión , con la capacitación de recurso humano del nivel central y con la realización de cursos de nivel básico en protección radiológica, intermedio y avanzado, dirigidos a funcionarios/as de las Direcciones Regionales y Direcciones de Áreas Rectoras de Salud.

Durante el periodo 2014-2018, Costa Rica ha experimentado un incremento en la utilización de nuevas Tecnologías donde se utilizan emisores de radiaciones ionizantes tanto en la práctica médica como industrial, tales como:

- Irradiador auto blindado, ubicado en el Tecnológico Costa Rica, utilizado para la esterilización de diversos materiales.
- Dos PET/CT (Tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada), para la práctica de medicina nuclear, en servicios privados.
- Un SPECT /CT en el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital San Juan de Dios C.C.S.S.

- Incremento en la utilización de Tomógrafos Dentales en Centros Radiológicos Odontológicos privados y públicos.

Logros

- En el 2014, desconcentración de las autorizaciones de radiaciones de baja complejidad a los niveles locales, basado no solo en la necesidad de mejorar la atención de los clientes externos y simplificar el trámite en el Área Rectora de Salud correspondiente, sino en que el personal del Nivel Central dedique más tiempo al control de instalaciones que cuentan con emisores de radiaciones ionizantes de alto y mediano riesgo, clasificadas como Tipo I y II en el "Reglamento sobre Protección contra las Radiaciones Ionizantes" Decreto Ejecutivo 24037-S.
- En el 2015-2016 elaboración de un documento donde se definen los requisitos que debe evaluar cada Dirección, según su ámbito de competencia y como los interesados deben presentarlos ante el Ministerio de Salud, para contar con el Registro Sanitario de Radiofármacos. Con esta regulación, se ha logrado que del 2015 al 2018 todos los radiofármacos que se utilizan en los servicios de Medicina Nuclear tanto públicos o privados, cuenten con el registro respectivo, asegurando así estándares de calidad necesarios para la protección de toda la población.
- Periodo 2015-2018: La desconcentración, permitió a personal especializado del nivel central realizar programación anual de inspecciones, con las cuales se ha evaluado el cumplimiento de los requisitos necesarios para la protección de la población y el medio ambiente contra los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes de instalaciones de alto riesgo, como son servicios de medicina nuclear, radioterapia e industrial (con fuentes radiactivas).
- En el 2016, con el fin de fortalecer los programas de Protección Radiológica Ocupacional de usuarios/as de fuentes radiactivas de todas las prácticas y de que se evaluara la regulación nacional específica a la Protección Radiológica Ocupacional, se solicitó al OIEA una Misión del Servicio de Evaluación de la Protección Radiológica Ocupacional (ORPAS, por sus siglas en inglés), la cual determinó que en Costa Rica los aspectos referidos a la protección radiológica ocupacional, están debidamente regulados abarcando la gran mayoría de sus requisitos. Además, la misión indicó que no existía un Registro Nacional de Dosis o un programa nacional de gestión, evaluación o manejo de la dosimetría ocupacional.
- Fortalecimiento de la capacidad instalada de laboratorios de dosimetría y de instalaciones que operan y manipulan generadores y fuentes radiactivas a nivel nacional durante el período 2014-2018.

- En el periodo 2016-2017 por medio de los Proyectos de Cooperación Técnica OIEA, el Ministerio de Salud logro capacitar a personal del Área Médica sobre “Niveles orientativos o de referencia de dosis en radiografía”, lo cual es una herramienta importante para optimizar la protección radiológica y reducir la exposición a pacientes, en los servicios de radiodiagnóstico de nuestro país.

- En el 2017, a raíz de las indicaciones de la misión ORPAS y del cumplimiento con programación de actividades de proyecto con OIEA, se informa a los dos laboratorios que prestan servicios de dosimetría personal externa en el país, sobre la necesidad del reporte digital de la dosimetría a la autoridad y por medio de una misión del OIEA se logró instalar el Sistema de Información para el Registro Nacional de Dosis, lo cual permitirá a partir del 2018 verificar límites de dosis del personal ocupacionalmente expuesto que utilizan emisores de radiaciones ionizantes en todas las prácticas y además permitirá a la autoridad contar con insumos para determinar restricción de dosis.

- El Ministerio de Salud como autoridad reguladora, participó en el 2017 de la Misión Asesoramiento sobre la Infraestructura Reguladora Nacional para la Seguridad Radiológica ADVISORY, que evaluó la infraestructura gubernamental con el fin de establecer las responsabilidades del Gobierno de Costa Rica para la seguridad radiológica.

- Basado en las recomendaciones de dicha misión, el Ministerio de Salud como Autoridad Reguladora, en noviembre 2017 logro la aprobación de actividades, financiadas mediante Proyecto de Desarrollo de la Infraestructura de Reglamentación (RIDP por sus siglas en inglés), para el fortalecimiento de la infraestructura reguladora actual en respuesta a deficiencias señaladas, las cuales serán ejecutadas de enero a mayo del 2018.

Desafíos

- ✓ Implementar el Sistema de Información para el Registro Nacional de Dosis, actualizado al 2018-2019 con los insumos enviados por los dos Laboratorios de dosimetría externa del país.

- ✓ Elaborar el Inventario Nacional de emisores de radiaciones ionizantes (fuentes radiactivas y generadores), esto con el fin de programar inspecciones y aplicar la regulación con un enfoque graduado, lo cual permitirá racionalizar y optimizar el trabajo del órgano regulador. Está previsto implementar el RAIS en el marco de un Proyecto Nacional de Cooperación Técnica para el bienio 2018- 2019.

- ✓ Elaborar la normativa específica de aplicación en la práctica de Medicina Nuclear.
- ✓ Desarrollar un sistema integrado de gestión para las actividades relacionadas con sus funciones y responsabilidades como órgano regulador.

Vigilancia estatal de emisiones provenientes de calderas y hornos

Situación del tema

El artículo 25 del Decreto Nº 36551-S-MINAET-MTSS, Reglamento sobre Emisiones de Contaminantes Atmosféricos Provenientes de Calderas y Hornos de Tipo Indirecto, establece que el Ministerio de Salud debe realizar el control estatal, de emisiones. Dicho artículo indica que el Ministerio de Salud seleccionará un ente generador de contaminantes atmosféricos. Para lo cual las Áreas Rectoras de Salud realizarán al menos uno de los muestreos y análisis anuales de una muestra aleatoria de los entes generadores, como parte del proceso control cruzado. Para lo cual el ente generador seleccionado debe depositar en la cuenta del fideicomiso 872, el monto correspondiente para el pago del laboratorio, el control cruzado sustituirá el reporte operacional del periodo correspondiente.

En octubre del 2013 se inició el proceso de vigilancia estatal en la Región Central Este. Para el primer trimestre del año 2014 se incluyeron las demás regiones de salud y a partir del 2016 se desconcentró hacia los niveles locales.

En setiembre del 2016 se emite el Decreto Ejecutivo N° 39813-MTSS-S *"Reglamento sobre la Configuración de Sitios de Muestreo en Chimeneas y Ductos"* para la medición de contaminantes atmosféricos provenientes de fuentes fijas" el cual regula la representatividad de la toma de muestras y la seguridad de los/las funcionarios/as involucrados

Desde que se inició el proceso de control cruzado se han realizado muestreos a entes generadores de los siguientes contaminantes: partículas totales en suspensión (PTS), dióxido de azufre (SO^2) y óxidos de nitrógeno (NO_x), según la normativa establecida.

Logros

- Realización de acciones de coordinación con distintas instituciones para la mejora de la calidad del combustible.
- Sustitución por parte de los industriales del tipo de combustible (diesel, búnker) por gas licuado de petróleo (GLP).

- Publicación del Decreto Ejecutivo N° 39813-MTSS-S *"Reglamento sobre la Configuración de Sitios de Muestreo en Chimeneas y ductos para la medición de contaminantes atmosféricos provenientes de fuentes fijas"*.

Desafíos

- ✓ Continuar y fortalecer el proceso de control estatal de entes generadores de contaminantes atmosféricos provenientes de calderas y hornos de tipo indirecto.

- ✓ Continuar con el proceso de capacitación en vigilancia estatal en el tema de aire, con énfasis en el recurso humano de recambio.

Saneamiento Básico Rural (SANEBAR)

Situación del tema

El Programa de Saneamiento Básico Rural (SANEBAR), se crea mediante un convenio entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud, con el fin de atender una necesidad de disponer, en forma sanitaria, las aguas residuales de las viviendas de familias en condiciones de pobreza y pobreza extrema y contribuir en la reducción de la incidencia de enfermedades transmitidas tales como: diarrea y enfermedades trasmitidas por vectores. Los fondos del Programa son aportados por FODESAF y el Ministerio de Salud, el que a su vez ejecuta el programa.

El Programa SANEBAR se inició con la donación de letrinas para las viviendas de las familias rurales; al irse instalando redes de captación y distribución de agua potable intradomiciliar, fue posible suministrarle a las familias beneficiarias, sistemas húmedos de disposición de excretas y tratamiento de aguas residuales, mediante tanques sépticos y drenajes.

De acuerdo con los censos recientes realizados por el INEC, el Programa SANEBAR únicamente satisface el diez por ciento de la necesidad de dotación de sistemas de disposición y tratamiento de aguas residuales, identificadas en viviendas de familias en pobreza y pobreza extrema de las zonas rurales, anualmente.

El Programa SANEBAR, el control de calidad de agua y fumigación para la reducción de la población vectorial, constituyen acciones específicas que realiza el Ministerio de Salud para mejorar el estado de salud de las familias en condición vulnerable.

Logros

- Durante el período 2014-2016, el Programa SANEBAR benefició a 4.937 familias en riesgo social (19.748 personas aproximadamente) a nivel nacional.

Cuadro 3.42
Número de familias beneficiarias, Programa SANEBAR, Ministerio de Salud, 2014-2016

Año	Número de familias
2.014	1.744
2.015	1.593
2.016	1.600
Total	**4.937**

Desafíos

- ✓ Aumentar la cobertura del Programa SANEBAR.
- ✓ Fortalecer el Programa SANEBAR con mayor dotación de recursos económicos por parte de las instituciones que suscriben el Convenio Marco.
- ✓ Mejorar los procesos de gestión del Programa.

III.2.14. Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres

Situación actual y contexto

La institucionalización, programación, presupuestación e implementación de la gestión del riesgo desde la perspectiva de la salud es un desafío que el Ministerio de Salud ha tomado como eje de trabajo en esta administración. Las emergencias y desastres tienen una compleja relación con la salud que sobrepasa los impactos evidentes a nivel físico y tocan incluso la propia salud mental de las personas, necesaria para la recuperación en estos y otros casos.

El fortalecimiento de la Gestión del Riesgo de manera institucional es clave para que las acciones que se emprenden desde el Ministerio de Salud puedan generar un mayor impacto en la incorporación de la perspectiva de la salud de las personas en la prevención y atención continua y sistemática de estos fenómenos.

Por esta razón, aparte de la participación en los distintos eventos que se va a mencionar,

en esta administración se plasmó un direccionamiento de acciones a dedicar recursos permanentes al trabajo en este tipo de gestión del riesgo, lo que se verá reflejado en los logros que más adelante se identifican.

Se han desarrollado distintas acciones frente a emergencias y desastres como se detalla de seguido.

Ante la situación que afecto a Costa Rica por la emergencia antrópica generada por desplazamiento de migrantes irregulares en las fronteras Sur y Norte del país, el Ministerio de Salud participó en forma activa mediante la coordinación permanente institucional, interinstitucional, e intersectorial en las instancias de coordinación establecidas en la Ley 8488 “Ley Nacional de Prevención del Riesgo y Atención de Emergencias”, como parte del sistema Nacional de Gestión del Riesgo durante la respuesta, tanto en el ámbito Nacional, como el Regional y Local.

El Ministerio de Salud emitió una “*Directriz para la Protección de la Salud de la Población ante Emergencia por Flujos Migratorios”* en la que se instruye a todos los/las funcionarios/as del Ministerio de Salud para la realización de acciones en cumplimiento de lo establecido por la Ley General de Salud y las funciones esenciales de salud pública.

Ante la Emergencia Nacional provocada por el Huracán OTTO, se realizó la preparación y respuesta oportuna de la misma. Se implementaron acciones dirigidas a la protección de la Salud de la población afectada. Dichas acciones fueron ejecutadas por los tres niveles de gestión y dirigidas desde el más alto nivel, en coordinación con las instituciones del Sector Salud y la Comisión Nacional de Emergencias.

En lo que respecta a emergencias de origen antrópico, específicamente lo referente a Concentraciones Masivas, el Ministerio de Salud ha desarrollado un proceso para la Regulación de las mismas mediante la elaboración de una propuesta en la que se ha contado con la participación de las instituciones relacionadas. Como parte de lo anterior se dio acompañamiento y apoyo técnico al ICODER para el desarrollo de los Juegos Deportivos Nacionales 2015-2016-2017. Adicionalmente, se elaboró una propuesta del Reglamento para el desarrollo de eventos masivos.

En el caso de la Sequía en Guanacaste se elaboró un Plan de Contingencia para reducir sus efectos, así como un Plan de Inversión para dotar de reservorios de agua potable a las áreas Rectoras y CEN-CINAI en la zona afectada por la sequía

También se generó una respuesta institucional ante emergencias de origen natural y antrópico como las: Inundaciones en la Región Caribe; la Erupción Volcán Turrialba; y el Hundimiento Barcaza en Puntarenas; y la emergencia por Chikungunya.

Logros

- Inclusión de un eje específico de "*Gestión del Riesgo y Adaptación al Cambio Climático*" en la Política Nacional de Salud.
- Conformación del *Comité de Gestión del Riesgo del Sector Salud.*
- Creación de una sala para el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) Salud con el apoyo financiero de la OPS.
- Elaboración de Lineamientos Técnicos de Albergues para el Sector Salud.

Desafíos

- ✓ El Fortalecimiento institucional en la materia mediante la aprobación de la Unidad Organizativa de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres, la cual se encuentra en proceso de aprobación por parte de MIDEPLAN
- ✓ Una estrategia de integración de las acciones y recursos institucionales en la gestión del riesgo en emergencias y desastres en materia de salud con los niveles locales, regional y central, así como sectorial

III.2.15. Normalización y Control de Servicios de Salud y Afines

Fecundación in vitro

Situación actual y contexto

Mediante la sentencia del 28 de noviembre de 2012, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), resolvió el caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica. En ese fallo, se ordenó al Estado costarricense, como garantía de no repetición, dejar sin efecto con la mayor celeridad posible la prohibición de practicar la fecundación in vitro (FIV) en el país, regular con prontitud los aspectos que considere necesarios para la implementación de la técnica referida,

así como el sistema de inspección y control de calidad de las instituciones o profesionales calificados que desarrollen el método, entre otras. Adicionalmente, se dispuso que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) debe incluir paulatinamente la disponibilidad de la FIV dentro de sus programas de tratamiento de infertilidad.

Con el objetivo de cumplir con dicha sentencia del 28 de noviembre de 2012, el Poder Ejecutivo, representado por el Presidente de la República, el Ministro de la Presidencia y el entonces Ministro de Salud, emitió el Decreto número 39210-MP-S, denominado "*Autorización para la realización de la técnica de reproducción asistida de fecundación in vitro y transferencia embrionaria"*. (La Gaceta número 178 del 11 de setiembre de 2015).

Este decreto tiene como objetivos: garantizar el acceso a la FIV, así como el derecho a la vida privada y familiar, el derecho a la integridad personal, la autonomía reproductiva, la salud sexual, el derecho a disfrutar de los beneficios científicos y tecnológicos de la más alta calidad, así como el principio de igualdad y no discriminación.

En el artículo 6º, se consigna que el Ministerio de Salud está facultado para realizar las acciones de autorización de funcionamiento, así como inspección y control regulados en la Ley General de Salud, Ley número 5395.

De conformidad con los numerales 7º, 16º y 17º de dicho decreto, el Ministerio de Salud tiene la obligación de elaborar la Norma Técnica que establezca los lineamientos pertinentes para la práctica de la FIV, la conservación de los gametos y la habilitación para el funcionamiento de los centros de salud que aplicarán esta técnica de reproducción asistida en Costa Rica.

Por medio de la resolución del 26 de febrero de 2016, dictada por la Corte IDH en el proceso de supervisión de cumplimiento de sentencia del caso Artavia Murillo y otros vs Costa Rica, se ordenó mantener en vigencia el Decreto número 39210-MP-S, a efectos de dar seguridad jurídica a la implementación de la FIV en el territorio nacional.

Logros

- Desarrollo de la Norma Técnica, que establece las pautas básicas técnicas y administrativas para efectuar este tratamiento en los servicios de salud.
- Desarrollo de la norma de habilitación a efectos de autorizar el funcionamiento de los establecimientos públicos y privados que implementarán la FIV.

- Habilitación del primer servicio de salud en el país que puede realizar esta técnica el cual cumple con los estándares definidos en la norma respectiva.

Desafíos

- ✓ Contar con los recursos humanos, materiales y financieros para realizar de forma oportuna el seguimiento y supervisión de los servicios de salud autorizados para la realización de esta técnica.

Donación y trasplante de órganos y tejidos humanos

Situación actual y contexto

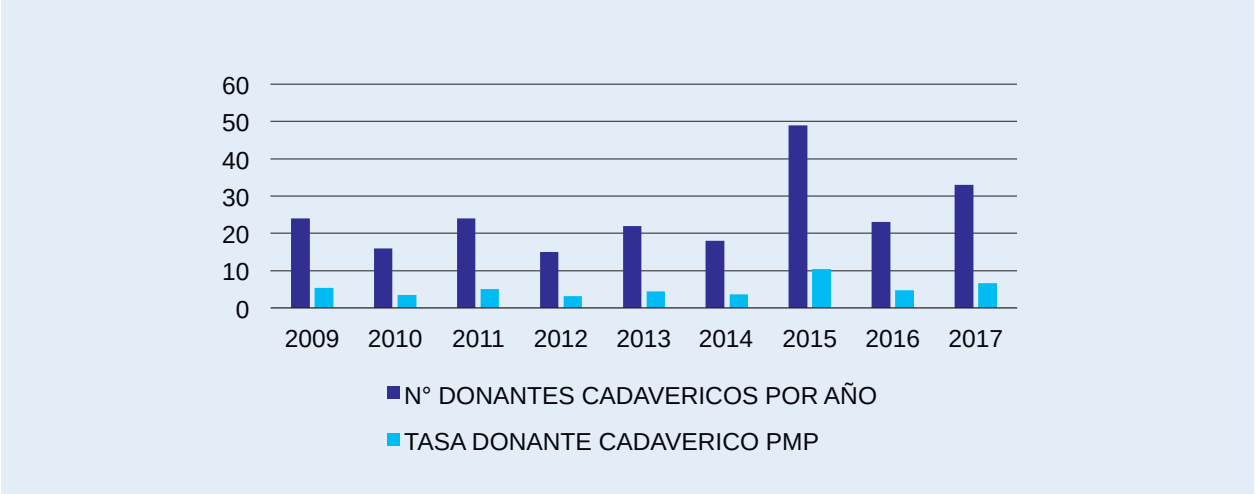
Actualmente existen personas con lesiones o enfermedades graves e irreversibles que hacen que algunos de sus órganos o tejidos hayan perdido su función llevando a una situación a la que no se puede solucionar con medicamentos ni técnicas quirúrgicas habituales, es ahí, cuando el trasplante es la única posibilidad de vida para muchos de ellos. Sin embargo y, desgraciadamente, algunos de ellos no llegarán a tiempo. Es por ello que el trasplante de órganos es el único tratamiento médico que depende 100% de los ciudadanos.

No sería posible realizar un solo trasplante sin la generosidad de aquellos que donan sus órganos. Por eso consideramos imprescindible continuar fortaleciendo la cultura de donación en la población, sin dudas y tabúes, posibilitando que la decisión de donar se tome apegada a criterios como el altruismo, la información, confianza, transparencia, basados en postulados éticos, de respeto y beneficencia.

Costa Rica ha basado toda la reglamentación en relación a donación y trasplante según lo establecido dentro del marco Legal Internacional en los Principios Rectores emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos. Durante el año 2014 se promulga la Ley 9222 “Ley de donación y trasplantes de órganos y tejidos”, por la que Secretaria Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y tejidos da inicio con el diseño de la Reglamentación a la ley , así como normativas específicas que permitan la captura de información, la cual permite realizar la distribución de órganos y tejidos, realizar trazabilidad de los procesos de donación y trasplante, procurando garantizar la equidad, trasparencia, seguridad y calidad, entre otros.

La tasa de donación según año y tipo de donante se presenta en el gráfico que se presenta de seguido. La tasa más alta fue la del año 2015. Costa Rica para el año 2017 contó con una tasa de donación de 6.7 ppm.

Gráfico 3.46
Número y tasa de donación cadavérica según año, Costa Rica, 2009-2017.



Fuente: Ministerio Salud. Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, 2017

Cuadro 3.43
Número y porcentaje de trasplantes realizados, según tipo de órgano y donante, Costa Rica, 2017.

Tipo de trasplante	Donante cadavérico Número (%)	Donante vivo Número (%)	Total Número (%)
Renal	40 (77)	64 (97)	104 (88)
Hepático	10 (19)	2 (3)	12 (10)
Cardiaco	2 (4)	0	2 (2)
Total	**52**	**66**	**118**

Fuente: Ministerio Salud. Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, 2017.

Como se muestra en el siguiente cuadro el mayor porcentaje de trasplantes realizados en el 2017 fueron de tipo renal (88%). El trasplante cardiaco sigue siendo el de menor porcentaje (2%).

Cuadro 3.44
Número de trasplantes provenientes de donante vivo, según órgano y hospital, Costa Rica, 2017

Hospital	Renal	Hepático	Médula ósea
Clínica Bíblica	2	**0**	0
México	26	**0**	27
San Juan de Dios	11	**0**	45
Nacional de Niños	13	**2**	6
Max Peralta	7	**0**	0
Calderón Guardia	5	**0**	0
Total	**64**	**2**	**78**

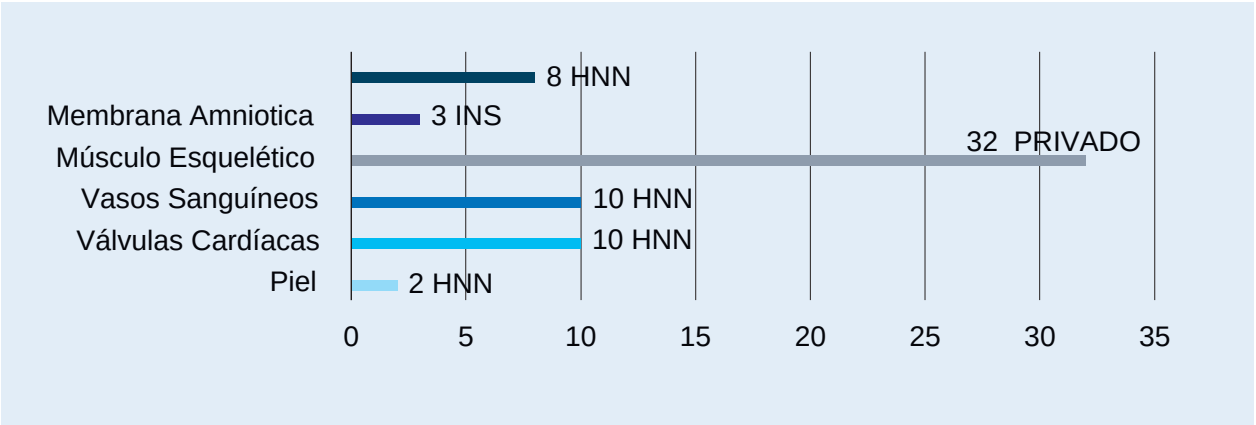
Fuente: Ministerio Salud. Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, 2017.

Trasplante de Tejidos

Córneas: Durante el año 2017 se realizaron 278 trasplantes de córneas, de los cuales 150 (54%) se realizaron en la CCSS Y 128 (46%) en establecimientos de salud privados.

Otros tejidos:En el siguiente gráfico se presenta el número y lugar de realización de trasplantes de tejidos en nuestro país durante el 2017.

Gráfico 3.47
Trasplante de tejidos según tipo y establecimiento de salud, Costa Rica, 2017.



Fuente: Ministerio Salud. Secretaría Ejecutiva Técnica de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos, 2017.

Actualmente el país cuenta con estadísticas periódicas por parte de los servicios de salud tanto públicos como privados, lo cual ha permitido brindar seguimiento y tomar decisiones en el tema de donación y trasplante de órganos y tejidos a nivel nacional.

Logros

- Sensibilización y motivación del personal de los servicios de salud por parte de la Secretaría Ejecutiva de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos Humanos para la implementación de la normativa establecida.
- Publicación del Decreto Ejecutivo 39895-S "*Reglamentación a la Ley N° 9222: Ley de donación y trasplantes*" del 12 octubre 2016.
- Elaboración y actualización del Decreto Nº 40.004-S: *"Distribución hepática proveniente de donante cadavérico*".
- Autorización de 20 establecimientos de salud que realizan procesos de donación y trasplante.
- Elaboración de los "*Criterios de distribución y asignación renal proveniente de donante cadavérico".*
- Realización de la XVI Reunión de la Red-Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT) Costa Rica. Esta Red tiene la función primordial de desarrollar y mejorar la cooperación entre los participantes en aspectos organizativos y legislativos, formación de profesionales, y aspectos éticos y sociales relacionados con la donación y trasplante de órganos, tejidos y células.
- Regulación específica para la importación de tejido corneal. Decreto No 40.046-S *"Normas para autorización de profesionales, distribución de tejido ocular y membrana amniótica para uso ocular, en trasplante / importación y exportación de tejido ocular*", del 19 de diciembre de 2016.
- Declaración obligatoria de muerte encefálica, criterio de calidad que permite llevar el control de las principales causas de muerte número de donante, anuencia o negativas familiares.
- Declaración obligatoria de enfermedad renal crónica, estadística que permitirá al país estratificar el número personas portadoras de enfermedad renal crónica, principales factores etiológicos y desarrollo de la patología.

- Desarrollo del Sistema Nacional de Donación de Costa Rica (SINADOC.) El SINADOC constituye el pilar para ejercer una adecuada rectoría y asegurarle a la población un acceso equitativo y transparente a los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos en Costa Rica. Ya que busca regular las actividades relacionadas con la obtención y utilización de órganos y tejidos humanos, incluidos los procesos de donación, procuración, transporte, trazabilidad y el aseguramiento de trasparencia en la distribución de órganos al crear una lista única de receptores y donantes a nivel nacional.
- Suscripción de convenios de cooperación con organismos internacionales y agencias de regulación nacionales de países como España y Argentina, por medio de los cuales funcionarios/as del Ministerio fueron capacitados/as en los temas de regulación, trazabilidad y gestión de los procesos de donación y trasplantes de órganos.
- Incorporación de Costa Rica a redes regionales de reporte y seguimiento de actividades de donación y trasplantes, como DONASUR (Red Regional de América del Sur). Estas redes son un medio para poder garantizar la trazabilidad de los órganos y tejidos.

Desafíos

- ✓ Concientizar a la población para realizar el acto de donación mediante el consentimiento expreso en la cédula de identidad.
- ✓ Implementar el Sistema Nacional de Donación de Costa Rica (SINADOC) a nivel nacional, para garantizar la administración, gestión y fiscalización de las actividades de procuración y trasplante de órganos y tejidos.
- ✓ Fortalecer la dirección y conducción por parte del Ministerio de Salud en los operativos de donación y trasplante de los establecimiento de salud autorizados, a fin de garantizar la equidad, trasparencia, seguridad y calidad, de los procesos de donación y trasplantes.

Regulación de servicios de salud y afines

Situación del tema

La Ley General de Salud dispone que las personas físicas o jurídicas públicas o privadas que requieran brindar servicios de salud y afines, deberán obtener el permiso o autorización del Ministerio de Salud, previo a su instalación y operación, para lo cual deben garantizar que cumplen los requisitos legales generales y particulares establecidos.

Debido al carácter especial de la salud, como derecho humano fundamental, se espera que el Estado proteja y promueva la salud pública y el acceso a una atención de salud de calidad, al margen de condicionantes de carácter económico.

En Costa Rica, La Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (Ley N° 7472 del 19 de enero de 1995), dispone que la administración pública debe revisar, analizar y eliminar, cuando corresponda, trámites y requisitos para proteger el ejercicio de la libertad de empresa y garantizar la defensa de la productividad. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con las exigencias necesarias para proteger la salud humana, animal o vegetal, la seguridad, el ambiente y el cumplimiento de los estándares de calidad.

Tomando como referencia lo anterior así como lo indicado por las funciones esenciales de la salud pública, se puede concluir, que el concepto y la práctica de la regulación de la salud como función rectora, trasciende, aunque lo incluye, el ámbito de acción de la coerción, normalización, o del quehacer puramente institucional, a un plano más general o estratégico, que lo relaciona con los procesos de desarrollo de la salud.

Durante el periodo 2014-2018 se realizó un trabajo intenso para replantear completamente el marco normativo que rige la regulación de los servicios de salud, comenzando por el hito principal que fue desligar el proceso de regulación de servicios de salud del proceso de regulación de los establecimientos de industria y comercio, dándole así un carácter propio en el cual se reconocen las particularidades que los servicios de salud deben tener al ejercer la Rectoría del Ministerio de Salud sobre ellos, ya que en este sentido la labor del Ministerio debe ir más allá de la verificación de requisitos meramente físicos o documentales y hacer una verdadera regulación de la calidad de estos servicios de forma que se garantice la seguridad de los/las usuarios/as de los servicios y la protección y mejoramiento de su estado de salud.

Logros

- Decreto Ejecutivo Nº 39088-S “*Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva”*.
- Decreto Ejecutivo Nº 39187-S *“Norma de Habilitación de Establecimiento que brindan Servicios de Salud en Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética”.*
- Decreto Ejecutivo Nº 39470-S *“Norma Nacional para la Atención Integral a las Mujeres en el Post Parto”.*

- Decreto Ejecutivo Nº 39728-S *"Reglamento general de habilitación de servicios de salud y afines"*.
- Decreto Ejecutivo Nº 39740 *"Reforma Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico"*.
- Decreto Ejecutivo Nº 39950-S *"Reforma Reglamento sobre el sistema nacional de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil"*.
- Decreto Ejecutivo Nº 39986-S *"Autorización para las terapias regenerativas con células madre adultas"*.
- Acuerdo Nº 1021 *"Norma Para a atención a Personas con Deterioro Cognitivo y Demencia"*.
- Lineamientos nacionales para el abordaje integral de la mujer embarazada y el recién nacido, relacionado con la infección del ZIKA
- Norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex (LGBTI) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Norma nacional para la prevención, detección y atención a las personas con enfermedad renal crónica.

Desafíos

Contar con el respaldo político y la aprobación por parte de las autoridades Ministeriales de las propuestas de actualización de las normas de habilitación y de los siguientes reglamentos específicos:

- ✓ Reglamento para la aplicación de procedimientos estéticos y cosmetológicos invasivos.
- ✓ Norma para la aplicación del aborto impune.
- ✓ Norma de atención a las mujeres con pérdidas gestacionales tempranas Reglamento para la aplicación de terapias celulares en seres humanos.
- ✓ Reglamento de Tamizaje Auditivo y Neonatal. (Se cuenta con Ley Nº 9142, Ley de Tamizaje Auditivo Neonatal).

III.2.16. Regulación y Control de Productos de Consumo Humano

Registro de productos de consumo humano

Situación actual y contexto

Una de las funciones de regulación que le competen al Ministerio de Salud para la protección de la salud y el bienestar de la población, la constituye el registro de productos de consumo y uso humano, como alimentos, cosméticos, equipo y material biomédico, medicamentos, productos naturales con cualidades medicinales, productos de higiene, productos químicos peligrosos y plaguicidas de uso doméstico.

El registro sanitario es indispensable para la comercialización de estos productos en el país, por lo que la atención de las solicitudes de registro debe garantizar que se cumple con la normativa establecida y realizarse en el menor tiempo posible, de manera de no obstaculizar innecesariamente las condiciones de competitividad económica del país.

La creación del “Portal Regístrelo” por parte del Ministerio de Salud, ha permitido que los trámites de registro (inscripción, renovación, cambios post registro, uso de registro y reconocimiento) se realicen de manera digital para la mayoría de los productos de interés sanitario.

La globalización, los tratados de libre comercio y la innovación han hecho que la demanda de solicitudes de registro sanitario haya experimentado un aumento en los últimos años, lo cual se evidencia en la mayor disponibilidad y variedad de estos productos que se encuentran en los comercios, farmacias y hospitales y otros establecimientos comerciales.

Logros

- Incorporación de productos de interés sanitario en el “Portal Regístrelo”**:** La automatización del proceso de registro, y la utilización de la firma digital, han permitido realizar los trámites en forma ágil y sencilla, lo cual conlleva al ahorro de tiempo y costos por parte de los administrados y de la administración; seguimiento de los estados del proceso de registro con total transparencia del proceso; recepción vía electrónica de las notificaciones de prevención, aprobación o rechazo de los trámites, así como del certificado de registro. Este portal opera durante las 24 horas del día los 7 días a la semana, en los 365 días del año.

Cuadro 3.45
Incorporación de productos de consumo humano en el Portal Regístrelo, según tipo de producto y fecha, Ministerio de Salud, 2017.

Tipo de Producto	Fecha de incorporación en Regístrelo
1. Medicamentos	Octubre 2013
2. Alimentos	Noviembre 2013
3. Cosméticos	Enero 2014
4. Equipo y material biomédico	Marzo 2014
5. Productos naturales	Junio 2014
6. Medicamentos biológicos	Octubre 2015
7. Productos higiénicos	Mayo 2016
8. Productos químicos peligrosos	Enero 2017
9. Plaguicidas de uso doméstico	Diciembre 2017

Fuente: Unidad de Registros de Productos de Consumo Humano, Ministerio de Salud.

- Mejora en los plazos de resolución de los trámites de registro de productos de interés sanitario: En el 2014 se establecieron los plazos máximos para la evaluación y resolución de las solicitudes de inscripción, renovación, cambio post registro y otros trámites de los productos de consumo y uso humano. Lo anterior, con el fin de que los interesados tuvieran claridad en cuanto a la duración de los trámites de registro. En octubre del 2015 estos plazos se establecieron en días hábiles.
- Con el fin de mejorar los plazos de atención, del año 2014 al 2017 se desarrollaron manuales para orientar a los/las usuarios/as en la utilización del "Portal Regístrelo", así como guías sobre los aspectos a evaluar en cada uno de los trámites.
- Desde el 2014 a la fecha se ha logrado una reducción en los tiempos de respuesta para el registro de los productos de consumo y uso humano.
- En el 2014, el tiempo de resolución de las solicitudes de inscripción de medicamentos era de 12 a 14 meses; actualmente, se están resolviendo en 6 a 7 meses. La resolución de las solicitudes de registro de alimentos pasó de 3 a 4 meses, a 1 mes en la actualidad.
- En el año 2017 se ha logrado la resolución de las solicitudes de registro dentro

del plazo establecido en la normativa para los productos alimenticios, cosméticos, productos naturales, medicamentos biológicos, productos higiénicos, productos químicos y plaguicidas de uso doméstico y se está trabajando en diferentes alternativas para lograr alcanzar los plazos de atención de los medicamentos y equipo y material biomédico.

- Aumento de la oferta de productos de interés sanitario con calidad, seguridad, y eficacia. La incorporación en el "Portal Regístrelo" de los productos de interés sanitario y las mejoras al portal, realizadas en los últimos cuatro años, han permitido la disponibilidad de un mayor número de productos que cumplen con los requisitos técnicos y legales para garantizar su seguridad, calidad y eficacia.

Cuadro 3.46
Registro de productos de consumo humano según tipo y año, Ministerio de Salud, 2014-2017

Periodo	Alimentos	Cosméticos	Equipo y Material Biomédico	Medicamentos	Medicamentos Biológicos	Productos Naturales	Productos Higiénicos	Productos Químicos
2014-2015	22023	8016	7845	5385	-	425	-	-
2015-2016	20070	8219	9049	6552	221	276	80	-
2016-2017	22879	9686	9423	6260	372	278	1539	3797

Fuente: Unidad de Registros de Productos de Consumo Humano, Ministerio de Salud.

Gráfico 3.48
Trámites aprobados de productos de consumo humano según tipo y año, Ministerio de Salud, 2014-2017

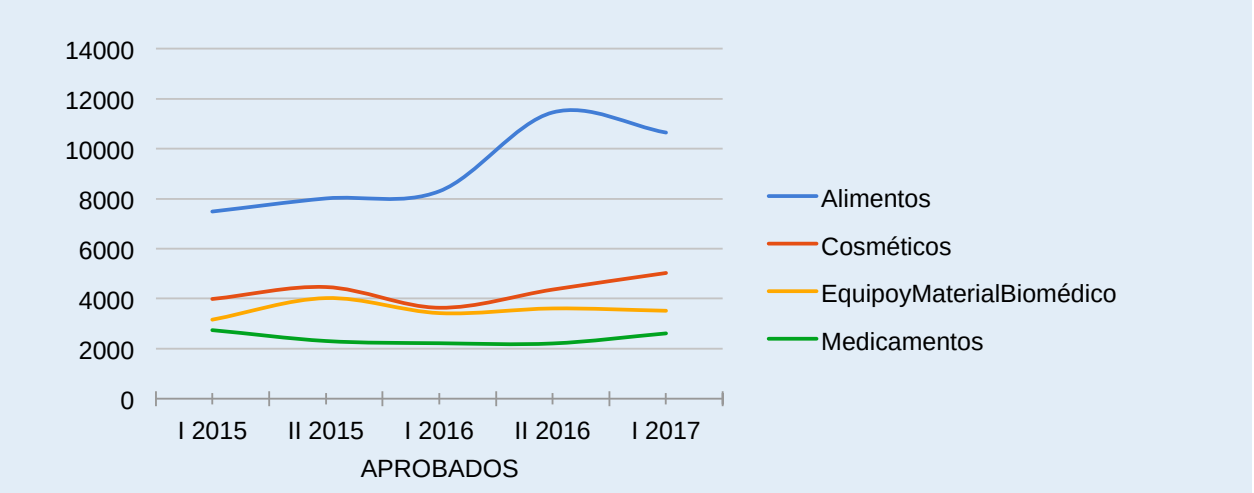
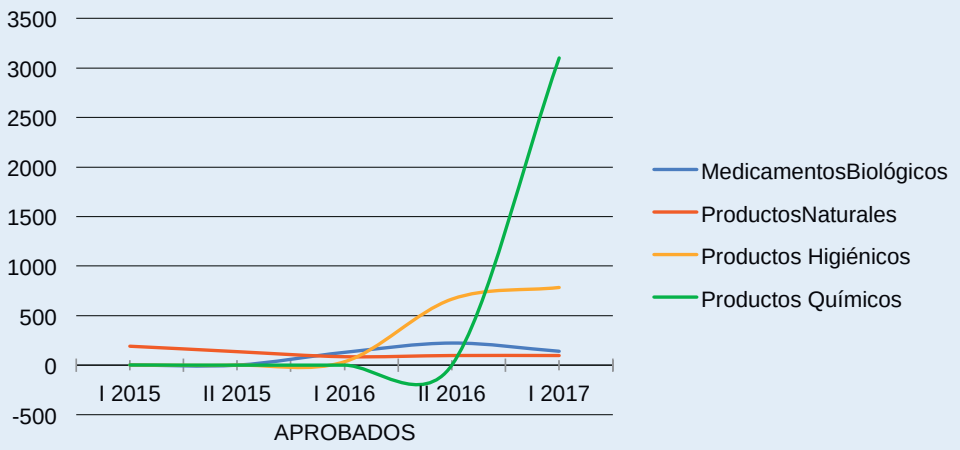


Gráfico 3.49
Trámites aprobados de productos de consumo humano según tipo y año, Ministerio de Salud, 2014-2017.



- Registro Simplificado de Cosméticos y Productos Alimenticios: En febrero del 2016 se estableció un procedimiento de registro simplificado de cosméticos y alimentos de bajo riesgo, a fin de ofrecer a los administrados un procedimiento de resolución administrativa más ágil y rápido (máximo de 5 días hábiles), para un grupo de productos cosméticos y alimenticios. Se inició con 40 productos alimenticios y 18 tipos de cosméticos. En septiembre 2017 se aumentaron en 17 los productos alimenticios y en 4 los productos cosméticos de manera que actualmente se cuenta con un listado de 57 tipos de productos alimenticios y de 22 tipos de productos cosméticos.

- Las solicitudes de registro por medio del procedimiento simplificado de alimentos han ido aumentando. En el año 2016 representaban el 17.3% de todas las solicitudes de registros y hasta septiembre del 2017 habían aumentado al 26.3%. En el 2016, las solicitudes de registro de cosméticos mediante este procedimiento abreviado, representaron el 7.8% de las solicitudes y a septiembre del 2017, el 7.9%.

- Agilización de los trámites de los registros de productos alimenticios de fabricación nacional que deban ser comercializados a nivel internacional: En diciembre de 2014 y con el fin de colaborar con la competitividad de los productos nacionales en los mercados internacionales, se emitió una directriz que permite agilizar los trámites para registro de productos alimenticios que sean de exportación. Esto ha permitido que dichas solicitudes sean atendidas en un plazo de un día hábil.

- Agilización de trámites para medicamentos y equipo y material biomédico: En

marzo del 2015, se emitió una circular con los criterios para la agilización de los trámites de registro de medicamentos y equipo y material biomédico y otros productos, destinados a la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros u otras instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, así como para productos nacionales de exportación y otros que por razones sanitarias se justifique. Lo anterior permitió la autorización de trámites más ágiles para los proveedores de la CCSS y otras instituciones públicas de salud, lo cual ha facilitado la entrega de los productos y equipos en plazos menores en beneficio de la población.

- Reconocimiento Regional de productos alimenticios mediante el enlace al Sistema de Integración Regional Para Registros Sanitarios (SIRSS): A partir del año 2016 se creó el SIRSS por parte de la Secretaría de Integración Económica Centroamericana; el cual permite el reconocimiento de productos alimenticios provenientes de los países de la Región Centroamericana. El enlace entre el SIRSS y el "*Portal Regístrelo",* requisito fundamental para el reconocimiento de productos regionales, entró en operación en julio de ese mismo año. Desde julio del 2017 se eliminó el requerimiento de la presentación del Certificado de Libre Venta como requisito para el reconocimiento.

- En el año 2016 ingresaron 18 solicitudes de reconocimiento con este sistema y de enero a septiembre del 2017 han ingresado 150 solicitudes. Esto ha permitido que los interesados a nivel nacional puedan realizar el reconocimiento de sus productos con el resto del área centroamericana sin necesidad de desplazarse a los otros países.

- Reconocimiento de la evaluación y aprobación de informes finales de estudios clínicos y no clínicos por parte de las Autoridades Reguladoras de Referencia como evidencia para el registro sanitario de medicamentos: En enero 2016 se publicó el Decreto 39433-S que estableció los criterios para que el Ministerio de Salud reconociera los informes concluyentes de estudios clínicos y preclínicos de seguridad y eficacia, bioequivalencia o biosimilitud, como parte del registro sanitario de medicamentos. Con esto, la revisión y resolución de las solicitudes de registro se pueden atender en menor tiempo, pues se cuenta con la aprobación de dichos estudios por parte de autoridades reconocidas mundialmente por su rigurosidad en el análisis de los mismos.

- Mejoramiento de la calidad de medicamentos multiorigen de interés sanitario mediante la demostración de bioequivalencia: La implementación de la normativa que establece los requisitos que deben presentar para el registro los medicamentos

multiorigen que por su riesgo deben demostrar bioequivalencia, ha permitido el intercambio seguro de los mismos, ayudando a disminuir los costos e inversión en medicamentos.

- En el 2013 se contaba con 33 principios activos en la lista de productos que deben demostrar su bioequivalencia; en el 2014 se ingresaron a esta lista 10 principios activos más y en el 2016 se incorporaron 5 más contando actualmente con 49 principios activos que requieren demostrar bioequivalencia y ya se han aprobado 44 medicamentos como bioequivalentes.

Desafíos

- ✓ Cumplir con los plazos establecidos, a pesar de no contar con el recurso humano necesario en la Unidad de Registros, además del congelamiento de plazas por la direz de Autoridad presupuestaria y que el funcionamiento del "Portal Regístrelo"es 24 horas/7 días de la semana/365 días del año, mientras que los/las funcionarios/as trabajan de lunes a viernes 8 horas y hay disponibilidad de recursos para tiempo extraordinario.

- ✓ Incluir en el "Portal Regístrelo" los productos que aún no se encuentran en éste.

- ✓ Mejorar la calidad de la atención unificando criterios de validación y evaluación y evitando en la medida de lo posible cometer errores en la atención de los trámites.

- ✓ Implementar estrategias que permitan disminuir el porcentaje de prevenciones realizadas en la atención de las solicitudes de registro, tales como la capacitación de los administrados.

- ✓ Capacitación continua en temas específicos a los/las funcionarios/as.

III.2.17. Normalización y Control de productos de consumo humano

Buenas prácticas de manufactura

Situación actual y contexto

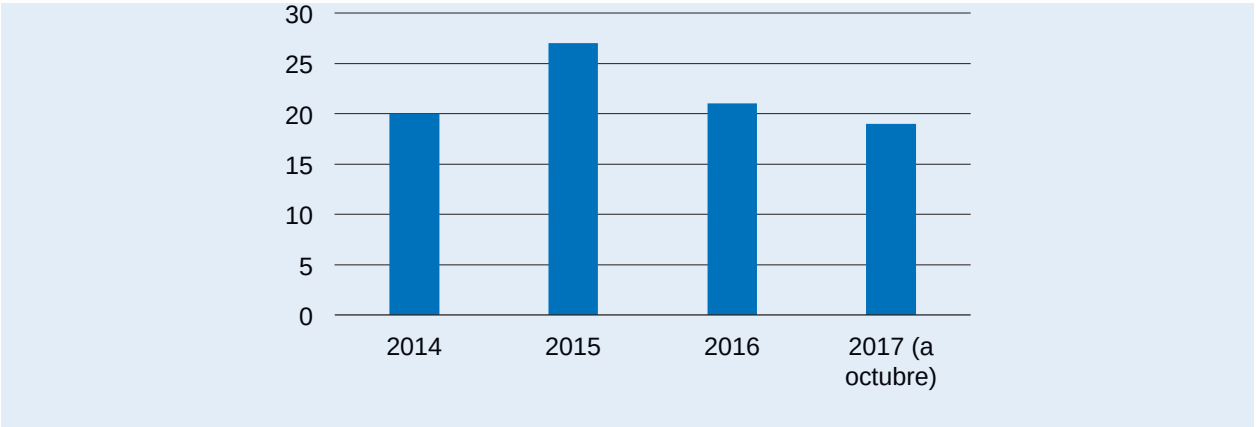
La fabricación de medicamentos, cosméticos, dispositivos médicos y alimentos, debe considerar los riesgos de contaminación o de falta de eficacia inherentes a la misma. Para disminuir estos riesgos, el Ministerio desarrolla la normativa que establece las buenas prácticas de fabricación (BPM) aplicables a cada tipo de industria dentro del concepto de Garantía de Calidad y establece mecanismos y estrategias, para realizar la inspección y

auditoría de los diversos establecimientos, haciéndose énfasis en los laboratorios fabricantes de medicamentos.interés para la salud, con el fin de garantizar la calidad y seguridad de los mismos.

Logros

- Realización de auditorías de Buenas Prácticas de Manufactura en el 100% de los laboratorios fabricantes de medicamentos del país, además de un gran número de droguerías, y laboratorios fabricantes de cosméticos y productos naturales medicinales.
- Los laboratorios auditados del 2014-2018 muestran avances importantes en el cumplimiento del Reglamento Centroamericano de Buenas Prácticas de Manufactura. A octubre de 2017, los laboratorios fabricantes de medicamentos muestras mejoras en las condiciones de elaboración de productos de interés sanitario, que garantizan su calidad y como resultado de ello, los registros de sus productos pueden ser reconocidos en la región centroamericana. Adicionalmente la población puede confiar en la calidad de los medicamentos elaborados en el país.

Gráfico 3.50
Número de laboratorios inspeccionados por BPM según año, Ministerio de Salud, 2014-2017.



Fuente: Unidad de Normalización y Control de Productos de Interés Sanitario, Ministerio de Salud, Octubre 2017.

Desafíos

- ✓ Realizar evaluaciones de buenas prácticas de manufactura a empresas que exportan productos a nuestro país, tal y como lo realizan las autoridades reconocidas de otros países.

- ✓ Capacitaciones para que los inspecciones para que los inspectores sean reconocido como auditores internacionales. (PICS) Convención para inspección farmacéutica y el esquema de cooperación para la inspección farmacéutica, según sus siglas en inglés.

Control de productos

Situación actual y contexto

El consumo de medicamentos, productos naturales, alimentos y suplementos alimenticios, inocuos y eficaces así como la seguridad de los cosméticos, productos de higiene, plaguicidas, productos químicos y equipos y materiales biomédicos, es un tema de relevancia para la rectoría de la salud, ya que si no se garantizan condiciones sanitarias adecuadas de estos productos, éstos podrían incidir negativamente en la salud de la población.

La globalización, los tratados de libre comercio y la simplificación de los trámites, han permitido que en el país la oferta de productos de interés sanitario se haya incrementado, lo cual se evidencia en la variedad de productos que se encuentran en los comercios, farmacias y hospitales.

El comercio de medicamentos falsificados ocupa a nivel internacional el tercer lugar dentro del crimen organizado, es difícil de detectar y requiere de la intervención de varias organizaciones incluyendo los cuerpos policiacos, los colegios profesionales, entre otros. La proliferación de productos naturales y suplementos a la dieta que se promocionan como “milagrosos”, curando enfermedades graves o adelgazando en semanas, requieren de un control constante en sitios de venta y en medios de comunicación incluso en redes sociales.

Otro de los problemas detectados, es el incumplimiento en las etiquetas de los productos, las cuales no contienen toda la información necesaria para la seguridad de los consumidores.

Esto ocurre especialmente en productos de higiene y productos químicos, en los cuales la simbología, advertencias y formas de uso son imprescindibles para evitar accidentes.

A este panorama, se debe agregar el incremento de la oferta de diversos dispositivos médicos y pruebas de laboratorio “in vitro” que están al alcance de la población en general, y deben ser vigilados para que no haya riesgo de aplicaciones incorrectas o de resultados confusos, que puedan terminar en un daño a la salud del/la usuario/a. Adicionalmente a los medicamentos

por normativa se debe dar una liberación de los primeros lotes de comercialización, para asegurar que los mismos cumplen con las especificaciones aprobadas.

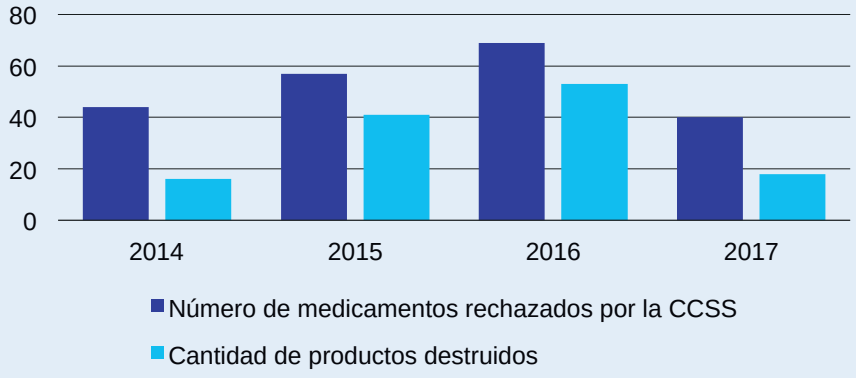
Para garantizar que los productos cumplan con las condiciones de calidad, seguridad, inocuidad y eficacia, el Ministerio de Salud realiza diferentes acciones de control como: controles basados la toma de muestras y análisis de productos priorizados; operativos de inspección en establecimientos para verificar la presencia de productos irregulares (no registrados, falsificados, con etiquetas incompletas, etc.); atención de denuncias y emisión de alertas.

Logros

Durante los últimos cuatro años, las acciones de control de productos de interés sanitario realizadas por el Ministerio de Salud, en coordinación con diversos actores, se han visto modernizadas, incrementadas mediante diferentes acciones y estrategias:

- Establecimiento de un procedimiento estandarizado de coordinación entre el Ministerio de Salud y el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos (LNCM) de la Caja Costarricense del Seguro Social a fin de que el proceso de análisis de calidad a los medicamentos utilizados por la CCSS y de igual manera los análisis para la liberación de los primeros lotes de los medicamentos utilizados por dicha institución se realice en forma eficiente y eficaz, a fin de detectar en forma oportuna y emitir las órdenes sanitarias correspondientes en caso de que los productos analizados no cumplan con las especificaciones técnicas.

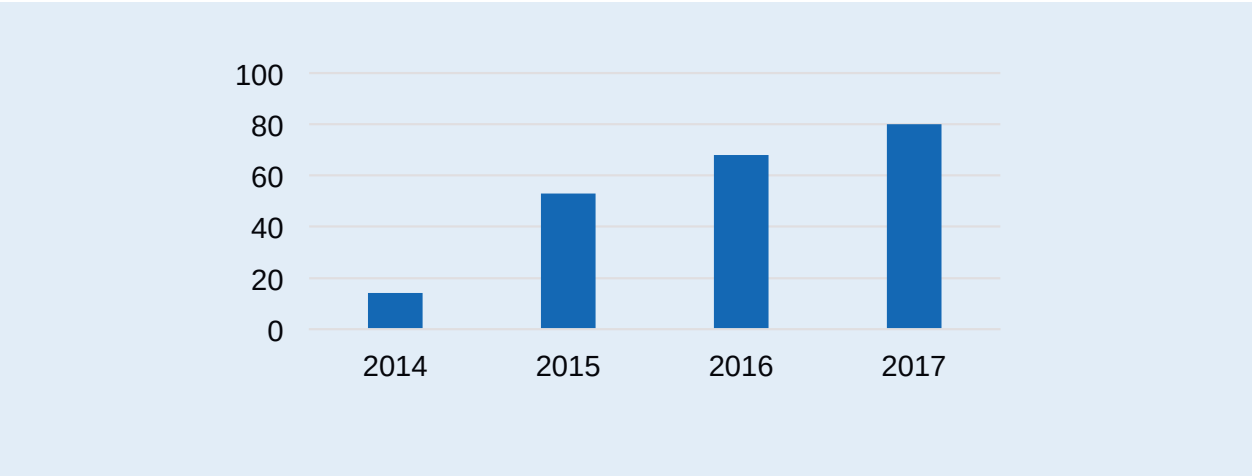
Gráfico 3.51
Medicamentos rechazados o destruidos, según año, CCSS-Ministerio de Salud, 2014-2017.



Fuente: Unidad de Normalización y Control de Productos de Interés Sanitario, Ministerio de Salud, 2017.

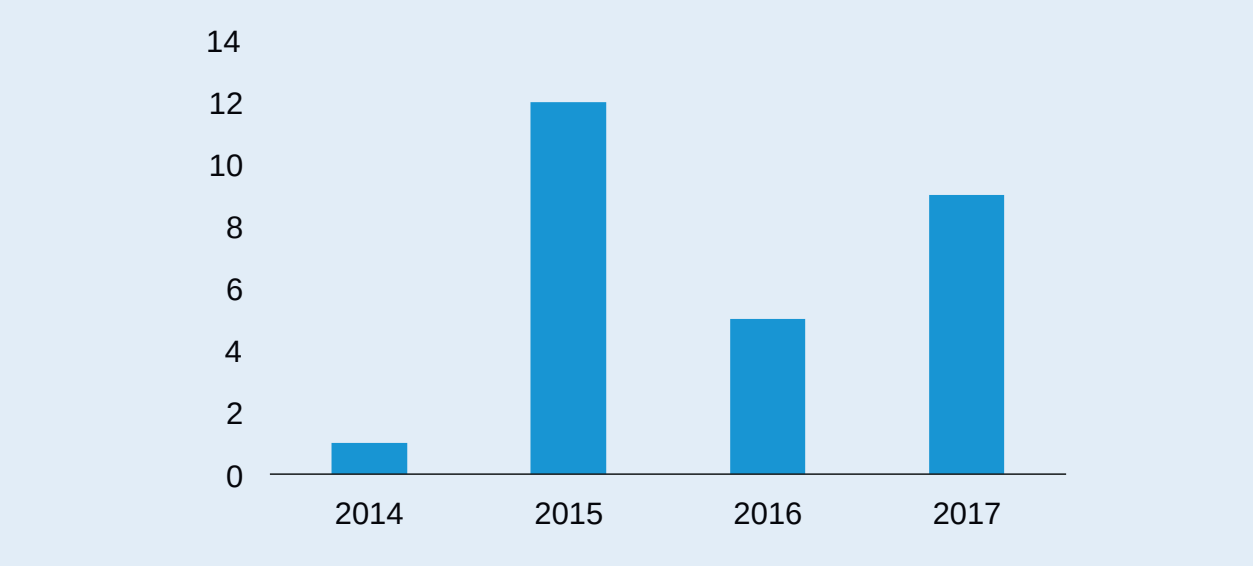
- Aumento en un tercio del número total de productos analizados para conocer el desempeño y la composición de productos tales como: el contenido de formaldehido en productos para alisar el cabello, plomo en lápices labiales, cromo vi en cementos, entre otros. Lo anterior fue posible a partir de 2017, mediante el establecimiento de un convenio con el Laboratorio SEQUIATEC del Instituto Tecnológico de Costa Rica para realizar análisis a productos químicos, cosméticos, equipos o materiales biomédicos.
- Fortalecimiento de los operativos de inspección de establecimientos en los que se elaboran, almacenan o se venden productos de consumo o uso humano, ya sea por parte de la Unidad de Normalización y Control del Ministerio de Salud, como en forma coordinada con otros instituciones nacionales (policía de control fiscal, policías municipales, policía de fronteras, servicio de vigilancia aérea, OIJ, colegios profesionales) o internacionales (INTERPOL, Operación Pangea).
- Estas acciones permitieron identificar productos falsificados, productos con registros vencidos, falsos o no registrados que estaban ingresando al país de forma ilegal y los cuales han quedado retenidos o decomisados para ser destruidos. También se detectaron productos contaminados, productos naturales o suplementos de la dieta que contienen medicamentos no declarados. A raíz de estos hallazgos, se decomisó un número importante de productos o se ha exigido el retiro del mercado de los mismos, cancelación del registro de productos que fueron registrados bajo condiciones diferentes a las que se encuentran en el mercado.

Gráfico 3.52
Número de establecimientos inspeccionados en operativos según año, Ministerio de Salud, 2014-2017.



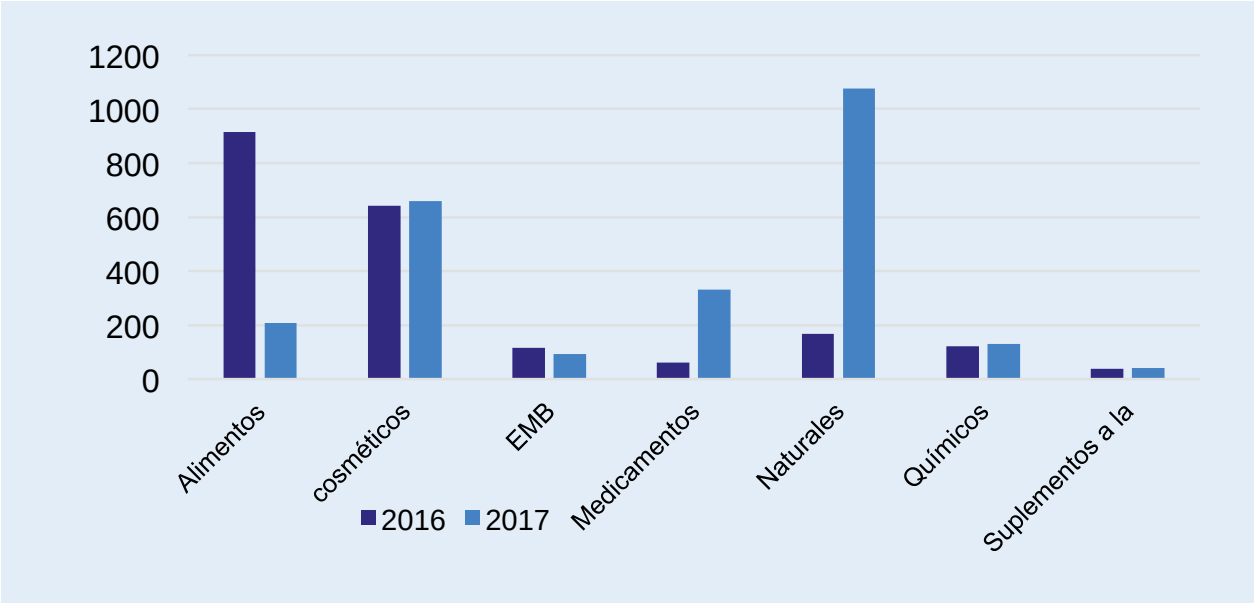
Fuente: Unidad de Normalización y Control de Productos de Interés Sanitario, Ministerio de Salud, 2017.

GGráfico 3.53
Número de operativos conjuntos según año, Ministerio de Salud, 2014-2017.



Fuente: Unidad de Normalización y Control de Productos de Interés Sanitario, Ministerio de Salud, 2017.

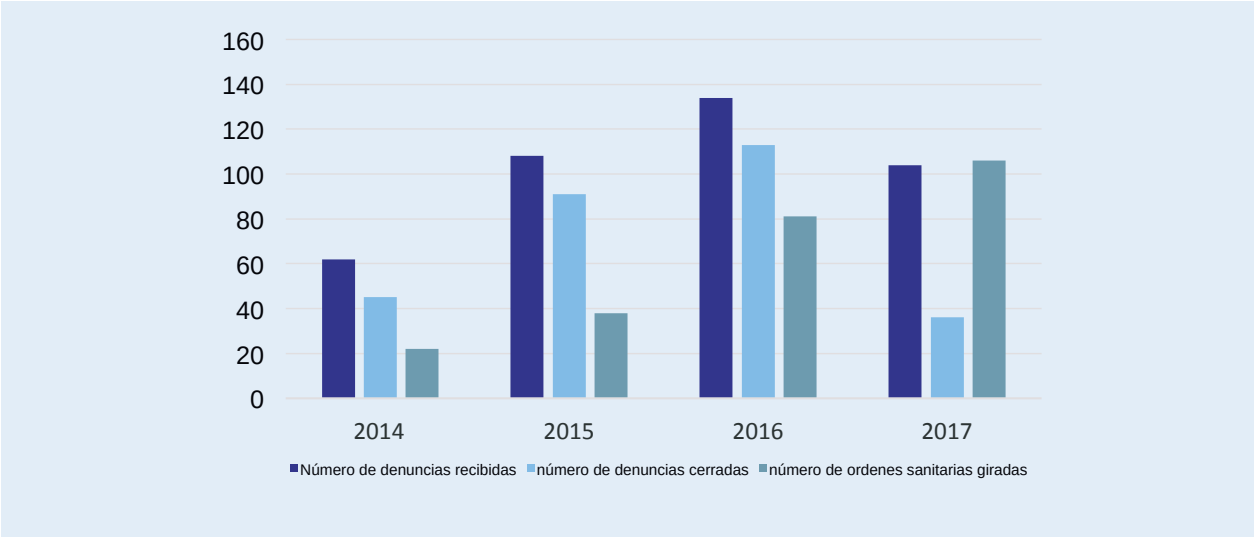
Gráfico 3.54
Cantidad de productos decomisados, 2016-2017



Fuente: Unidad de Normalización y Control de Productos de Interés Sanitario, Ministerio de Salud, 2017.

- Fortalecimiento del proceso de atención y resolución de denuncias con respecto a productos de consumo y uso humano; lo cual podría estar relacionado con el aumento en la confianza de los/las usuarios/as ya que el número de denuncias ha mostrado incremento.

Gráfico 3.55
Número de denuncias sobre productos de interés sanitario atendidas según tipo de resolución, Ministerio de Salud, 2014-2017



Fuente: Unidad de Normalización y Control de Productos de Interés Sanitario, Ministerio de Salud, 2017.

Desafíos

- ✓ Fortalecer las actividades de control incluyendo los medios digitales.
- ✓ Tipificar como delito con sanciones fuertes, a la oferta y venta de productos ilegales, para lo cual se requiere la aprobación del proyecto ley que está en la Asamblea Legislativa.
- ✓ Contar con presencia de personal del Ministerio de Salud en aduanas a fin de detectar productos no registrados, falsificados o contaminados.
- ✓ Falta de laboratorios especializados para la realización de los análisis.
- ✓ Falta de recurso humana para aumentar la cobertura en el control y vigilancia en el mercado de los Productos de Interés Sanitario.
- ✓ Actualización en los conocimientos técnicos para mejorar los controles requeridos.

Fármaco y tecno vigilancia

Situación actual y contexto

El desarrollo de nuevos fármacos, equipos y materiales biomédicos requiere de estudios para garantizar la eficacia y seguridad de los productos. Una vez que los medicamentos y tecnologías biomédicas son utilizados en la población, se puede detectar falta de eficacia o de seguridad de los mismos, que pueden ocasionar desde pequeñas molestias en el individuo, hasta la muerte.

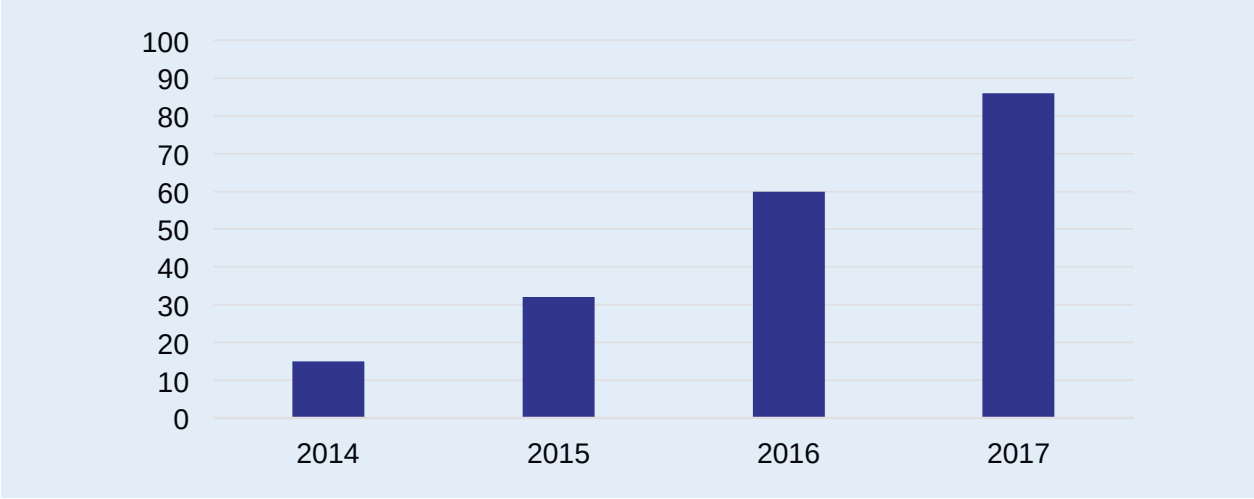
Se define como fármaco-vigilancia la actividad de salud pública destinada a la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados del uso de medicamentos de uso humano una vez comercializados. Asimismo, la tecno-vigilancia constituye el conjunto de actividades que se realizan para la identificación y evaluación de incidentes o eventos adversos producidos por dispositivos médicos en uso, así como, la identificación de los factores de riesgo asociados a estos eventos.

Con base en el registro, evaluación y seguimiento sistemático de las notificaciones de incidentes y eventos adversos, se determina la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos y se realizan las intervenciones o mejoras necesarias para prevenir la aparición de los eventos y minimizar sus riesgos.

Logros

- Desarrollo de normativa de buenas prácticas de fármaco-vigilancia y de la vigilancia de los dispositivos médicos
- Aumento del número de notificaciones de efectos adversos de dispositivos médicos, pasando de 15 reportes en el 2014 a 86 en setiembre del 2017.

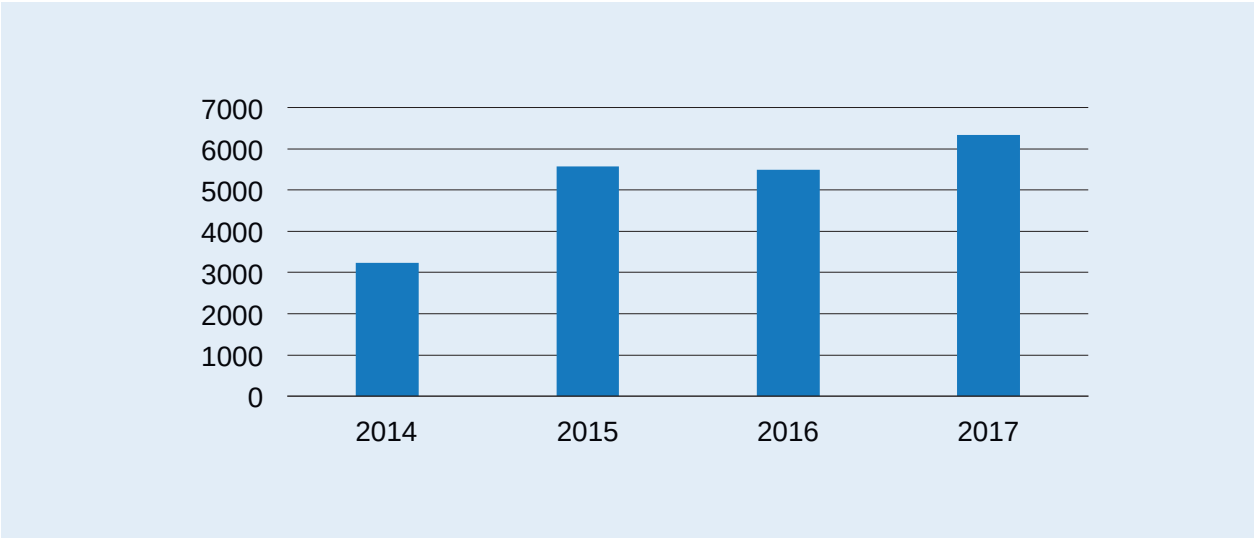
Gráfico 3.56
Número de notificaciones de tecno vigilancia según año, Ministerio de Salud, 2014-2017.



Fuente: Unidad de Normalización y Control de Productos de Interés Sanitario, Ministerio de Salud, 2017.

- Si se comparan las notificaciones de fármaco-vigilancia recibidas durante todo el año 2014 (3.171), y las recibidas de enero a junio de 2017 (3.227) se observa un importante aumento, como se observa en el siguiente gráfico, lo cual podría estar relacionado con una mayor participación de los profesionales de la salud y la acción positiva que las actividades de concientización han logrado.

Gráfico 3.57
Número de notificaciones de reacciones adversas a medicamentos según año, Ministerio de Salud, 2014-2017



Fuente: Unidad de Normalización y Control de Productos de Interés Sanitario, Ministerio de Salud, 2017.
Nota: El valor de notificaciones de fármaco vigilancia para el años 2017 es una proyección a diciembre 2017.

Desafíos

- ✓ Sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud a fin de incrementar el número de notificaciones, especialmente en lo relativo a dispositivos y materiales médicos
- ✓ Desarrollo de un sistema de información que permita la notificación de los incidentes en línea
- ✓ Actualización continua de conocimientos a los profesionales responsables de este control

Control de la publicidad de productos de consumo humano

Situación actual y contexto

Para garantizar la seguridad y eficacia de Los productos de interés sanitario, éstos deben ser utilizados según las indicaciones aprobadas en el registro sanitario. Además, la publicidad de los productos debe apegarse a esta normativa y no inducir al engaño del consumidor o poner en riesgo la salud de las personas.

Actualmente, la promoción de los productos de consumo humano se realiza por los medios de comunicación tradicional y de las redes sociales en medios digitales. La labor de control de la publicidad en estos medios se dificulta por la poca legislación existente. No obstante, en la Dirección de Regulación de Productos de Consumo Humano, funciona la Comisión de Publicidad, que tiene como principal objetivo reducir el número de publicaciones falsas o engañosas.

Logros

- Reducción del tiempo de aprobación de los materiales publicitarios de medicamentos, pasando de mes y medio en el 2014 a quince días en el 2017.
- Implementación de un proceso de control periódico de los diversos medios de comunicación, que permitió detectar espacios publicitarios no aprobados o bien con mensajes engañosos, como los que asignan indicaciones no aprobadas a los productos. Esto se ha detectado con mayor frecuencia en suplementos a la dieta y en algunos productos naturales medicinales.
- Cierre de varios espacios publicitarios y retiro de publicidad no aprobada por la Comisión.

Desafíos

- ✓ Ampliar la cobertura de las actividades de control de publicidad
- ✓ Establecer un mecanismo y la reglamentación para el control de los vendedores ilegales por medio de internet y redes sociales
- ✓ Lograr una mayor injerencia en los medios de comunicación para que se evite la publicación de materiales publicitarios engañosos y no aprobados.

Comité Nacional Calidad de Productos y Tecnologías de la Salud

Situación actual y contexto

El Comité de Productos y Tecnologías de la Salud, denominado por INTECO CTN 44 (Comité Técnico #44) fue creado en el 2015, y está conformado por varios sectores nacionales, en los que se destaca, el Ministerio de Salud como ente rector y regulador que preside.

El objetivo del CTN 44 consiste en promover la aplicación de estándares internacionales, como los emitidos por el ente Internacional de Normalización (ISO). Estas normas facilitarán la evaluación y sistematización de datos para efectos de investigación y comparación; la adquisición de productos de calidad, a fin de que el gasto público y privado se haga en forma eficiente y con la relación adecuada costo/beneficio. La implementación de estas normas también contribuirá a que se apliquen eficazmente las nuevas tecnologías y se gestionen adecuadamente los recursos disponibles.

El Comité Central acordó normar temas prioritarios, para lo cual se constituyeron inicialmente seis subcomités (CTN SC) u órganos de estudio.

En todos los subcomités participan técnicos de la academia, institutos de investigación, colegios profesionales, industria, comercio, consumidores y del Ministerio de Salud. En el 2017 se instalaron dos subcomités más y en febrero el 2018 uno más.

Los 9 sub comités son:

- **CTN 44 SC 01 Servicios de Salud y Bienestar:** Este sub comité tuvo la labor de actualizar y desarrollar una norma para la habilitación de establecimientos de larga estancia para la atención Integral de la persona adulta mayor.

- **CTN 44 SC 02 Implantes:** El alcance de este órgano de estudio has sido la elaboración de normas de requisitos para implantes quirúrgicos activos y no activos, catéteres, implantes mamarios, implantes para cirugía entre otros temas. Actualmente, representa a Costa Rica internacionalmente ante la ISO en el desarrollo de normas internacionales en estos temas.

- **CTN 44 SC 03 Esterilización de productos para el cuidado de la salud:** Este sub comité se ha dedicado a la adopción de normas internacionales de limpieza y descontaminación en uso hospitalario, indicadores biológicos, empacado, re-esterilización, requisitos técnicos para la validación de diferentes tipos de procesos de esterilización, como el calor húmedo.

- **CTN 44 SC 04 Transfusión**: Este comité se dedicó a la adopción de normas internacionales que especifican requisitos de diseño y calidad de los contenedores flexibles de plástico, para el almacenamiento de sangre humana, equipos de transfusión para uso médico, contendores de muestras de sangre venosa humana, entre otros.

- **CTN 44 SC 05 Equipos Médicos:** Este órgano de estudio inició con la adopción de la nueva versión de la norma internacional ISO 13485: 2016 *Dispositivos médicos. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios,* posteriormente se ha enfocado en trabajar normas internacionales IEC para equipos electro-médicos, las cuales establecen especificaciones técnicas para el funcionamiento esencial y la seguridad básica de estos equipos.

- **CTN 44 SC 06 Tecnologías de la Información en la Salud:** Este sub comité ha adoptado normas internacionales ISO/HL7 que establecen los protocolos de programación para la interoperabilidad entre los sistemas de salud, los equipos médicos y pacientes.

- También está estableciendo estándares para el Sistema DICOM, identificación de productos medicinales, identificación automática y etiquetado de datos para la atención del paciente y productos medicinales.

- **CTN 44 SC 07 Electro acústica en la salud humana:** Este órgano de estudio estableció normas que establecen especificaciones técnicas para prótesis auditivas e implantes cocleares.

- **CTN 44 SC 08 “Insumos médicos”:** Este sub comité ha trabajo normas internacionales

que establecen especificaciones técnicas de jeringas, agujas hipodérmicas y guantes para uso médico.

- **CTN 44 SC 09 "Gases medicinales":** Se dará la apertura de este sub comité en febrero del 2018 y la intención es que se trabaje bajo el mismo esquema de normas internacionales ISO, para cubrir la carencia de normas nacionales con especificaciones técnicas en sistemas de canalización y de transporte de gases medicinales, reguladores de presión de gases medicinales, unidades terminales, equipo respiratorio y anestésico, entre otros.

Para finales del 2017, el CTN 44 en conjunto con sus órganos de subcomités, contó con un total de 82 normas en sus planes de trabajo.

La CCSS, el INS y los centros de salud públicos y privados se comprometieron en comenzar a implementar las normas aprobadas en el 2018.

Logros

- **CTN 44 SC 01 (Servicios de salud y bienestar, Adulto Mayor)**
  - PN INTE DN 05 Habilitación de establecimientos para la atención integral de la persona Adulta Mayor.
- **CTN 44 SC 02 (Implantes)**
  - PN INTE/ISO14630:2017 Implantes Quirúrgicos No Activos-Requisitos Generales
  - PN INTE/ISO/TR14283:2017 Implantes para cirugía—Principios Fundamentales
  - PN INTE/ISO14607:2017 Implantes quirúrgicos no activos. Implantes mamarios. Requisitos particulares.
  - PN INTE/ISO 10993-1:2017 Evaluación biológica de Dispositivos médicos. Parte 1: Evaluación y ensayos mediante un proceso de gestión del riesgo.
  - PN INTE/ISO 12891-1:2017 Recuperación y análisis de los implantes quirúrgicos - Parte 1: recuperación y manipulación.
  - PN INTE/ISO 12891-2:2017 Recuperación y análisis de los implantes quirúrgicos - Parte 2: Análisis de los implantes quirúrgicos recuperados.
  - PN INTE/ISO 10555-1:2017 Catéteres intravasculares - catéteres estériles y de

uso único - Parte 1: Requisitos generales.

- PN INTE/ISO 10555-3:2017 Catéteres intravasculares - catéteres estériles y de uso único Parte 2: Catéteres venosos centrales.
- PN INTE/ISO 10555-4:2017 Catéteres intravasculares - catéteres estériles y de uso único Parte 4: Catéteres de balón de dilatación.
- PN INTE/ISO 10555-5:2017 Catéteres intravasculares - catéteres estériles y de uso único Parte 5: Catéteres periféricos sobre aguja introductora
- PN INTE/ISO14708-1– Implantes para cirugía- dispositivos médicos implantables activos Parte 1: Requisitos generales de seguridad, etiquetado y de la información a ser proporcionada por el fabricante.
- PN INTE/ISO14708-2: 2012 Implantes para cirugía - productos sanitarios implantables activos - Parte 2: marcapasos cardíacos.
- PN INTE/ISO14708-3: 2017 Implantes para cirugía – sanitarios implantables activos - Parte 3: Neuroestimuladores implantables.
- PN INTE/ISO14708-4: 2008 Implantes para cirugía – sanitarios implantables activos - Parte 4: bombas de infusión implantables.
- PN INTE/ISO14708-5: 2010 Implantes para cirugía - productos sanitarios implantables activos - Parte 5: dispositivos de asistencia circulatoria.
- PN INTE/ISO14708-6: 2010 Implantes para cirugía – sanitarios implantables activos - Parte 6: Requisitos particulares para dispositivos médicos implantables activos destinados a tratar taquiarritmias (incluyendo desfibriladores implantables).

- **CTN 44 SC 03 (Esterilización)**
  - PN INTE/ISO17665-1:2017 Esterilización de Dispositivos médicos-Calor húmedo-Parte 1: Requisitos para el desarrollo, validación y control de rutina de un proceso de esterilización para Dispositivos médicos
  - PN INTE/ISO17665-2:2017 Esterilización de Dispositivos médicos-Calor húmedo-Parte 2: Guía de aplicación de la Norma ISO 17665-1
  - PN INTE/ISO17665-3:2017 Esterilización de Dispositivos médicos- Calor húmedo - Parte 3: Guía para la designación de un dispositivo médico para una familia de productos y la categoría de procesamiento para la esterilización por vapor.
  - PNINTE/ISO/TS11139:2017 Esterilización de Dispositivos médicos Vocabulario

- PN INTE/ISO 11607-1:2017 Empacado para Dispositivos médicos esterilizados terminalmente-Parte 1: Requisitos para los materiales, los sistemas de barrera estéril y sistemas de Empacado
- PN INTE S1 Limpieza y descontaminación de dispositivos médicos y productos de uso hospitalario. Gestión integral de dispositivos médicos y productos de uso hospitalario en el área de limpieza y descontaminación.
- PN INTE/ISO 11607-2:2017 Empacado para Dispositivos médicos esterilizados terminalmente-Parte 2: Requisitos para procesos de conformación, sellado y ensamblado.
- PN INTE/ISO/TS16775:2017 Empacado para Dispositivos médicos esterilizados terminalmente - Guía para la aplicación de la norma ISO 11607-1 e ISO 11607-2
- PN INTE/ISO11138-1 Esterilización de Dispositivos médicos – Indicadores biológicos -- Parte 1: Requerimientos generales
- PN INTE/ISO11138-2 Esterilización de Dispositivos médicos – Indicadores biológicos -- Parte 2: Indicadores biológicos para procesos de esterilización con óxido de estileno.
- PN INTE/ISO11138-3 Esterilización de Dispositivos médicos – Indicadores biológicos -- Parte 3: Indicadores biológicos para procesos de esterilización con calor húmedo.
- PN INTE/ISO11138-4 Esterilización de Dispositivos médicos – Indicadores biológicos -- Parte 3: Indicadores biológicos para procesos de esterilización con calor seco.
- PN INTE/ISO11138-5 Esterilización de Dispositivos médicos – Indicadores biológicos -- Parte 5: Indicadores biológicos para procesos de esterilización con formaldehído y vapor de baja temperatura.
- PN INTE/ISO25424 Esterilización de Dispositivos médicos para procesos de esterilización con formaldehído y vapor de baja temperatura. Requerimientos para el desarrollo, validación y rutina de control para el proceso de esterilización de dispositivos médicos.
- PN INTE/ISO11135 Esterilización de Dispositivos médicos con óxido de etileno. Requerimientos para el desarrollo, validación y rutina de control para el proceso de esterilización de dispositivos médicos.

- PN INTE/ISO14161 Esterilización de Dispositivos médicos. Indicadores biológicos. Orientación para la selección, la utilización y la interpretación de los resultados.

- **CTN 44 SC 04 (Transfusión,…)**
  - PN INTE/ISO3826-2:2017 Recipientes flexibles de plástico para sangre humana y sus componentes. Parte 2: Símbolos gráficos a utilizar en las etiquetas y en los prospectos de instrucciones
  - PN INTE/ISO3826-1:2017 Recipientes flexibles de plástico para sangre humana y sus componentes. Parte 1: Recipientes convencionales
  - PN INTE/ISO3826-3:2017 Recipientes flexibles de plástico para sangre humana y sus componentes. Parte 3: Sistemas de bolsas de sangre con accesorios integrados
  - PN INTE/ISO3826-4:2017 Recipientes flexibles de plástico para sangre humana y sus componentes. Parte 4: Sistemas de bolsa de sangre de aféresis con accesorios integrados
  - PN INTE/ISO1135-3:2017 Equipo de transfusión para uso médico. Parte 4: Kit de extracción de sangre.
  - PN INTE/ISO1135-4:2017 Equipo de transfusión para uso médico. Parte 4: Equipos de transfusión para un solo uso, alimentación por gravedad
  - PN INTE/ISO1135-5:2017 Equipo de transfusión para uso médico. Parte 5: Equipos de transfusión para un solo uso con aparatos de perfusión bajo presión.
  - PN INTE/ISO10993-4:2017 Evaluación biológica de Dispositivos médicos. Parte 4: Selección de los ensayos para las interacciones con la sangre.
  - PN INTE/ISO6710:2017 Contenedores de un solo uso para la recolección de muestras de sangre venosa.

- **CTN 44 SC 05 (Equipos médicos)**
  - PN INTE/ISO13485:2016 Dispositivos Médicos. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios.
  - PN INTE/IEC60601-1:2017 Equipos electromédicos - Parte 1: Requisitos generales para la seguridad básica y funcionamiento esencial.

- PN INTE/IEC60601-2-25:2017 Equipos electromédicos - Parte 2-25: Requisitos particulares para la seguridad básica y funcionamiento esencial de electrocardiógrafos.
- PN INTE/IEC60601-2-27:2017 Equipos electromédicos - Parte 2-27: Requisitos particulares para la seguridad básica y funcionamiento esencial del equipo de monitorización electrocardiográfica.
- PN INTE/IEC60601-2-47:2017 Equipos electromédicos - Parte 2-47: Requisitos particulares para la seguridad básica y funcionamiento esencial de los sistemas electrocardiográficos ambulatorios

• **CTN 44 SC 06 (TI en la Salud)**

- PN INTE/ISO/HL727931: 2017 Normas de intercambio de datos HL7 Versión 2.5 - Un protocolo de aplicación para el intercambio electrónico de datos en entornos sanitarios ISO/HL7
- PN INTE/ISO/HL727932: 2017 Norma de intercambio de datos-HL7 Arquitectura de documentos Clínicos- Lanzamiento.
- PN INTE/ISO/HL721731: 2017 Informática de la salud - HL7 Versión 3 – Modelo de referencia de información – Lanzamiento 4
- PN INTE/ISO12052:2017 “Informática de la salud - La imagen digital y la comunicación en medicina (DICOM), incluyendo el flujo de trabajo y gestión de datos”
- PN INTE/ISO/TS16791 Informática de la salud - Requisitos para la codificación internacional legible por máquina de identificadores de paquetes de productos medicinales.
- PN INTE/ISO 11615 Informática de la salud - Identificación de los productos medicinales - Elementos de datos y estructuras para la identificación única e intercambio de información del medicamento
- Regulado.
- PN INTE/ISO/TS18530 Informática de la Salud - Identificación automática y el marcado y etiquetado de captura de datos -Asunto de la atención y la identificación proveedor individual.
- PN INTEISO/TS13582 Informática de la salud - Puesta en común de la información del registro de OID.

- PN INTE/ISO/TS13972 Informática de la salud - modelos clínicos detallados, características y procesos.
- PN INTE/ISO 11240 Informática de la salud - Identificación de los productos medicinales -elementos de datos y estructuras para la identificación única y el intercambio de unidades de medida.

III.2.18. Regulación de la Investigación en Salud

Situación del tema

Costa Rica ha experimentado cambios importantes impulsados por el acelerado desarrollo de la ciencia y tecnología que impactan la mayoría de las actividades humanas, ya sea de forma directa o indirecta. La información y el conocimiento generado se difunden a grandes velocidades por medio de una extensa conexión que permite a los individuos incrementar su conocimiento personal y estar conectados unos con otros para realizar diversos intercambios de conocimiento.

En el año 2010 se derogó el decreto ejecutivo 31078-S "*Reglamento para la Investigación en que Participan Seres Humanos*", en acato a un pronunciamiento de la Sala Constitucional. Esto ocasionó la suspensión de la investigación en salud en el país.

Cuatro años después, en abril del 2014 se promulgó la Ley 9234: *"Ley Reguladora de Investigación Biomédica"*, que le da al Ministerio de Salud la potestad de realizar las acciones necesarias para la implementación de dicha Ley.

Del 2014 a la fecha, se ha logrado dar respuesta a las necesidades del país en el campo de la investigación biomédica, mediante la implementación de la Ley 9234, lo que ha permitido que en forma paulatina se reiniciaran las investigaciones científicas en seres humanos, para beneficio y protección de la población en general.

Para el cumplimiento de su rol rector, el Ministerio de Salud consideró oportuno conformar la infraestructura requerida para desarrollar sistemáticamente las acciones de investigación en salud a nivel nacional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 9234 *Reguladora de Investigación Biomédica* y su reglamento.

Con el propósito de generar valor público mediante la innovación científica y tecnológica, el Ministerio de Salud inició el desarrollo de inventarios para implementar nuevas formas de gestión ante la población. Estos inventarios propician que la población esté informada y sensibilizada sobre temas de salud prioritarios, generando un aumento en la capacidad para la toma de decisiones en salud individual y colectiva.

Logros

- Elaboración del Reglamento de la Ley N° 9234*, Reguladora de Investigación Biomédica*, mediante consulta pública en la que participaron más de 200 actores sociales.
- Conformación y conducción del Consejo Nacional de Investigación en Salud de acuerdo con lo establecido en la Ley 9234.
- Conformación y oficialización del Comité Ético Científico del Ministerio de Salud (CEC-MS), en marzo de 2015, el cual estará a cargo de la aprobación de los ensayos clínicos Fase I, así como de la aprobación de investigaciones de investigadores y/o entidades independientes, públicas o privadas, que no cuenten con un Comité Ético Ciéntífico.
- Publicación del Decreto Nº 39533-S ¨Reforma Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica¨, el 11 de enero del 2016, con el fin de mejorar la aplicación de la Ley 9234.
- Elaboración y publicación del decreto ejecutivo Nº 40001-S de la "*Norma de Implementación y Funcionamiento de las Unidades de Investigación en Salud"*.
- Creación de tres inventarios innovadores en el tema de tecnologías y tres en el campo de la investigación en salud, que incluyen base legal, normativa, documentos técnicos, desarrollos tecnológicos, videos, presentaciones en power point y directorios de investigaciones que se realizan en el país, financiadores de la investigación y bases científicas disponibles.
- Desarrollo del *Sistema Nacional de Información en Ciencia y Tecnología en Salud*, el cual es una herramienta informática que le permita la recopilación, análisis y generación de información de investigación y tecnología en salud para la toma de decisiones.

Desafíos

- ✓ Vigilar y controlar la aplicación de la normativa en materia de investigación y tecnologías en salud, a fin lograr la calidad científica y la ética, en el marco de los derechos humanos.

- ✓ Promover la implementación voluntaria de la "*Norma de Implementación y Funcionamiento de las Unidades de Investigación en Salud*", por parte de las instituciones públicas y privadas.

- ✓ Realizar el monitoreo del funcionamiento de las UI con información relativa a la gestión de las investigaciones en salud, recurso humano para investigar, presupuesto y fuentes de financiamiento de la investigación en salud, mediante la utilización del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud

- ✓ Divulgar y promover el uso de los inventarios de temas de salud para ampliar su utilización por parte de la población.

- ✓ Lograr que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud contribuyan en forma eficiente y oportuna al funcionamiento del Sistema.

III.2.19. Nuevas fuentes de Información en Salud

Observatorio Geográfico en Salud (OGES)

Situación actual y contexto

El estudio de la salud en el territorio y en las diferentes poblaciones que en ellos habitan es fundamental para comprender la dinámica de los factores protectores de la salud, así como de los riesgos de enfermedades o de la evolución de éstas.

Con el desarrollo de la tecnología se cuenta actualmente con herramientas robustas que permiten sistematizar de una manera más eficiente esta relación. En particular, las herramientas de software libre han mostrado una estabilidad y solidez que hacen más accesible su incorporación en la producción de información útil para la toma de decisiones en materia de salud.

Es por esta razón, utilizando software libre de alta calidad, el Ministerio de Salud se dio a la tarea de diseñar e implementar un "*Sistema de Información Geográfico en Salud"* que le permitiera incorporar la tecnología para el procesamiento más eficiente de la información salud-territorio-población, esto, con la mejor relación costo beneficio. Con el acompañamiento de la Universidad Estatal a Distancia (UNED), se desarrolló una herramienta digital y transparente con la cual publicar datos sobre diversos aspectos que se relacionan con la salud de las personas.

Con la firma del convenio con el Sistema Nacional de Información Territorial (SNIT) del Instituto Geográfico Nacional, el Sistema de Información Geográfica del Ministerio de Salud forma parte de la Infraestructura de Datos Espaciales (IDE) que a nivel nacional es interoperable y la cual está accesible a la ciudadanía cumpliendo con los estándares normativos nacionales en la materia.

Logros

- Desarrollo de la plataforma informática de acceso público activa para la publicación de información georreferenciada: "Observatorio Geográfico en Salud (OGES)" http://geovision.uned.ac.cr/oges/visores/catalogo/disposicion_de_desechos/disposicion_de_desechos.html.
- Disponibilidad en línea de datos geoespaciales en salud para consulta de la ciudadanía.

Desafíos

- ✓ Consolidar el desarrollo del marco institucional (conceptual, administrativo y operacional) para el sostenimiento del OGES.
- ✓ Promover el OGES para que sirva de base y evolucione hacia la generación de información estratégica, de manejo simple y comprensible para el seguimiento, monitoreo y toma de decisiones en materia de política pública en salud.

Cuenta Nacional de Salud

Situación actual y contexto

Las cuentas de salud presentan una descripción sistemática de los flujos financieros relativos al consumo de los bienes y servicios de salud. Su intención es describir la salud desde la perspectiva del gasto. En la medida en que más países implementan e institucionalizan las

cuentas de salud, hay mayor expectativa de parte de los analistas, responsables políticos y público en general por una información cada vez más sofisticada que puede obtenerse de la mayor disponibilidad de datos de gasto en salud.

Se espera que las cuentas de salud (en conjunción con otros datos estadísticos) ofrezcan insumos y nuevas herramientas analíticas que permitan monitorear y evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Una de las principales prioridades es disponer de datos fiables, oportunos y comparables de todos los países y a través del tiempo. Esto es indispensable para dar seguimiento a las tendencias del gasto en salud y de los factores de su crecimiento, que se utilizan para prever el gasto en el futuro, o para comparar dichos datos con los de otros países.

Por ello, las cuentas de salud tienen que cumplir dos funciones: una internacional, en la que el énfasis está en seleccionar los datos del gasto que se puedan comparar internacionalmente, y una nacional, en la que se hacen análisis más detallados del gasto en salud y donde lo más importante son las comparaciones a lo largo del tiempo.

Las cuentas de salud se refieren a los recursos financieros invertidos por el Estado para la prestación de servicios en todos los niveles. Con la metodología y el software se está utilizando en el Ministerio de Salud, se espera catalogar los flujos financieros en función de tres ejes: consumo, provisión y financiamiento y, de esta manera, disponer de información estandarizada y comparable para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas efectivas, eficientes y equitativas.

Lo anterior también propiciará un mejor monitoreo y evaluación de los resultados e impacto en salud. Además, permitirá el acceso común de la información y fomentará la transparencia.

El Sector Salud realizó varios intentos por construir un verdadero sistema de Cuentas de Salud. Actualmente se han realizado grandes avances en el tema, con el apoyo de las Autoridades del Ministerio de Salud se ha implementado una metodología consistente, denominada *Sistema de Cuentas de Salud (SHA2011)*.

Logros

- Institucionalización de la Metodología para el Sistema de Cuentas de Salud (SHA2011).

- Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano para la aplicación exitosa de la Metodología SHA 2011 y la Guía del Productor de Cuentas de Salud HAPT (un software diseñado para este propósito).
- Conformación del Consejo Nacional de Economía de la Salud, mediante Decreto Ejecutivo N°39169-S*: "Creación de un Consejo de Cuentas en Salud",* del 5 de octubre del 2015, Gaceta N 193.
- Juramentación y puesta en marcha del Consejo a partir del 16 de marzo del 2016.

Medición del Gasto ante la Respuesta del VIH-Sida "MEGAS"

Situación actual y contexto

La Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH y Sida "MEGAS", constituye una herramienta diseñada para el seguimiento de los recursos de las respuestas nacionales contra el VIH/sida, cuya finalidad es dar seguimiento a las transacciones financieras desde su origen hasta su destino final.

La realización de éstas mediciones forma parte de la estrategia sugerida para mejorar la respuesta multisectorial de los países contra la enfermedad, al permitir el desarrollo de indicadores para el seguimiento de la epidemia con miras a medir los avances programáticos de acuerdos y compromisos internacionales, cuya finalidad primaria es prevenir infecciones por el VIH, o al menos, reducir el impacto de la epidemia.

La Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH y sida es uno de los aspectos más importantes del seguimiento de la respuesta a la epidemia, ya que refleja el compromiso del país con la misma, tanto a nivel político como técnico para alcanzar las metas del *Plan Estratégico Nacional 2016-2021*.

Costa Rica al igual que otros países de la región se ha sumado a la elaboración de la medición, obteniendo resultados concretos a lo largo de los últimos diez años.

Logros

- Finalización y divulgación de la Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante VIH Sida (MEGAS-2012).

- Elaboración de la MEGAS 2014 durante el 2015 y 2016 con participación de la mayoría de los actores involucrados en la respuesta a la epidemia en nuestro país.
- Proceso de elaboración de las MEGAS realizado por funcionarios del Ministerio de Salud, con apoyo técnico y financiero de USAID/PASCA.

Desafíos

- ✓ Elaborar la MEGAS 2016 con la participación activa de los actores sociales.
- ✓ Utilizar en la elaboración del PEN y su costeo, las mismas categorías de la MEGAS para realizar evaluaciones y estimaciones más certeras e identificar las brechas.
- ✓ Fortalecer con recursos humanos y financieros el proceso encargado de la elaboración de la MEGAS.

Sistema de receta digital

Situación actual y contexto

Durante el 2016 se desarrolló el sistema digital para emisión de recetarios para sustancias estupefacientes y psicotrópicas y se inició el proceso de transición del papel a lo digital que culmina el 9 de mayo del 2017, momento en el que todas las partes (farmacias, médicos, odontólogos, regentes, droguerías) deberán utilizar el sistema digital, con el fin de reforzar los controles en la distribución de este tipo de fármacos en el Ministerio de Salud. Por su parte, los profesionales en salud de farmacias y droguerías podrán dar un seguimiento automatizado y facilitar el despacho de las recetas.

Los pacientes tendrán acceso a estos medicamentos solo con la presentación de la cédula de identidad en cualquier establecimiento con acceso al "*Sistema de Receta Digital*".

Para los usuarios, la receta digital representa una serie de ventajas tales como: no existe el riesgo de perder la receta y permite una interacción directa entre el paciente y el médico.

Logros

- Desarrollo e implementación del "*Sistema de Receta Digital".*

- Se ha capacitado e informado a la población de las ventajas y los requerimientos del cambio.

Desafíos

- ✓ Aceptación y utilización del sistema por parte de los servicios de salud públicos y privados.
- ✓ Sensibilización de los usuarios.
- ✓ Sostenibilidad del sistema.

III.2.20. Otros avances en tecnologías de Información y Comunicación

Situación actual y contexto

Mediante el Decreto Ejecutivo No. 38968-S, del 30 de abril de 2015, se formaliza la creación del Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación, con dependencia directa del Despacho Ministerial, para asegurar la independencia de la función TIC y su objetivo es "garantizar que las tecnologías de información y comunicación respondan a las necesidades institucionales, mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de la seguridad, disponibilidad, integridad y oportunidad de los sistemas de información, la infraestructura y los servicios, a fin de fortalecer la rectoría y la toma de decisiones."

Del 2014 al 2018 se ha trabajado en la mejora de la infraestructura tecnológica en los tres niveles de gestión, en licenciamiento de software, antivirus, en el fortalecimiento del Centro de Datos Principal para mejorar la calidad, disponibilidad y seguridad de la información; se ha avanzado en el desarrollo e implementación de sistemas de información de impacto país, además se desarrollaron y está en proceso de implementación un marco regulatorio en materia de TIC, que serán de acatamiento obligatorio para todo el personal del Ministerio de Salud. Lo anterior, a fin de brindar el soporte adecuado a la Institución para la ejecución de las funciones que le competen, así como a las autoridades superiores para la toma de decisiones estratégicas.

Logros

Infraestructura: Del 2014 al 2018, se han realizado esfuerzos para la mejora y modernización de la infraestructura en cuanto a:

- Adquisición del equipamiento tecnológico de 94 “Salas de Situación” en los tres niveles de gestión para un manejo ágil y oportuno de la información en el tema de tabaco
- Fortalecimiento y modernización del Centro de Datos Principal e incorporación de servidores nuevos en el Data Center.
- Establecimiento de la Red de Conectividad Institucional mediante la implementación de conexiones VPN en los tres niveles de gestión.
- Protección contra malware de todos los equipos de la Institución mediante la adquisición de 2500 Licencias de Antivirus.
- Adquisición y puesta en funcionamiento de certificado digital de seguridad para registro nacional de infractores.
- Adquisición de servicio para una Plataforma Institucional de Colaboración en Línea y activación de licencias E1 para 2521 Usuarios de la Institución.
- Aumento del ancho de banda de la conexión de Internet de 35 Mbps a 80 Mbps para las sedes regionales y áreas rectoras.
- Renovación del 20% del equipo de cómputo institucional, basado en los perfiles de usuario.
- Modernización de la Red Institucional

Sistemas de Información en Salud. Del 2014 al 2018, se han realizado esfuerzos para el análisis, diseño, desarrollo, actualización, ampliación e implementación de:

- Sistema Nacional de Registro de Infractores -SINFRA a la Ley 9028 de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud.
- Sistema de Información para Registro de Reportes Operacionales de Aguas Residuales -SIRROAR, decreto Nº 33601-MINAE-S.
- Sistema Estandarizado de Regulación en Salud -SERSA, para el registro y control de todos los permisos sanitarios de funcionamiento de los establecimientos a nivel nacional.
- Sistema Nacional de Tumores–SIRNAT, para el mejoramiento de la capacidad de análisis de la información del Registro Nacional de Tumores.
- Sistema Nacional de Mortalidad Materna e Infantil -SIMMI.

- Sistema Nominal de Vacunación - SINOVAC.
- Sistema de Información Geográfico - OGES.
- Sistema Escolar de Vigilancia Nutricional – SEVIN.
- Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud – SINARHUS.
- Sistema de Gestión de Recursos Humanos - GestiónRH.
- Sistema de Quejas internas.
- Sistema de Viáticos.
- Rediseño Sitio Web MCP de CONASIDA
- Diseño y actualización permanente del Subsitio Red de Transparencia
- Desarrollo e implementación del el “Plan de Capacitación en Tecnologías de Información y Comunicación 2016-2020” y durante el 2017, se capacitaron 107 funcionarios en cursos de Ofimática en los tres niveles de gestión

Inversión en tecnologías de información y comunicación

Durante la presente Administración se invirtieron un total de 1.566,7 millones de colones en la actualización de la infraestructura y equipo de información y comunicación de la institución.

Cuadro 3.47
Inversión en infraestructura de tecnologías de información y comunicación, Ministerio de Salud, 2014-2018

Actividad	Número	Costo (¢)
Equipamiento de 91 Salas de Situación en los Niveles Regional y Local	91	224,995.200
Equipamiento de 3 Salas de Situación en el Nivel Central	3	
Fortalecimiento del Data Center Institucional	1	121.626.300 [6]
Modernización de la Red Institucional	Nivel central, regional y local	768,079.946
Actualización de equipo de cómputo	768	410,633.816
Actualización de equipo de impresión	18	41,400.000 [7]
Total de Inversión		**1,566.735.262**

[6] Costo por año
[7] Costo de alquiler por año

Desafíos

- ✓ Modernizar las Redes de Áreas Local (LAN) en los tres niveles de gestión.
- ✓ Migrar hasta un máximo de 850 usuarios al licenciamiento E3 en la plataforma de colaboración en línea.
- ✓ Aumentar el ancho de banda de la conexión de Internet para Nivel Central, Regiones y Áreas Rectoras al menos a 100 Mbps.
- ✓ Aumentar el ancho de banda de la conexión VPN de las Áreas Rectoras al menos a 4 Mbps.
- ✓ Adquirir nuevos servidores para ser incorporados al Data Center Institucional
- ✓ Mantener actualizado al personal técnico y profesional en actividades propias del cargo
- ✓ Equipar las salas de video conferencia (se requiere equipar 9 salas para el nivel central y cambio de equipo por obsolescencia)
- ✓ Equipar al nivel central con equipos para el escaneo de mayor volumen y realizar cambio de equipos por obsolescencia.
- ✓ Implementar el Sistema Nacional de Información sobre Gestión Integral de Residuos- SINIGIR, ya desarrollado en este periodo, que permita al Ministerio de Salud como Ente Rector, el cumplimiento de lo establecido en la Ley 8839 y sus reglamentos.
- ✓ Implementar el Sistema Nacional de Información sobre Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud en las direcciones regionales y áreas rectoras de salud.
- ✓ Implementar el Sistema de VIH SIDA (SINVIH en las direcciones regionales y áreas rectoras de salud, ya desarrollado en este periodo.
- ✓ Implementar el Sistema Nacional de Información sobre Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud – SINICTIS, ya desarrollado en este período.
- ✓ Implementar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiología Integrada-SIVEI, ya desarrollado en este periodo.
- ✓ Implementar el Sistema de Decomisos de Productos de Interés Sanitario, ya desarrollado en este periodo.

- ✓ Implementar el Sistema de Notificación de Farmacovigilancia, ya desarrollado en este periodo.
- ✓ Definir nuevos requerimientos para uno de los módulos del Sistema Gestión RH.
- ✓ Brindar acompañamiento en la implementación del Sistema Nacional de Adolescentes-SINA y el comienzo de la segunda etapa.
- ✓ Desarrollo e implementación del Sistema de Información de Donantes de Órganos.
- ✓ Implementar la aplicación SignumOne en los sistemas de información, adquirida en este periodo, para el uso de firma digital.
- ✓ Desarrollo e implementación del sistema de información de Obesidad.
- ✓ Desarrollo e implementación del sistema de trazabilidad de la Influenza.
- ✓ Implementar el Sistema de Registro de las solicitudes del carné de fiebre amarilla, desarrollado en este período.
- ✓ Implementar estrategias para mejorar accesibilidad en la Página Web Institucional para cumplimiento a Ley 7600.
- ✓ Capacitar al menos un 20% de los funcionarios del Ministerio de Salud en Cursos de Ofimática, según Plan de Capacitación cada año.
- ✓ Definir una política clara de asignación de presupuesto para inversiones en Tecnologías de la Información y Comunicación, así como el seguimiento y control de lo invertido con análisis de costo beneficio.
- ✓ Desarrollar un Plan de Actualización Profesional Institucional para personal de Tecnología de información y comunicaciones.
- ✓ Desarrollar e implementar una Guía Metodológica para la priorización y administración de proyectos TIC.
- ✓ Desarrollar un Plan de Contingencia y Continuidad de Operaciones en TIC.
- ✓ Desarrollar el Modelo de Arquitectura de Información para el Ministerio de Salud.
- ✓ Diseño del Subsitio de Zonas Azules a nivel nacional.

III.3. Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición u Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI)

Depende orgánicamente, del Ministro o Ministra. Su objetivo consiste en orientar y conducir la gestión de los servicios de nutrición y desarrollo infantil a nivel nacional, para garantizar el cumplimiento de su marco estratégico acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud en Nutrición y Desarrollo Infantil. Asegura que todos los procesos relacionados con la provisión de estos servicios se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida y emite lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución en esta materia.

III.3.1. Fortalecimiento de la Dirección Nacional de CEN-CINAI

Situación actual y contexto

Con la promulgación de la Ley 8809 “Creación de la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral” del 24 de abril de 2010 y su Reglamento publicado en el Decreto Ejecutivo Nº 37270-S el 17 de septiembre de 2012, se establece que dicha Dirección será un órgano de desconcentración mínima, adscrito al Ministerio de Salud. Al inicio de la administración, es decir, 7 años después de promulgada la Ley esto no se había cumplido.

El fortalecimiento de esta Dirección forma parte de la Política Nacional de Salud 2015-2018 que se planteó en la presente administración. Dicho fortalecimiento prevé que se asuma la gestión administrativa así como la implementación de un sistema informático integrado para la gestión administrativa-financiera y de recursos humanos que permite la formulación, ejecución y control de los presupuestos asignados a la Dirección Nacional.

Esto implicó, por ejemplo:

1. En el periodo 2015, se acreditó la Proveeduría Institucional y las cuentas corrientes de la Dirección, desde entonces la Dirección Nacional realiza los procesos de Contratación administrativa y gestiones de pago de forma paulatina, en el periodo 2017 se logra realizar las compras y pagos en forma total, así como el pago de los salarios a los más

de 2.400 funcionarios.

2. En acatamiento del Decreto H-34918, congruente con la “Implementación de la Normas Internacional de Contabilidad en el Sector Público, NICSP” la Dirección Nacional elabora sus Estados Financieros apegados a las NICSP.

3. Adicionalmente, se registró ante la Dirección General de Tributación, Administración Tributaria Virtual (ATV) a la Dirección Nacional como entidad recaudadora.

Logros

- En esta administración se logra hacer cumplir la Ley No.8809 en la que se señala que la Dirección Nacional de CEN-CINAI funcionará como ente adscrito al Ministerio de Salud, 67 años después de su nacimiento. Lo anterior se ha logrado mediante el apoyo político, técnico, administrativo y financiero dentro de las cuales podemos mencionar: la aprobación de plazas para el nombramiento de Director, Subdirector Nacional y Auditor; el no congelamiento de plazas de atención directa a los niños y niñas; la publicación del Reglamento Autónomo de Servicios, la implementación del Sistema Informático, cuya operación es del 100% por medio de la Web (hosting), además cuenta con acceso a la NUBE; aprobación del Presupuesto Ordinario 2017 de recursos provenientes de FODESAF en la Dirección Nacional de CEN CINAI; ejecución de los recursos y pagos a través de Tesoro Digital. Así también, con una inversión de $526.000.00 proveniente de recursos de FODESAF, se adquieren 20 vehículos oficiales que se usan para mejorar el trabajo en comunidades a nivel nacional. Vale mencionar que se ha logrado fortalecer la plataforma administrativa de la Dirección Nacional de CEN-CINAI lo que lleva a que actualmente la gestión administrativa-financiera esté al 100% desconcentrada del Ministerio de Salud.

Desafíos

- ✓ Lograr la continuidad de los servicios que brinda la Dirección Nacional de CEN CINAI de forma eficiente, eficaz, oportuna y de calidad.

- ✓ Lograr la formulación, ejecución y control de los recursos asignados a la Dirección Nacional de CEN CINAI, de forma oportuna y eficiente a fin de garantizar los recursos, humanos, materiales y financieros necesarios para la prestación de servicios.

- ✓ Garantizar los bienes y servicios necesarios en los establecimientos CEN CINAI, para la

atención directa a los niños y niñas clientes y madres gestantes y en periodo de lactancia beneficiarias de la Dirección Nacional de CEN CINAI.

- ✓ Dotar de recurso humano de apoyo logístico a las diferentes dependencias de la Dirección Nacional de CEN-CINAI en los niveles regionales y locales.

- ✓ Lograr el mantenimiento preventivo y correctivo oportuno a la flotilla vehicular adquirida no sólo para tener mejores rendimientos, sino lograr una mayor vida útil.

- ✓ Ampliar la flotilla vehicular a fin de dotar a los diferentes niveles del transporte adecuado y oportuno para la ejecución de las actividades asignadas y lograr extender la cobertura de servicios tanto extramuros como intramuros.

- ✓ Brindar acompañamiento a los miembros de los Comités, ya que el cambio implica para ellos asumir responsabilidades como servidores públicos, sin remuneración económica, así como asesorar a los Comités para la gestión de proyectos o iniciativas dirigidos al fortalecimiento de los servicios.

III.3.2. Participación ciudadana: Comités de CEN-CINAI

Situación actual y contexto

Con la promulgación de la Ley 8809 en junio del 2010 se crea la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral y se establece que en cada comunidad en que opere un establecimiento CEN CINAI debe existir un Comité como un órgano de apoyo para la ejecución de sus actividades. El reglamento de esa Ley, publicado en La Gaceta del 17 de setiembre del 2012, establece la normativa por medio de la cual deben operar. Con base en la normativa se procede a elaborar los procedimientos que darán pie para realizar las convocatorias de las Asambleas de Vecinos, las cuales consisten en el espacio donde se eligen los miembros de los Comités.

En el año 2016, se inicia la conformación de Comités con una capacitación a nivel nacional, seguida por un acompañamiento durante la celebración de las Asambleas constitutivas para culminar con las inscripciones respectivas. Cabe rescatar que la transición de Asociaciones Pro CEN-CINAI a Comités de CEN-CINAI fue un proceso fluido el cual se coordinó con la participación de funcionarios de DINADECO y de la Dirección Nacional, lo que permitió

capitalizar la experiencia de ambas instituciones y enfrentar el reto en una forma respetuosa y colaborativa, la cual infundio confianza en los miembros de los Comités.

Logros

- Se ha logrado la conformación de 591 Comités de CEN CINAI como órganos públicos de apoyo a la Dirección Nacional, con personería jurídica.
- En el periodo 2017, por primera vez se aprueba la transferencia de los recursos para los “Comités CEN CINAI” en el Presupuesto Ordinario con recursos provenientes de FODESAF, los cuales fueron avalados por la Contraloría General de la República y la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria (STAP) para finalmente ser transferidos para la ejecución por parte de los Comités.
- Los Comités han logrado el reconocimiento de su labor en el seno de sus comunidades con lo que se legitia la función de los Comités al posicionar el interés superior de los niños como su principal objetivo.
- A finales del 2016 y principios del 2018 se realizó la inscripción de proveedores para conformar un registro precalificado que facilitará a los Comités su labor de contratación evitando que se presenten apelaciones y los procesos sean más ágiles y oportunos. Según el registro de la Proveeduría Institucional se cuenta con aproximadamente 200 transportistas, 30 proveedores de material didáctico y 12 de contratación de servicios.
- A finales del 2016 y principios del 2018 se realizó la inscripción de proveedores para conformar un registro precalificado que facilitará a los Comités su labor de contratación evitando que se presenten apelaciones y los procesos sean más ágiles y oportunos. Según el registro de la Proveeduría Institucional se cuenta con aproximadamente 200 transportistas, 30 proveedores de material didáctico y 12 de contratación de servicios.

Desafíos

- ✓ Lograr que los Comités de CEN-CINAI se integren al sistema de Compras del Estado Costarricense (SICOP) ya que esto requiere un salto tecnológico acompañado de capacitación a los miembros por parte de la Dirección Nacional de CEN CINAI.

- ✓ Mayor acompañamiento a los miembros de los Comités con el fin de evitar deserciones por desconocimiento y temor a las nuevas funciones.

III.3.3. Los CEN-CINAI en el Plan Puente al Desarrollo

Situación actual y contexto

En noviembre del 2014 el Gobierno de Costa Rica integra los mapas sociales como parte de la estrategia para enfrentar de manera más efectiva la pobreza en el país, para ello utilizó la información del X Censo Nacional de Población y el VI de Vivienda 2011, lo que permitió identificar los 75 distritos que concentran el 65% de la pobreza extrema y el 51% de pobreza.

Con base en lo anterior, la Dirección Nacional de CEN-CINAI identificó que estaba presente con sus servicios en 70 de los 75 distritos prioritarios, posteriormente, se analizó las condiciones de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas atendidos por los CEN CINAI en esos distritos, dando como resultado lo siguiente:

- El 46% de los niños y niñas clientes de algún servicio en CEN CINAI residen en distritos prioritarios
- De los 9.711 niños y niñas con diagnóstico de desnutrición, el 48% se encuentran en los 70 distritos más pobres del país.
- En cuanto al nivel del desarrollo infantil se observó que:
    - 5.625 niños y niñas presentan un nivel bajo en el área del desarrollo cognoscitiva de estos el 36,2% se detectaron en los 70 distritos más pobres del país.
    - De 4.462 niños y niñas que presentan un nivel bajo en el área del desarrollo lenguaje el 36% se ubican en los 70 distritos más pobres del país.
    - De 1.809 niños y niñas que presentan un nivel bajo en el área del desarrollo socioafectiva el 36% se ubican en los 70 distritos más pobres del país.

Estos datos evidencian que la gestión de servicios que ofrece CEN-CINAI a la población costarricense, responde al principio de equidad ya que, hay presencia institucional y acceso a servicios en los distritos identificados como prioritarios en el país. Esto es, nuevamente un reto para continuar fortaleciendo la prestación de servicios materno-infantil en las zonas geográficas más vulnerables acorde a los mapas sociales.

En el 2015 se oficializa la estrategia Plan Puente al Desarrollo mediante el Decreto Ejecutivo N°38954-MTSS-MDHIS-MIDEPLAN y a mediados de ese mismo año la Dirección Nacional se integra a la Estrategia Plan Puente al Desarrollo como una Institución prestadora de servicios en Nutrición Preventiva, Atención y Protección Infantil (cuido diario) a población en condición de pobreza. La Directriz Ministerial DM-FG-4287-15, oficializa tanto la meta de atención (4000 cupos para el periodo 2014-2018) como el procedimiento descrito para la atención preferente de las familias referidas a través del sistema SAPEF del IMAS.

Es importante mencionar el apoyo y seguimiento dado por el Consejo Presidencial Social el cual da seguimiento mensual al estado de las referencias emitiendo un informe a los jerarcas, realiza reuniones periódicas con enlaces institucionales para identificar “nudos”, compartir estrategias y rendir cuentas. Además, se participó en los 9 talleres regionales interinstitucionales, que se realizaron en el 2016 para trabajar las limitaciones que enfrentan los funcionarios a nivel regional y local.

Logros

- Gracias al esfuerzo de todos los(as) funcionarios(as) involucrados en la atención de las familias del programa Puente al Desarrollo, la meta de 4.000 cupos ha sido superada alcanzando 7.780 referencias, de las cuales se han aprobado 5.212 casos nuevos. No obstante se mantiene un seguimiento muy estrecho al estado de las referencias, el cual requiere un contacto permanente con el personal encargado, a quienes se les da seguimiento constante para coordinar acciones inmediatas. Este logro generó que la meta fuera incrementada en 10.000 cupos al 2018, a otorgarse en cualquiera de los servicios brindados por CEN CINAI, no obstante para marzo del 2018 ya se han recibido 11.038 referencias, las cuales están en proceso de atención.
- La implementación de la estrategia en los establecimientos CEN CINAI requirió cambios en el procedimiento ordinario para la selección de clientes, los cuales son considerados logros ya que permitieron agilizar el ingreso de las familias a los servicios, pues las Familias Puente debían ingresar en forma prioritaria sin necesidad de someterse a procesos de selección. Estos cambios fueron presentados mediante talleres de sensibilización a los funcionarios (enlaces de Plan Puente en el nivel local y regional) quienes han logrado reconocer en la estrategia una nueva forma de coordinación interinstitucional.

- Además, se diseñó un sistema digitalizado que permitió dar seguimiento periódico y cercano al estado de las referencias, éste sistema se le entregó al Consejo Presidencial Social, como insumo para el desarrollo del sistema que el propio Consejo implementó, para dar seguimiento a las referencias de las diferentes instituciones que convergen en la estrategia.

Desafíos

- ✓ Brecha tecnológica: algunos enlaces tienen dificultad para interactuar con el equipo informático y sistemas automatizados, por lo que es necesario diseñar una estrategia que permita abordar esta limitación.

- ✓ Brecha en conectividad: algunas oficinas locales no contaban con conectividad en el momento de la implementación de la estrategia y en otras oficinas la señal era muy inestable lo que afectaba la posibilidad de visualizar las referencias.

III.3.4. Desarrollo de la infraestructura para fortalecimiento de las acciones de salud

Situación actual y contexto

Dar mantenimiento a las 649 CEN CINAI con que cuenta la Dirección Nacional de CEN CINAI es una labor que se recibió en 2014 con atraso, por lo que para este periodo se mantuvo como meta estratégica el construir, ampliar o dar mantenimiento mayor. Para 2014 se contaba únicamente con un profesional en el campo de la ingeniería civil.

Logros

- Durante la presente administración se han iniciado y terminado obras civiles por 3.321 millones de colones, en 37 obras terminadas según el desglose que se indica en el cuadro siguiente. No se incluyen las obras financiadas, en proceso de contratación o en ejecución.
- Uno de los logros en este campo es la consolidación de la Unidad de Gestión Inmobiliaria, la que se ha dotado con arquitectos, ingenieros civiles, dibujantes. Se continua con el fortalecimiento de recurso humano especializado en este campo.
- Adicionalmente se ha coordinado con el MOPT durante este periodo, y estos han asumido el diseño, contratación y supervisión de parte de las obras.

Cuadro 3.48
CEN CINAI: Obras Civil terminadas 2015 al 2018

Establecimiento	Tipo de obra
2015	
Peñas blancas	Reparación de dos baterias de baños
Cipreses	Reparación mayor
Palmira de carrillo	Reconstrucción
Finca 2	Remodelación
Invu cañas	Mejoras en infraestructura
El mora	Reparación mayor
La casona de cb	Construcción y equipamiento
Calle blancos	Pintura completa del establecimiento, canoas, techo acrilico en el frente del establecimiento y entablillado del techo
Atenas	Construcción del aula, comedor, cocina y remodelación de servicios y bodega.
San roque	Construccion de 2 aulas para atencion de clientes de api
Palmar norte	Construccion de aula y bateria sanitaria
Colonia cariari pococí	Reparación mayor
2016	
Limoncito	Construccion nueva
Cairo	Construcción nueva
Valle escondido	Construcción nueva
El eden	Remodelación mayor
Corralillo	Reparación mayor
San vicente de nicoya	Reparación mayor
San antonio isla de chira	Construcción
Horquetas de sarapiqui	Reparación mayor
Cocori de cartago	Reparación mayor
Coronado de osa	Reparación mayor
Las juntas de abangares	Mantenimiento
Purral los cuadros	Construccion de parque infantil
Imas santa ceciia	Malla permetral , remodelacion de cocina
2017	
Centro de distrib. Naranjo	Reparación mayor
Santa cruz	Construcción
Barrio lourdes de heredia (barrios del sur)	Mejoramiento
Rio jimenez guacimo	Mejoramiento
San antonio de roxana pococi	Mejoramiento
La alegria siquirres	Mejoramiento
Agua buena de coto brus puntarenas	Mejoramiento
B-line, matina	Mejoramiento
Bataan matina limon	Mejoramiento
Orotina alajuela	Mejoramiento
2018	
San pedro de barva heredia	Reparación mayor
Ciudad quesada	Ampliación

Desafíos

- ✓ Lograr instrumentos jurídicos para que la Dirección Nacional de CEN CINAI pueda continuar recibiendo el apoyo del MOPT en el diseño, contratación y supervisión de obras.
- ✓ Formalizar la situación jurídica de los terrenos donde funcionan los establecimientos y oficinas de CEN CINAI.
- ✓ Aumentar la presencia física de establecimiento en comunidades cuya población actualmente se trasladan a otros lugares a recibir los servicios.
- ✓ Diseñar y ejecutar un plan de mantenimiento preventivo a los edificios con que se cuenta.

III.3.5.Atención nocturna

Situación actual y contexto

La atención nocturna está ligada a demandas de la población específicamente con el objetivo de que las madres o personas encargadas de los niños y niñas puedan culminar sus estudios, a la vez que se cumple con los objetivos específicos para la población infantil. La iniciativa arrancó con un plan piloto en el CINAI de Guararí de Heredia en el 2013, tras la solicitud de los estudiantes de los colegios nocturnos de la provincia. Como parte de la misma se ha generado una coordinación estrecha MEP-CEN-CINAI a través de la cual se le da, inclusive, un seguimiento a los resultados escolares de los estudios de las personas cuidadoras.

En los centros nocturnos, los niños llegan a las cinco de la tarde en microbuses. Se les recibe y se inicia la jornada con actividades de hábitos de higiene como el lavado de manos. A las seis de la tarde se les da la cena, con todos los requerimientos nutricionales que necesitan los niños y niñas; el menú es supervisado por una nutricionista.

Luego entran a actividades reposadas o tranquilas porque ya es de noche; trabajan en grupo, se estimulan las áreas de motora fina, gruesa, cognitiva entre otras y cerca de las 8 y 30 de la noche, se sirve la merienda, luego el niño o niña es quién elige las actividades siguientes como escuchar cuentos, música, pintar hasta que lleguen sus padres o madres, para su regreso al hogar.

Logros

- La Dirección Nacional de CEN CINAI quintuplicó en término de un año, la cantidad de establecimientos en donde se imparte el servicio de atención nocturna. De 12 CEN-CINAI con dicha prestación a mayo de 2016 se pasó a 66 a noviembre de 2017. Para una atención de 1.625 niños que son cuidados mientras sus padres o madres estudian o trabajan.
- Un impacto positivo en la promoción y rendimiento académico de las estudiantes madres. A manera de ejemplo, hay servicios como el del CINAI de Guararí donde han habido promociones hasta del 100% (madres que pasaron al siguiente nivel académico o ganaron bachillerato).
- Desde una perspectiva comunitaria, ésta se ve beneficiada porque su población juvenil, en especial quienes ya son jefes(as) de hogar, concluyen sus estudios secundarios, se mejora sus posibilidades de obtener un mejor empleo lo que se coadyuva al objetivo de disminuir gradualmente su nivel de pobreza.
- De manera indirecta, pero no menos importante, este tipo de servicios impacta en una reducción significativa de la exposición de los niños y niñas a situaciones de riesgo ya que en el CEN-CINAI son atendidos(as) en un servicio seguro y especializado.

Desafíos

- ✓ Generar condiciones de sostenibilidad al proyecto para que los servicios operen igual que los de atención diurna.
- ✓ Seguir expandiendo el servicio a otros CEN-CINAI en todo el territorio nacional.
- ✓ Darle apoyo técnico y afectivo al personal para que labora en estas jornadas de modo que el desarrollo del recurso humano especializado sea parte de la sostenibilidad de este tipo de servicios.

III.3.6.Atención a población indígena

Situación actual y contexto

Actualmente en Costa Rica existen 25 territorios indígenas con una población de 104.143 según el Censo 2011, la cual está compuesta de 51.709 mujeres (49,7%) y 52.434 hombres (50,3%). Con respecto a la composición demográfica de la población indígena que se auto-identificó como tal, se observa que la pirámide poblacional presenta un comportamiento rectangular agrupando mayor cantidad de personas de 10 a 14 años tanto para hombres como mujeres. A partir de los 45 años, la población comienza a disminuir paulatinamente.

Al desagregar los indicadores demográficos geográficamente se muestran disparidades entre y a lo interno y las poblaciones indígenas por su ubicación (de difícil acceso) y tamaño poblacional (muy heterogéneo). Los datos analizados por MIDEPLAN en el documento "Análisis del Desarrollo Población Indígena en Cifras - Costa Rica - abril 2015" indican un acceso desigual a servicios básicos como la educación, la salud, la vivienda, las tecnologías de la información, las necesidades básicas insatisfechas por parte de los ciudadanos que pueblan los territorios indígenas.

Algunos indicadores demográficos básicos reflejan lo siguiente:

- *Educación*: el 6,9% tiene estudios, el 92,3% de ésta es iletrado y de un 0.8 % no se obtuvieron datos.
- *Trabajo*: solo el 34,1% de la población está en el sector primario.
- *Tecnologías de la información*: 36,1% han utilizado celular, el 17% han usado computadora y solo el 14,9% han usado internet.
- *Vivienda*: solo el 6% reside en viviendas tradicionales.
- *Acceso a servicios básicos*: el 80,3% tiene el agua por acueducto, un 79,7% tiene tenencia de electricidad y el 66,5% tiene acceso al agua intradomiciliar.

Cuadro 3.49
Otros indicadores demográficos comparando Costa Rica y los territorios indígenas, 2011

Actividad	Número	Costo (¢)
Densidad poblacional	84,2	8,1
Relación de dependencia demográfica	47,2	73,9
Hijos por hogar	2,2	2,8
Porcentaje de población asegurada	85,5	89,2
Porcentaje personas que han utilizado internet	63,0	14,9
Porcentaje con al menos una NBI	24,6	70,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2011

Además, existen algunos indicadores demográficos que reflejan la brecha respecto al resto del país, por ejemplo: la relación de dependencia demográfica es mayor en los territorios indígenas (73,9%) que en el total del país (47,2%) o el porcentaje de madres adolescentes es mayor en 5,9% puntos porcentuales en los territorios indígenas. En 7 de cada 10 hogares ubicados en territorios indígenas presentan al menos una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), mientras que a nivel nacional es en 3 de cada 10. Finalmente, la cantidad de hijos por hogar es prácticamente igual comparando los hogares ubicados en territorios indígenas con respecto al total del país.

Parte de las dificultades que enfrentan las instituciones públicas y en especial los programas de Salud Pública como el que brinda la Dirección Nacional de CEN CINAI, se sintetiza en estos indicadores demográficos. Las poblaciones indígenas se caracterizan por baja densidad poblacional al vivir muy distantes unos de otros, se dificulta su asistencia diaria a un servicio tradicional de CEN CINAI, mayor dependencia sobre todo por población infantil, mayor embarazo en adolescentes, población con bajo o nulo acceso a las tecnologías y alto porcentaje de población con necesidades insatisfechas y pobreza.

Logros

- La Dirección Nacional de CEN CINAI se propuso en el presente Plan Nacional de Desarrollo, dar atención culturalmente respetuosa a las comunidades indígenas, alcanzando atender 110 comunidades y al 100% de los 25 territorios indígenas con que cuenta el país. En el siguiente cuadro se muestran los resultados obtenidos.

Cuadro 3.50
Comunidades indígenas atendidas por los CEN-CINAI según territorio

Territorio	Cantón	Cantidad de Comunidades atendidas	Nombre de Comunidades atendidas
26		**110**	**TOTAL**
Quitirrisí	Mora	1	Quitirrisi
Zapatón	Puriscal	1	Zapatón
Guatuso	Guatuso	1	Palenque Margarita
		1	Palenque El Sol
Guatuso	San Carlos	1	Palenque Tonjibe
Tayní	Limón	1	Boca Cohen
Bajo Chirripó	Limón	1	Vesta
Alto Chirrripó	Matina	3	Chumico, Palmeras, Pozo Azúl
Nairi- Awari	Siquirres	2	Jamaikiry, Las Brisas de Pacuarito
Telire	Talamanca	2	Amucre y Sepecue
Cabecar	Talamanca	6	El Progreso, China Kicha, Gavilan, Sibujo, San Miguel, Los Ángeles.
Térraba	Buenos Aires	5	Térraba centro, Río Brujo, Bijagual, Bolas ,Brisas
Ujarrás	Buenos Aires	4	Ujarrás centro, San Vicente, Santa María, el Carmen
Salitre	Buenos Aires	4	Salitre centro, Rio Azul, Yeri, Puente
Cabagra	Buenos Aires	5	Cabagra Centro, San Rafael, Brazo de Oro, San Juan, Pueblo Nuevo
Curré	Buenos Aires	5	Lagarto, Coquito, Curre centro,Cajon, El Progreso
Boruca	Buenos Aires	7	Boruca centro, San Antonio, Shamba, Bella Vista, Bajo Veraguas, San Juaquin, Volcancito
Casona	Coto Brus	13	Casona, La Pita, Murusara, Paraiso, Las Vegas, Betania, San Gerardo Arriba, San Gerardo Abajo, Brusmalis, Alto Union, Copey Arriba, Copey Abajo, Caño Bravo
Coto Brus	Coto Brus	12	San Marcos, La China, Sereno, San Miguel, Cafrosa, Piedra Candela, Coton, Rio Negro, San Antonio, Concepcion, Santa Cecilia y Los Angeles. Cabe mencionar que en la epoca de recoleccion de café se atienden indigenas de Panama provenientes de la Comarca Ngabe- Bugle en Fincas Cafetaleras con el proyecto Casas de la Alegria
Abrojos Montezuma	Corredores	1	Abrojo Montezuma
Conte Burica	Corredores	6	Progreso conte, Altos de Conte, Altamira, Altos de Rio Claro, Altos de Buriquí, Caña Blanca
Conte Burica	Golfito	3	Carona, Guaymi, Peña
Altos de San Antonio	Golfito	1	Altos de San Antonio
China Kichá	Pérez Zeledón	1	China kichá
Bajo Chirrripó	Turrialba	21	Roca Quemada, Jarey, Shukebachari,Bayei, Siquiari, Alto Almirante, Quetzal, Blori, Ñariñac, Shinakicha, Tolesi, Simiriñac, Sharabata, Sinoli, Paso Marcos, Yoldikicha, Vereh, Nimariñac, Valle Escondido, Barbilla
Matambú	Hojancha	2	El Guanacaste, Matambuguito

Desafíos

- ✓ *Región Brunca*. Oficialización de los resultados del estudio de Patrones de Crianza en la población Ngäbes y Buglés del cantón de Coto Brus.

- ✓ *Región Chorotega*. La construcción del CEN Matambú-Hojancha, lo que facilitaría contar con espacio físico para el proyecto “Fortaleciendo mi desarrollo”, a bebés menores de 2 años.

- ✓ *Región Chorotega.* Aumentar los servicios de Atención y Protección Infantil y de Promoción del Crecimiento y Desarrollo en comunidades indigenas así como ampliar la población atendida.

III.3.7. Mejoramiento en el estado nutricional de la población infantil atendida

Situación actual y contexto

La Dirección Nacional de CEN-CINAI ha prestado servicios de alimentación complementaria y vigilancia del crecimiento y desarrollo a más de 105.000 niños y niñas en condición de pobreza y vulnerabilidad social, cada año del periodo 2014-2017, como resultado de los servicios que recibe este grupo poblacional se logra la detección temprana de problemas en el desarrollo integral y con esta base se prioriza en la respuesta institucional para mejorar su estado nutricional y potenciar su desarrollo.

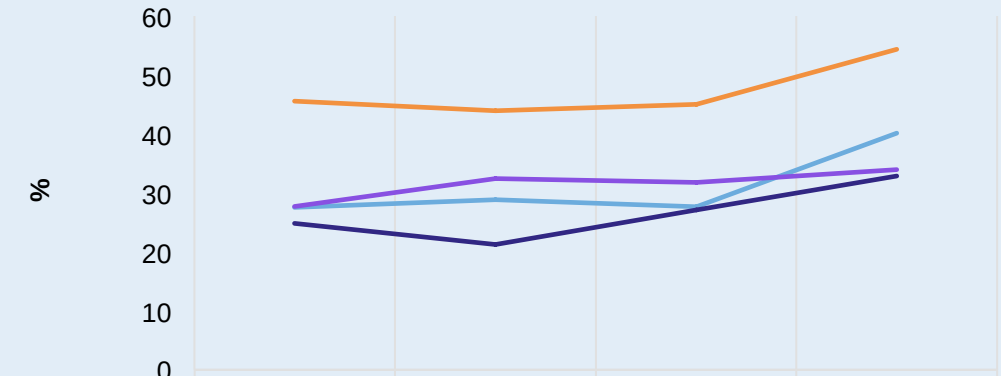
Los resultados del estado nutricional infantil muestran que entre el 2013 al 2015 más del 7.9% de los menores de cinco años presentaban retardo en talla o desnutrición crónica. Para el año 2016 se oficializa la nueva norma de uso de gráficas del crecimiento emitida por el Ministerio de Salud y con ello se modifica la nomenclatura de la clasificación del estado nutricional, por lo que, para el año 2016 se reporta que el 9.3% de los menores de cinco años presentan Baja Talla o Baja Talla Severa, el porcentaje de niños y niñas con problemas en su crecimiento es mayor debido al cambio de uso de gráficas, las cuales utilizan cortes diferentes a los de años anteriores y permiten clasificar mejor la condición nutricional, lo que representa un reto para CEN-CINAI el realizar acciones de seguimiento más eficientes para la prevención del deterioro nutricional.

Con respecto al problema de obesidad infantil es un porcentaje más bajo que la desnutrición crónica, esto se explica porque por muchos años los servicios de CEN-CINAI han sido dirigidos a población con desnutrición, no obstante, los porcentajes del 2013 al 2016 van en incremento oscilando entre 2.6% al 3.0% en los niños y niñas atendidos, por lo que al

interno de CEN-CINAI se ha iniciado esfuerzos para identificar estrategias más efectivas que permitan la recuperación nutricional de los niños y niñas que presenten malnutrición.

Para ello, se implementan estudios de evaluación de efectos en el estado nutricional y en el nivel del desarrollo forman parte del Sistema de Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo, el cual recolecta información acerca de la situación nutricional y nivel de desarrollo de la población atendida, con el propósito de sistematizarla y analizarla para la toma de decisiones que permitan la atención de calidad de las y los clientes. Durante el periodo 2013-2016 se realizaron estudio de efectos donde se relaciona la condición de malnutrición detectada en una primera evaluación con la registrada en una segunda o tercera evaluación, lo que permite identificar el efecto de mejora en el estado nutricional. El porcentaje de niños y niñas con efecto de mejora en su estado nutricional se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 3.58
Porcentaje de niños y niñas con efecto de mejora en su estado nutricional, según indicador antropométrico y año del reporte del estudio. Dirección Nacional de CEN CINAI. 2017.



	2013	2014	2015	2016
Peso/Edad	27,5	28,8	27,6	40,1
Peso/Talla	45,6	43,9	45	54,4
Talla/Edad	27,7	32,4	31,8	34
IMC	24,8	21,2	27,1	32,9

Fuente: CEN-CINAI, 2018

En el gráfico se observa que hay tendencia al aumento en el porcentaje de niños y niñas que presentan malnutrición en una primera evaluación y después de recibir servicios de CEN-CINAI se contribuye al logro de un efecto de mejora en su estado nutricional, lo que evidencia los esfuerzos de la institución en contribuir a la mejora de calidad de vida y potenciar el crecimiento de los niños y niñas.Todos los reportes generados en vigilancia del crecimiento y desarrollo están disponibles en http://www.cen-cinai.go.cr/index.php/transparencia/126-transparencia-informes-institucionales .

Vale decir que las acciones de prevención de la malnutrición infantil, es una forma en el largo plazo de contribuir al logro de una población adulta con capacidades para alcanzar mejor educación, mejor empleo y mejor salud.

Logros

- Los resultados de los estudios de efectos en el estado nutricional realizados desde el 2009, han reflejado que cerca del 90% de los niños y niñas incluidos en la muestra de los estudios presentaban un estado nutricional normal, por lo que era de esperar que ese grupo en la segunda evaluación se reportan con clasificación normal y por lo tanto, los porcentajes de efecto mejora se mantenían. No obstante, al analizar el efecto en niños y niñas con malnutrición el porcentaje de mejora era mayor. Esto evidenció la importancia de priorizar las acciones con la población que presenta dificultades en su crecimiento.

- Para facilitar ese control, en el 2016 se actualizó el "*Procedimiento para la Vigilancia del Niño o Niña con Malnutrición"* que tienen como fin orientar la ejecución del proceso de detección y seguimiento de los clientes de los servicios intramuros y extramuros que presentan malnutrición. En complemento, se diseñó una herramienta en Excel denominada de "*Seguimiento al Niño o Niña con Malnutrición"*, que permite el registro de los nombres, datos generales, ubicación, su estado nutricional y nivel del desarrollo, entre otras variables de todos los niños y niñas detectados con malnutrición y que reciben servicios de CEN-CINAI, la herramienta está disponible en cada Oficina Local del país y permite un registro de hasta diez seguimientos por cada niño o niña detectada con malnutrición.

- Por lo anterior, junto con el cambio de las gráficas de crecimiento oficializadas de uso nacional, se decide realizar el estudio de efectos del 2016 con el grupo de población detectada con malnutrición, dada su condición de prioridad de presentar necesidades especiales en su crecimiento y desarrollo, utilizando los datos registrados en la herramienta de seguimiento diseñada para tal fin. Con esto, surge una nueva metodología de análisis de efectos en el estado nutricional y el nivel del desarrollo infantil, que eventualmente puede permitir análisis que relacionan los hallazgos del efecto en el estado nutricional o en el nivel del desarrollo con otras variables asociadas a crecimiento, desarrollo y entorno familiar.

- Paralelamente, se han iniciado esfuerzos desde la Dirección Técnica en la actualización a funcionarios del nivel local en temas de evaluación nutricional, implementación de diferentes estrategias de seguimiento al niño o niña con

malnutrición, de manera que se armonizan para lograr una atención diferenciada a este grupo de niños y su grupo familiar, la meta es normalizar las estrategias que se utilizan para la atención del niño o niña con malnutrición y buscar un impacto con mejor porcentaje de efecto de mejora y eventualmente de recuperación nutricional, asegurando una respuesta institucional y oportuna.

Desafíos

- ✓ Fortalecer el sistema de información institucional que permita contar con un subsistema de seguimiento al niño o niña con malnutrición, de manera que facilite la atención oportuna y eficaz de esta población prioritaria.

- ✓ Fortalecer el sistema de vigilancia del crecimiento y desarrollo de la población materno infantil y preescolar que requiere servicios para la promoción de su estado nutricional, de salud y del desarrollo y la prevención de la obesidad infantil.

- ✓ Fortalecer las estrategias de seguimiento al niño o niña con malnutrición y necesidades en su desarrollo para mejorar su condición, con enfoque interdisciplinario.

- ✓ Mantener programas de capacitación a funcionarios en la atención con enfoque de salud pública y nutrición pública.

III.3.8. Mejoramiento en el nivel del desarrollo de la población infantil atendida

Situación actual y contexto

La Dirección Nacional de CEN-CINAI ha prestado servicios de vigilancia del desarrollo a más de 600.00 niños y niñas en condición de pobreza y vulnerabilidad social, cada año del periodo 2014-2017, como resultado de los servicios que recibe este grupo poblacional se logra la detección temprana de problemas en el desarrollo integral y con esta base se prioriza en la respuesta institucional para potenciar su desarrollo.

Con base en los resultados arrojados en el *“Estudio de Efectos en el Nvel de Desarrollo”*, la mayoría de niños y niñas de todos los servicios tienen un progreso en el logro de habilidades y conductas esperadas para su edad en todas las áreas de desarrollo según el EDIN, ya que la mayor parte de niñas y niños logran un resultado Adecuado o Superior en la segunda evaluación independientemente de los resultados de la primera evaluación; lo cual se asocia

a las acciones y la permanencia en los servicios que brinda CEN-CINAI, favoreciendo el desarrollo de habilidades, experiencias y sensaciones que les permite a los clientes aprender de sí mismos y del medio que les rodea. Tal y como se indica en estudios científicos, la combinación de intervenciones en nutrición y desarrollo (lo cual es parte del accionar de CEN-CINAI) potencian efectos a favor del desarrollo infantil, lo que puede verse expresado en mejores resultados en el desempeño cognitivo y social actual y futuro.

En el siguiente cuadro muestra el porcentaje de niñas y niños con resultado bajo en la primera evaluación que presentan efecto de mejora en la segunda evaluación, evidenciándose el progreso de niñas y niños en la segunda evaluación en cada uno de los estudios, ya sea por el aumento en el porcentaje en el efecto Mejora, como la disminución del porcentaje en el efecto de Mantiene Bajo para todas las áreas de desarrollo.

Cuadro 3.51
Porcentaje de niños y niñas con efecto de mejora en cada área del desarrollo, Dirección Nacional de CEN-CINAI 2013-2016

Área de desarrollo	Porcentaje con efecto de mejora		
	2014	2015	2016
Motora gruesa	85,2	84,0	84.8
Motora fina	85,1	84,5	86.3
Cognoscitiva	72,7	70,0	74.1
Lenguaje	70,2	66,8	73.0
Socio afectiva	84,9	84,3	83.8
Hábitos de salud	84,6	82,5	78.8

Fuente: CEN-CINAI, 2018

En el cuadro se observa que de acuerdo a los resultados de efecto de mejora se reflejan más en las áreas motora gruesa y motora fina, mientras que las áreas cognoscitiva, lenguaje y hábitos de salud las que mantienen mayor dificultad de logro, lo que continua siendo un reto para CEN-CINAI implementar acciones que estimulen esas áreas y se logre un mejor efecto de mejora.Todos los reportes generados en vigilancia del crecimiento y desarrollo están disponibles en:

http://www.cen-cinai.go.cr/index.php/transparencia/126-transparencia-informes-institucionales

Logros

- Con base a los resultados de los estudios de efectos en el nivel del desarrollo se observó que el porcentaje de efecto de mejora es similar todos los años y hay un alto porcentaje de niños y niñas con nivel del desarrollo adecuado a su edad, por ello, al igual que en estudio de efectos en el estado nutricional se decide, realizar el análisis de efectos en niños y niñas que son detectados con malnutrición y explorar el efecto del beneficio por la alimentación complementaria y por el seguimiento en el estado nutricional.
- Por lo anterior, se decide realizar el estudio de efectos del 2016 con el grupo de población detectada con malnutrición, dada su condición de prioridad de presentar necesidades especiales en su desarrollo, y se aplica una nueva metodología de análisis de efectos en el estado nutricional y el nivel del desarrollo infantil, que eventualmente puede permitir análisis que relacionan los hallazgos del efecto en el estado nutricional o en el nivel del desarrollo con otras variables asociadas a crecimiento, desarrollo y entorno familiar.
- Adicionalmente, se han realizado esfuerzos de capacitación a funcionarias en la aplicación de la escala ampliada de evaluación del nivel del desarrollo que permite realizar acciones individualizadas y con esa base determinar la necesidad de referencia a otras instituciones que complementan los servicios de CEN-CINAI.

Desafíos

- ✓ Fortalecer el sistema de información institucional que permita contar con un subsistema de seguimiento al niño o niña con necesidades especiales en su nivel del desarrollo.
- ✓ Fortalecer el sistema de vigilancia del crecimiento y desarrollo de la población desde el nacimiento, en edad preescolar que requiere servicios para la promoción de mejores prácticas de crianza y protección infantil, con enfoque interdisciplinario.
- ✓ Mantener programas de capacitación a funcionarios en la atención con enfoque de salud pública y nutrición pública.

III.3.9. Autoestima y Autonomía

Situación actual y contexto

En Costa Rica se trabaja la prevención de consumo de sustancias nocivas para la salud, apelando a un modelo basado en el conocimiento de los peligros del consumo para la salud física y mental, enfatizando la transmisión de contenidos y la apelación al interés de las personas en mantener su integridad física y cuidar su salud.

Estas metodologías han demostrado tener poco efecto en la prevención de estas conductas y cuando hablamos de niños y niñas en edad preescolar más aún. Los niños y niñas pequeños no se benefician de estas estrategias, porque para entender cómo cuidar su salud lo importante es conocer en la vivencia propia lo que es ser cuidado y cuidada por personas adultas responsables y amorosas. Solo con esa base tienen sentido pensar en prevenir. Lo importante en la primera infancia es ofrecer a familias, cuidadores/as y educadores/as herramientas para promover una autoestima positiva y autonomía en niños y niñas. Es por ello que se plantearon los proyectos:

1. Autoestima y Autonomía *"Preparando a los niños y niñas pequeñas para un futuro sin tabaco"*: dirigido a educadoras de la Dirección Nacional de CEN CINAI y Madres Comunitarias.

2. "Enseñando a mi niño y niña a quererse, y hacer cosas por sí mismo/a" "Como fomentar en mi hogar la autoestima positiva y la autonomía de mi niño y niña": Dirigido a familias beneficiarias de la Dirección Nacional de CEN CINAI .

El primero se concretó en la elaboración de un libro y capacitación para desarrollar las estrategias que debe contener un currículo de Educación inicial que garantice que niños y niñas vivan la experiencia educativa y de cuido en centros infantiles con bienestar. Lo cual es imprescindible para forjar en ellos y ellas autoestima. Asimismo, promover experiencias de aprendizaje que orienten a la autonomía en un marco de respeto y confianza en las posibilidades de potenciar al máximo el desarrollo físico, cognitivo y emocional. El espacio educativo intra y extramuros, con la finalidad de los determinantes de la salud de las familias en condición de pobreza.

El segundo proyecto consiste en el diseño de una propuesta de educación a padres y madres que consta de 12 talleres, uno por mes, dirigidos a empoderar a las familias en habilidades para promover la autoestima y la autonomía de sus hijos e hijas. La estrategia de taller se acompaña de un calendario anual que les plantea durante cada mes el cumplimiento de un reto o tarea a realizar asociada a los contenidos de cada taller.

Los contenidos de los talleres son:

- *Para el fomento de la autoestima*: “Demuestro amor a mi niño y niña”; “Construyo un apego seguro con mi niño y niña”; “Acepto a mi niño o niña tal como es”; “Ayudando a mi hijo e hija a educar sus emociones”; “Paso tiempo con mi hijo e hija”; “Respeto a mi hijo e hija”
- *Para el fomento de la autonomía*. “Aprender a cuidarnos”; “Yo solito y solita pero acompañado/a”; “Voy solito/a al servicio sanitario”; “Aprendiendo a ser responsable”; “Comunicarme para crecer”

Este material se complementa con dos cuentos infantiles para leer a los niños y niñas y colorear, así como para trabajar con personas adultas, formas concretas de entender los valores contenidos en los ejes transversales que guía las acciones educativas de los CEN CINAI en el marco de enfoque de derechos del niño y la niña.

Logros

- En 2015 se entregaron libros y se capacitó a todas las regiones en el módulo Autoestima y Autonomía *“Preparando a los niños y niñas pequeñas para un futuro sin tabaco”*: dirigido a educadoras de la Dirección Nacional de CEN CINAI, lo cual trae como beneficio clarificar la importancia que tienen los vínculos persona adulta –niño/ niña en los esfuerzos por prevenir futuras conductas de riesgo. Desmitificar la creencia popular de que es solamente el hogar el que influye en el desarrollo de una autoestima positiva en los niños y niñas y que los educadores/as se ocupan de otra cosa (enseñar contenidos). Lo anterior ha formado parte de un trabajo continuado de mejoramiento de la calidad de las acciones en los CEN CINAI, desde un enfoque holista y de educación Marco abierto. Asimismo, se compartió con Hogares Comunitarios 500 libros.
- Entre los años 2015 y 2016 se diseñaron, elaboraron y publicaron los materiales y se capacitó a las maestras y psicólogas regionales de todo el país para la

implementación del proyecto: "*Enseñando a mi niño y niña a quererse, y hacer cosas por sí mismo/a*" "*Como fomentar en mi hogar la autoestima positiva y la autonomía de mi niño y niña*", dirigido a familias beneficiarias de la Dirección Nacional de CEN CINAI. Estas a su vez capacitaron al personal encargado de implementar talleres con las familias (ASSC3) y también a educadoras. Durante el año 2017 se entregaron alrededor de 20,000 libros y se capacitaron a las educadoras para el uso de los cuentos en las aulas de los CEN CINAI, en 562 establecimientos para alrededor de 19.380 niños (as) usuarios de CEN CINAI, con servicios intramuros

- Durante el año 2017, se capacitaron 125 grupos de 10 a 20 familias en distintas comunidades del país durante 12 meses.
- Un logro muy importante del proyecto de educación a madres y padres es que estos talleres fueron considerados por las personas que los implementaron como muy útiles para desarrollar, aunque no se tenga una formación universitaria en psicología o educación, por ser sencillos y amigables, a pesar de ofrecer un mensaje bien claro de los mensajes que, desde un enfoque de derechos se deben socializar con las familias para apoyar su tarea de crianza.
- Asimismo el proyecto con familias fue presentado en el Quinto Congreso Latinoamericano y del Caribe: Tabaco o Salud, sede en Uruguay, (del 13 al 16 de junio de 2017) recibiendo la mención: Reconocimiento por la calidad del Trabajo Presentado, lo cual implica un reconocimiento a los esfuerzos desarrollados por CEN CINAI en pro de los niños y niñas de escasos recursos del país.

Desafíos

- ✓ Capacitar al personal de nuevo ingreso en estas estrategias (alta movilidad).
- ✓ Extender el proyecto de educación a padres y madres de todas las familias beneficiarias, a partir de la inclusión de la programación de estos talleres en las actividades anuales de los funcionarios locales (no solo educadoras y técnicos sino todos los profesionales)
- ✓ Desarrollar un sistema de evaluación que permita dar un seguimiento.

III.3.10. Fortalecimiento de la atención a las adolescentes madres

Situación actual y contexto

El embarazo en la adolescencia, su prevención y eliminación paulatina de la sociedad, es un tema en la agenda social costarricense, no solo por su alta incidencia, sino por las consecuencias, físicas, sociales y emocionales que el mismo ocasiona en el desarrollo integral de esta población.

Lo anterior ha generado que en el país se unan esfuerzos con el fin de responder a las obligaciones y responsabilidades que tienen las diversas instituciones del Estado y que se reflejan en el Código de la Niñez y Adolescencia (1998), la Ley de Protección a la Madre Adolescente, la Política Nacional de Niñez y Adolescencia (2009-2021), Política Nacional de Sexualidad (2010-2021), Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (2010-2018), la Norma Interinstitucional e Intersectorial para la Prevención y Atención del Embarazo en la Adolescencia (MEP, PANI, CEN-CINAI), entre otros documentos, que consignan las disposiciones y acciones estratégicas institucionales e interinstitucionales para fortalecer factores protectores y garantizar la protección integral de los Derechos Humanos de este grupo poblacional; siendo a la vez, un marco de acción en el que operan los servicios.

Con este marco de acción, la Dirección Nacional de CEN-CINAI, en conjunto con el Ministerio de Salud (MS), el Ministerio de Educación Pública (MEP), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), implementa acciones para la atención y prevención del embarazo en la adolescencia como parte de la Iniciativa Salud Mesoamérica, aspecto de prioridad para las autoridades de salud en Costa Rica en el marco de un modelo intersectorial que contribuya a disminuir las tasas de embarazo adolescente y a mejorar las condiciones de vida de esta población.

Durante el periodo 2014-2017 CEN-CINAI ha atendido un máximo de 4.200 adolescentes en todo el país y para el año 2017 un total de 4.023 adolescentes madres que en promedio mensual recibieron servicios de alimentación complementaria, de las cuales 489 recibieron el servicio de Comidas Servidas y 3.534 el de distribución de leche en polvo para consumo en el hogar.

Por lo anterior, CEN-CINAI se ha propuesto fortalecer las acciones dirigidas a las adolescentes madres, para ofrecerles servicios de calidad y articulados con otras instituciones del

estado responsables de la protección y promoción del desarrollo humano, de acuerdo con las necesidades de este grupo de población. De acuerdo con el Instituto de Estadísticas y Censos, para el 2012 se reportó un 19,4% de nacimientos en adolescentes (alrededor de 14.000) y al 2017, se ha mostrado una reducción a un 15,1 % (alrededor de 10.000). Esto indica la importancia de mantener las acciones, disponer de personal sensibilizado y actualizado, así como la ampliación de la estrategia en todas las regiones del país de manera que se proporcione una atención integral de calidad en los diferentes escenarios y contextos, es un desafío institucional.

Logros

Esta iniciativa ha logrado brindar servicios de CEN-CINAI mediante intervenciones simultáneas en la red de servicios de cantones seleccionados en las regiones Brunca y Huetar Caribe. Específicamente en la Dirección Nacional de CEN-CINAI, desde el 2014 a la actualidad, se implementa en 37 establecimientos CEN-CINAI, ubicados en zonas prioritarias de la Región Brunca: Coto Brus, Osa, Buenos Aires, Golfito y Corredores y de la Región Huetar Caribe, como lo son Matina, Pococí, Cariari, Talamanca, Siquirres y Valle la Estrella.

A la fecha se ha avanzado en brindar una atención anual a alrededor de 700 adolescentes embarazadas y madres, como un grupo diferenciado que recibe los servicios de alimentación complementaria en la institución, fortaleciendo la realización de 7 sesiones educativas al año en cada establecimiento (259 sesiones) con temas relacionados con habilidades para su proyecto de vida, salud con énfasis en salud sexual y salud reproductiva que contribuya con información actualizada que permitan afianzar los factores protectores y favorezca la reducción de embarazos subsecuentes, los cuales limitan un crecimiento y desarrollo socioemocional adecuado de ellas y sus hijos e hijas.

Además, en los últimos cuatro años se ha logrado avanzar en lo siguiente:

- Mayor divulgación de horarios y servicios que brinda CEN-CINAI.
- Desarrollo de acciones de capacitación y sensibilización al personal, así como de monitoreo del avance de lo implementado (1 sesión anual)
- Habilitación de espacios para lactancia materna en los centros seleccionados (37 centros seleccionados)
- Fortalecimiento del trabajo en red para la coordinación interinstitucional, referencias

y seguimiento de casos de riesgo, con las con distintas instituciones participantes (13 enlaces participando en las unidades de coordinación en cada nivel de gestión).

- Promover el diseño de procedimientos específicos y manuales, respaldados con la experiencia obtenida en implementación realizada en ambas regiones y el modelo propuesto, que orienten la prestación de los servicios de CEN-CINAI a las adolescentes madres, así como el seguimiento respectivo, los cuales puedan ser adaptados y replicados por las demás regiones del país.

Desafíos

Entre los principales desafíos para la atención diferenciada de las adolescentes madres en CEN-CINAI, se encuentra consolidar las estrategias de atención a las Adolescentes madres y sus hijos e hijas de todas las regiones del país, mediante estrategias que permitan:

- ✓ Elaboración de la normativa para la atención diferenciada de las adolescentes madres y sus hijos e hijas en CEN-CINAI.
- ✓ Fortalecer la disposición de información sobre sus derechos; fortalecimiento personal y Salud Sexual y Salud Reproductiva, de opciones educativas para la inclusión y/o permanencia en el sistema educativo, manteniendo espacios con sus iguales para compartir y aprender de sus experiencias, así como de la metodología en las sesiones educativas.
- ✓ Apoyo en el cuido de sus hijos e hijas (diurno y nocturno).
- ✓ Mantener las acciones de sensibilización al personal y de monitoreo de avance de las acciones.
- ✓ Ampliar la disponibilidad de espacios para lactancia materna.
- ✓ Fortalecimiento del trabajo en red para: coordinación interinstitucional, referencias y seguimiento de casos con las con distintas instituciones.

III.3.11. Promoción de la Igualdad y la Equidad de Género desde la corresponsabilidad social en el cuidado

Situación actual y contexto

De acuerdo con el Plan de Acción de la Política Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género (PIEG) se establecen acciones institucionales en las que tanto el INAMU como la

Dirección Nacional de CEN-CINAI tienen coincidencia. Es a partir de ello, que en el año 2009 entre ambas instituciones se articula una alianza para impulsar las acciones contenidas en el mismo. Este plan se enmarca en el contexto de las diferentes convenciones internacionales y compromisos políticos que ha suscrito el país en materia de igualdad y equidad de género.

La Dirección Nacional de CEN-CINAI incorpora acciones vinculadas con dos de los objetivos señalados en el PIEG, los cuales son:

Objetivo 1. Cuido como responsabilidad social.

Objetivo 2. Mejorar de la calidad de atención de CEN CINAI, mediante la capacitación continua de su personal y la aplicación de modelos de atención psicopedagógica, que tomen en cuenta las etapas de desarrollo de las niñas y los niños e incorporen criterios de igualdad y equidad de género en un marco de derechos.

Objetivo 3. Educación y salud de calidad a favor de la igualdad, la acción es: Creación de un mecanismo permanente de sensibilización y capacitación en corresponsabilidad y procesos de crianza libres de estereotipos de género, para personas adultas cuidadoras de niñas y niños en espacios institucionales, en particular: CEN-CINAI, Hogares Comunitarios y alternativas PANI (Albergues y Hogares Temporales).

Por otra parte, el Decreto Ejecutivo 38999-MP- RE-JP- SP-H- MAG-MEIC- MINAE-MOPT-MEP-S- MTSS—CMIDEPLAN-MICITT- MIVAH-MC- T-MDHIS- MCM-MIDEPOR, del año 2015 en su artículo primero declara “a la Presidencia de la República y a los ministros de gobierno como instituciones que respeten y promuevan los derechos humanos y por ende, libres de discriminación a la población sexualmente diversa. Con este fundamento legal, cada órgano del Poder Ejecutivo deberá realizar un plan institucional contra la discriminación hacia la población sexualmente diversa. Deberán incluirse actividades de capacitación, velar por el cumplimiento de la normativa y sus ajustes, entre otros.

La Dirección Nacional CEN CINAI, acogiéndose a lo antes señalado ha propuesto e implementado algunas acciones aquí descritas en los logros, haciendo una integración de ambas temáticas; “género y diversidad sexual”, las cuales han sido articuladas e integradas en los ejes transversales del modelo de educación inicial y apoyo educativo al escolar, los cuales incluyen; ser concebido como sujetos y no como objetos, aprender a cuidad de su salud, aprender el valor de la solidaridad y respeto a la diversidad étnica, género, cultura

y social a la igualdad de oportunidades, recibir un trato sin violencia y aprender a recrear valores de paz y tener acceso al conocimiento.

Logros

- Fortalecimiento de la alianza interinstitucional con INAMU que permitió dar continuidad a un proceso de capacitación y sensibilización. Como parte de estas acciones se ha trabajado con equipos conformados desde el nivel nacional y el nivel regional.
- A nivel nacional se realizó un taller para la sistematización de buenas prácticas regionales para la promoción de la igualdad de género y corresponsabilidad social en el cuido, a fin de compartir e identificar las experiencias exitosas y fortalecer el trabajo en las regiones además de identificar indicadores visibles básicos mediante los cuales rendir cuentas de las acciones.
- En octubre del 2014 se realizo el Primer Encuentro Metodológico con coordinación interinstitucional, para el trabajo con la Primera y Segunda Infancia, en el que participaron los Equipos Asesores Regionales y se invitaron a Madres Comunitarias, personal de Centros de Cuido y Desarrollo Infantil de REDCUDI y personal de Centros Infantiles UCR.
- En el 2016 se realizó un II Encuentro Metodológico género sensible con coordinación interinstitucional, para trabajar sexualidad con niñas y niños, en el que además de capacitar se dieron ideas y material bibliográfico apropiados para la reproducción, incentivando la creatividad de los equipos.
- En el 2015 se realizó el I Taller de Diversidad Sexual y en el 2016 se realiza el II Taller de Diversidad Sexual a los Equipos Asesores Regionales, cuyo objetivo fue compartir experiencias, metodologías y reflexiones en torno al abordaje de temas de sexualidad con niños y niñas menores de 6 años.
- A nivel local los Equipos Asesores Regionales realizaron talleres de capacitación dirigidos a profesionales de Oficinas Locales y personal de establecimiento en temática de enfoque de género, curriculum oculto y corresponsabilidad en el cuido. Elaboraron materiales con enfoque de género, brindaron talleres a las familias de población extramuros. Se transversalizo del tema de género en el planeamiento educativo.
- Se elaboró el plan institucional de la Dirección Nacional de CEN CINAI, contando con el apoyo del INAMU en algunos de sus componentes. El mismo incluye divulgación del Decreto, sensibilización, capacitación, entre otros.

- El equipo Asesor Nacional en conjunto con el INAMU elaboran el *"Instrumento para el Registro de Indicadores de Gestión en Transversalización de los Enfoques de Género y Derechos Humanos en el quehacer de CEN CINAI"*
- Se abren espacios de intercambio y acompañamiento técnico entre personal de CEN CINAI para el análisis y la realimentación de estrategias de acción que fortalezcan el abordaje del enfoque de género en las acciones que se realizan en los distintos servicios que brinda la institución.

Desafíos

- ✓ La institucionalización del Enfoque de Género en la gestión institucional.
- ✓ Realizar evaluaciones de la implementación del enfoque Genero sensitivo en el quehacer Institucional.

III.3.12. Nutrición Preventiva

Situación actual y contexto

Como parte de las acciones del estado costarricense para mantener y potenciar el crecimiento y desarrollo infantil, la Dirección Nacional de CEN-CINAI implementa servicios en salud, educación y nutrición que beneficia a los grupos familiares en condición de pobreza, con niños y niñas que presentan malnutrición y rezago en el desarrollo, desde hace 67 años.

Los servicios se inician en 1950, cumple con las funciones de: proveer servicios de protección y promoción del crecimiento y desarrollo infantil, acompañar al grupo familiar en la tarea de crianza y socialización, promover la participación social para potenciar el impacto de las acciones de la Dirección. Los servicios son prestados en las modalidades: Intramuros: servicios cotidianos dirigidos niños y niñas, que involucra un rol permanente de la educadora y del equipo de apoyo de los establecimientos prestadores de servicios y Extramuros: incluye acciones periódicas con el grupo familiar de los niños y niñas y con las comunidades, visitas al hogar, distribución de alimentos y otros. Los servicios son agrupados en tres grandes áreas de intervención: Nutrición Preventiva, Atención y Protección Infantil y Promoción del Crecimiento y Desarrollo, seguido se resume cada servicio:

Nutrición Preventiva: incluye los servicios de educación alimentaria nutricional, promoción de estilos de vida saludable y alimentación complementaria que consiste en:

- Comidas Servidas: alimentos preparados y entregados diariamente en los establecimientos, se ofrece desayuno, almuerzo, merienda de la tarde y cena, además se entrega 800 gr de leche en polvo para consumo los fines de semana.
- Distribución de leche para consumo en el hogar: distribución mensual de 1,6 kg de leche integra en polvo fortificada, para consumo en el hogar de clientes y beneficiarias que viven en zonas alejadas del CEN o CINAI.
- Distribución de Paquetes de Alimentos a Familias (DAF): una vez al mes se distribuye a cada grupo familiar de niños o niñas que presentan desnutrición o retardo en talla, para asegurar una dieta adecuada en macronutrientes.

Logros

- La Dirección Nacional de CEN CINAI año a año ha venido aumentando la cantidad de niños niñas, adolescentes madres, mujeres en período de gestación o lactancia que reciben alimentos de alto valor nutritivo y acciones de educación nutricional. Tal y como se observa en el siguiente cuadro el 2017 es el año en que se registra la mayor cantidad de personas atendidas para un total de 145.650. Se atendió a 120.461 niños y niñas y a 25.189 mujeres gestantes o en periodo de lactancia. Entre ellas 489 adolescentes madres.

Cuadro 3.52
Dirección Nacional de CEN CINAI: Población Atendida por servicio recibido según año 2015-2017

Año	Total	Niños y Niñas	Madres
2015	131.166	111.555	19.611
2016	140.650	116.373	24.277
2017	145.650	120.461	25.189

Fuente: Planificación Estratégica e Institucional , Dirección Nacional de CEN CINAI, marzo 2018

Desafíos

CEN-CINAI genera efectos positivos y beneficiosos para la salud de la población infantil, contribuyendo al logro de capital humano en mejores condiciones de salud, educación y nutrición en la etapa adulta, para lo cual tiene los siguientes desafíos:

- ✓ Posicionar en la población usuaria de los servicios de CEN-CINAI el derecho a la alimentación y la importancia de consumir alimentos nutritivos balanceados y apropiados

según edad, la práctica de la lactancia materna, a fin de que se reconozcan los beneficios de comidas servidas y atención y protección infantil con relación a otros servicios.

- ✓ Promover la “Estrategia” en el componente de educación alimentario-nutricional para la promoción de la salud y la prevención de la malnutrición y enfermedades no trasmisibles”.

- ✓ Dirección Nacional de CEN-CINAI 2016-2021, como una herramienta para prevenir y combatir la malnutrición de los niños y niñas en programas e instituciones afines.

III.3.13. Promoción de Crecimiento y Desarrollo modalidad Extramuros

Situación actual y contexto

Los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI atiende la mayor cantidad de niños y niñas con la alimentación modalidad extramuros durante el 2017 fueron 103.651 personas, no obstante, el reto que se planteó con la meta estratégica del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 fue llevar los servicios de Promoción del Crecimiento y Desarrollo a las comunidades donde no se cuenta con establecimiento, para atender con espacios educativos a niños, niñas y sus familias.

Se partió como línea base de 3.000 niños y niñas que para 2014 recibían acciones educativas de promoción del crecimiento y desarrollo modalidad extramuros

Logros

- Se ha logrado atender cada año más niños y niñas con los servicios de Promoción del Crecimiento y Desarrollo, alcanzando atender mensualmente a 11.766 niños y niñas distribuidos en todo el territorio nacional, el detalle de atención por lugar y sexo se presenta a continuación.

Cuadro 3.53
Cantidad de usuarios del servicio de Promoción de Crecimiento y Desarrollo Extramuros según Oficina Local por sexo

Código de Región	Oficina Local	Cantidad de Usuarios	
		Niños	Niñas
Total	**11766**	**5546**	**6220**
1	Hatillo	30	25
1	Ciudad Colón	0	0
1	Tibas	0	0
1	Curridabat - Desamparados	176	192
1	Aserri - Acosta	83	96
1	Guadalupe	28	45
2	Ciudad Quesada	317	358
2	La Fortuna	27	30
2	Santa Rosa Pocosol	120	147
2	San Rafael De Guatuso	303	294
3	Liberia	187	203
3	Santa Cruz	25	31
3	Nicoya	21	0
3	Nandayure	45	86
3	Cañas	134	159
4	Limón-Matina	41	42
4	Pococí 1	95	71
4	Siquirres	39	57
4	Pococí 2	47	44
4	Talamanca	118	132
5	Peréz Zeledon 501	546	485
5	Buenos Aires	236	274
5	Osa - Palmar Norte	285	313
5	San Vito Coto Brus	74	61
5	Golfito - Corredores	205	202
5	Peréz Zeledon 506	514	576
6	Heredia	58	52
6	Flores	97	98
6	Alajuela	7	206
6	Grecia	370	414
6	Sarapiqui	107	105
7	Puntarenas	194	193
7	Orotina	115	158
7	Jicaral	107	104
8	San Ramón	390	481
8	Naranjo	90	121
8	Palmares	30	20
9	Tejar Del Guarco	0	0
9	Cartago	13	27
9	Oreamuno	206	269
9	Turrialba	66	49

Fuente: CEN-CINAI, 2018

Desafíos

- ✓ Fortalecer los servicios extramuros a fin de reducir la brecha en la atención que reciben los niños y niñas que asisten diariamente a los servicios CEN CINAI intramuros con lo que se logra brindar en la modalidad extramuros.

III.3.14. Promoción y desarrollo de competencias socio-financieras

Situación actual y contexto

El Modelo Recreando Valor, desarrollado por PANIAMOR con el apoyo técnico- financiero de la Dirección Nacional del CEN CINAI, COOPESERVIDORES y la Asociación Empresarial para el Desarrollo (AED), plantea como desafío la construcción en los centros infantiles de condiciones sostenidas, respetuosas y coherentes con los derechos de las niñas y los niños que les permitan desarrollar, estimular y fortalecer sus competencias socioeconómicas. Dicho Modelo, reconoce, además, la importancia de desarrollar y/o fortalecer las competencias socioeconómicas de las personas adultas que gestionan los centros infantiles, pues son ellas quienes modelan estas competencias a las niñas y los niños que asisten a dichos centros.

En Costa Rica, la educación socioeconómica no es un aspecto al que las personas adultas hayan estado expuestas dentro de su proceso educativo formal. Por tal motivo, se identifica la necesidad de sensibilizar a estas personas y de alinear o nivelar su conocimiento acerca de los principios de educación socioeconómica planteados en el Modelo Recreando Valor; los cuales son: gestión reflexiva y responsable de los recursos ya sean estos, personales, sociales, comunales o ambientales.

Beneficiarios Directos: Niños y niñas de los establecimientos CEN-CINAI, Directores Regionales, Asistentes de la Salud del Servicio Civil 2 y 3, Jefaturas de Oficina Local, Persona de Comités de CEN CINAI.

Enfoques y paradigmas rectores

Enfoque de Desarrollo Humano,

Enfoque de la Capacidad de Agencia,

Enfoque del Empoderamiento Humano

Articulación Público-Privada.

"… los ciclos de pobreza no se superan si las poblaciones afectadas no desarrollan capacidades para un manejo adecuado de sus recursos" (Aflatoun, 2007)

Logros

- 447 Encargadas de establecimientos, Asistente Salud Servicio Civil 2 y 3 capacitados/as en el Modelo Recreando Valor.
- 11.250 niños y niñas con proceso educativo.

Desafíos

- ✓ El Modelo propicia la concientización en torno al dinero como un medio y no como un fin, se acentúa la importancia sobre las cosas que el dinero no puede comprar y la relevancia del ser sobre el tener.
- ✓ Proponer una perspectiva integral que incluye valorar los diferentes recursos familiares, ambientales, económicos que se poseen a su alrededor, a través del proceso de sensibilización y aprendizaje que se trabaja con los niños y las niñas, funcionarios, familia, encargados, miembros del Comités y comunidad.

III.3.15. Salud Bucodental

Situación actual y contexto

En el mundo, las enfermedades bucales representan entre 5% y 10% de los costos en salud pública. Por su parte, 90% de la población mundial padece de una enfermedad bucodental a lo largo de su vida. Entre ellas, las periodontopatías (encías) y con mayor incidencia, la caries dental. Ésta última se considera una epidemia reversible, cuyas consecuencias repercuten en la salud en general, el bienestar y la calidad de vida de niños, adultos y ancianos, principalmente originada por dietas altas en azúcares y una pobre salud oral.

En Costa Rica, el estudio de vigilancia epidemiológica de la C.C.S.S. (2004-2013) reconoce que la salud oral de la población adulta avanzó pero aún enfrenta serios retos en los distintos grupos etarios. 75% de la población adulta entre los 20 y 49 años tienen malos hábitos de higiene dental y sólo 10% de la población adulta mayor a 65 años posee todas sus piezas

dentales. El análisis alerta que los niños entre 0 y 5 años inician su vida sin una adecuada higiene bucodental y sufren enfermedades orales que se pueden prevenir con una mayor atención de sus padres. Por su parte, el grupo de preescolares y escolares presenta mejor estado: 62% está completamente sano y no más del 2% tiene pérdida de dientes.

Logros

- Para el año 2017 se realizaron 65.244 controles de placa bacteriana en niños y niñas que reciben el servicio de Atención y Protección Infantil en el CEN-CINAI, procedimiento preventivo de la caries dentales que se realiza cuatro veces al año a los niños y niñas mayores de 3 años.
- Por otro lado, para el año 2016, se realizaron también, 70.400 controles de placa bacteriana a los niños y niñas de los CEN-CINAI. Es un procedimiento de prevención contra las caries dental y la enfermedad de las encías.
- Después de la oficialización de la Norma de Atención Preventiva en Salud Oral y todas sus guías y protocolos; las actividades de promoción de la salud oral que realizan las funcionarias se han visto fortalecidas a nivel nacional y esto ha redundado en una mejor salud oral en general, puesto que estas actividades controlan el índice de placa y se disminuyen los riesgos de padecer de caries y enfermedad de las encías.
- El programa ha dotado de 305 cepilleras dentales, 90.000 pastas dentales y material educativo en salud oral, a los establecimientos CEN-CINAI, durante los últimos tres años.
- También se han suministrado otros insumos para la prevención de la aparición de caries dentales como: hilo y cepillos dentales. En el 2016 se distribuyeron 220.000 cepillos dentales (4 por niño por año) y en el 2107 se suministraron 160.000 cepillos más para fortalecer el hábito y el recambio de cepillos.
- Por otra parte, para la educación en salud oral, este año (2017) se adquirieron 1.242 dentoformos articulados a escala, que se usarán en el modelaje de la técnica apropiada de cepillado dental y uso del hilo dental.
- Como complemento a las actividades de educación en salud oral se coordinó con el Colegio de Cirujanos Dentistas y el Moderno Teatro de Muñecos para la presentación de la obra de títeres “Un buen regalo” con temática educativa en salud oral. En el 2017 se presentó en los establecimientos de Puerto Escondido en San Ramón, Naranjo, Zarcero, Sarchí y Poás con la asistencia de más de 521 personas entre niños y padres de familia.

- Todas estas iniciativas han permitido que los niños y niñas de CEN-CINAI posean una mejor salud oral, bajando los niveles de placa bacteriana en su boca y por ende mejorar su estado de salud y nutrición.

Desafíos

- ✓ Como puede apreciarse la aplicación de técnicas preventivas y sobre todo el cepillado dental después de cada comida ha sido un programa exitoso a nivel nacional en los CEN-CINAI, sin embargo todavía tenemos muchos desafíos en el tema de la salud oral.

- ✓ Es importante desarrollar estrategias de promoción de la salud oral que estimulen estilos de vida saludables y disminuyan los factores de riesgo más importantes en la aparición de la caries y la enfermedad de la encías, donde se involucre a los padres de familia y usuarios sobre la importancia del control de la placa bacteriana para mantener una boca sana.

- ✓ Para el año 2018, se está gestionando la compra de barniz con flúor para la aplicación a toda la población beneficiaria de nuestros servicios, este insumo permitirá crear una barrera de protección en el esmalte dental para prevenir la caries dental.

III.3.16. Acompañamiento al grupo familiar en la tarea de crianza y socialización de sus hijos

Situación actual y contexto

El modelo de formación Somos Familia promueve que los CEN-CINAI, en conjunto con la Fundación Paniamor, Procter & Gamble y la Asociación Empresarial para el Desarrollo, pretende dotar a los padres, madres y encargados de los niños y las niñas de herramientas para la crianza afectiva. Es un trabajo directo que se desarrolla con las familias, incluyendo como protagonistas claves a las niñas y los niños. Ésta provee una ruta clara para el desarrollo de las competencias parentales estructuradas con base en tres ejes temáticos del Modelo: a) Pertenencia segura y vínculo afectivo. b) Identidad prosocial. c) Agencia familiar y se caracteriza por integrar un conjunto de recursos que la distinguen como una herramienta fundamental para la protección y desarrollo integral de las niñas y los niños, a través del fortalecimiento y desarrollo de las competencias parentales de sus cuidadores.

La propuesta pedagógica para el trabajo con las constelaciones familiares se basa en la Lúdica para el Desarrollo, donde el juego es un recurso vital para desarrollar la pertenencia y vínculo seguro entre las familias y la persona mediadora con éstas. La conversación empática y la construcción de un vínculo seguro son dos estrategias pedagógicas que se estimulan en todas las sesiones familiares. A partir de estos recursos, se desarrolla la empatía, la autorregulación y consecución del logro social.

Logros

- En el Modelo Somos Familia se ha capacitado a 1.134 funcionarios y funcionarias (ASSC2, ASSC3 y profesionales) en las nueve Regiones del país que atienden a niños y niñas a nivel intramuros y extramuros.
- Las niñas y los niños desde muy temprana edad pueden distinguir cuáles son personas cuidadoras efectivas, es decir, que les respeten en su desarrollo; que llenen sus necesidades y les acompañen de la manera que mejor los guía para ir alcanzando retos.
- Las niñas y niños tienen mejores condiciones para desarrollarse, al contar con más de una persona a cargo de cuidarles y protegerles.
- Las niñas y los niños crecen con relaciones más seguras, lo cual les da una plataforma para explorar su entorno, descubriendo aprendizajes nuevos y tejiendo relaciones sociales más exitosas. También da un sentido más seguro de pertenencia el compartir con varias cuidadoras y cuidadores.

Desafíos

Con respecto al Modelo Somos Familia:

- ✓ Lograr que las familias asistentes se mantengan activas durante todo el año para que el proceso pueda impactarlas de manera positiva.
- ✓ Mantener la motivación en el personal para que las actividades lúdicas se desarrollen de manera empática tal y como es requerido para el logro de los objetivos.
- ✓ Mejorar la comunicación entre facilitadores y coordinadores para retroalimentar el proceso.

III.3.17. Venciendo Brechas

Situación actual y contexto

El objetivo general de este proyecto es ampliar las oportunidades de mejoramiento del impacto en el aprendizaje psicosocial y de desarrollo social de la población en vulnerabilidad atendida por los CEN, CENCE y CINAI, basadas en el uso de contenidos pedagógicos, de gestión y de capacitación mediante el acceso y uso productivo de tecnologías digitales y conectividad de banda ancha.

Para lograr ampliar esas oportunidades y reducir las brechas digitales que presenta esta población infantil, el proyecto “Venciendo Brechas para CEN-CINAI”, se ha creado con la condición de formular los siguientes cuatro componentes que constituyen la Red de CEN-CINAI Nacional (R-CEN-CINAI):

- Sistema Nacional de Inducción Permanente en Línea.

- Centro Nacional de Capacitación.

- Sedes Regionales de Recursos para el Aprendizaje.

- Acceso Equitativo a Tecnología y Conectividad de CEN-CINAI

Como parte de la estrategia para lograr que los niños y niñas reciban un servicio de mayor calidad, alcanzar una mayor cobertura e ingreso al sistema de educación pública y poder medir el desempeño e impacto de su gestión apropiadamente, la Dirección Nacional de CEN-CINAI desde el año 2012 desarrolla este proyecto, el cual comprende, dentro del componente Acceso Equitativo a Tecnología y Conectividad de CEN-CINAI entre otras cosas, la implementación de Rincones Tecnológicos en los Establecimientos CEN-CINAI que ofrecen el servicio de API (Atención y Protección Infantil) en la modalidad Intramuros.

Los avances constantes y rápidos de las tecnologías de información y las lecciones aprendidas hasta el momento han permitido repensar los recursos tecnológicos necesarios y la forma de hacer transversal la aplicación de las tecnologías en el proceso de aprendizaje de los niños y niñas, esto quiere decir que el proyecto trazado está en constante cambio.

En el cuadro siguiente se muestra la distribución de estos Rincones Tecnológicos por establecimiento y los fondos provenientes para su implementación.

Cuadro 3.54
Rincones Tecnológicos en los establecimientos CEN-CINAI según región
Dirección Nacional de CEN-CINAI, 2018

REGIÓN	CANTIDAD DE ESTABLECIMIENTOS
Central	59
Huetar Norte	27
Huetar Caribe	11
Pacífico Central	17
Chorotega	30
Brunca	47
TOTAL	**191**

Fuente: CEN CINAI, 2018

Cuadro 3.55
Inversión en Rincones Tecnológicos en los establecimientos CEN-CINAI
Dirección Nacional de CEN-CINAI, 2018

FONDO	INVERSIÓN
ASOCIACIONES	₡175.000.000
GOBIERNO CENTRAL	$97.755,00
FONATEL	$307.327,24
FODESAF	$307.327,24

Fuente: CEN CINAI, 2018

Logros

- En relación al componente de “Sedes Regionales de Recursos para el Aprendizaje”, para el 2017 se logró cubrir con equipamiento a 7 Oficinas Locales y 3 Regiones y se tiene aprobado el ingreso de equipo para 6 Oficinas Locales y una Región más a través de FONATEL para el 2018, cubriendo a 15 Oficinas Locales y 7 Regiones.

- Se logra dar los primeros avances en el proyecto a partir del año 2015. Para cubrir el componente denominado “Acceso Equitativo a Tecnología y Conectividad de CEN-CINAI” durante el 2015 al 2017, se consiguió equipar con Rincones Tecnológicos a 35 establecimientos con presupuesto de las Asociaciones, 49 establecimientos con presupuesto de Gobierno Central, 25 establecimientos con presupuesto de FONATEL en la Zona Norte Superior y se amplió la adjudicación para cubrir 31 establecimientos más en la Zona Brunca, además, se adjudicó la compra de 52 Rincones Tecnológicos que están en proceso de revisión y distribución del equipo para completar 192 Rincones Tecnológicos, mismos con los que no se contaban en el 2014.

Desafíos

- ✓ Mantener actualizados los equipos y sistemas de información.

II.4. Instituto de Farmacodependencia y Alcoholismo (IAFA)

Situación actual y contexto

La IV Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria, realizada en el 2015, muestra de forma general una disminución en los niveles de prevalencia de las sustancias lícitas (alcohol y tabaco) más consumidas en el país, no obstante niveles relativamente constantes de consumo en sustancias ilícitas como la marihuana, la cocaína o el crack.

En comparación con los datos del 2012, el alcohol disminuyó en cuatro puntos porcentuales (53,7% en 2012 a 49,7% en 2015) entre aquellos jóvenes que refirieron haber consumido la sustancias alguna vez en la vida, en tanto que para aquellos con consumo reciente (último año) se redujo en dos puntos porcentuales (36,5% en 2012 a 34,4% en 2015), finalmente para el consumo activo (último mes), la reducción se presentó en menos de un punto porcentual (20,2% en 2012 a 19,5% en 2015).

El tabaco es la sustancia que más disminución presentó. El porcentaje de aquellos que consumieron alguna vez en la vida se redujo en ocho puntos (23,1% en 2012 a 15,2% en 2015), en tanto que la prevalencia de aquellos que consumieron durante el último año se redujo en casi cinco puntos (10,3% en 2012 a 5,9% en 2015); finalmente, aquellos con consumo activo disminuyeron en aproximadamente cuatro puntos porcentuales (6,0% en 2012 a 2,4% en 2015).

Para el 2012 el consumo alguna vez en la vida de marihuana fue 14,6%, en tanto que para la ronda del 2015, este porcentaje aumentó a 15,1%. El consumo reciente y consumo activo de cannabis presentan una leve reducción (9,7% en el 2012 a 9,4% en consumo reciente y 5,1% a 4,9% en consumo activo). Relacionado con lo anterior, la marihuana se presenta como la sustancia ilícita que desplazó al tabaco en importancia de consumo entre la población de educación secundaria. Sin embargo, esto no hace referencia a un aumento significativo en los niveles de prevalencia de esta sustancia (a pesar de la existencia de un mayor porcentaje de consumidores en relación al 2012).

En relación a las edades de inicio en el consumo de las sustancias anteriormente citadas muestran una tendencia relativamente estable en tabaco y marihuana (13,3 años tanto en la ronda del 2012 como la del 2015, en tabaco y; 14,3 años en el 2012 ante 14,2 años durante el 2015 en marihuana). En tanto que la edad media en inicio del consumo en Alcohol muestra un leve aumento en el transcurso de 3 años (13,3 años en 2012, a 13,6 años en 2015), indicador de una postergación en el consumo de esta sustancia lícita por parte de los estudiantes de secundaria.

Existe un problema de acceso a los servicios de salud para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, un porcentaje de la población que estaría dispuesta a demandar servicios. Un 3.3% de la población se estima son necesitados de atención especializada por consumo de drogas ilegales, mientras que por consumo de alcohol es un 12.4% los necesitados de atención en el país.

Los resultados de la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas en Población General, muestran un aumento en el consumo de dos de las sustancias más consumidas en el país, el alcohol y la marihuana, en tanto que el tabaco muestra una reducción.

Respecto al alcohol, el aumento del consumo se presenta en todos los periodos: alguna vez en la vida de 38,1% en el 2010 a 63,3% para el 2015; último año de 24,2% en el 2010 a 41,6% para el 2015 y; último mes de 20,5% en el 2010 a 27,9% para el 2015. Aumento que se interpreta debido al débil control de la publicidad comercial, así como a la mayor oferta de productos con contenido alcohólico, lo que aumenta la disponibilidad y una mayor adquisición por parte de otros sectores de la población.

La marihuana es la sustancia ilegal mayormente consumida y la que muestra un aumento en el consumo de manera exponencial en los tres periodos: alguna vez en la vida aumentó

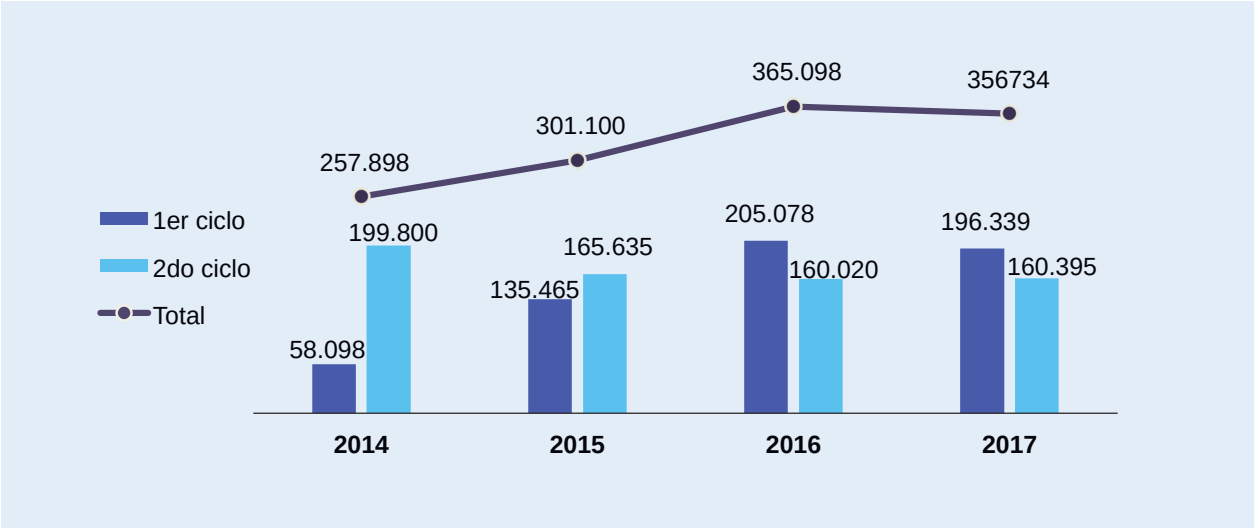
de 7,1% en el 2010 a 17,7% para el 2015; último año aumentó de 2,6% en el 2010 a 4,8% para el 2015 y; último mes aumentó de 2,0% en el 2010 a 3,2% para el 2015. Este aumento se asocia a la opinión pública favorable que algunos medios de comunicación, políticos y empresarios han dado, a partir de la legalización y despenalización que se ha presentado en otras latitudes y considerando además, el impulso que ha tenido debido a una serie de supuestas propiedades medicinales y curativas, las cuales no posee.

Finalmente, el tabaco muestra los resultados de la implementación de la Ley N° 9028, así como de las estrategias de prevención y de cesación tabáquica impulsadas por entidades estatales como el IAFA, la CCSS y el Ministerio de Salud. Para el año 2010, el consumo alguna vez en la vida de esta sustancia se presentó en 24,8%, para el 2015 este valor aumenta a 37,6%. Sin embargo, en los periodos de último año y último mes se comprueba la labor en prevención realizada, pues en el primer caso el consumo para el 2010 se ubicó en 15,1% y para el 2015 en 14,0%, en tanto que para el consumo del último mes se evidencia una reducción de 13,4% en el 2010 a 10,5 para el 2015%.

Logros

- El IAFA asumió dos compromisos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2015-2018 ubicados en el Programa Nacional de Atención de los Trastornos Mentales, del Comportamiento y de las Adicciones. Uno de ellos relacionado con intervenciones preventivas, y el otro con servicios de tratamiento.
- En cuanto a intervenciones preventivas, con el programa nacional de prevención Aprendo a Valerme por Mi Mismo (AVPMM), se logra el compromiso de cubrir el primer ciclo de la educación general básica entre el 2015 y 2018. En 2017 las actividades del programa AVPMM se desarrollan en 3.856 centros educativos públicos de todo el país, logrando una cobertura cercana al 95% del total de escuelas en el país. Ejemplo de lo anterior, para el 2014 se capacitaron 58.098 niños de I ciclo, en tanto que para el año 2017 esta cifra asciende a 196.339. Además, en los tres últimos años, han participado en promedio 300.000 niños y niñas de escuela pública, considerando así mismo tanto los estudiantes de I y II ciclos de educación primaria, tal y como se observa en la gráfica 3.59.

Gráfico 3.59
Escolares que participaron en el Programa Aprendo a Valerme por Mi Mismo
Costa Rica 2014 – 2017

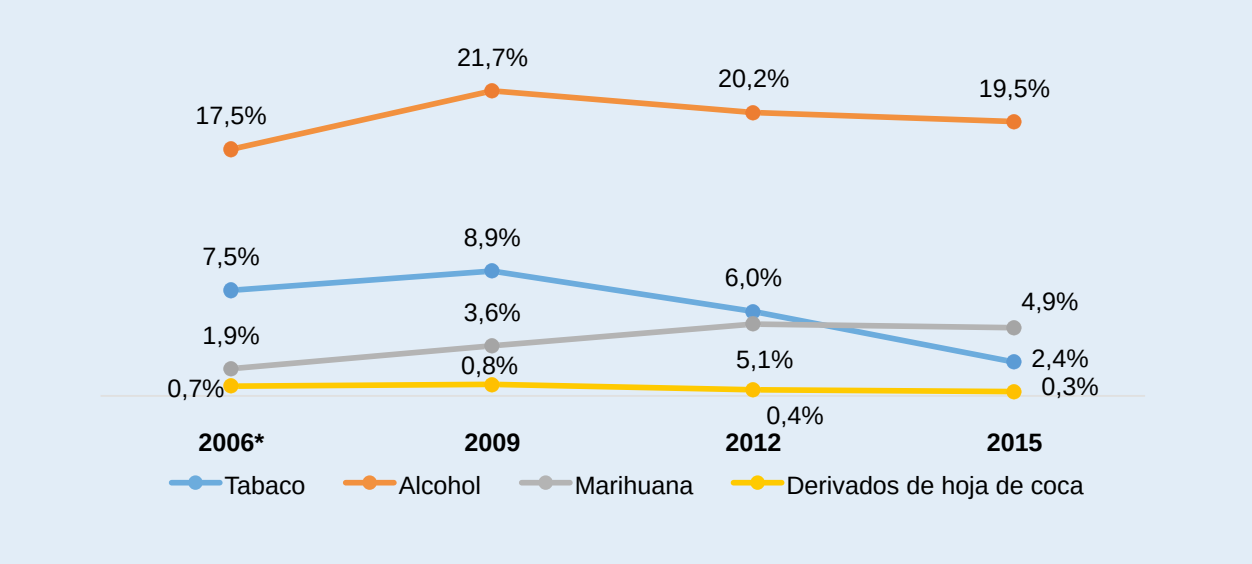


Fuente: Desarrollo Institucional, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

- Con el programa AVPMM se beneficia la comunidad educativa, es decir, las familias de los menores de edad y los docentes que participan de la aplicación del mismo (18.000 docentes en promedio por año), que son capacitados por parte del IAFA.
- Resultados positivos de la implementación del programa, se vinculan con variaciones de los niveles de prevalencia de consumo de drogas en los adolescentes que cursan la enseñanza secundaria. La mayoría de dichos estudiantes tuvieron la oportunidad de recibir el programa de prevención, en los últimos tres años de la escuela primaria pública, hecho que se manifiesta en la disminución del consumo de determinadas sustancias y en un aumento en la edad media de inicio en las mismas.
- Como se logra apreciar en el gráfico 2, el consumo activo, o del último mes, de alcohol ha registrado una leve disminución del año 2009 al 2015, no obstante, los datos indican que al menos 1 de cada 5 estudiantes de educación secundaria presentan patrones regulares de ingesta de esta sustancia, lo cual, implica un potencial desarrollo de adicción y dependencia por el consumo de esta droga. En cuanto al consumo de tabaco, se refleja una reducción paulatina y constante del consumo de esta droga. Para el 2009 el consumo activo de esta sustancia se presentó en el 8,9% de la población colegial, en tanto que para el 2015 esta cifra desciende a 2,4%, reducción histórica. Finalmente, en el caso del consumo de marihuana, se presenta claramente un hecho inverso a lo señalado con tabaco,

la publicidad indirecta y la falsa idea de sustancia medicinal ha propiciado en los jóvenes no solamente un consumo experimental, sino el desarrollo de patrones regulares de consumo, similares a los que se han presentado históricamente con el alcohol y el tabaco. El aumento en el consumo de esta sustancia, hace denotar la importancia de la publicidad en los patrones de conducta de una población en vulnerabilidad, como lo son los adolescentes, y remarca la necesidad de una educación constante en los jóvenes sobre temáticas relacionadas con sustancias psicoactivas.

Gráfico 3.60
Niveles de prevalencia en consumo del último mes de alcohol, tabaco, marihuana y derivados de la hoja de coca. Encuestas Nacionales sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria. Costa Rica, 2006, 2009, 2012, 2015



Fuente: CEN-CINAI, 2018

- En cuanto a servicios de tratamiento, el compromiso asumido en el PND para incrementar la cobertura de atención en un 10% en el periodo 2015-2018, refleja un avance satisfactorio, ya que el acumulado de personas que recibieron atención por primera vez en la vida en los servicios del IAFA es de 28.701 (22.489 hombres y 6.212 mujeres) para un avance de la meta del 14.4%, es decir un 4.4% adicional, a un año de cumplir la vigencia de la meta del PND, como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 3.56
Porcentaje de niños y niñas con efecto de mejora en cada área del desarrollo, 2013-2016

Regiones	Distribución Regional									
	Consultas (pacientes) de Primera Vez en la Vida						Resultado Acumulado			
	Año 2015	% Avance	Año 2016	% Avance	Año 2017	% Avance	Hombres	Mujeres	Total	% Avance PND
Central	4.098	2,46%	6.741	3,4%	8.106	4,1%	15.915	3.840	19.755	9,9%
Huetar Norte	624	0,31%	520	0,3%	523	0,3%	1.118	549	1.667	0,8%
Pacífico Central	887	0,44%	907	0,5%	864	0,4%	1.981	677	2.658	1,3%
Chorotega	628	0,31%	548	0,3%	540	0,3%	1.309	407	1.716	0,8%
Huetar Caribe	627	0,31%	568	0,3%	676	0,3%	1.340	531	1.871	0,9%
Brunca	303	0,15%	384	0,2%	347	0,2%	826	208	1.034	0,5%
Total	**7.977**	**4,0%**	**9.668**	**4,8%**	**11.056**	**5,5%**	**22.489**	**6.212**	**28.701**	**14,4%**

Desafíos

- ✓ Implementar la Política Nacional de Atención de las Personas en Situación de Abandono y Calle.
- ✓ Proyecto para detectar e intervenir a la población escolar y adolescente en riesgo en una metodología atractiva e innovadora, a través del juego no competitivo.
- ✓ Incremento en la cobertura de atención con la apertura de dos nuevos CAID.
- ✓ Consolidación de una Red Nacional de Reducción de Daño (IAFA, IMAS, ICD, COMAI, MS, CCSS, ACEID, PANI, Municipalidad de San José), para dar una respuesta articulada a esta demanda.
- ✓ Centro de Acogida y funcionamiento de una Unidad Móvil en zonas de extrema vulnerabilidad

II.5. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)

II.5.1. Vigilancia, aseguramiento de la calidad, verificación de la normativa e investigación en salud pública

Situación actual y contexto

El Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) es responsable de la vigilancia epidemiológica basada en el laboratorio; la puesta en práctica de programas de evaluación externa para mejorar el desempeño de las redes de laboratorios; la verificación de la normativa de productos de interés sanitario; la generación de conocimiento producto de la investigación en salud pública; y la ejecución de actividades de enseñanza derivadas de su quehacer.

Para cumplir con su misión, el análisis de la situación de la salud y sus determinantes, el marco político-estratégico y las regulaciones nacionales e internacionales constituyen el punto de partida que orienta la implementación de nuevas estrategias de vigilancia y la ejecución de proyectos de investigación, que aportan información estratégica para ejecutar intervenciones efectivas, acordes con las necesidades y la realidad de Costa Rica.

Durante los años 2014-2018, el INCIENSA tuvo que dar respuesta a varias emergencias epidemiológicas, tales como la alerta global ante la epidemia por el virus del Ébola y la introducción al país de los virus del Chikungunya y del Zika. Para enfermedades endoepidémicas como el dengue y los agentes infecciosos de la influenza, la tuberculosis, la lepra, la malaria y la leptospirosis, se incorporaron cambios en técnicas diagnósticas y estrategias de vigilancia; aumentándose de forma significativa la capacidad de respuesta de los centros nacionales de referencia involucrados, respecto al período anterior.

Además, durante dicho cuatrienio, se generaron diversas alertas por casos autóctonos o importados de infecciones bacterianas resistentes a los antimicrobianos; y se documentó un incremento significativo de casos de shigellosis, por lo cual, el INCIENSA difundió información y recomendaciones para abordar la situación de las diarreas por esta bacteria en el país.

El contexto epidemiológico y la factibilidad de lograr la meta de eliminación de la malaria en Costa Rica, también orientaron el quehacer institucional entre el 2014 y el 2018.

De igual manera, se actualizaron e incorporaron cambios en las técnicas diagnósticas moleculares, para la vigilancia de eventos tales como las enfermedades diarreicas, la fiebre amarilla y algunas enfermedades zoonóticas (rickettsiosis y la erlichiosis).

Por otra parte, el INCIENSA cuenta con el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química Clínica (PEEDQC), el cual tiene como objetivo principal contribuir a lograr la paridad de resultados de química clínica entre los laboratorios del país

Para cumplir con su misión, el análisis de la situación de la salud y sus determinantes, el marco político-estratégico y las regulaciones nacionales e internacionales constituyen el punto de partida que orienta la implementación de nuevas estrategias de vigilancia y la ejecución de proyectos de investigación, que aportan información estratégica para ejecutar intervenciones efectivas, acordes con las necesidades y la realidad de Costa Rica.

Durante los años 2014-2018, el INCIENSA tuvo que dar respuesta a varias emergencias epidemiológicas, tales como la alerta global ante la epidemia por el virus del Ébola y la introducción al país de los virus del Chikungunya y del Zika. Para enfermedades endoepidémicas como el dengue y los agentes infecciosos de la influenza, la tuberculosis, la lepra, la malaria y la leptospirosis, se incorporaron cambios en técnicas diagnósticas y estrategias de vigilancia; aumentándose de forma significativa la capacidad de respuesta de los centros nacionales de referencia involucrados, respecto al período anterior.

Además, durante dicho cuatrienio, se generaron diversas alertas por casos autóctonos o importados de infecciones bacterianas resistentes a los antimicrobianos; y se documentó un incremento significativo de casos de shigellosis, por lo cual, el INCIENSA difundió información y recomendaciones para abordar la situación de las diarreas por esta bacteria en el país.

El contexto epidemiológico y la factibilidad de lograr la meta de eliminación de la malaria en Costa Rica, también orientaron el quehacer institucional entre el 2014 y el 2018.

De igual manera, se actualizaron e incorporaron cambios en las técnicas diagnósticas moleculares, para la vigilancia de eventos tales como las enfermedades diarreicas, la fiebre

amarilla y algunas enfermedades zoonóticas (rickettsiosis y la erlichiosis).

Por otra parte, el INCIENSA cuenta con el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química Clínica (PEEDQC), el cual tiene como objetivo principal contribuir a lograr la paridad de resultados de química clínica entre los laboratorios del país, en pruebas que son de gran importancia para el control de enfermedades crónicas tales como la diabetes y la hiperlipidemia en la población nacional. Actualmente, se cuenta con la participación de poco más de 200 laboratorios clínicos, tanto públicos como privados.

En el ámbito de la prevención de enfermedades no transmisibles como la hipertensión y la diabetes mellitus, y sus factores de riesgo, el INCIENSA ejecutó investigaciones y proyectos dirigidos a reducir el consumo de sal/sodio en el país, a determinar la composición de algunos de los alimentos de alto consumo y a analizar los patrones de dieta de los diabéticos, así como los factores que determinan el ejercicio físico entre escolares y colegiales.

Logros

Preparación y respuesta del laboratorio ante nuevos eventos epidemiológicos y emergencias sanitarias

Los principales logros alcanzados en éste campo, fueron los siguientes:

- Con el apoyo de la OPS y del CDC, se estandarizaron e implementaron las nuevas técnicas serológicas y moleculares, para la detección y confirmación de los virus del chikungunya y del zika (ELISA IgM y TR-PCR); así como una técnica molecular múltiple para Dengue, Chikungunya y Zika.
- Ante los casos de las dos nuevas enfermedades, que inicialmente fueron importados y posteriormente por circulación autóctona de los virus, se elaboraron y adecuaron los lineamientos y algoritmos de laboratorio, para dar una respuesta acorde con la situación epidemiológica.
- Ante la amenaza de la introducción del virus Ébola en Costa Rica, el INCIENSA elaboró los lineamientos y algoritmos pertinentes, para la detección de posibles casos; y readecuó y fortaleció su infraestructura para enfrentar tal eventualidad, bajo las condiciones de bioseguridad exigidas internacionalmente.
- Fortalecimiento de la capacidad del Laboratorio de Bioseguridad 3, para el manejo

de eventos de alta peligrosidad. Esto, fundamentalmente, ante la amenaza del ingreso del virus del Ébola.

II.5.2. Incorporación de metodologías de laboratorio para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica

En ésta materia, los logros más importantes fueron los siguientes:

- Adopción de nuevas técnicas moleculares para el diagnóstico de la malaria, por parte del Centro Nacional de Referencia de Parasitología (CNRP), mejorando la caracterización de los mecanismos de transmisión y la determinación de las especies de Plasmodium. Este logro es esencial para verificar la presencia de portadores asintomáticos de este parásito, mediante estudios de foco en áreas de riesgo. En cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de acción para avanzar en la certificación de la eliminación de malaria en Costa Rica, se incorporaron cambios en los métodos de tinción, acompañados de procesos de capacitación y aseguramiento de la calidad del diagnóstico de esta enfermedad, para toda la red de laboratorios del país.
- El CNRP lleva más de una década de ser el referente a nivel nacional en el diagnóstico de la enfermedad de Chagas, cuadro producido por el parásito *Trypanosoma cruzi*, para lo cual cuenta con diversos ensayos diagnósticos para la confirmación de la enfermedad, incluyendo actualmente dos ensayos acreditados y uno en proceso de serlo, bajo la norma INTE-ISO/IEC 17025:2005. Como parte de este proceso, se validó la técnica de inmunofluorescencia indirecta para anticuerpos IgG anti-*Trypanosoma cruzi* (validación obtenida por primera vez por un laboratorio en Centro América) y se verificaron las metodologías de ELISA (recombinante y antígeno completo). Además, en el segundo semestre del 2017, el CNRP incorporó el equipo Architect i1000SR, en los métodos-técnica de la confirmación diagnóstica del laboratorio, incrementando su capacidad en la detección de la enfermedad de Chagas en la población costarricense. Este equipo permite la detección cualitativa de anticuerpos contra el *T.cruzi*, por la técnica de inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas.
- Estandarización e implementación de procedimientos para la toma de muestras y técnicas de diagnóstico molecular de género y especie, en casos de leishmaniosis; métodos para el cultivo del parásito que causa esta enfermedad; y establecimiento de una red nacional diagnóstica, formada por laboratorios clínicos.

- En cumplimiento con el Plan para Detener la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud y la Alianza Alto a la Tuberculosis, el INCIENSA incorporó nuevas metodologías moleculares y se actualizaron los algoritmos de laboratorio, para lograr una detección más rápida y eficaz de los casos de tuberculosis activa.
- Desde finales de 2015, el Centro Nacional de Referencia de Bacteriología (CNRB) puso a disposición de los servicios de salud del país la técnica ELISA-IgM de leptospirosis, que permite realizar un diagnóstico más oportuno de ésta patología, con respecto a la prueba de aglutinación microscópica (MAT), metodología de referencia que se había venido empleando tradicionalmente. Además, a partir de enero del 2016, el CNRB cuenta con pruebas moleculares (PCR en tiempo real), que permiten establecer el diagnóstico en la fase aguda de la enfermedad. Con la implementación de estas metodologías, principalmente el ELISA-IgM, se logró mejorar la sensibilidad del diagnóstico de la leptospirosis.
- A partir de enero del año 2017, gracias a la colaboración del Laboratorio de Diagnóstico de Zoonosis Rickettsiales del CDC, se logró implementar el diagnóstico molecular de rickettsiosis y ehrlichiosis agudas, en el Laboratorio de Enfermedades Febriles Zoonóticas, del Centro Nacional de Referencia de Bacteriología. Lo anterior mediante la aplicación de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR), que permite la detección de casos de Fiebre Manchada de las Montañas Rocallosas y otras fiebres manchadas, de tifus, de ehrlichiosis y de anaplasmosis, en la etapa aguda de la enfermedad; lo que favorece el tratamiento temprano del paciente y una disminución en la probabilidad de evolucionar hacia cuadros severos.
- De igual manera, en el período 2014-2018, se actualizaron e incorporaron cambios en las técnicas diagnósticas y las estrategias de vigilancia de eventos tales como el dengue, la lepra, la rickettsiosis, la erlichiosis y la leptospirosis. En el caso específico de la leishmaniosis, se carece de información suficiente sobre las especies circulantes, información básica para caracterizar el evento en el país, lo que motivó la implementación del diagnóstico molecular y el cultivo del agente.
- Desde el mes de enero del 2017, gracias a una donación del Ministerio de Salud, el Centro Nacional de Referencia de Bacteriología (CNRB) tiene a disposición el equipo Film Array, que permite detectar de manera oportuna y simultánea, la presencia de los principales patógenos gastrointestinales (13 bacterianos, 4 parasitarios y 5 virales), causantes de diarrea y otras enfermedades transmitidas por alimentos. Con el uso de esta tecnología molecular se ha reducido significativamente el tiempo

requerido para identificar los agentes causales de brotes de diarrea (pasando de hasta 7 días a 2 horas por muestra, con el nuevo equipo).

- Estandarización de la técnica molecular para el diagnóstico de la fiebre amarilla (RT-PCR); e implementación de la misma técnica, para la detección del virus Mayaro.

II.5.3. Acreditación de ensayos según Norma INTE-ISO/IEC 17025:2005 y Norma INTE-ISO/IEC 17043:2010.

- En acatamiento a la Ley del Sistema Nacional para la Calidad, No. 8279, publicado en La Gaceta en el año 2002, señala en su Artículo 34 que "(…) Los laboratorios estatales deberán acreditarse ante el ECA, de conformidad con el reglamento respectivo." INCIENSA inició el proceso de acreditación en el año 2012, culminando este proceso con la acreditación de 4 ensayos de laboratorio en el 2016 por ECA, a saber: determinación de Salmonella spp. en carnes crudas y aves de corral (no sazonadas); determinación de Elisa Lisado de Chagas (anticuerpo IgG) en suero y plasma (sangre); determinación de Elisa Recombinante de Chagas (anticuerpo IgG) en suero y plasma (sangre) y determinación de aflatoxinas totales en alimentos (maní y maíz).
- El lograr la acreditación significa el reconocimiento formal de un organismo oficial como el ECA de la competencia técnica de los Centros Nacionales de Referencia (CNR) del INCIENSA, asegurando la calidad de los resultados, así como la comparación internacional de los mismos con otros laboratorios, lo que constituye un insumo clave para la vigilancia de eventos de impacto en la salud pública y la verificación de normativa de productos de interés sanitario.
- En el 2017 se inició la acreditación del Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química Clínica (PEEDQC) que culminara en el I semestre del 2018.
- Una vez establecido el Sistema Integrado de Gestión de Calidad de INCIENSA se propone ampliar el alcance en las dos Normas ISO mencionadas durante los próximos años.

II.5.4.Inocuidad de los alimentos

- Durante el cuatrienio, la institución puso en operación un laboratorio para la verificación del contenido de los componentes del etiquetado nutricional. Además, instaló un laboratorio para la determinación de gluten.

- En dicho período se realizaron cerca de 10.000 análisis microbiológicos de alimentos, cifra que incluye los análisis correspondientes a los muestreos planificados por la Dirección de Regulación del Ministerio de Salud, así como los análisis de los productos importados asociados a una denuncia.
- Además, se realizó la verificación de la normativa según el Reglamento Técnico Centroamericano RTCA 67.04.50:08 Alimentos, en productos tales como: frutas y hortalizas procesadas y congeladas; frutas y hortalizas frescas; productos cárnicos diferentes al pollo; productos cárnicos cocidos y curados (embutidos); y carnes congeladas.

II.5.5. Evaluación externa de la calidad de las determinaciones de química clínica

- Durante el período 2014-2018, el INCIENSA fortaleció y amplió el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Química Clínica (PEEDQC), con el fin de promover el mejoramiento continuo de la calidad en las determinaciones de colesterol total, triglicéridos, HDL-colesterol, glucosa, nitrógeno ureico, creatinina y la hemoglobina glicosilada (HbA1c), en la red de laboratorios clínicos del país.
- Lo anterior, en virtud de la relevancia que para la salud pública del país tienen las enfermedades crónicas como la diabetes y las hiperlipidemias, lo cual hace necesario que se garantice el adecuado diagnóstico de laboratorio.

II.5.6. Aportes en investigación para la toma de decisiones en salud pública

- La disponibilidad de evidencia científica y el conocimiento de la realidad nacional actual es el fundamento para la toma de decisiones efectivas. Por ello, el INCIENSA ejecuta diversos proyectos de investigación, cuyos resultados se publican y divulgan para apoyar las intervenciones en salud pública, que faciliten la prevención de los factores de riesgo y la reducción de la carga de las enfermedades. Un ejemplo ha sido la generación de líneas basales de sodio disponible en los hogares y principales alimentos que son fuentes de sodio en la dieta de la población de Costa Rica. Los hallazgos de estos análisis indican que las estimaciones del consumo diario de sodio (3,9 gramos de sodio por persona por día), los cuales no solo duplican el valor máximo recomendado por la OPS/OMS, sino que entre el 2004 y el 2013 se ha observado un incremento en los niveles de sodio disponible en el hogar. Estos resultados han sido un insumo esencial para la implementación de la Estrategia Nacional y el Plan de Acción para el Abordaje Integral de las ECNT, el cual estableció la meta de reducir un 15% en consumo de sodio al año 2021.

- Derivado de lo anterior, un logro importante fue concretar, en el año 2014, una alianza público-privada que busca establecer acuerdos para impactar en la oferta de alimentos con menor contenido de sodio y una composición de nutrientes más saludables para la población.

- En el 2015 se aprobó, por parte del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) de Canadá, el proyecto “Escalando y evaluando las políticas y programas de reducción de sal en América Latina”. Este proyecto, coordinado por la investigadora Adriana Blanco, constituye la continuación del programa “Implementation of a population-wide program to reduce salt/sodium consumption in Costa Rica”, también financiado por el IDRC, que tenía por objetivo principal producir evidencia científica y herramientas requeridas para apoyar la implementación de políticas e intervenciones para reducir el consumo de sal, por parte de la población en Costa Rica. El nuevo programa, con un financiamiento de 1.030.500 dólares canadienses, ha permitido fortalecer las intervenciones en nuestro país; y también promover intervenciones innovadoras para la reducción del consumo de sodio en diversos países de América Latina. La aprobación de un nuevo programa tan ambicioso por parte del IDRC, constituye sin duda un reconocimiento a la labor realizada por el equipo de investigación.

- Entre el 2016 y el 2018, el equipo de investigadores del INCIENSA continuó los esfuerzos dedicados, principalmente, al estudio de los determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles, a saber: el consumo de sal por parte de la población, la composición de algunos de los alimentos más consumidos en el país, el patrón de dieta entre las personas diabéticas y los factores que determinan el ejercicio físico entre escolares y colegiales. También se inició una investigación sobre la adherencia al tratamiento entre los enfermos de lepra del país.

- Dado el éxito de la labor de los diferentes equipos de investigación, el INCIENSA ha contribuido a que se pacten y continúen estableciendo acuerdos con la industria alimentaria, para la disminución progresiva de la sal en los productos que elabora. En lo que atañe a la adherencia por parte de los pacientes al tratamiento contra la lepra, los resultados preliminares de la investigación han permitido iniciar discusiones, con dermatólogos y otros profesionales de la salud involucrados en su atención, tendientes a mejorar las acciones de captación y seguimiento.

- Como producto de las investigaciones, durante el período 2014-2018 se publicaron, entre otros, los siguientes artículos científicos:

- Aráuz AG, et al. 2013. *Atención nutricional de la diabetes mellitus: modificación de las listas de intercambio en Costa Rica*. Revista de la ALAD, 3 (4): 543-553.
- Barboza-Argüello María de la Paz et al. 2014. *Neural Tube Defects in Costa Rica, 1987-2012: Origins and Development of Birth Defect Surveillance and Folic Acid Fortification*. Maternal and Child Health Journal, 18 (4).
- Barboza-Arguello M, Benavides-Lara A, Umaña L, Vargas-Leitón B. 2013. *Mortalidad infantil por defectos congénitos en Costa Rica*, 1981–2010. Rev Panam Salud Pública, 34(5): 304-311.
- Benavides-Lara A, Camacho Badilla K, Morice-Trejos A. 2014. *Búsqueda retrospectiva del Síndrome de Rubéola Congénita en niños menores de 1 año*. Acta méd costarrice, 56 (3):106-113.
- Blanco-Metzler A et al. 2014. *Latin foods activities and challenges during the period of 2009-2012*. Revista de la ALAD, *64* (3):206-214.
- Heredia-Blonval K, Blanco-Metzler A, Montero-Campos M, Dunford E. 2014. *The salt content of products from popular fast-food chains in Costa Rica*. Appetite, 83: 173–177.
- Monge-Rojas R et al. 2014. *The Influence of Gender Stereotypes on Eating Habits Among Costa Rican Adolescents*. Am J Health Promot. (En prensa, disponible online).
- Micha R. et al. 2014. *Global, regional, and national consumption levels of dietary fats and oils in 1990 and 2010: a systematic analysis including 266 country-specific nutrition surveys*. BMJ, 348: g2272.
- Powles J, et al. 2013. *Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide*. BMJ Open, 3:e003733.
- Sánchez Camargo C. et al. 2014. *Comparative Evaluation of 11 Commercialized Rapid Diagnostic Tests for Detecting Trypanosoma cruzi Antibodies in Serum Banks in Areas of Endemicity and Nonendemicity*. J. Clin. Microbiol, 52 (7): 2506-2512.

II.5.7. Sistemas de comunicación de información

- La implementación de sistemas informáticos ha permitido la generación automática de reportes, con los datos que el INCIENSA genera y custodia, favoreciendo el envío de información vía electrónica de manera automatizada a los niveles centrales del Ministerio de Salud y de la CCSS. Esta nueva herramienta ha permitido optimizar los procesos de transferencia de datos, minimizando la demora y disminuyendo los errores, en provecho de los tomadores de decisiones.

II.5.8. Fortalecimiento de la infraestructura

- En el PND 2015-2018 incluye la meta de construir el Laboratorio Nacional de Alimentos y Bacteriología Especializada del INCIENSA, de 1500 metros cuadrados. Este proyecto se va concluir exitosamente con su inauguración en Marzo 2018. El Laboratorio de Inocuidad Microbiológica y Bacteriología Especializada en Alimentos implementará diagnósticos novedosos en apoyo a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos (ETAs) y al cumplimiento del Reglamento Técnico Centroamericano RTCA 67.04.50:08 Alimentos. Criterios Microbiológicos para la Inocuidad de Alimentos.
- Se logró implementar un laboratorio para el análisis y la medición del contenido de los productos y emisiones que genera el tabaco de consumo humano en atención a la Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud (Ley No. 9028); readecuar el espacio físico para determinar la cantidad de gluten de acuerdo con las cantidades establecidas por unidad de medida (Ley No. 8975) y el etiquetado nutricional de alimentos previamente envasados para consumo humano (RTCA 67.01.60:10).
- Además se cuentan con espacios para brindar un servicio con calidad y conforme con las normas de bioseguridad y salud ocupacional, de la Unidad de Servicios Técnicos de Laboratorio responsable del lavado y esterilizado de la cristalería, y la producción de medios

Desafíos

Los retos más importantes del INCIENSA, para el segundo semestre del 2018 y el año 2019, son:

- ✓ Concluir el proceso de construcción del Laboratorio de Inocuidad Microbiológica de Alimentos y lograr su equipamiento, para realizar los análisis microbiológicos en productos alimentarios de mayor consumo nacional y fortalecer la vigilancia de las ETA en el ámbito nacional; así como responder ante eventos internacionales que puedan poner en riesgo la salud de la población. Asimismo, ampliar la capacidad de análisis microbiológicos para la verificación de la inocuidad microbiológica de los alimentos.

- ✓ Mantener y fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad y sus requerimientos, finalizando el proceso de acreditación de los PEED de análisis bioquímicos y del diagnóstico de chagas según la norma INTE-ISO/IEC 17043:2010, así como los diferentes ensayos que ampliarán el alcance del acreditación que el INCIENSA posee en la norma INTE-ISO/IEC 17025:2005 e implementando la Norma INTE-ISO 9001 “Sistema de gestión de la calidad” y la Norma INTE-ISO 14001 “Sistema de gestión ambiental”.

- ✓ Incorporar los servicios laboratoriales del laboratorio de verificación del contenido del tabaco a las actividades de regulación que realiza el Ministerio de Salud según la Ley 9028. Ley de Control de Tabaco.

- ✓ Implementar un centro nacional de referencia en entomología –insectario- en apoyo a la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.

- ✓ Incorporar la técnica de secuenciación molecular en el proceso de monitoreo de la inocuidad microbiológica de alimentos y la vigilancia epidemiológica, técnica de última generación que permitirá acrecentar el impacto de la institución en la salud pública del país.

- ✓ Fortalecer la capacidad de INCIENSA en investigación en salud pública mediante el reclutamiento de nuevos investigadores.

CUARTA PARTE: CONSIDERACIONES FINALES

Este informe recopila de una manera sintética el quehacer institucional durante la administración Solís Rivera 2014-2018. Nos permitimos hacer algunas reflexiones breves que pueden aportar en el apuntalamiento y mejoramiento del quehacer institucional. En algunas de ellas se ha avanzado en este gobierno y otras se presentan como importantes retos a asumir.

Repensar el Sector Salud de la Costa Rica bicentenaria

En los años noventa se hizo la última gran reforma del sector salud que es la base de la organización actual de los servicios de salud. Casi tres décadas han pasado desde entonces. Desde varios sectores se ha puesto de manifiesto la necesidad de tomarse un espacio como país para evaluar el impacto de la reforma del sector salud y los nuevos retos en salud que se presentan en una sociedad cuya dinámica de población ha cambiado, en la Costa Rica del bicentenario.

Algunas evidencias nos dan señales de alarma que han sido atendidas desde una óptica de reformulación parcial pero que, probablemente, impliquen una evaluación más profunda e integral que se debe de dar a nivel país.

Por ejemplo, el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre nuestro sistema de atención plantea lo siguiente:

1. A pesar de invertir un porcentaje alto en los gastos en salud respecto a los países miembros de la OCDE, esto no se refleja necesariamente en una mejora en la calidad de la atención en salud.

2. La base contributiva en la que se basa el sistema de salud costarricense se está viendo minada por el crecimiento del sector informal.

3. Al aumentar el gasto de bolsillo en servicios privados de salud en un porcentaje importante de la población, Costa Rica parece estar ante un sistema de atención dual.

Otro ejemplo proviene de la evaluación de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) que señalan que nuestro sistema de salud tiene una posición reactiva en detrimento de enfoque preventivo de la enfermedad y el de la promoción de la salud.

No menor es el problema de gobernanza en el sistema que en los niveles centrales presenta rectorías difíciles de ejercer con instituciones o entidades que no siempre actúan articuladamente tanto para producir la información necesaria para la elaboración, el seguimiento y monitoreo de las políticas públicas como para la implementación de estrategias coordinadas, consistentes y coherentes a nivel nacional. Gobernanza que, además, en el plano territorial, se complica con estructuras verticales entre los niveles centrales y los locales.

El camino para repensar el sector salud debería iniciar con un plan que podría conducir el Ministerio de Salud en conjunto con distintos actores sociales y especialistas como uno de los ejes articuladores clave del quehacer institucional para los próximos cuatro años. Esta no es una tarea sencilla y requiere de un arduo trabajo, pero las circunstancias ameritan una reconversión del sector hacia su modernización desde una visión de país adecuada a las necesidades de la población y las proyecciones para los siguientes treinta años.

Reconfigurar el rol rector del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud es una de las instituciones más longevas del país. Su aporte al desarrollo nacional es innegable desde su constitución en 1927. No obstante, tal cual se estableció a inicios de esta administración en el documento del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 como también se evidenció con la evaluación de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) que se solicitó en 2014, así como se ha manifestado en recomendaciones de la Contraloría General de la República (N°DEFO-SOC-IF-1133-2012) o como lo identifica el propio diagnóstico de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Ministerio de Salud se encuentra debilitado en su función rectora.

Es importante reconocer que este diagnóstico no es de carácter coyuntural, que ha trascendido varias administraciones y que necesita de un plan de acción con una perspectiva de Estado hacia una reconfiguración de una de las funciones más importantes que se deben ejercer con perspectiva de salud pública en el país, lo anterior, al amparo de las funciones otorgadas al Ministerio de Salud por la Ley General de Salud.

En diversas administraciones se han tomado medidas para fortalecer el rol de la institución como rectora. Entre ellas destacan los constantes procesos de reorganización cuyos efectos han sido poco evaluados.

A más corto plazo de lo que podría tomarse un proceso de análisis nacional del sector salud, en la experiencia de esta administración, se pudo desarrollar un modelo de trabajo para diagnosticar y reorientar de manera sistemática al menos una de las funciones esenciales de salud pública que salió mal evaluada.

La experiencia de construcción del modelo de rectoría en promoción de la salud

Esta administración se propuso reestructurar la función rectora en promoción de la salud que debe ejercer activamente el Ministerio de Salud. Se buscó una fórmula de bajo costo y eficiente a través de la delegación de esta tarea en el propio personal de la institución que permitió hacer un análisis de la situación, plantear un modelo de rectoría y vincularlo con una reconversión de funciones y perfiles del recurso humano, lo que se recoge en un documento escrito que formaliza el resultado del trabajo.

Se hizo una amplia capacitación sobre el modelo en todos los niveles de gestión y se vinculó a un decreto ejecutivo que a nivel normativo lo respalda.

Este proceso requirió fundamentalmente de una inversión de tiempo en recurso humano institucional para poder dar con los elementos centrales a reconfigurar. La opción no fue sacar a ese recurso humano de sus funciones cotidianas sino de destinar un tiempo parcial al desarrollo del modelo, por lo que la actividad completa se tomó aproximadamente dos años. Esta decisión fue sustentada por voluntad política que se manifestó institucionalmente en la designación de un viceministerio de promoción de la salud. El proceso de implementación de este modelo deberá ser asumido por la siguiente administración y sus frutos en la salud de la población dependerán de ello.

Creemos que esta experiencia podría ser replicada con cada una de las funciones rectoras priorizando en aquellas con menor calificación en base a la confianza en el recurso más valioso de la institución, su recurso humano y, a la vez, sin incurrir en gastos fuera de los corrientes para contribuir con la contención del gasto. Definitivamente su desarrollo debe de estar vinculado a una decisión política que se materialice en una estructura institucional para su operación y para su implementación.

Producción de información estratégica, estandarizada y continua en materia de salud

La base del ejercicio de una rectoría es la producción de información confiable, continua, oportuna y adecuada para la toma de decisiones y la propia rendición de cuentas. Esto

atraviesa todas las funciones que el Ministerio de Salud debe desempeñar, por lo que un bajo o inadecuado rendimiento en este caso incide en el ejercicio de la gobernanza en materia de salud.

Una estrategia concreta que el Ministerio de Salud puede realizar para fortalecerse en su rol rector es dedicar un esfuerzo institucional de mediano plazo (ocho o diez años) al desarrollo de un *Sistema Nacional de Información e Indicadores en Salud*. Un sistema que parta de un inventario de lo que ya existe y consensuado conceptualmente con los actores sociales especializados para la producción efectiva de indicadores de resultado e impacto así como el acceso a la información sobre salud en el país por parte de la ciudadanía.

Se plantea a un mediano plazo bajo las siguientes consideraciones.

Sobre la información existente

- ✓ Existe una serie de observatorios, sistemas de información y publicaciones inconexas y desperdigadas que dan respuesta parcial a necesidades de información especializada en salud. En algunos casos se trata de información que: a) produce el Ministerio de Salud; b) que es producida por instituciones del Sector Salud, Nutrición y Deporte; c)que se publica entre dos o más instituciones; o d)incluso, se produce por entidades que no son parte del sector.

- ✓ Al estar inconexa y desperdigada, la información en salud no permite tener una visión de conjunto o global bajo un esquema conceptual de Salud Pública.

- ✓ Existe otra información necesaria o requerida a nivel nacional o internacional que no se publica y cuyo procesamiento podría genera información estratégica para la salud.

- ✓ Pero también hay información que no se produce y que debería contemplarse en una agenda nacional para la información en salud.

Sobre la calidad de la información y su documentación

- ✓ La información en salud debería cumplir con los estándares del Sistema Estadístico Nacional que ha establecido el INEC, de modo que se pueda conocer y documentar su calidad para la toma de decisiones.

- ✓ No obstante, no se tiene identificado si la información cumple o no con esos estándares, cuáles cumple parcialmente y cuál debería ser sujeto de mejoras en su proceso de producción.

Sobre la periodicidad en la producción y acceso público a la información

- ✓ La producción de la información tiene tiempos específicos para su producción dependiendo de múltiples factores: si cuenta con un sistema de tecnologías de la información o se hace de manera manual, del tipo y cantidad del personal destinado a ello, del requerimiento de donde se procesa (por ejemplo el internacional con tiempos definidos), si se trata de un registro administrativo o no, de recursos económicos (por ejemplo para encuestas), entre otros.

- ✓ Alguna de esta información es de manejo exclusivamente institucional por el carácter sensible de la misma.

- ✓ No obstante, por el derecho a la información de la ciudadanía y en un claro intento de rendición de cuentas es importante que se pueda establecer un plan de presentación pública de información en salud.

Dicho lo anterior, la recomendación de que el Ministerio de Salud desarrolle estratégicamente la creación de un *Sistema Nacional de Información e Indicadores en Salud* puede impactar positivamente en el acceso, producción y calidad de la información en salud. Pero, además, puede coadyuvar a legitimar su rol de conducción en materia de salud al llevar a un ejercicio conceptual de la producción de información vinculada a las inversiones y políticas en salud pública.

Este proceso deberá llevarse a cabo necesariamente con el acompañamiento del ente rector en la materia, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), de modo que se cumpla con la normativa y estándares nacionales y se aproveche la experiencia de dicho ente para mejorar los procesos de producción de información de interés nacional.

El corolario de esta inversión institucional debería materializarse en: el seguimiento y revisión puntual del despacho ministerial a este proceso; la disposición de recurso humano para diseñar y llevar a cabo el plan de trabajo; en perfiles especializados de recurso humano para implementar y mantener el sistema; así como en normativa que garantice que las instituciones

del sector produzcan y compartan la información para ese sistema según los estándares nacionales.

Vocación proactiva hacia la tecnología digital e interoperabilidad informática

Existe un rezago en la respuesta institucional para el desarrollo (tanto los desarrollos que se hacen internamente como aquellos que son objeto de una contratación), implementación y capacitación en nuevas tecnologías que reconviertan los procesos en papel en plataformas ágiles de registros administrativos, de recolección y publicación de información oportuna para orientar las políticas en salud así como la ágil interconexión al interno del Ministerio (nivel central, 82 Áreas Rectoras de Salud y 9 regiones) como hacia fuera.

Aún más preocupante es que no existe un sistema de promoción, apoyo y soporte proactivo a la innovación en tecnologías en salud y a la interoperabilidad necesaria para generar efectivamente una rectoría que se potencie a través de la tecnología.

Esto no quiere decir que no se produzca innovación en salud, entendida como la implementación efectiva de nuevas tecnologías para el quehacer institucional, como por ejemplo la inclusión de las tecnologías geoespaciales para el quehacer institucional como: el Observatorio Geográfico en Salud (OGES); el sistema de información y seguimiento por GPS del dengue, Chikungunya y Zika (contratación que aún sigue en curso); o el proyecto que se intenta consolidar para la geo referenciación de rellenos y vertederos sanitarios a partir del uso de drones.

Estos procesos no dependen exclusivamente del Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC) ni tampoco dependen de la necesidad de nuevo recurso humano. Creemos que con el recurso humano existente, el mejoramiento de la interacción entre los usuarios de la DTIC y con los recursos materiales con que se cuenta es posible transitar hacia una nueva visión en tecnologías de información para la salud. Será necesario generar un proceso de diagnóstico y diseño de procesos institucionales hacia una visión proactiva de la implementación de la tecnología digital e interoperabilidad informática que deberá ser conducido por la Dirección General de Salud con la participación del Ministerio de Salud en sus instancias del nivel Central, Regional y Local que permitan delimitar un camino para alcanzar esta meta. Seis meses parece un tiempo razonable para tener una ruta a seguir.

Estrategia Nacional de Cooperación Internacional en Salud

La cooperación internacional en asuntos de salud se desarrolla sin un marco general de priorización y desarrollo del sector, así como sin una estructura nacional que ordene, sistematice, promueva y facilite un proceso concertado tanto de cooperación para el país como de Costa Rica hacia otros países en este tema de la salud de las personas. Diferentes instituciones o instancias sectoriales e incluso intersectoriales canalizan, priorizan y viabilizan la cooperación internacional según agendas diversas. Por ende, destinan recurso humano y material a estos procesos de manera poco articulada.

En el marco de un posible proceso de adhesión a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que ha adquirido un carácter más de decisión de Estado que de gobierno, es importante tomar acciones para cambiar esta situación.

El Ministerio de Salud, en su función de rectoría de la salud y haciéndose acompañar por el órgano rector en materia de cooperación internacional podría conducir como una primera fase hacia una estrategia de trabajo sectorial en la materia, un inventario nacional de la cooperación que se concreta en el país. Ese inventario permitirá monitorear las áreas de trabajo que de facto se están priorizando para el desarrollo en el país y para contribuir con otros países. Esto debería ser la base para, en una segunda etapa consolidar una estrategia nacional de cooperación internacional que viabilice efectivamente las prioridades nacionales en los distintos temas de salud, como los de: infraestructura, calidad de la atención, atención de poblaciones especiales, etc.

Reorientación de las acciones de salud en los territorios

El fortalecimiento de la visión territorial de las políticas de salud es fundamental ante las desigualdades que se presentan según el lugar de habitación, de trabajo y del contexto medioambiental del que se trate. Esto necesariamente debería reconfigurar la gobernanza del Ministerio de Salud que a veces se muestra desarticulada entre el nivel central, regional y local.

Los niveles locales han mostrado históricamente una mayor posibilidad de gestión interinstitucional con resultados concretos y una participación de actores sociales con una mayor articulación hacia las acciones en salud directas para la población. Las políticas como la Gestión Integral de Residuos, el combate contra el *Aedes aegypti*, la malaria o la promoción

de la salud para su efectiva implementación necesitan del concurso de municipalidades y actores sociales locales integrados en una visión de desarrollo también desde la gestión del territorio.

La centralización de las decisiones sobre presupuestos, de disposición de recurso humano, de la infraestructura tecnológica e incluso de las contrataciones administrativas podría evaluarse y repensarse en función de la orientación hacia los territorios.

Planificación por resultados, presupuesto y recurso humano

Existe una desconexión parcial entre la planificación institucional y la realidad presupuestaria que produce una alta sobrecarga de trabajo y dispersión en las actividades institucionales. Esa desconexión también se expresa entre la planificación del nivel central y los niveles regional y local. Esto se agrava con un recurso humano que se ha pensionado masivamente en los últimos cuatro años, con las políticas de congelamiento de plazas y el cambio de plazas a gestiones prioritarias que necesitan de una política ordenada y coherente para asignar esas plazas.

Estamos convencidos que la planificación por resultados puede ser una guía para integrar mejor el presupuesto, los planes y el recurso humano. Esto necesitará de un trabajo proactivo entre las instancias de planificación y administrativa con los diferentes niveles de gestión.

Alianzas público-privadas

La confluencia de alianzas público-privadas para el desarrollo e implementación efectiva de políticas como la Gestión Integral de Residuos y la de disminución de la sal/sodio en la alimentación parecen mostrar un camino de éxito de beneficio para la población y su salud. Es recomendable que se siga explorando posibilidades de generarlas especialmente en temas de prevención de la enfermedad o promoción de la salud.

ANEXOS

Anexo 1

Listado de Leyes Reglamentos y Decretos atinentes al quehacer del Ministerio de Salud 2014-2018

2015	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
• Decreto Ejecutivo 38727-S Derogatoria del Decreto Ejecutivo Nº 32564-S, de 20 de junio del 2005.	Gaceta No. 29 del 11-02-15
• Decreto Ejecutivo 38797-S, Reforma a los Artículos 1°, 2°, y 3° del Decreto N° 27913-S “Creación de la Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales”.	Gaceta No. 29 del 11-02-15
• Decreto Ejecutivo 38820-S, Adición y Derogación al Decreto Ejecutivo 37700S del 29 de enero del 2013 “Reglamento de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Distribución de Medicamentos en Droguerías”.	Gaceta No. 29 del 11-02-15
• Decreto Ejecutivo 38821-S, “Derogatoria del Decreto Ejecutivo N° 22378-S. Crea Sistema Nacional de Emergencias Médicas”.	Gaceta No. 29 del 11-02-15
• Decreto Ejecutivo 38822-S, Reglamento del Fondo de Caja Chica de la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS).	Gaceta No. 29 del 11-02-15

2015	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
• Decreto Ejecutivo 38832-S, Integración y Funcionamiento del Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.	Gaceta No. 35 del 19-02-15
• Decreto Ejecutivo 38818-S-COMEX-MEIC Publicación de la Resolución N° 347-2014 (COMIECO-LXVIII) de fecha 27 de junio de 2014: Otorga "un plazo hasta el 31 de Marzo de 2015, para que las empresas interesadas presenten ante la Autoridad Sanitaria de cada Estado parte un Plan de Cumplimiento, que permita ajustar el Etiquetado Nutricional en los envases de vidrio retornables pirograbados existentes para bebidas no alcohólicas que hagan una declaración nutricional, conforme al "Reglamento Técnico Centroamericano RTCA 67.01.60:10 Etiquetado Nutricional de Productos Alimenticios Preenvasados para consumo humano para la población a partir de 3 años de edad", aprobado mediante la resolución N° 277-2011 (COMIECO-LXI) del 02 de diciembre de 2011.	Gaceta No. 39 del 25-02-15
• Decreto Ejecutivo Nº38677-MAG-SMINAE-MTSS" Prohibición del registro, importación, exportación, fabricación, formulación, almacenamiento, distribución, transporte, reempaque, reenvase, manipulación, venta, mezcla y uso de ingredientes activos grado técnico y plaguicidas sintéticos formulados que contengan el ingrediente activo Alachlor".	Gaceta No. 44 del 04-03-15
• Decreto Ejecutivo 38864-S Reforma al artículo 3 y adiciónese el artículo 3 Bis al Decreto Ejecutivo No. 33271 de 20 de junio del 2006 "Crea Consejo Nacional de Cáncer como Órgano Adscrito al Despacho de la Ministra de Salud y Declara de Interés Público y Nacional el Problema que representa el Cáncer" .	Gaceta No. 48 del 10-3-15

2015	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
• Decreto Ejecutivo 38869-S Reforma al artículo 19 del Decreto Ejecutivo N° 34482 “Reglamento para Registro, Clasificación, Importación y Control de Equipo y Material Biomédico”	Gaceta No. 48 del 10-03-15
• Decreto Ejecutivo 38826-MTSS-S Reforma a los Artículos 4°, 5° y 6° del Reglamento para el Cálculo de los Reajustes Salariales de los Profesionales en Ciencias Médicas cubiertos por la Ley N° 6836 del 22 de diciembre de 1982	Gaceta No. 59 del 25-03-15
• Decreto Ejecutivo 38834-MAG-S-MINAE-MTSS “Prohibición del Registro, Importación, Exportación, Fabricación, Formulación, Almacenamiento, Distribución, Transporte, Reempaque, Reenvase, Manipulación, Venta, Mezcla y Uso de Ingredientes Activos Grado Técnico y Plaguicidas Sintéticos Formulados que contengan el ingrediente activo ENDOSULFÁN y derogatoria del Decreto Ejecutivo Nº 34782-S-MAG-MTSS-MINAE”.	Gaceta No. 62 del 30-03-15
• Decreto Ejecutivo 38894-S “Créase la Comisión de Enlace Salud, Industria y Comercio (COESAINCO)”.	Gaceta No. 73 del 16-04-15
• Decreto Ejecutivo 38922-MEIC-MAG-S RTCR 465:2012. Reglamento Técnico para Leches Fermentadas.	Gaceta No. 73 del 16-04-15
• Decreto Ejecutivo 38933-S Criterios ambientales establecidos en la Ley para la gestión integral de residuos para la compra de llantas por parte de las entidades que componen la Administración Pública.	Gaceta No. 73 del 16-04-15
• Decreto Ejecutivo 38939-S-MAG-MEIC-C Declaratoria de interés público del Plan Nacional de la Gastronomía Costarricense Sostenible y Saludable (PNGCSS).	Gaceta No. 88 del 08-05-15

2015	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
• Decreto Ejecutivo 38999-MP-RE-JP-SPMG-H-MAG-MEIC-MINAE-MOPT-MEP-SMTSS-COMEX-MIDEPLAN-MICITT-MIVAH-MC-TUR-MDHIS-MCM-MIDEPOR "Política del Poder Ejecutivo para erradicar de sus instituciones la discriminación hacia la población sexualmente diversa".	Gaceta No. 93 del 15-05-15
• Decreto Ejecutivo 39000-MP-SP-JP-H-S Modificación de los artículos 3 inciso 13), 19) y 39) adición del artículo 16 Bis del Decreto Ejecutivo Nº 36948-MP-SP-JP-H-S.	Gaceta No. 102 del 28-05-15
• Decreto Ejecutivo 39009-S Reglamento Sobre el Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil.	Gaceta No. 102 del 28-05-15
• Decreto Ejecutivo 39020-S Reformas al "Reglamento técnico para la fortificación con vitamina a del azúcar blanco de plantación para el consumo directo".	Gaceta No. 102 del 28-05-15
• Decreto Ejecutivo 39061-S Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica.	Gaceta No. 138 del 18-07-15
• Decreto Ejecutivo 39088-S Oficialización de la Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva.	Gaceta No. 158 del 07-04-15
• Decreto Ejecutivo 39087-S Reglamento para la Operación de Hornos Crematorios.	Gaceta No. 159 del 17-08-15
• Decreto Ejecutivo N° 39147-S-MTSS Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuesta a estrés térmico por calor.	Gaceta No. 182 del 18-09-15
• Decreto Ejecutivo N° 39187-S. Oficialización de la norma de habilitación de establecimientos que brindan servicios de salud en cirugía plástica reconstructiva y estética.	Gaceta No. 190 del 30-09-15

2015	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
• Decreto Ejecutivo 39169-S Creación del Consejo Nacional en Cuentas de Salud.	Gaceta No. 193 del 05-10-15
• Decreto Ejecutivo 39206-S Derogatoria del artículo 80 del Decreto Ejecutivo Nº 23110-S del 22 de marzo de 1994.	Gaceta No. 195 del 07-10-15
• Decreto Ejecutivo 39200-S Reglamento para el control de la contaminación por ruido.	Gaceta No.197 del 09-10-15
• Decreto Ejecutivo 39252-S Reformas a los artículos 10 y 34 del Reglamento para el funcionamiento y la utilización del portal “Regístrelo”.	Gaceta No. 211 del 30-10-15
• Decreto Ejecutivo N° 39315-S-Sp-G Reformas al “Reglamento Actividades Taurinas”.	Gaceta No. 233 del 01-12-15
• Decreto Ejecutivo 39343-S Reformas al Decreto Ejecutivo N° 38894-S del 9 de octubre del 2014 “Creación de la Comisión de Enlace Salud, Industria y Comercio”	Gaceta No. 246 del 18-12-15
• Decreto Ejecutivo 38921-S Creación de la Comisión Técnica Consultiva del Valor Nutritivo de los Alimentos	Gaceta No. 83 del 30-4-15 Alcance No.29
• Decreto Ejecutivo 39344-S Reforma al Transitorio I del Decreto Ejecutivo N° 37286-S de 19 de abril del 2012 Reglamento Enfermeras de Costa Rica	Gaceta No.244 del 16-12-15
• Decreto Ejecutivo 38928-S Reglamento sobre Rellenos Sanitarios	Gaceta No.182 del 22-09-15
• Decreto Ejecutivo 38968-S Reformas Al “Reglamento Orgánico Del Ministerio De Salud”	Gaceta No.83 del 30-04-15
• Decretos 38865-S “Reglamento Para la Asignación, Giro y Fiscalización de Recursos Públicos para Entidades Privadas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)	Gaceta No.92 del 14-05-15

2015	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
• Decreto Ejecutivo 39144-S Adición de un Artículo Transitorio al Decreto Ejecutivo No. 38924-S de 12 de enero De 2015 “Reglamento Para La Calidad Del Agua Potable”	Gaceta No. 170 del 01-09-15
• Decreto Ejecutivo 38924-S Reglamento para la calidad del agua potable. Decreto Ejecutivo 39136-S-MINAE Reglamento sobre condiciones de operación y control de emisiones de instalaciones para coincineración de residuos sólidos ordinarios • Decreto Ejecutivo 39251-S “Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud”	Gaceta No. 70 del 01-09-15 Alcance No. 17 Gaceta No. 208 del 27-10-15
• Decreto Ejecutivo N°39282-S Derogatoria del Decreto Ejecutivo, Nº 27466-S, de 19 de noviembre de 1998	Gaceta No. 230 del 26-11-15
• Decreto Ejecutivo 39288-S Reforma y Adición al Reglamento de Especialidades y Subespecialidades Médicas	Gaceta No. 230 del 26-11-15
• Decreto Ejecutivo 39294-S “ R T C R 470: 2014. Productos Farmacéuticos, Medicamentos de Uso Humano. Disposiciones Administrativas para Bioequivalencia, Propiedad Intelectual, Medicamentos Homeopáticos y Registro Sanitario e Importación”	Gaceta No. 230 del 26-11-15

2015	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
• Decreto Ejecutivo 39298-S-MOPT Declaratoria de Emergencia Sanitaria en el Territorio Indígena Cabécar de Tayni, Valle de la Estrella, Limón, y las Comunidades de Cerere, Gavilán, Boca Cohen, Jabui, Moi, Alto Cohen, Calveri, Cuchei, Isla Cohen, Bajo Cohen, Surui, Aroceros, Cunabli, Nimarí, Bella Vista, e Isla Cariari, debido a deficiencias Declaratoria De Interés Público Y Nacional La Construcción De Los Acueductos Para El Suministro De Agua Potable en el suministro de agua apta para consumo humano y falta de acceso para brindar servicios de salud y en el territorio indígena Cabécar de Tayní, y las comunidades de Cerere, Gavilán, Boca Cohen, Jabui, Moi, Alto Cohen, Calveri, Cuchei, Isla Cohen, Bajo Cohen, Surui, Arroceros, Cunabli, Nimarí, Bella Vista, e Isla Cariari, así como la construcción de los puentes sobre los ríos Cerere (Sector Cerere), La Estrella (Sector GavilánCalveri), y Cohen (Sectores Bajo Cohen, Isla Cariari, e Isla Cariari Cuchei)	Gaceta No. 230 del 26-11-15
• Decreto Ejecutivo N°39316-S Reglamento para el manejo y disposición final de lodos y biosólidos	Gaceta No. 234 del 02-12-15
• Decreto Ejecutivo 39317-S Oficialización de la “Norma Nacional de uso de las Gráficas Antropométricas para la Valoración Nutricional de 0 -19 años”	Gaceta No. 234 del 02-12-15
• Decreto Ejecutivo 39318-S Reglamento para la administración, prestación y utilización de servicios de transporte de los vehículos institucionales del Ministerio de Salud	Gaceta No. 234 del 02-12-15
• Decreto Ejecutivo 39342 - S Reglamento del Sistema Nacional de Tecnovigilancia	Gaceta No. 246 del 18-12-15
• Decreto Ejecutivo 39414-MEIC-S Materiales de construcción cementos hidráulicos especificaciones	Gaceta No. 01 del 04-01-16

2016	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 39608-S Reformas al Decreto Ejecutivo de “Regulación del uso de Fentanilo en ampollas”	La Gaceta No. 90 del 11-05-2016
Decreto Ejecutivo No. 39533-S Reforma al Decreto Ejecutivo 39061-S del 8 de mayo del 2015. Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica	La Gaceta No. 45 del 04-03-2016

2016	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 39608-S Reformas al Decreto Ejecutivo de “Regulación del uso de Fentanilo en ampollas”	La Gaceta No. 90 del 11-05-2016
Decreto Ejecutivo No. 39533-S Reforma al Decreto Ejecutivo 39061-S del 8 de mayo del 2015. Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica	La Gaceta No. 45 del 04-03-2016
Decreto Ejecutivo No. 39895-S Reglamento a la Ley No. 9222 de 13 de marzo de 2014 “Ley de donación y Trasplante de órganos y tejidos Humanos	Gaceta No. Del 12 -10-2016 Alcance No. 217
Decreto Ejecutivo No. 39472-S Reglamento General para autorizaciones y permisos sanitarios de funcionamiento otorgados por el Ministerio de Salud	La Gaceta No. 26 del 08-02-2016 Alcance No. 13
Decreto Ejecutivo No. 39471-S Procedimiento para registro simplificado de productos cosméticos y alimentos de bajo riesgo, requisitos, control y vigilancia	La Gaceta No. 26 del 08-02-2016 Alcance No.14
Decreto Ejecutivo No. 39487-S Reglamento Autónomo de Servicio de la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición de Centros Infantiles de Atención Integral	La Gaceta No. 45 del 04-03-2016 Alcance 34

2016	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 39608-S Reformas al Decreto Ejecutivo de “Regulación del uso de Fentanilo en ampollas”	La Gaceta No. 90 del 11-05-2016
Decreto Ejecutivo No. 39533-S Reforma al Decreto Ejecutivo 39061-S del 8 de mayo del 2015. Reglamento a la Ley Reguladora de Investigación Biomédica	La Gaceta No. 45 del 04-03-2016
Decreto Ejecutivo No. 39895-S Reglamento a la Ley No. 9222 de 13 de marzo de 2014 “Ley de donación y Trasplante de órganos y tejidos Humanos	Gaceta No. Del 12 -10-2016 Alcance No. 217
Decreto Ejecutivo No. 39472-S Reglamento General para autorizaciones y permisos sanitarios de funcionamiento otorgados por el Ministerio de Salud	La Gaceta No. 26 del 08-02-2016 Alcance No. 13
Decreto Ejecutivo No. 39471-S Procedimiento para registro simplificado de productos cosméticos y alimentos de bajo riesgo, requisitos, control y vigilancia	La Gaceta No. 26 del 08-02-2016 Alcance No.14
Decreto Ejecutivo No. 39487-S Reglamento Autónomo de Servicio de la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición de Centros Infantiles de Atención Integral	La Gaceta No. 45 del 04-03-2016, Alcance 34

2016	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
DIRECTRIZ No. 40-S “Atención a la población afectada por enfermedades transmitidas por vectores”	La Gaceta No. 44 del 03-03-2016, Alcance 33
Decreto Ejecutivo 39708-S DAJ-RB-043-2016 Reforma al Decreto Ejecutivo No. 34875-S del 21 de julio de 2008 “Reglamento de Organización y funcionamiento de la Auditoria Interna del INCIENSA	La Gaceta No. 113 del 13-06-2016, Alcance 96
Decreto Ejecutivo No. 39588-S Declaratoria de Emergencia Sanitaria en el Cantón de Nicoya Guanacaste por el riesgo de propagación de enfermedades transmitidas por vectores tales como dengue el Chikungunya y ZIKA	La Gaceta No. 90 del 11-05-2015
DIRECTRIZ No. 044-S Directriz Protección a mujeres embarazadas de enfermedades transmitidas por vectores	La Gaceta No. 90 del 11-05-2015
Decreto Ejecutivo 39728-S DAJ-FG-147-2016 Reglamento General de habilitación de servicios de salud y afines	La Gaceta No. 121 del 23-06-2016, Alcance 103
Decreto Ejecutivo No. 39609-S Código de ética médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica	La Gaceta No. 81 del 28-04-2016,Alcance 65
Decreto Ejecutivo 39704-S DAJ-FP-0489-2016 Oficialización de la Norma para mitigar las molestias y riesgos a la salud de las personas por el polvo producidas por la construcción de obras tanto privadas como publicas	La Gaceta No. 127 del 01-07-2016
Decreto Ejecutivo N° 39703-S-TUR DAJ-FP-874-2015 Reglamento para la operación de actividades de Turismo Aventura	La Gaceta No. 108 del 6-6-2016,Alcance 92
Decreto Ejecutivo No. 39887-S-MINAE DAJ-EC-144-2016 Reglamento de aprobación de sistemas de tratamiento de aguas residuales	La Gaceta No. 179 del 19-09-2016, Alcance 186
Decreto Ejecutivo No. 39714-S DAJ-SM-646-2016 Oficialización de la Norma para la Vigilancia y Control de la Tuberculosis	La Gaceta No. 113 del 13-06-2016, Alcance 96

Decreto Ejecutivo No. 39740-S DAJ-FP-150-2016 Reforma a la Norma oficial atención integral a la mujer durante el embarazo de bajo riesgo obstétrico	La Gaceta No. 124 del 28-06-2016, Alcance 107
2016	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 39653-S DAJ-SM-650-2016, Oficialización de los lineamientos para los servicios de sangre públicos y privados ante el impacto del virus del ZIKA en Costa Rica	La Gaceta No. 110 del 08-06-2016
Decreto Ejecutivo No. 39654- S DAJ-SM-0494-2016 Reforma Al Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud	La Gaceta No. 110 del 08-06-2016
Decreto Ejecutivo No. 39705-SDAJ-RB-197-2016 Exonerar del registro sanitario a los alimentos procesados y cosméticos importados y destinados para la venta exclusiva de las tiendas libres del IMAS en aeropuertos	La Gaceta No. 126 del 30-06-2017
Decreto Ejecutivo No. 39709-S DAJ-SM-649-2016 Zonas endémicas para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad renal crónica	La Gaceta No. 126 del 30-06-2017
Decreto Ejecutivo 39710-S DAJ-SM-652-2016 oficialización de los lineamientos para el uso de pruebas de laboratorio para el diagnóstico de ZIKA en los servicios de salud pública y privados ante el impacto del virus de ZIKA en Costa Rica	La Gaceta No. 126 del 30-06-2016
Decreto Ejecutivo No-39706-S DAJ-SM-651-2016 Oficialización de los lineamientos nacionales para el abordaje integral de la mujer embarazada y el recién nacido relacionado con la infección del ZIKA	La Gaceta No. 115 del 15-06-2016, Alcance 98
Decreto Ejecutivo No. 39734-S DAJ-SM-0151-2016 Reglamento para el programa de teletrabajo en el Ministerio de Salud	La Gaceta No. 119 del 21-06-2016, Alcance 101
Decreto Ejecutivo No. 39735-S DAJ-JM-840-2016 RTCR 472: 2014 Productos farmacéuticos, control de medicamentos	La Gaceta No. 124 del 28-06-2016, Alcance 107
Decreto Ejecutivo No. 39742-S DAJ-RM-0838-2016/DPAH-AJ-018-2016 Oficialización del plan nacional para la gestión integral de residuos	La Gaceta No. 123 del 07-06-2016, Alcance 105
Decreto Ejecutivo No. 39760-S DAJ-RM-0993-2016 Oficialización de la estrategia nacional para separación, recuperación y valorización de residuos	La Gaceta No. 161 del 23-08-2016, Alcance 148

Decreto Ejecutivo No. 39741- S DAJ-SM-839-2016 Oficialización de la Norma para el uso del sello de garantía de fortificación de alimentos en Costa Rica	La Gaceta No. 124 del 28-06-2016, Alcance 107
DIRECTRIZ No. 049-S Formato de reporte de seguimiento sobre el manejo de llantas que debe presentarse al Ministerio de Salud	La Gaceta No. 189 de 3-10-2016
Decreto Ejecutivo No. 39797-S Declaratoria de Interés Público y Nacional de Las Acciones Tendientes al Diseño Financiamiento Construcción y Equipamiento de la Planta Farmacéutica En la Universidad de Costa Rica	La Gaceta No. 178 del 16-09-2016
Decreto Ejecutivo 39920-S DAJ-SM-1349-2016 Modificación al Decreto Ejecutivo No. 39471-S Procedimiento para Registro Simplificado de Productos Cosméticos y Alimentos de Bajo Riesgo Requisitos Control y Vigilancia	La Gaceta No.192 del 06-10-2016, Alcance 211
Decreto Ejecutivo 39739-S Reforma del Decreto Ejecutivo No. 32209-s del 10 de agosto de 2004 “Crea Comisión Técnica para el Desarrollo del Recurso Humano En Salud”	La Gaceta No. 124 del 28-06-2016, Alcance 107
Decreto Ejecutivo No. 39951-S DAJ-SM-1344-2016/DPAH-AJ-027-2016 Reglamento de Calidad del Aire para Contaminantes, Criterio	La Gaceta No.23 del 01-11-2016, Alcance No. 239
Decreto Ejecutivo No. 39900-S Reforma del Artículo 15 del Decreto Ejecutivo No. 39428-s del 23 de Noviembre del 2015 “Reglamento para el Control de la Contaminación por Ruido”	La Gaceta No.23 del 01-11-2016, Alcance No. 239
DECRETO 39950-S DAJ-FP-490-2016 Reforma al Reglamento sobre el Sistema Nacional de Evaluación y análisis de la mortalidad materna perinatal e infantil	La Gaceta No.23 del 01-11-2016, Alcance No. 239
Decreto Ejecutivo No. 39987-S Declaratoria de Interés Público y Nacional de las Acciones y Proyectos de la Fundación Nacional de Solidaridad contra el Cáncer de mama (FUNDESO)	Gaceta No. 215 del 09-11-2016, Alcance No. 252

2016	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 39984-S DAJ-SM-292-2016 Reglamento de Utilización y Funcionamiento del Sistema Automatizado de Receta Digital de Psicotrópicos y Estupefacientes	Gaceta No. 215 de 09-11-2016, Alcance No.252
Decreto Ejecutivo No. 39983-S DAJ-CB-1820-2016/ DRPIS-LVS-2016-2016 Declaratoria de Medicamentos de Venta Libre Al Consumidor	Gaceta No. 215 del 09-11-2016, Alcance No. 252
Decreto Ejecutivo No. 39989-S Reforma Al Decreto Ejecutivo N° 39294-S del 23 de Junio del 2015, “RTCR 470: 2014 Productos Farmacéuticos, Medicamentos de Uso Humano. Disposiciones Administrativas para Bioequivalencia, Propiedad Intelectual, Medicamentos Homeopáticos y Registro Sanitario E Importación”. DAJ-CB-1817-2016	Gaceta No. 215 del 09-11-2016, Alcance No. 252
Decreto Ejecutivo No. 39985-S DAJ-SM-1348-2016 Reforma al Decreto Ejecutivo No. 30031-S Reglamento para el Enriquecimiento del Arroz	Gaceta No. 215 del 09-11-2016, Alcance No. 252
Decreto Ejecutivo No. 39986-S DAJ-FG-487-2016 Autorización para las Terapias Regenerativas o Cosméticas Con Células Madre Adultas	Gaceta No. 214 el 8 -11- 2016, Alcance No. 250
Decreto Ejecutivo No. 40004-S Criterios de Distribución Hepática Proveniente de Donante Cadavérico	Gaceta No. 15 de 12- 2016, Alcance No. 309
Decreto Ejecutivo No. 40001-S DAJ-SM-846-2016 Norma de Implementación y Funcionamiento de las Unidades de Investigación en Salud	Gaceta No. 15 de 12- 2016, Alcance No. 309
Decreto Ejecutivo No. 40003-S FG-048-2016/DRPIS-IC-06-2016. RTCR:436.2009 Suplementos a la Dieta, Requisitos de Registro Sanitario, Importación Desalmacenaje Etiquetado y verificación publicado en la Gaceta No. 186 del 24 de setiembre del 2010	La Gaceta No. 15 de 12- 2016 Alcance No. 309

2017	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 40178-s Declaración de Interés público y promulgación de la Política nacional de seguridad química.	La Gaceta No.23 del 01- 02 - 2017. Alcance No. 223
Decreto Ejecutivo No. 40142-S Delegación de firma en Resoluciones Administrativas referentes a Derechos Laborales de funcionarios y exfuncionarios del Ministerio de Salud	La Gaceta del 16 -02- 2017, Alcance No. 35
Decreto Ejecutivo No. 40084-S Reconocimiento de la evaluación y aprobación de informes finales de estudios clínicos y no clínicos por parte de las autoridades reguladoras de referencia como evidencia para el registro sanitario de medicamentos	La Gaceta No 38 del 22- 02- 2017
Decreto Ejecutivo No. 40147-S Realización de la oximetría de pulso	La Gaceta No 38 del 22- 02- 2017

2017	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 40178-s Declaración de Interés público y promulgación de la Política nacional de seguridad química.	La Gaceta No.23 del 01- 02 - 2017. Alcance No. 223
Decreto Ejecutivo No. 40142-S Delegación de firma en Resoluciones Administrativas referentes a Derechos Laborales de funcionarios y exfuncionarios del Ministerio de Salud	La Gaceta del 16 -02- 2017, Alcance No. 35
Decreto Ejecutivo No. 40084-S Reconocimiento de la evaluación y aprobación de informes finales de estudios clínicos y no clínicos por parte de las autoridades reguladoras de referencia como evidencia para el registro sanitario de medicamentos	La Gaceta No 38 del 22- 02- 2017

2017	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 40147-S Realización de la oximetría de pulso	La Gaceta No 38 del 22- 02- 2017
Decreto Ejecutivo No. 40083-S Reforma al Reglamento Autónomo de Servicio del IAFA	La Gaceta No. 39 del 23 -02- 2017, Alcance No. 41
Decreto Ejecutivo No. 40091-S Reglamento del Consejo Técnico del INCIENSA	La Gaceta No. 39 del 23 -02- 2017, Alcance No. 41
Decreto Ejecutivo No. 40146-S Reforma al Decreto No. 32544-S del 09 de Febrero del 2005 “Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud”	La Gaceta No. 41 del 27 -02- 2017
Decreto Ejecutivo No. 40091-S Reglamento de Funcionamiento del Consejo Técnico del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud	La Gaceta No. 42 del 28 -02- 2017, Alcance No. 45
Decreto Ejecutivo No. 40202-S Derogatoria del Decreto Ejecutivo No. 36408-S del 7 de Enero del 2011 “Declaratoria de emergencia sanitaria la situación actual del post cierre del Relleno Sanitario de Río Azul por la falta del biogás y de interés público y nacional las acciones que realicen las Autoridades Públicas para solucionar dicho problema sanitario”	La Gaceta No. 43 del 01 -03- 2017, Alcance No. 46
Decreto Ejecutivo No. 40210-S Modificación al Reglamento sobre Regulación y Control de la Publicidad Comercial relacionada con la Comercialización de Bebidas con Contenido Alcohólico	La Gaceta No. 43 del 01 -03- 2017, Alcance No. 46
Decreto Ejecutivo No. 40003-S Modificación y adición al Reglamento de Suplementos a la Dieta	La Gaceta No. 60 del 24 -03- 2017, Alcance No. 67
Decreto Ejecutivo No. 40255-S Autorización al Personal Médico para la Vacunación de Menores de Edad	La Gaceta No. 61 del 27 -03- 2017, Alcance No. 68

2017	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 40307-S. Reforma al Decreto Ejecutivo no. 37111-S del 12 de enero del 2012 “Reglamento para el Control de Drogas Estupefacientes y Psicotrópicas” (Integración Junta Vigilancia de Drogas)	La Gaceta No. 77 del 25 -04- 2017
Decreto Ejecutivo No. 40306-S-MTSS Reformas al Decreto Ejecutivo N°26789-MTSS del 16 de Febrero de 1998 “Reglamento de Calderas”	La Gaceta No. 78 del 26 -04- 2017, Alcance No. 90
Decreto 40229-S-MEIC Prohibición de Importación, Distribución, Venta y Publicidad de Andaderas en Edad Pediátrica	La Gaceta No. 60 del 24 -03- 2017
Decreto 40233-S Modificación y Adición al Decreto Ejecutivo Nº 40003-S y al Decreto Ejecutivo N° 36134-S Modificación y Adición al Decreto Ejecutivo N° 36134-S del 10 de mayo del 2010 “RTCR 436:2009 Suplementos a la Dieta. Requisitos de Registro Sanitario, Importación, Desalmacenaje, Etiquetado y Verificación.	La Gaceta No. 60 del 24 -03- 2017
Decreto Ejecutivo 39762-MOPT-MINAE-MCJ-S Declaratoria de interés público de los proyectos de movilidad sostenible y regeneración ambiental en todas sus etapas a lo largo de las riberas de los ríos Torres y María Aguilar sus afluentes y otros ríos de la Gran Área Metropolitana	La Gaceta No. del 05 -05- 2017, Alcance No. 97
Decreto Ejecutivo No. 40393-S Envases de tereftalato de polietileno (RPET) reciclado, destinados a entrar en contacto con alimentos. Especificaciones	La Gaceta No. 92 del 17 -05- 2017, Alcance No. 105
Decreto Ejecutivo No. 40419-S Reglamento Transporte y Distribución de Agua Potable en Camiones Cisterna	La Gaceta No. del 08 -06- 2017, Alcance No. 129
Decreto Ejecutivo No. 40438-MP-S-C Declaratoria de Interés Público y Nacional del Encuentro Mundial de Zonas Azules	La Gaceta No. 111 del 13 -06- 2017,Alcance No. 138

2017	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 40457-S Etiquetado de los productos químicos peligrosos	La Gaceta No.123 del 29 -06-2017,Alcance No. 157
Decreto Ejecutivo No. 40539-S Declaratoria Oficial del Día Nacional para la promoción del uso del condón masculino y femenino	La Gaceta No.158 del 22 -08-2017, Alcance 204
Decreto Ejecutivo No. 40558-S Declaratoria de Interés Público de la Creación, el Desarrollo y el Fortalecimiento del Centro Interamericano para la Salud Global	La Gaceta No. 158 del 22 -08-2017, Alcance No. 204
Decreto Ejecutivo No. 40556-S Reglamento de Vigilancia de la Salud	La Gaceta No. 160 del 24 -08-2017 Alcance 206
Decreto Ejecutivo No. 40557-S Co-procesamiento y gestión de residuos en hornos cementeros	La Gaceta No. 160 del 24 -08-2017, Alcance 206
Decreto Ejecutivo No. 40631-S Modificación al Decreto ejecutivo 25493-S, Disposiciones para la inscripción de los establecimientos farmacéuticos en el Ministerio de Salud, tanto para iniciar operaciones como para renovar el permiso cada dos años, publicado en el Alcance: 60 a La Gaceta192 del 08 de octubre de 1996	Alcance 220, Gaceta No. 173 del 12-9-17
Decreto Ejecutivo No. 40625-S-TUR Adición al Transitorio único del Reglamento para la operación de actividades de Turismo Aventura	Alcance 220, Gaceta NO. 173 del 12-9-17
Decreto Ejecutivo No. 40628-S Declaratoria de interés público y nacional de las acciones tendientes al diseño, financiamiento, construcción, operación y mantenimiento de la nueva casa para los cuidados paliativos pediátricos de Costa Rica	Alcance 220, Gaceta NO. 173 del 12-9-17
Decreto Ejecutivo No. 40629-S Adición al anexo del Decreto Ejecutivo No. 39471-S Procedimiento para Registro Simplificado de Productos Cosméticos y Alimentos de Bajo Riesgo, Requisitos, Control y Vigilancia	Alcance 220, Gaceta NO. 173 del 12-9-17
Decreto Ejecutivo No. 40651-S Circuito de la Salud 100% Libre de Humo de Tabaco	Alcance 239, Gaceta NO. 187 de 3-10-17

2017	
DECRETOS EJECUTIVOS	**PUBLICACION**
Decreto Ejecutivo No. 40663-S Reforma al Artículo 10 del Reglamento para la Operación de Hornos Crematorios	Gaceta No. 197 del 19-10-17
Decreto Ejecutivo No. 40706-S CREACION de LAS COMISIONES'. Promoción de La Salud	Alcance 263 a la Gaceta NO. 207 del 02-11-17
Decreto 40705-S RTCR-478:2015 Productos químicos peligrosos. Registro, importación y control	Alcance 263 a La Gaceta No. 207 del 02-11-17
Decreto Ejecutivo No. 40668-S Declaratoria de interés público y nacional del proyecto de construcción y equipamiento nuevo del Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez	Gaceta No. 208 del 3 de noviembre del 2017
Decreto No. 40699-S-MINAE Modificación del Artículo 46 del Decreto Ejecutivo N° 33601-S-MINAE "Reglamento de Vertido y Reúso de Aguas Residuales	Gaceta No. 208 del 03-11-17
Decreto Ejecutivo No. 40724-S Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud	La Gaceta No. 215 del 14 -11-2017, Alcance No. 276
Decreto 40469-S Cobro de los trámites de registro y control de productos químicos peligrosos	La Gaceta No. 238 del 15-12-2017, Alcance No. 303
Decreto 40767-S Reglamento a la ley para la atención de las personas con enfermedad celiaca	La Gaceta No. 238 del 15 -12-2017, Alcance No. 304

Anexo 2

Acuerdos, directrices o circulares
Ministerio de Salud 2014-2018

NO. DE DIRECTRIZ, ACUERDO O CIRCULAR	DESCRIPCION	FECHA
2014		
DM-FP-1031-2014	Designar representante del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica ante la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes	Publicado en La Gaceta No. 68 del 7 de marzo del 2014
DM-SM-1705-2014	Directriz sobre las funciones que deben desarrollar los profesionales en psicología del Ministerio de Salud	03 de junio de 2014
DM-SM-1800-2014	Directriz sobre lineamientos para las personas trabajadoras ad honorem en el Ministerio de Salud. Dra. María Elena López Núñez. Ministra de Salud	02 de junio de 2014
DM-MG-4425-14	Designar miembros de la Junta Directiva del PANARE	Publicado en La Gaceta No. 172 del 8 de setiembre del 2014
DM-RM-4781-2014	Directriz Ministerial Sobre Etiquetado de las cajetillas de Productos de Tabaco y sus Derivados	16 de setiembre de 2014
DM-EC-4979-14	Directriz Segunda Campaña 2015-2016 sobre etiquetado de cajetillas de cigarrillos (Pictogramas)	3 de noviembre de 2014
DM- RM-4805-2014	Directriz Ministerial sobre Procedimiento para la Clausura de Establecimientos Públicos o Actividades Públicas	4 de diciembre de 2014

NO. DE DIRECTRIZ, ACUERDO O CIRCULAR	DESCRIPCION	FECHA
2015		
DM-MG-1121-15	Designar miembros de la Junta Directiva del PANARE	Publicado en La Gaceta No. 55 del 19 de marzo del 2015
DM-SM-4312-2015	Modificación Directriz Ministerial N° DM-SM-1800-2014 sobre lineamientos para las personas trabajadoras ad honorem en el Ministerio de Salud. Dr. Fernando LLorca Castro. Ministro de Salud	24 de junio de 2015
DM-FG-4282-2015	Acuerdo Delegación de Firma del Ministro de Salud, Dr. Fernando Llorca Castro, en la Directora de la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral, Licda. María Gabriela Castro Páez, cédula de identidad No. 1-441-840, para que en adelante suscriba Convenios de Cooperación con Asociaciones de Desarrollo Específico Pro Cen-Cinai y Bienestar Comunal y sus adendas, independientemente de la fuente de financiamiento	Publicado en La Gaceta N° 138 del 17 de julio del 2015
DM-RM-4504-2015	Directriz sobre Preparación de Oficios para la Firma del Ministro De Salud	29 de julio de 2015.
DM-FP-4694-15	Designación del Oficial Mayor del Ministerio de Salud	01 de setiembre de 2015. Publicado en La Gaceta No. 221 del 13 de noviembre del 2015
DM-FG-4287-2015	Directriz Ministerial para comunicar a CEN-CINAI el “Procedimiento para garantizar acceso prioritario y preferente familias condición pobreza estrategia puente al Desarrollo según Decreto Ejecutivo-38954-MTSS-MDHIS-MIDEPLAN”	04 de setiembre del 2015
DM-MG-4684-15	Designar miembros de la Junta Directiva del PANARE.	Publicado en La Gaceta No. 211 del 30 de octubre del 2015

DM-FG-4285-2015	Nombramiento de los miembros del Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos	Publicado en La Gaceta N° 182 del 18 de setiembre del 2015
ACUERDO N° DM-SM-4841-2015	Delegar la firma del Ministro de Salud en la Viceministra de Promoción de la Salud, para firmar convenios de trabajadores ad honorem	Publicado en La Gaceta No. 204 del 21 de octubre del 2015
DM-SM-4842-2015	Modificación Directriz Ministerial N° DM-SM-1800-2014 sobre lineamientos para las personas trabajadoras ad honorem en el Ministerio de Salud	28 de setiembre de 2015
DM-RM-9179-2015	Prohibición del uso de Recursos Públicos para Sufragar Actividades Recreativas o Festivas de sus Servidores	26 de noviembre de 2015
DIRECTRIZ 037-S	Se instruye a las entidades de la Administración Pública, centralizadas y descentralizadas, para que dentro de sus competencias, brinden dentro del territorio nacional, atención integral en salud por enfermedades de transmisión sexual, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, la sífilis, la infección gonocócica, el linfogranuloma venéreo, la clamidiasis, el chancro blando, el granuloma inguinal, la tricomoniasis, la infección anogenital debida al virus del herpes, a la población tanto nacional como extranjera, que esté en condición de pobreza, pobreza extrema e indigencia médica	Publicado en La Gaceta N° 233 del 1 de diciembre del 2015
NO. DE DIRECTRIZ, ACUERDO O CIRCULAR	**DESCRIPCION**	**FECHA**
2016		
DM-RM-0270-2016	Directriz Sobre Programa De Control De Vectores	26 de enero del 2016
DM-FP-520-16	Designar miembros Consejo Técnico del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)	Publicado en La Gaceta No. 115 del 15 de junio del 2016

DM-FP-0567-16	Designar miembros de la Junta Directiva del Patronato Nacional de Rehabilitación	Publicado en el Alcance No. 53 del 7 de abril del 2016
DM-RM-0590-2016	Designar Miembro del Consejo Nacional en Cuentas de Salud "CONACUSA"	Publicado en La Gaceta No. 91 del 12 de mayo del 2016
DM-FP-817-2016	Designar miembro, representante titular ante la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes	Publicado en La Gaceta No. 193 Alcance 212 del 7 de noviembre del 2016
DM-FP-818-2016	Designar Miembros del Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)	Publicado en La Gaceta No. 189 el 3 de octubre del 2016
DAJ-SM-992-2016: Directriz Ejecutiva	Directriz Formato de Reporte de Seguimiento sobre el Manejo de Llantas que debe Presentarse al Ministerio de Salud	06 de mayo de 2016
DM-FP-865-16	Designar miembros de la Junta Directiva del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)	Publicado en La Gaceta No. 219 del 15 de noviembre del 2016
DAJ-SM-995-2016: Directriz Ejecutiva No. 046	Directriz Obligación de Brindar Atención de La Salud y Tratamiento a la Población Migrante Continental y Extracontinental en Costa Rica	Publicada en La Gaceta No. 126 del 30 de junio del 2016
DIRECTRIZ MINISTERIAL N° DM-SM-739-2016	Directriz Ministerial para la Ejecución de Recursos de la Ley No. 9028	Publicada en el Alcance Digital No. 107 a La Gaceta No. 124 del 28 de junio del 2016
DM-FP-981-16	Designar miembro suplente ante el Consejo Nacional de Cuidados Paliativos	Publicado en La Gaceta No. 241 del 15 de diciembre del 2016
DM-FP-4238-16	Nombrar miembro de la Junta Directiva del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)	Publicado en La Gaceta 193 Alcance 212 del 7 de noviembre del 2016
DIRECTRIZ MINISTERIAL N° DM-SM-1000-2016	Directriz Ministerial para la Participación de Funcionarios del Ministerio de Salud en Actividades Oficiales Fuera del País	03 de agosto de 2016

DM-FG-SM-4184-2016	Trámite de Decretos Ejecutivos en el Sistema de Control Previo del Ministerio de Economía, Industria y Comercio	08 de agosto de 2016
A C U E R D O MINISTERIAL No. DM-SM-4187-2016	Delegar la firma del Ministro de Salud en la Viceministra de Salud para autorizar permisos de salida fuera del país de vehículos de la institución	Publicado en La Gaceta No. 237 del 09 de diciembre del 2016
D I R E C T R I Z MINISTERIAL No. DM-SM-4188-2016	Modificación Directriz Ministerial No. DM-SM-1000-2016 para la Participación de Funcionarios del Ministerio de Salud en Actividades Oficiales Fuera del País	16 de setiembre de 2016
DM-SM-4783-2016	Directriz Trámite de sistemas informáticos deberá ser revisado y aprobado por la Dirección del Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación	19 de setiembre de 2016
DM-RM-4873-2016	Circular para Prescindir de la Solicitud de Fotocopias de Cédula de Identidad o Cédula Jurídica a Ciudadanos para Trámites Administrativos	3 de octubre del 2016
DGS-JG-3279-2016	Deber de probidad en el ejercicio de las funciones como funcionarios públicos	18 de noviembre de 2016
DM-FP-8136-2016	Designar miembro, representante titular ante la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes	Publicado en La Gaceta No.49 del 9 de marzo del 2017
D I R E C T R I Z MINISTERIAL N° DM-SM-8229-2016	Directriz de Implementación del Portal Regístrelo para el Registro Sanitario de Productos Químicos Peligrosos	Publicada en La Gaceta No. 41 del 27 de febrero del 2017

2017		
DM-RM-1035-2017	Directriz Ministerial Para La Compensación Económica Por Concepto De Disponibilidad Para Los Funcionarios Del Ministerio De Salud	6 de enero de 2017
DM-FP-1120-17	Designar miembros de la Junta Directiva del Patronato Nacional de Rehabilitación	Publicado en La Gaceta No.16 del 23 de enero del 2017
DM-FP-1129-2017	Reformar el artículo 2° del Acuerdo Ejecutivo N° DM-FP-817-2016 de fecha 07 de abril del 2016	Publicado en La Gaceta No.131 del 11 de julio del 2017
DM-FP-1222-17	Designar miembro del Consejo Técnico del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)	Publicado en La Gaceta No. 63 del 29 de marzo del 2017
DM-FP-1220-17	Designar miembros de la Junta Directiva del Patronato Nacional de Rehabilitación	Publicado en La Gaceta No. 57 Alcance 64 del 22 de marzo del 2017
DIRECTRIZ MINISTERIAL DM-SM-1196-2017	Directriz Ministerial para la Oficialización del Formulario de Solicitud de Declaratoria de Interés Público y Nacional	Publicado en La Gaceta No. 49 del 09 de marzo del 2017
DIRECTRIZ MINISTERIAL DM-SM-1195-2017	Directriz Ministerial para la Coordinación Interinstitucional entre Autoridades de Salud y Autoridades de SENASA	14 de febrero de 2017
DIRECTRIZ MINISTERIAL DM-SM-1362-2017	Directriz Ministerial Lineamientos para la Elaboración del Presupuesto Institucional	07 de marzo de 2017
DM-FP-1691-2017	Designar miembro del Consejo Técnico del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)	Publicado en La Gaceta No. 118 del 22 de junio del 2017
DM-FP-1690-17	Designar miembros de la Junta Directiva del Patronato Nacional de Rehabilitación	Publicado en La Gaceta No. 109 del 9 de junio del 2017

ACUERDO DM-SM-1368-2017	Delegar la firma del Ministro de Salud en la Directora Nacional del CEN-CINAI, para que firme convenios de trabajadores ad honorem del CEN-CINAI	15 de mayo de 2017 de dado el acuerdo. Publicado en La Gaceta No. 109 del 09 de junio del 2017
DM-FP-1897-17	Designar miembros de la Junta Directiva del Patronato Nacional de Rehabilitación	Publicado en La Gaceta No. 163 del 29 de agosto del 2017
DM-RC-1418-2017	Directriz Ministerial Lineamientos para el manejo de las denuncias confidenciales que se presenten ante el Ministerio de Salud	15 de junio de 2017
DM-FG-1021-2017	Oficializar y declarar de interés público y nacional de atención a personas adultas con deterioro cognitivo y demencia	Publicado en La Alcance No. 160 a La gaceta del 30 de junio del 2017
DM-JG-1794-2017	Designar el Vicepresidente de la Junta Directiva del Patronato Nacional de Rehabilitación	Publicado en el Alcance 160 Gaceta del 30 de junio de 2017
DIRECTRIZ MINISTERIAL DM-SM-GA-1365-2017	Directriz Ministerial Licencias Con Goce De Salario A Funcionarios En Caso De Enfermedad O Accidente De Familiar En Primer Grado	10 de agosto de 2017
DM-FP-1982-2017	Delegar la firma de la Ministra de Salud en la Viceministra de Promoción de la Salud para Convenios para las Personas Trabajadoras Ad Honorem en la Institución, Contratos de Licencias de Estudio y sus adendas y Acuerdo de Compromiso para Actividades de Capacitación	Publicado en La Gaceta No. 163 del 29 de agosto de 2017

DM-FG-1674-2017	Nombramiento Representantes de Pacientes trasplantados o que requieren trasplante y del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, en el Consejo Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos	Publicado en La Gaceta N° 179 del 21 de setiembre del 2017
DM-FP-4251-2017	Delegación firma casos dedicación exclusiva	Publicado en La Gaceta No. 180 del 22 de setiembre de 2017
DM-FP-4603-17	Designar miembros de la Comisión para la Regulación y Control de la Publicidad Comercial de las Bebidas con Contenido Alcohólico	Publicado en La Gaceta No. 216 del 15 de noviembre del 2017
A C U E R D O PRESIDENCIAL 976-P	Delegación firma de Resoluciones de derechos laborales y pensiones	Publicado en La Gaceta 197 del 19 de octubre de 2017
DM-JG-1477-2017	Delegación firma de Resoluciones de derechos laborales y pensiones	Publicado en La Gaceta 197 del 19 de octubre de 2017
DM-JG-4482-2017	Etiquetado de la Cuarta Campaña Anual 2018-2019	Publicado en La Gaceta 212 del 09 de noviembre de 2017
DM-FP-4752-17	Nombrar al Ing. Byron Corella Quirós, cédula de identidad No. 1-1382-0608, en su condición de funcionario de PROCOMER	Publicado en La Gaceta No. 7 del 16 de enero 2018
2018		
DM-FP-1241-18	Designar como miembro de la Junta Directiva del Patronato Nacional de Rehabilitación	08 de enero de 2018
DM-JG-4784-2017	Se modifica el artículo 2° del Acuerdo Ministerial N° DM-FP-4251-2017 del 03 de agosto de 2017, publicado en La Gaceta N° 180 del 22 de setiembre de 2017/Delegación Firma casos dedicación exclusiva	Publicado en La Gaceta 7 del 16 de enero de 2018

DM-FP-1240-18	Designar miembro de la Junta Directiva del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)	19 de enero de 2018. Publicado en La Gaceta No.28 del 14 de febrero del 2018
DM-MM-7353-2017	Delegación de Firma en Protocolo del Agrimensor	Publicado en La Gaceta 7 del 16 de enero de 2018
DM-FP-1898-2017	Declara de interés público y nacional el Congreso Nacional de Salud Mental, 2017	Publicado en La Gaceta 7 del 16 de enero de 2018
DIRECTRIZ MINISTERIAL DM-SM-1183-2018	Modificación a la Directriz Ministerial No. DM-SM-GA-1365-2017 Licencias con Goce de Salario a Funcionarios en Caso de Enfermedad de Familiar en Primer Grado	29 de enero de 2018
ACUERDO DM-SM-1182-2018	Delegar la firma de la Ministra de Salud en el Presidente a.i. de la Comisión de Servicio Social Obligatorio, para que firme certificados de SSO	15 de enero de 2018
DM-JG-7918-2018	Conformación de Comisión Institucional sobre Accesibilidad y Discapacidad (CIAD) del Ministerio de Salud	Publicado en el Alcance 33 de La Gaceta del 14 de febrero de 2018
DM-FG-127-2018	Directriz dirigida a los Directores Regionales Rectoría de la Salud para establecer las competencias que en materia de inspección, vigilancia y control corresponde ejercer a las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud y a las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud, en actividades de concentración masiva	14 de febrero de 2018

ACUERDOS O CIRCULARES EMITIDOS POR LAS DIFERENTES DIRECCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN	ASUNTO	FECHA
Despacho Ministra de Salud DM-6834-2017	Sobre incumplimiento de límites de los parámetros de nitrógeno total y fosfatos permisibles, para vertido a cuerpos receptores por parte de granjas porcinas	29 de setiembre del 2017
Dirección General de Salud DGS-0608-2018	Denuncias en relación a afectaciones de salud por uso de purines, debe atenderse en coordinación con SENASA	6 de marzo del 2018
Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario DRPIS-UR-225-2014	Aclaración sobre la relación entre el fabricante y el titular (registradoras de cosméticos)	16 de julio del 2014
DRPIS-UR-324-2014	Aclaración sobre certificados de libre venta (equipo y material biomédico)	12 de agosto del 2014
DRPIS-1601-10-2014	Procedimiento para la solicitud y emisión del certificado de buenas prácticas de manufactura a laboratorios fabricantes de medicamentos nacionales	16 de octubre del 2014
DRPIS-1685-2014	Profesional responsable de laboratorios nacionales	10 de noviembre del 2014
DRPIS-UR-004-2015	Aclaración sobre registro de radiofármacos	8 de enero del 2015
DRPIS-UR-097-2015	Aclaración sobre registros de radiofármacos, material radiactivo solo o en combinación con el kit de frío termistores de radiaciones ionizantes	12 de febrero del 2015
DRPIS-359-03-2015	Criterios para la agilización de trámites de inscripción, renovación o cambios posteriores al registro de medicamentos y equipo y material biomédico	3 de marzo del 2015
DRPIS-UR-0058-02-RA-2015	Registro de productos omega 3, 6, 9, aceite de linaza, ácido alfa linoleico, manzanilla y menta	17 de abril del 2015
DRPIS-1053-07-2015	Horario de labores	27 de julio del 2015

DIRECCIÓN	ASUNTO	FECHA
DRPIS-UR-484-2015	Proceso para el registro de los productos sobre gases medicinales	26 de agosto del 2015
DRPIS-1192-08-2015	Pronunciamientos legales son obligatorios.	27 de agosto del 2015
DRPIS-1177-09-2015	Equipos y materiales	2 de setiembre del 2015
DRPIS-UR-627-2015	Categoría de registro para los probióticos.	18 de noviembre del 2015
DRPIS-UR-94-2016	Presentación de poderes, deben incluirse en el Sistema Regístrelo	4 de febrero del 2016
DRPIS-137-02-2015	Formato traducciones oficiales	18 de febrero del 2016
DRPIS-176-02	Sobre capítulo VII, artículo 18 del Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud.	15 de febrero del 2017
DRPIS-LVS-1282-2017	Formalidad para la aceptación de los certificados de buenas prácticas de manufactura disponibles únicamente en línea en bases de datos de autoridades sanitarias.	12 de setiembre del 2017
DRPIS-1493-10-2017	Definición de “excepción” establecida en el apartado 7.11.5 b) RTCA “Productos farmacéuticos, medicamentos uso humano, requisitos de registro sanitario y procedimiento para reconocimiento mutuo de registros sanitarios para uso humano”	13 de octubre del 2017
DRPIS-1687-11-2017	Aclaración de requerimientos de registro sanitario de los diferentes productos alimenticios.	29 de noviembre del 2017
DRPIS-1686-11-2017	Aclaración del nombre de los productos alimenticios.	29 de noviembre del 2017
DRPIS-1688-11-2017	Aclaración en relación a la aplicación del “Procedimiento para registro simplificado de productos alimenticios de bajo riesgo”.	29 de noviembre del 2017
DRPIS-213-02-2018	Productos químicos peligrosos	9 de febrero del 2018

ANEXO 3

El detalle de los temas lo podrá encontrar en los siguientes enlaces:

1. Presupuestos Solicitados, Aprobados y Ejecutados

https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1105

https://www.cgr.go.cr/03-documentos/publicaciones/presupuestos-publicos.html

http://cgrw01.cgr.go.cr/apex/f?p=127:11:0::NO

2. Estados financieros[10]

https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1105

https://www.cgr.go.cr/03-documentos/publicaciones/presupuestos-publicos.html

http://www.hacienda.go.cr/contenido/13905-informes-de-seguimiento-semestral

3. Informe de liquidación presupuestaria (CGR)

https://www.cgr.go.cr/03-documentos/publicaciones/presupuestos-publicos.html

10 Los estados financieros del presupuesto de gobierno son integrados en una cuenta por el Ministerio de Hacienda, por lo que se incluyen únicamente aquellos que realiza el Ministerio de Salud.

Anexo 4

Procesos de contratación administrativa vigentes a febrero de 2018
Ministerio de Salud

Número de Trámite	Descripción
2014CD-000002-UPIMS	DESALMACENAJE TANQUES DE AGUA
2014CD-000003-UPIMS	DESALMACENAJE MEDICAMENTO
2014CD-000013-UPIMS	SERVICIO DE TRADUCCIÓN SIMULTANEA ESPAÑOL-ITALIANO-ESPAÑOL
2014CD-000014-UPIMS	SERVICIO DE ALIMENTACION PARA TALLER CON MEDICOS
2014CD-000019-UPIMS	ANIMACION Y APOYO CULTURAL Y MUSICAL PARA EVENTO DE DESPACHO DE LA MINISTRA LANZAMIENTO SISTEMA REGISTRELO
2014CD-000016-UPIMS	RECEPCION PARA 150 PERSONAS PARA EL 09 DE ABRIL EVENTO DE DESPACHO DE LA MINISTRA LANZAMIENTO SISTEMA REGISTRELO
2014CD-000020-UPIMS	PUBLICACION EN LA NACION Y LA TEJA 09 ABRIL 2014 SOBRE ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD EN TEMA DE CONTAMINACIÓN DEL AGUA POR ARSENICO
2014CD-000020-UPIMS	PUBLICACION EN DIARIO EXTRA 09 ABRIL 2014 SOBRE ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD EN TEMA DE CONTAMINACIÓN DEL AGUA POR ARSENICO
2014CD-000025-UPIMS	INSERTO EN LA NACION FOLLETO 24 PAGINAS, INFORME DE LOGROS ADMINISTRACION CHINCHILLA MIRANDA
2014CD-000026-UPIMS	50 000 UNDS VACUNA DTaP (CONTRA DIFTERIA, TETANO Y TOSFERINA)
2014CD-000027-UPIMS	9,350 UNDS VACUNA PENTAXIN
2014CD-000012-UPIMS	RESERVA ABIERTA. SERVICIO DE INFORMACION (DENGUE)
2014CD-000004-UPIMS	DISEÑO, DESARROLLO E IMPEMENTACION DEL MODULO DEL REGISTRO DE MORTALIDAD MATERNO E INFANTIL
2014CD-000006-UPIMS	RESERVA ABIERTA. SERVICIO DE INFORMACION (DENGUE)
2014CD-000008-UPIMS	RESERVA ABIERTA. SERVICIO DE INFORMACION (DENGUE)
2014CD-000044-UPIMS	PUBLICACION COMUNICADO RESPUESTA COMUNICADO CAMARA DE COMERCIO TIENDAS GNC

Número de Trámite	Descripción
2014CD-000028-UPIMS	RESERVA ABIERTA. ACTIVIDADES DE CAPACITACION DIRECCION REGIONAL RECTORIA DE LA SALUD CENTRAL OCCIDENTE
2014CD-000029-UPIMS	RESERVA ABIERTA. ACTIVIDADES DE CAPACITACION DIRECCION REGIONAL RECTORIA DE LA SALUD CENTRAL NORTE
2014CD-000031-UPIMS	RESERVA ABIERTA. ACTIVIDADES DE CAPACITACION DIRECCION REGIONAL RECTORIA DE LA SALUD BRUNCA
2014CD-000041-UPIMS	RESERVA ABIERTA. ACTIVIDADES DE CAPACITACION DIRECCION REGIONAL RECTORIA DE LA SALUD CENTRAL ESTE
2014CD-000011-UPIMS	RESERVA ABIERTA. SERVICIO DE INFORMACION (DENGUE)
2014CD-000040-UPIMS	RESERVA ABIERTA. ACTIVIDADES DE CAPACITACION DIRECCION REGIONAL RECTORIA DE LA SALUD HUETAR CARIBE
2014CD-000024-UPIMS	RESERVA ABIERTA. MATERIALES Y PRODUCTOS ELECTRICOS
2014CD-000005-UPIMS	RESERVA ABIERTA. SERVICIO DE INFORMACION (DENGUE)
2014CD-000054-UPIMS	PUBLICACION COMUNICADO RESPUESTA COMUNICADO COLEGIO DE MEDICOS Y FARMACEUTICOS
2014CD-000001-UPIMS	COMPRA E INSTALACION DE EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADOS
2014CD-000047-UPIMS	RESERVA ABIERTA. ACTIVIDADES DE CAPACITACION DIRECCION REGIONAL RECTORIA DE LA SALUD HUETAR NORTE
2014CD-000018-UPIMS	RESERVA ABIERTA. SERVICIO DE INFORMACION (DENGUE)
2014CD-000007-UPIMS	RESERVA ABIERTA. SERVICIO DE INFORMACION (DENGUE)
2014CD-000010-UPIMS	RESERVA ABIERTA. SERVICIO DE INFORMACION (DENGUE)
2014CD-000059-UPIMS	SERVICIO DE ALIMENTACION CONVERSATORIO PERSONAL REGION CENTRAL OCCIDENTE

Número de Trámite	Descripción
2014CD-000048-UPIMS	7 ESTEREOSCOPIOS
2010LN-000014-UPIMS	AMPLIACION CONTRATO SEGURIDAD
2014CD-000060-UPIMS	RESERVA ABIERTA. SERVICIO DE INFORMACION (ACCIONES EMPRENDIDAS POR EL MS)
2014CD-000035-UPIMS	10 COMPUTADORAS DE ESCRITORIO
2014CD-000037-UIMS	10 UPS Y 20 TARJETA RED INHALAMBRICA
2014CD-000037-UIMS	10 REPLICADORES Y 10 MONITORES
2014CD-000058-UPIMS	SERVICIO DE ALIMENTACION CONVERSATORIO PERSONAL REGION CHOROTEGA
2014CD-000065-UPIMS	LOCAL Y ALIMENTACION 110 PAX CONSULTA REGLAMENTO LEY REGULADORA DE INVESTIGACION
2014CD-000061-UPIMS	930 UND ACEITE SAE 0,6 LTRS
2014CD-000050-UPIMS	SERVICIO DE ALIMENTACION CONVERSATORIO PERSONAL REGION CENTRAL SUR
2014CD-000069-UPIMS	TRANSFORMADOR PARA COMPLEMETO ARS NICOYA
2014CD-000063-UPIMS	CAJAS DE CARTON
2014CD-000066-UPIMS	CARTUCHOS PARA MASCARA
2014CD-000068-UPIMS	RESERVA ABIERTA. SERVICIO DE INFORMACION (DENGUE)
2014CD-000055-UPIMS	RESERVA ABIERTA PARA EL SERVICIO DE LIMPIEZA DE POZOS DE ABSORCION DEL SISTEMA DE DISPOSICION CINAI ESCAZU
2014LA-000002-UPIMS	BLOQUEADOR SOLAR Y ALCOHOL
2014CD-000071-UPIMS	RESERVA ABIERTA PUBLICIDAD SALUD PUBLICA
2014CD-000045-UPIMS	RESERVA ABIERTA MANTENIMIENTO PREVENTIVO AIRES ACONDICIONADOS
2014CD-000087-UPIMS	SUSCRIPCION PERIODICOS
2014CD-000087-UPIMS	SUSCRIPCION PERIODICOS
2014CD-000074-UPIMS	FIRMAS DIGITALES
2014CD-000082-UPIMS	SERVICIOS PROFESIONALES

Número de Trámite	Descripción
2014CD-000051-UPIMS	RESERVA ABIERTA INSUMOS MEDICOS
2014CD-000075-UPIMS	RESERVA ABIERTA DENGUE
2014CD-000098-UPIMS	CABLES
2014CD-000096-UPIMS	ALIMENTOS CEN CANDELARIA
2014CD-000093-UPIMS	ENVIO DE MUESTRAS BIOLOGICAS
2014CD-000099-UPIMS	EDICTO DE TRES DIAS
2014CD-000099-UPIMS	EDICTO DE TRES DIAS
2014CD-000101-UPIMS	PREVENCION POLVORA
2014CD-000102-UPIMS	PREVENCION POLVORA
2014CD-000107-UPIMS	PREVENCION POLVORA
2014CD-000104-UPIMS	PREVENCION POLVORA
2014CD-000105-UPIMS	PREVENCION POLVORA
2014CD-000106-UPIMS	PREVENCION POLVORA
2014CD-000021-99999	LIMPIEZA MINISTERIO DE SALUD
2014CD-000084-UPIMS	INSTALACION DE PERSIANAS
2014CD-000094-UPIMS	VARILLA, ZINC, BOTAGUA, ETC.
2014CD-000086-UPIMS	ESCALERAS DE ALUMINIO
2014CD-000090-UPIMS	BOMBA DE PRESION
2014CD-000108-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS RADIO 88
2014CD-000119-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS RADIO SANTA CLARA
2014CD-000124-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS RADIO SINAI
2014CD-000109-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS ANGELA PERNUS
2014CD-000114-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS PERIODICO GUANACASTE A LA ALTURA
2014CD-000122-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS RADIO CASINO
2014CD-000128-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS STEREO BAHIA

Número de Trámite	Descripción
2014CD-000129-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS RADIODIFUSORA DEL PACIFICO
2014CD-000115-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS RADIO COLOSAL
2014CD-000132-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS TRIVISION
2014CD-000116-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS PERIODICO ANEXION
2014CD-000112-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS RADIO ACTUAL
2014CD-000072-UPIMS	FILTROS DE FIBRA DE VIDRIO Y CUARZO
2014CD-000089-UPIMS	TUBO NEBULIZADOR (X50)
2014CD-000138-UPIMS	SERVICIO FOTOGRAFIA Y PUNTIRA DE RETRATOS
2014CD-000126-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS TV NORTE CANAL 14
2014CD-000136-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS TELEVISORA DE COSTA RICA
2014CD-000127-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS RADIO SINFONOLA
2014CD-000131-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS ICER
2014CD-000134-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS GRANRO TELEVISORA DEL SUR
2014CD-000095-UPIMS	BLOCK, CONCRETO, MORTERO, ETC.
2014CD-000139-UPIMS	SISTEMAS DE INFORMACION
2014CD-000142-UPIMS	COMPRA DE VACUNAS
2014CD-000143-UPIMS	COMPRA DE VACUNAS
2014CD-000144-UPIMS	TRAJES ATENCION EBOLA
2014CD-000141-UPIMS	RESERVA ABIERTA ALIMENTOS
2014CD-000118-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS RADIO CHOROTEGA
2014CD-000117-UPIMS	RESERVA ABIERTA ESPACIOS PUBLICITARIOS RADIO PAMPA

Número de Trámite	Descripción
2014CD-000070-UPIMS	ANALIZADOR AUTOMATICO DE PARTICULAS
2014CD-000092-UPIMS	ALQUILER AREA RECTORA DE LA SALUD DE ESCAZU
2014LA-000009-UPIMS	ANALISIS DE LABORATORIO
2014CD-000045-UPIMS	MANTENIMIENTO AIRES ACONDICIONADOS
2014LN-000003-UPIMS	CONSTRUCCION AREA RECTORA DE SALUD DE BUENOS AIRES
2014CD-000078-UPIMS	RESERVA ABIERTA ANALISIS DE LABORATORIO
2014LA-000006-UPIMS	INSECTICIDA LIQUIDO Y RESIDUAL
2015CD-000001-UPIMS	VACUNAS
2015CD-000002-UPIMS	VACUNAS
2014CD-000100-UPIMS	RESERVA ABIERTA SERVICIO ANALISIS DE LABORATORIO
2015CD-000006-UPIMS	SERVICIO DE ALIMENTACION
2015CD-000005-UPIMS	MASCARILLAS DESECHABLES Y GUANTES DE LATEX
2015CD-000003-UPIMS	SOLUCION REVELADORA DE PLACA BACTERIANA DENTAL
2015CD-000004-UPIMS	COMPRA DE FLUORURO
2015CD-000007-UPIMS	LARVICIDA GRANULADO
2010LN-000014-UPIMS	REAJUSTE DE PRECIOS SERVICIO VIGILANCIA
2015CD-000020-UPIMS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION
2015CD-000016-UPIMS	SERVICIO IMPRESIONES
2015CD-000012-UPIMS	TARJETAS BLANCAS, CINTA LAMINADORA, CINTA PARA IMPRESORA, PRENSAS, PORTA CARNE
2015CD-000011-UPIMS	EQUIPO DE COMPUTO
2015CD-000010-UPIMS	MANTENIMIENTO Y MONITOREO DE ALARMA DE SEGUIRDAD
2015CD-000015-UPIMS	APLICADORES DE MADERA, HILO DENTAL
2014LN-000005-UPIMS	TANQUES SEPTICOS
2014LN-000005-UPIMS	INTERCEPTORES DE GRASA
2014LA-000001-UPIMS	AMPLIACION CEN CINAI SAN ROQUE LIBERIA
2015CD-000018-UPIMS	INSTALACION AGUJETAS DE ACERO Y LIMPIEZA ARS PALMARES

Número de Trámite	Descripción
2015CD-000023-UPIMS	SERVICIO ALIMENTACION ACTIVIDADES CAPACITACION
2015CD-000017-UPIMS	REPELENTE PARA MOSQUITOS
2015CD-000019-UPIMS	PROYECTOR IMÁGENES
2014LN-000005-UPIMS	INODOROS ECONOMICO
2014LN-000004-UPIMS	CONSTRUCCION TRES AULAS CEN CINAI LIMONCITO
2014LA-000003-UPIMS	CONSTRUCCION TRES AULAS CEN CINAI CAIRO
2014LN-00000-1-UPIMS	INODOROS ECONOMICO
2015CD-000033-UPIMS	VACUNAS
2015CD-000028-UPIMS	ESTUDIO AUDENCIA DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN
2014CD-000078-UPIMS	ADENDA A LA RESERVA ABIERTA SERVICIO ANALISIS DE LABORATORIO
2015CD-000022-UPIMS	CAPACITACION NORMA NFPA 101
2015CD-000029-UPIMS	BOTELLAS METALICAS
2015CD-000031-UPIMS	SERVICIOS PROFESIONALES MICROBIOLOGIA Y QUIMICA CLINICA
2015CD-000009-UPIMS	RESERVA ABIERTA SERVICIOS DESALMACENAJE
2014LA-000011-UPIMS	DIBUJO DE PLANOS
2015CD-000034-UPIMS	SERVICIO ALIMENTACION
2015CD-000054-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000060-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000050-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000056-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000049-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000053-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2014LN-000001-UPIMS	TANQUES SEPTICOS E INTERCEPTORES DE GRASA
2015CD-000058-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE

Número de Trámite	Descripción
2015CD-000051-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000048-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000059-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000052-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000065-UPIMS	VACUNAS
2015CD-000035-UPIMS	FILTROS DE FIBRA DE VIDRIO Y CUARZO
2015CD-000040-UPIMS	ESTANTES, MESAS Y SILLAS
2011LN-000001-UPIMS	AMPLIACION SERVICIO OBRAS POST CIERRE RIO AZUL
2015CD-000055-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000042-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000044-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000047-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000057-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000045-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2014LN-000003-UPIMS	AMPLIACION EJECUCION TRABAJOS OBRA CIVIL
2014LA-000004-UPIMS	AMPLIACION CEN CINAI CIUDAD QUESADA
2014LA-000005-UPIMS	CONSTRUCCION TRES AULAS VALLE ESCONDIDO
2015CD-000032-UPIMS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION
2015CD-000062-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000063-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2014CD-000100-UPIMS	AMPLIACION CONTRATO RESERVA ABIERTA ANALISIS DE LABORATORIO
2015CD-000064-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE

Número de Trámite	Descripción
2015CD-000039-UPIMS	PUBLICACION, NORMAS, REGLAMENTOS
2015CD-000070-UPIMS	RACIONES DE ALIMENTOS
2015CD-000066-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000027-UPIMS	RESERVA ABIERTA: SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y REPARACION DE ASCENSOR, EDIFICIO CENTRAL MINISTERIO DE SALUD
2015CD-000069-UPIMS	TRADUCCION POLITICA NACIONAL DE SALUD MENTAL DE COSTA RICA
2015LA-000002-UPIMS	CEPILLOS DENTALES Y CEPILLERAS
2015CD-000087-UPIMS	VACUNAS
2015CD-000088-UPIMS	VACUNAS
2015CD-000094-UPIMS	RESERVA ABIERTA: SERVICIO ALIMENTACION Y LOCAL
2015CD-000067-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000043-UPIMS	RESERVA ABIERTA INFORMACION CHIKUNGUNYA Y DENGUE
2015CD-000076-UPIMS	MEJORAS Y REPARACIONES DEL CEN DE SAN BLAS
2015CD-000073-UPIMS	MANTEADOS
2015LA-000005-UPIMS	INSECTICIDA LIQUIDO
2015CD-000085-UPIMS	SERVICIO DE DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION
2015CD-000036-UPIMS	MEJORAS Y REPARACIONES DEL CEN DE SANTA CRUZ
2015CD-000077-UPIMS	MEJORAS Y REPARACIONES DEL CEN DE NICOYA
2015CD-000086-UPIMS	SERVICIO ALIMENTACION Y LOCAL
2015CD-000080-UPIMS	PROYECTORES
2015CD-000083-UPIMS	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA SOLUCION TECNOLOGICA M-SALUD
2015LA-000003-UPIMS	MEJORAS Y REPARACIONES DEL CEN DE CORRALILLO DE NICOYA
2015CD-000099-UPIMS	DEMOLICION INFRAESTRUCTURA

Número de Trámite	Descripción
2015LN-000001-UPIMS	SERVICIO DE OBRAS DE MITIGACION Y ESTABILIZACION DEL RELLENO SANITARIO DE RIO AZUL
2015LA-000009-UPIMS	ROMANAS
2016CD-000001-UPIMS	DISEÑO, DESARROLLO E IMPLEMENTACION DEL PORTAL NACIONAL DE E-SALUD Y M-SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD
2016CD-000002-UPIMS	TABLETAS LARVICIDAS
2014LN-000002-UPIMS	CONSTRUCCION CEN CINAI COCORI CARTAGO
2015LN-000002-UPIMS	CONSTRUCCION CEN CINAI ISLA CHIRA
2015CD-000010-UPIMS	MANTENIMIENTO Y MONITOREO DE ALARMA DE SEGUIRDAD
2015LA-000013-UPIMS	SERVICIO DE REVISION, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS PARA EL CENSO ESCOLAR
2015LA-000012-UPIMS	TALLIMETRO MECANICO PORTATIL Y DESARMABLE
2014LA-000011-UPIMS	RESERVA ABIERTA SERVICIO DIBUJO DE PLANOS ARQUITECTONICOS
2014LA-000009-UPIMS	RESERVA ABIERTA ANALISIS DE LABORATORIO
2015CD-000027-UPIMS	RESERVA ABIERTA: SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y REPARACION DE ASCENSOR, EDIFICIO CENTRAL MINISTERIO DE SALUD
2015CD-000009-UPIMS	RESERVA ABIERTA: SERVICIO DE DESALMACENAJE
2014CD-000078-UPIMS	RESERVA ABIERTA SERVICIO ANALISIS DE LABORATORIO
2014CD-000045-UPIMS	MANTENIMIENTO Y REPARACION DE AIRES ACONDICIONADOS
2015LA-000004-UPIMS	MEJORAS REPARACIONES DEL CEN DE SAN VICENTE DE NICOYA GUANACASTE
2016CD-000005-UPIMS	LARVICIDA GRANULADO ABATE TEMEPHOS AL 1% PRESENTACION EN SACOS DE 20 KILOGRAMOS
2015CD-000079-UPIMS	SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO DE AGUA POTABLE
2016CD-000012-UPIMS	VACUNA PETAXIM Y VACUNA TETRAXIM
2016CD-000013-UPIMS	VACUNA TETRAXIM

Número de Trámite	Descripción
2016CD-000014-UPIMS	VACUNA TETRAXIM
2016CD-000007-UPIMS	RACIONES DE ALIMENTOS
2015LN-000003-UPIMS	INODOROS ECONOMICO
2016CD-000017-UPIMS	VACUNA TETRAXIM
2016CD-000017-UPIMS	VACUNAS
2015LA-000007-UPIMS	KIMOMOS, ZAPATOS, ETC
2015CD-000096-UPIMS	ANALISIS DE LABORATORIO
2016CD-000021-UPIMS	VACUNAS
2016CD-000022-UPIMS	VACUNAS
2015LA-000006-UPIMS	SOTWARE GPS
2015LN-000003-UPIMS	TANQUES INTERCEPTORES DE GRASA
2016CD-000024-UPIMS	MICROCOMPUTADOR PORTATIL
2015LA-000007-UPIMS	KIMOMOS, ZAPATOS, ETC
2016CD-000027-UPIMS	RESERVA ABIERTA ALIMENTOS CEN
2014LN-000006-UPIMS	RACIONES DE DAF
2015LA-000015-UPIMS	INCUBADORAS Y CONGELADORES
2015LA-000007-UPIMS	KIMOMOS, ZAPATOS, ETC
2016CD-000028-UPIMS	BALONES TERAPEUTICOS
2016CD-000028-UPIMS	MATERIALES DE VINIL
2016LA-000001-UPIMS	REPARACION DEL TECHO DEL CAD
2016LA-000010-UPIMS	REPARACION MAYOR DE CEN DE HEREDIA
2016LA-000012-UPIMS	REPARACION DE CEN DE SANTA CRUZ
2016CD-000030-UPIMS	VACUNAS
2016CD-000029-UPIMS	COMPUTADORA PORTATIL
2015LA-000008-UPIMS	EQUIPO FILM ARRAY
2016CD-000004-UPIMS	RESERVA ABIERTA: ANALISIS DE LABORATORIO
2015LN-000001-UPIMS	OBRAS DE MITIGACION
2015LN-000001-UPIMS	MANTENIMIENTO DE VEHICULOS
2015LN-000001-UPIMS	MANTENIMIENTO DE VEHICULOS

Número de Trámite	Descripción
2015LN-000001-UPIMS	MANTENIMIENTO DE VEHICULOS
2015CD-000009-UPIMS	SERVICIOS DE DESALMACENAJE
2014CD-000100-UPIMS	RESERVA ABIERTA: ANALISIS DE LABORATORIO PRODUCTOS DE INTERES SANITARIO
2014LA-000009-UPIMS	ANALISIS DE LABORATORIO ACUATICO
2014LA-000011-UPIMS	SERVICIO DE DIBUJO DE PLANOS ARQUITECTÓNICOS
2014CD-000078-UPIMS	ANALISIS DE LABORATORIO
2014CD-000045-UPIMS	SERVICIOS DE MANTENIMEINTO Y REPARACION DE AIRES ACONDICIONADOS
2017CD-000001-UPIMS	COMPRA DE VACUNAS
2015CD-000027-UPIMS	MANTENIMIENTO Y REPARACION DE ASCENSORES
2017CD-000002-UPIMS	SERVICIOS PROTOCOLARIOS COMISCA
2017CD-000003-UPIMS	VACUNAS
2017CD-000004-UPIMS	PAQUETES FRIOS
2017CD-000005-UPIMS	CABLES
2017CD-000006-UPIMS	TERMOS Y VACUNAS
2017CD-000007-UPIMS	VACUNAS
2017CD-000008-UPIMS	VACUNAS
2015CD-000297-63000	SERVICIO DE LIMPIEZA
2017CD-000009-UPIMS	SUSCRIPCION PERIODICOS
2017CD-000009-UPIMS	SUSCRIPCION PERIODICOS
2015LN-000001-UPIMS	OBRAS DE MITIGACION
2015LA-000021-63102	ORGANIZACIÓN, COORDINACION APOYO Y LOGISTICA SEGUNDA CARRERA RECREATIVA REGIONAL OCCIDENTE LEY 9028, “APOYO A LA VIDA SIN TABACO Y SIN DROGAS”
2015LA-000011-63102	COMPRA DE PANTALLA DE TELEVISION Y PROYECTOR DE IMÁGENES
2015CD-000242-63102	COMPRA DE CENTRAL TELEFONICA
2015LA-000012-63200	COMPRA PROYECTOR MULTIMEDIA

Número de Trámite	Descripción
2015CD-000230-63102	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOS
2015CD-000109-63102	CAPACITACION EN TALLERES DINAMICOS PROGRAMA “PONELE A LA VIDA”
2015CD-000248-63102	RESERVA ABIERTA SERVICIO DE PAUTA INFORMATIVA
2015LA-000020-63102	DESARROLLO DE SISTEMAS
2015CD-000096-63102	ACOMPAÑAMIENTO METODOLOGICO PARA LA EVALUACION DEL IMPACTO DE LA LEY 9028 EN LA INCIDENCIA DEL INFARTO AGUDO
2015CD-000234-63102	SERVICIOS PROFESIONALES, CONDUCCION, DISEÑO Y ELABORACION DE GUIAS
2015CD-000125-63102	CAMISETAS, TSHIRT, CAMISETAS, ACTIVIDADES PROMOCIONALES
2015LA-000019-63102	ANALIZADOR AUTOMATICO DE MONOXIDO DE CARBONO
2015CD-000251-63102	RESERVA ABIERTA: SERVICIO DE PAUTA INFORMATIVA
2015CD-000260-63102	CAPACITACION EN EL ANALISIS DE DATOS CUANTITATIVOS
2015CD-000280-63102	SERVICIOS PROFESIONALES EN PROMOCION DE LA SALUD
2015CD-000209-63102	LICENCIAS TOAD ORACLE PROFESIONAL EDITION
2015CD-000259-63102	SERVICIOS PROFESIONALES EN CIENCIAS SOCIALES
2015LA-000023-63102	SERVICIO DISEÑO, TRANSFORMACION Y EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD ITINERANTE
2014CD-000208-63102	INSTALACION FIBRA OPTICA Y OBRAS
2015CD-000281-63200	CURSO DE CAPACITACION GESTION DE MENUS Y GESTION DE INOCUIDAD
2015CD-000211-63200	ALQUILER CEN COCO CARRILLO GUANACASTE
2015CD-000180-63200	MANTENIMIENTO Y REPARACION MOBILIARIO DE OFICINA
2015CD-000245-63102	BALONES ESLATOMETRO
2015CD-000176-63101	ALQUILER AREA RECTORA DE SALUD BELEN FLORES

Número de Trámite	Descripción
2015CD-000194-63102	RESERVA ABIERTA SERVICIO DE PAUTA INFORMATIVA
2015LA-000004-63200	COMPUTADORAS DE ESCRITORIO
2015CD-000246-63102	ESTANTE METALICO
2015CD-000191-63102	RESERVA ABIERTA SERVICIO DE PAUTA INFORMATIVA
2015CD-000301-63102	RESERVA ABIERTA SERVICIO DE PAUTA INFORMATIVA
2015CD-000299-63102	RESERVA ABIERTA SERVICIO DE PAUTA INFORMATIVA
2014CD-000061-63000	RESERVA ABIERTA DISEÑO DESARROLLO DE INFORMACION TECNOLOGICA
2015CD-000298-63102	RESERVA ABIERTA SERVICIO DE PAUTA INFORMATIVA
2015LA-000031-63102	CAMISETAS TIPO POLO DISEÑO ALUSIVO A LA LEY 9028
2015LA-000031-63102	COLCHONETAS DE ESPUMA
2015LA-000029-63102	EMPRESAS ESPECIALISTAS EN MERCADEO
2015LA-000035-63102	CAMARAS DE VIDEOCONFERENCIA
2015LA-000035-63102	CAMARAS DE VIDEOCONFERENCIA
2015LA-000034-63102	PANTALLAS BLANCAS PARA PROYECCION
2015LA-000034-63102	MICROFONOS INALAMBRICOS
2015LA-000034-63102	MEGAFONOS CON MICROFONO INCORPORADO
2015LA-000030-63102	COMPUTADORAS DE ESCRITORIO
2015CD-000208-63102	LICENCIAS GENEXUS
2015CD-000200-63102	MAESTRIAS PROFESIONALES EN EPIDEMIOLOGIA
2015LA-000027-63200	RESERVA ABIERTA MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EQUIPO DE COMPUTO Y SISTEMAS DE INFORMACION
2015LA-000033-63102	EQUIPOS DE AMPLIFICACION PORTATILES
2015LA-000032-63102	IMPRESIONES DE COLECCIÓN DE 21 PAGINAS ENCOLADAS EN LOMO Y TROQUELADAS, SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS
2015LN-000002-63101	ALQUILER DE PLATAFORMA INSTITUCIONAL
2015CD-000200-63102	MAESTRIA PROFESIONAL EN EPIDEMIOLOGIA APLICADA A LOS SISTEMAS

Número de Trámite	Descripción
2015LA-000024-63102	REALIZACION DE TRES CLASES DE ZUMBA EN EL CTP ACOSTA
2015LA-000024-63102	REALIZACION DE TRES CLASES DE ZUMBA EN EL CTP ACOSTA
2015LA-000024-63102	REALIZACION DE TRES CLASES DE ZUMBA EN EL CTP ACOSTA
2016LN-000001-0013600001	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO AREA RECTORA DE UPALA
2016LN-000002-0013600001	REMODELACION AMPLIACION Y EQUIPAMIENTO AREA RECTORA DE SALUD CORREDORES
2016LN-000002-0013300001	MOTOCICLETAS PARA SEDES REGIOANESL ARS Y NIVEL CENTRAL
2016LN-000003-0013600001	SERVICIOS DE ANALISIS DE ALBORIATORIO (PRORROGABLE 4 AÑOS)
2016LN-000004-0013600001	ALQUILER DE PLATAFORMA DE COLABORACION EN LINEA COMO SERVICIO.
2016LN-000005-0013600001	SERVICIOS DE ANALISIS DE ALBORIATORIO (PRORROGABLE 4 AÑOS)
2016LN-000006-0013600001	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOS
2016LA-000001-0009200001	ALQUILER CENGRANJA DE PALMARES ALAJUELA (PRORROGABLE POR 4 AÑOS)
2016LA-000001-0013300001	EMPRESAS ESPECIALISTAS EN MERCADEO QUE DESARROLLE ESTRATEGIA CREATIVA.
2016LA-000001-0013500001	MANTENIMIENTO DE EDIFICIOS LOCALES
2016LA-000001-0013600001	ALQUILER DE EQUIPO DE IMPRESIÓN Y COPIADO DIGITAL DE ALTO VOLUMEN
2016LA-000002-0009200001	LICENCIA CORPORATIVA DE ANTIVIRUS PARA 2.500 COMPUTADORAS (PRORROGABLE 4 AÑOS)
2016LA-000002-0013300001	EMPRESAS ESPECIALISTAS EN MERCADEO QUE DESARROLLE ESTRATEGIA CREATIVA.
2016LA-000002-0013600001	LARVICIDAS GRANULADO, TABLETAS E INISECTICIDA

Número de Trámite	Descripción
2016LA-000003-0009200001	SISTEMA DE INFORMACION DE DONACION Y TRANSPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS HUMANOS.
2016LA-000003-0013300001	CEPILLO DENTAL PARA NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS
2016LA-000003-0013600001	BLOQUEADOR Y REPELENTE
2016LA-000004-0009200001	ALQUILER CEN- LA GRANJA DE PALMARES ALAJUELA (PRORROGABLE POR 4 AÑOS)
2016LA-000004-0013300001	VEHICULOS HIBRIDOS
2016LA-000004-0013600001	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO AREA RECTORA DE CIUDAD QUESADA
2016LA-000005-0009200001	GRADAS CUÑAS, BARRAS, ETC
2016LA-000005-0013300001	VEHICULOS HIBRIDOS
2016LA-000005-0013600001	AUTOCLAVE Y TERMOCICLADOR
2016LA-000006-0009200001	ALQUILER DE IMPTRESORAS LASER (PRORROGABLE 48 MESES)
2016LA-000006-0013300001	CONGELADOR Y HORNO ELECTRICO
2016LA-000006-0013600001	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO AREA RECTORA DE SALUD DE HOJANCHA
2016LA-000007-0009200001	PARACAIDAS Y BOLAS DE GIMNASIO
2016LA-000007-0013300001	LOGISTICA, ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO EVENTOS SOBRE CONTROL DE TABACO
2016LA-000007-0013600001	ANALISIS DE LABORATORIO VIGILANCIA ESTATAL DE 70 ACUDUCTOS (PRORROGABLE 48 MESES)
2016LA-000008-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE CEN-LA MARGOT TURRIALBA (PRORROGABLE 48 MESES)
2016LA-000008-0013300001	INSTRUMENTOS MUSICALES PROGRAMA CRECER CON LA MUSICA
2016LA-000008-0013600001	INSECTICIDA-LARVICIDA-BIOLARVICIDA Y ADULTICIDA
2016LA-000009-0009200001	91 ESCANERS
2016LA-000009-0013300001	PLAYGROUND

Número de Trámite	Descripción
2016LA-000010-0009200001	38 COMPUTADORES CEN-CINAI
2016LA-000010-0013300001	CONSTRUCCION CEN -CINAI SANTA ANA NICOYA
2016LA-000011-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE CEN-CABALLO BLANCO-DULCE NOMBRE (PRORROGABLE 48 MESES)
2016LA-000011-0013300001	CONSTRUCCION CEN -CINAI PUEBLO VIEJO DE NICOYA
2016LA-000012-0013300001	CONSTRUCCION CEN -CINAI MANSION DE NICOYA
2016CD-000001-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE CEN-CINAI SAN MIGUEL ESCAZU (PRORROGABLE 48 MESES)
2016CD-000001-0013300001	RENOVACION DE 6 LICENCIAS DE ADOBE
2016CD-000001-0013600001	SERVICIO DE INFORMACION PARA LA CAMPAÑA DE PUBLICIDAD
2016CD-000002-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR ARS DE CORREDORES (PRORROGABLE 48 MESES)
2016CD-000002-0013300001	RENOVACION DE 6 LICENCIAS DE ADOBE
2016CD-000002-0013500001	COMPUTADORAS
2016CD-000003-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR ARS DE MORA PALMICHAL (PRORROGABLE 48 MESES)
2016CD-000003-0013300001	BAJALENGUAS DE MADERA
2016CD-000003-0013600001	DESARROLLO DE SISTEMAS INFORMATICOS
2016CD-000004-0009200001	SEGURIDAD Y VIGILANCIA (4 MESES)
2016CD-000004-0013300001	GUANTES DE LATEX. MASCARILLAS, HILO DENTAL Y APLICADORES
2016CD-000004-0013600001	MANTENIMEINTO DE SERVIDORES
2016CD-000005-0009200001	CONTENEDORES: RECICLAJE
2016CD-000005-0013300001	SOLUCION REVELADORA DE PLACA BACTERIANA
2016CD-000005-0013600001	IMPRESIÓN GUIAS ALIMENTARIAS
2016CD-000006-0009200001	DIVULGACION DE ACTIVIDADES: CICLISMO RECREATIVO Y ATLETISMO
2016CD-000006-0013300001	FLUOR
2016CD-000006-0013600001	INSUMOS PARA MAQUINAS DE DESECHO

Número de Trámite	Descripción
2016CD-000007-0009200001	PAUTA CAMPAÑA INFORMATIVA
2016CD-000007-0013300001	
2016CD-000007-0013600001	INSUMOS PARA MAQUINA DE IMPRESIÓN
2016CD-000008-0009200001	OBSERVATORIO DE VIGILANCIA DE LAS ESTRATEGIAS PARA CUPLIR LEY 9028
2016CD-000008-0013600001	CAJAS DE CARTON
2016CD-000009-0009200001	TONER XEROX
2016CD-000009-0013300001	RESERVA ABIERTA MANTENIMIENTO DE EDIFICIOS
2016CD-000009-0013600001	IMPLEMENTACION Y DESARROLLO MODULO DEL SISTEMA ESCOLAR DE VIGILANCIA NUTRICIONAL
2016CD-000010-0013300001	RESERVA ABIERTA MANTENIMIENTO DE EDIFICIOS CEN CINAI
2016CD-000010-0013600001	AGENCIA PUBLICITARIA: PRDOUCCION DE AUDIOVISUALES
2016CD-000011-0009200001	PAUTA INFORMATIVA REGION BRUNCA
2016CD-000011-0013300001	MICROCIMPUTADOTRAS RENDIMIENTO ALTO
2016CD-000011-0013600001	22 SILLAS GIRATORIAS
2016CD-000012-0009200001	DIVULGACION DE ACTIVIDADES: CICLISMO RECREATIVO Y ATLETISMO
2016CD-000012-0013300001	1000 DENTOFORMA
2016CD-000012-0013600001	LICENCIAS AUTOCAD
2016CD-000013-0013600001	5 PROYECTORES 3000 LUMES
2016CD-000014-0009200001	MICROCOMPUTADOR
2016CD-000014-0013600001	RESERVA ABIERTA: CALIBRACION SONOMETROS
2016CD-000015-0009200001	ACTUALIZACION. MANTENIMIENTO E INCOPORACION DE PRE POST-TEST, VIDEOS, MINIJUEGOS
2016CD-000015-0013600001	SILLAS REUNION (X10)
2016CD-000016-0009200001	32 TABLETAS
2016CD-000016-0013600001	CARTULINAS Y PAPEL ADHESIVO
2016CD-000017-0009200001	CAMARAS FOTOGRAFICAS

Número de Trámite	Descripción
2016CD-000017-0013600001	MOCHILAS (X500)
2016CD-000018-0009200001	PLOTTER A COLOR
2016CD-000018-0013600001	MICROCOMPUTADOR PORTATIL
2016CD-000018-0009200001	EQUIPO MULTIFUNCIONAL ALTO DESEMPEÑO
2016CD-000018-0013600001	SERVICIOS PROFESI0NALES PARA LA ELABORACION DE MODULOS EDUCATIVOS.
2016CD-000020-0013600001	CAMISETAS
2016CD-000021-0009200001	ALQUILER DE SISTEMA INFORMATICO, ADMON, Y R.H.
2016CD-000021-0013600001	2 PROYECTORES
2016CD-000022-0009200001	SUSCRIPCION DE LICENCIAS (PRORROGABLE)
2016CD-000022-0013600001	SOFTWARE DE DESARROLLO PLATAFORMA WEB MOVIL PARA DENUNCIAS
2016CD-000023-0009200001	OBSERVATORIO DE VIGILANCIA DE LAS ESTRATEGIAS PARA CUMPLIR LEY 9028
2016CD-000023-0013600001	MEDALLAS
2016CD-000024-0009200001	LINETA COLOR VERDE AGUA
2016CD-000024-0013600001	FILTROS FIBRA DE VIDRIO Y FIBRA CUARZO
2016CD-000025-0009200001	CERTIFICADO DIGITAL SEGURIDAD
2016CD-000025-0013600001	FORMULARIOS PAPEL QUIMICO
2016CD-000026-0013600001	INSTALACION Y MONITOREO DE SEGURIDADA ARS SIQUIRRES
2016CD-000027-0009200001	BANDERAS PROGRAMA NACIONAL BANDERA AZUL
2016CD-000027-0013600001	SERVICIO: PROYECCIONES DE CUIDADORES
2016CD-000028-0009200001	SISTEMA INFORMATICO ADMINISTRATIVO Y RH
2016CD-000028-0013600001	ELABORACION DE MODULOS EDUCATIVOS
2016CD-000029-0009200001	CAPACITACION FORMULACION Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS
2016CD-000029-0013600001	CAPACITACION TALLER DE REDUCCIÓN DE OBESIDAD EN NIÑOS
2016CD-000030-0013600001	MATERIAL AUDIOVISUAL EL COLOR ROJO

Número de Trámite	Descripción
2016CD-000031-0009200001	RENOVACION LICENCIAS JOOMLA
2016CD-000031-0013600001	RESERVA ABIERTA CALIBRACION SONOMETROS
2016CD-000032-0009200001	DIVULGACION ACTIVIDADES CICLISMO RECREATIVO
2016CD-000032-0013600001	SUSCRIPCION ANUAL PERIODICOS
2016CD-000033-0009200001	PAUTA INFORMATIVA REGION BRUNCA
2016CD-000033-0013600001	ACTIVIDADES DE CAPACITACION
2016CD-000034-0009200001	PROFESIONALES EN CIENCIAS ECONOMICAS
2016CD-000034-0013600001	REVISION DE DATOS Y DIGITACION
2016CD-000035-0009200001	PARLANTES
2016CD-000035-0013600001	EXTINTORES PORTATILES
2016CD-000036-0009200001	SUSCRIPCION ANUAL : ACCESO Y DESCARGA DE IMÁGENES
2016CD-000036-0013600001	CONSTRUCCION DE INSTRUMENTO SOBRE BIENESTAR Y PERCEPCION SUBJETIVA DE SALUD.
2016CD-000037-0013600001	LOGISTICA, ALIMENTACION Y ALQUILER DE SALONES CONGRESO SALUD MENTAL
2016CD-000038-0009200001	LLANTAS CEN CINAI
2016CD-000038-0013600001	LOGISTICA Y MATERIALES II CONGRESO IBEROEMARICANO DE ALZHEIMER
2016CD-000039-0009200001	CONTRATACION DE ESCUELA DE SALUD PUBLICA UCR
2016CD-000039-0013600001	ROTULOS DE SEÑALIZACION
2016CD-000040-0009200001	SOFTWARE ADOBE CREATIVE
2016CD-000040-0013600001	14 COMPUTADORAS PORTÁTILES
2016CD-000041-0009200001	1400 BROUCHURS
2016CD-000041-0013600001	LOGISTICA HOSPEDAJE, ALIMENTACION Y ALQUILER SALONES
2016CD-000042-0009200001	EQUIPO MULTIFUNCIONAL ALTO DESEMPEÑO
2016CD-000042-0013600001	CAMBIO DE ILUMININACION EDIFICIO NORTE
2016CD-000043-0009200001	SILLAS PLEGABLES
2016CD-000043-0013600001	CAMISETAS CUELLO V

Número de Trámite	Descripción
2016CD-000044-0009200001	MESAS PLEGABLES
2016CD-000044-0013600001	SONDAS
2016CD-000045-0009200001	SUSCRIPCION ACCESO Y DESCARGA DE IMÁGENES
2016CD-000045-0013600001	LOGISTICA, ALIMENTACION Y ALQUILER DE SALONES II CONGRESO CENTROAMERICANO SALUD MENTAL
2016CD-000046-0009200001	CAMISETAS JACKETS Y GORRAS PARA UNIDAD ITINERANTE
2016CD-000046-0013600001	CONSTRUCCIONES DE PLANES INTERSECTORIALES PARA ABORDAJE DE OBESIDAD INFANTIL
2016CD-000047-0009200001	INSTALACION FIBRA OPTICA PARA UPALA Y CIUDAD QUESADA
2016CD-000047-0013600001	CAPACITACION TECNICO EN GESTION DEPORTIVA Y LA SALUD…
2016CD-000048-0009200001	PARLANTES
2016CD-000048-0013600001	RESERVA ABIERTA: CALIBRACION DE SONOMETROS Y LUXOMETROS
2016CD-000049-0009200001	IMPRESIÓN OFFSET PROGRAMA GESTION AMBIENTAL
2016CD-000049-0013600001	AUDIOVISUAL COLOR ROJO
2016CD-000050-0009200001	PAUTA INFORMATIVA REGION BRUNCA LIBRE DE HUMO DE TABACO
2016CD-000050-0013600001	INSTALACION Y ALARMA ARS SIQUIERRES (PRORROGABLE
2016CD-000051-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR LA DIRECCION REGIONAL CEN CINAI CENTRAL SUR
2016CD-000051-0013600001	SISTEMA DE INFORMACION DISEÑO DESARROLLO E IMPLEMENTACION DEL BUS
2016CD-000052-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR LA OFICINA LOCAL DE SAN RAFAEL EN OREMUNO CARTAGO
2016CD-000052-0013600001	CORRESPONDNECIA DE MINISTERIO DE SALUD A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL (Prorrogable hasta por 48 meses)

Número de Trámite	Descripción
2016CD-000053-0009200001	LOGISTICA Y ALIMENATCION I ENCUENTRO REDES DE ACTIVIDAD FISICA Y SALUD 2016
2016CD-000053-0013600001	RECARGA DE EXTINTORES TIPO A, ABC, BC
2016CD-000051-0009200001	14 PORTATIL CEN CINAI
2016CD-000054-0013600001	CALIBRACION DE SONOMETROS Y LUXOMETROS
2016CD-000055-0009200001	CARTUCHOS TINTAS Y TONER (CEN CINAI)
2016CD-000056-0009200001	CERTIFICADO DIGITAL SEGURIDAD
2016CD-000056-0013600001	CAPACITACION TECNICO EN GESTION DEPORTIVA Y LA SALUD…
2016CD-000057-0013600001	INSTALACION Y MONITOREO DE SEGURIDADA ARS SI-QUIRRES
2016CD-000058-0009200001	PAUTA INFORMATIVA REGION BRUNCA LIBRE DE HUMO DE TABACO
2016CD-000058-0013600001	RESERVA ABIERTA OTROS SERVICIOS DE ANALISIS DE LABORATORIO
2016CD-000059-0009200001	PROMOCION DE HABILIDADES PARA LA VIDA Y PREVEN-CION DEL FUMADO
2016CD-000060-0009200001	INSTALACION DE FIBRA OPTICA Y OBRAS INTERNAS
2016CD-000061-00092000001	COMPRA DE LLANTAS PARA VEHÍCULOS DEL NIVEL RE-GIONAL Y LOCAL
2016CD-000062-0009200001	14 COMPUTADORAS PORTÁTILES CEN CINAI
2016CD-000063-0009200001	COMPRA DE LLANTAS PARA VEHÍCULOS DEL NIVEL CEN-TRAL
2016CD-000064-0009200001	PROMOCION DE HABILIDADES PARA LA VIDA Y PREVEN-CION DEL FUMADO
2016CD-000065-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR EL ARS EL GUARCO CARTAGO
2017CD-000001-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR AL ARS DE GARABITO
2017CD-000002-0009200001	OBSERVATORIO DE VIGILANCIA DE ESTRATEGIAS E IN-TERVENCIONES EN SALUD

Número de Trámite	Descripción
2017CD-000002-0013600001	DISEÑO, DESARROLLO E IMPLEMENTACION SISTEMA SEVIN
2017CD-000003-0009200001	OBSERVATORIO VIGILANCIA DE ESTRATEGIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY 9028
2017CD-000004-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR ARS DE DES-AMPARADOS PRORROGABLE 48 MESES
2017CD-000006-0009200001	COMPRA DE BRACKET,PEDESTAL Y CONTROL REMOTO PARA TABLET
2017CD-000006-0013600001	INSTALACION Y MONITOREO DE SEGURIDADA ARS SI-QUIRRES PRORROGABLE 48 MESES
2017CD-000007-0009200001	TONER
2017CD-000007-0013600001	SERVICIOS PROTOCOLARIOS PARA EL 5 ENCUENTRO NAC DE RECICLAJE
2017CD-000008-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR LA DARS HE-REDIA PRORROGABLE 48 MESES
2017CD-000009-0013600001	COMPUTADORA PORTATIL
2017CD-000010-0013600001	SERVICIO DE LOGISTICA, ALIMENTACION Y ALQUILER DE SALONES PARA TALLERES
2017CD-000011-0009200001	COMPRA DE BRACKET,PEDESTAL Y CONTROL REMOTO PARA TABLET
2017CD-000012-0009200001	COMPRA DE ACEITE LUBRICANTE 15W-40
2017CD-000012-0013600001	METODOLOGIA PSICODRAMA MEJORANDO LA PRACTICA DE CUIDAR
2017CD-000013-0009200001	LINETA COLOR VERDE AGUA
2017CD-000014-0009200001	KIT DE HERRAMIENTAS PARA SOPORTE DE PC
2017CD-000014-0013600001	SERVICIO ALIMENTACION Y SALONES CONGRESO SA-LUD MENTAL
2017CD-000015-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR CEN CINAI BUENOS AIRES (PRORROGABLE 48 MESES)
2017CD-000015-0013600001	ESTACION TOTAL PARA TOPOGRAFIA

Número de Trámite	Descripción
2017CD-000016-0013600001	SERVICIOS DE APOYO ANALISIS Y EVALUACION Y REPLANTAMIENTO DE PROYECTO
2017CD-000017-0013600001	GENERACION DE PROYECTOS DE ANALISIS GEOESPACIAL Y REGISTROS DE SALUD
2017CD-000018-0009200001	LLANTAS PARA VEHICULOS DE CEN CINAI
2017CD-000018-0009200001	LLANTAS PARA VEHICULOS DE CEN CINAI
2017CD-000019-0009200001	COMPRA DE BRACKET,PEDESTAL Y CONTROL REMOTO PARA TABLET
2017CD-000019-0013600001	DESARROLLO DEL PROYECTO ESCUELAS EN MOVIMIENTO
2017CD-000020-0009200001	CAPACITACION EN PLANIFICACION ESTARTEGICA PARA LA GESTION POR RESULTADOS.
2017CD-000021-0009200001	CAPACITACION DE 17 FUNCIONARIOS ATENCION DIRECTA DEL CEN CINAI
2017CD-000023-0009200001	GORRAS ECOROMERIA
2017CD-000023-0013600001	DESARROLLO DE SERVICIO WEB PARA CONSUMO DE DATOS
2017CD-000024-0013600001	TALLER BRIGADISTA DE ATENCION DE EMERGENCIAS BÁSICO
2017CD-000025-0009200001	COMPRA DE LLANTAS PARA EL NIVEL CENTRAL
	COMPRA DE LLANTAS PARA EL NIVEL CENTRAL
2017CD-000027-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR CEN CINAI SAN PABLO DE NANDAYURE (PRORROGABLE 48 MESES)
2017CD-000027-0013600001	ALQUILER DE MOBILIARIO, EQUIPO Y MATERIALES PARA ENCUENTRO MUNDIAL DE ZONAS AZULES
2017CD-000028-0009200001	PROYECTO TRAZABILIDAD FISCAL DE LA LEY 9028
2017CD-000029-0009200001	TALLERES DINAMICOS
2017CD-000029-0013600001	INSECTICIDA-LARVICIDA-LIQUIDO BASE DE BTI
2017CD-000034-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR DARS ALAJUELA 1 Y 2

Número de Trámite	Descripción
2017CD-000034-0013600001	DESARROLLO DE SERVICIO WEB PARA CONSUMO DE DATOS
2017CD-000044-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR DARS ALAJUELA 1 Y 2
2017CD-000054-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR OFICINA REPRESENTATIVA DEL MINISTERIO DE SALUD EN MONTEVERDE
2017LN-000001-0009200001	ALQUILER DE IMPRESORAS LASER (PRORROGABLE HASTA POR 48 MESES)
2017LN-000002-0013600001	MANTENIMIENTO DE EDIFCIOS DEL MINISTERIO DE SALUD RESERVA ABIERTA PRORROGABLE HASTA POR 48 MESES
2017LN-000004-0013600001	RESERVA ABIERTA: MANTENIMIENTO VEHICULOS (7 REGIONES + NIVEL CENTRAL)
2017LN-000005-0013600001	RESERVA ABIERTA: ALQUILER PLATAFORMA COLABORACION EN LÍNEA OFFICE 365
2017LA-000001-0013600001	CONSTRUCCION AREA RECTORA DE SALUD CIUDAD QUESADA
2017LA-000002-0009200001	SERVICIOS DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD CEN CINAI VALLE ESCONDIDO (PRORROGABLE 48 MESES)
2017LA-000004-0009200001	8,270 AGENDAS PROYECTO PREVENCION TABAQUISMO
2017LA-000005-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR LA DARS HEREDIA PRORROGABLE 48 MESES
2017LA-000007-0009200001	ALQUILER DE INMUEBLE PARA ALBERGAR LA DARS HEREDIA PRORROGABLE 48 MESES
2017LA-000008-0013600001	DEMOLICION Y CONSTRUCCION TOTAL AREA DE BODEGA DIRECCION REGIONAL RECTORIA DE LASUD CENTRAL OCCIDENTE
2017LA-000009-0013600001	SERVICIO DE ALIMENTACION ENCUENTRO MUNDIAL DE ZONAS AZULES
2018CD-000001-0013600001	Servicios protocolarios y sociales: Talleres para la construcción del componente IV y V de la Estrategia Nacional de Reciclaje

Número de Trámite	Descripción
2018LA-000001-0013600001	Demolición y Construcción Total del Área de Bodega de la D.R.R.S. Central Occidente.
2018CD-000002-0013600001	Capacitación con Alimentación para 1000 Personas
2018LA-000003-0013600001	Construcción de muro de contención en el Área Rectora de Salud de Esparza
2018LN-000001-0013600001	Insecticida y larvicida
2018LA-000004-0013600001	Remodelación Área Rectora de Salud de Pavas

Anexo 5

Contratos vigentes a febrero de 2018

Tipo de procedimiento	Descripción del producto	Monto anual	Fecha de inicio	Fecha de finalización
2016LN-000006-0013600001	SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOSREGIÓN BRUNCA	15.000.000,00	27/04/2017	27/04/2021
2016LN-000006-0013600001	SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOSREGIÓN PACIFICO CENTRAL	15.000.000,00	31/05/2017	31/05/2021
2017LN-000004-0013600001	SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOSREGION CENTRAL NORTE	13.260.000,00	25/10/2017	25/10/2021
2017LN-000004-0013600001	SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOSREGION HUETAR CARIBE	26.000.000,00	25/10/2017	25/10/2021
2017LN-000004-0013600001	SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOSREGION OCCIDENTE	7.800.000,00	25/10/2017	25/10/2021
2017LN-000004-0013600001	SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOSREGION CENTRAL SUR	2.900.000,00	14/11/2017	14/11/2021
2017LN-000004-0013600001	SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOSREGION CHOROTEGA	22.620.000,00	01/01/2018	01/01/2022
2013LA-000011-63101	SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOSREGION HUETAR NORTE	21.840.000,00	TRÁMITE EN PROCESO	

Tipo de procedimiento	Descripción del producto	Monto anual	Fecha de inicio	Fecha de finalización
2013LN-000002-63101	SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOSREGION CENTRAL ESTE	7.800.000,00	TRÁMITE EN PROCESO	
2014CD-000092-UPIMS	ALQUILER EDIFICIOARS Escazú	47.011.980,00	01/12/2014	30/11/2018
2014CD-000156-63200	ALQUILER EDIFICIO Oficina Local CEN-CINAI Nicoya	2.400.000,00	01/12/2014	30/11/2018
2014LA-000003-63101	ALQUILER EDIFICIOARS Hojancha	5.880.000,00	15/11/2014	14/11/2018
2014LA-000013-63200	ALQUILER EDIFICIO Dirección Regional CEN-CINAI/Central Norte	12.000.000,00	15/11/2014	14/11/2018
2015CD-000102-63101	ALQUILER EDIFICIOARS Santa Bárbara de Heredia	19.272.000,00	15/08/2015	14/08/2019
2015CD-000105-63101	ALQUILER EDIFICIOARS Curridabat	24.480,00	01/10/2015	31/09/2019
2015CD-000135-63101	ALQUILER EDIFICIO Brigada Entomológica Huetar Norte	10.200.000,00	01/11/2015	31/10/2019
2015CD-000176-63101	ALQUILER EDIFICIO ARS Belén-Flores	40.800,00	01/12/2015	30/11/2019
2015CD-000211-63200	ALQUILER EDIFICIOCEN del Coco de Carrillo-Guanacaste	3.000.000,00	15/12/2015	14/12/2019
2015LA-000006-63200	ALQUILER EDIFICIO Dirección Regional de CEN-CINAI/Chorotega	7.200.000,00	01/08/2015	31/07/2019
2015LA-000007-63200	ALQUILER EDIFICIO Oficina Local CEN-CINAI San Martín de Nicoya	12.000.000,00	15/07/2015	14/07/2019
2015LA-000017-63101	ALQUILER EDIFICIOARS Ciudad Quesada	15.600.000,00	15/10/2015	14/10/2019
2016CD-000001-0009200001	ALQUILER EDIFICIOCEN-CINAI San Miguel de Escazú	32.400.000,00	01/03/2016	28/02/2020
2016CD-000002-0009200001	ALQUILER EDIFICIOARS Corredores	13.824.000,00	01/04/2016	31/03/2020
2016CD-000003-0009200001	ALQUILER EDIFICIOARS Mora-Palmichal	8.981.340,00	01/11/2016	31/10/2020

Tipo de procedimiento	Descripción del producto	Monto anual	Fecha de inicio	Fecha de finalización
2016LA-000001-0009200001	ALQUILER EDIFICIOCEN La Granja de Palmares-Alajuela	8.400.000,00	01/12/2016	30/11/2020
2016CD-000051-0009200001	ALQUILER EDIFICIODIRECCION REGIONAL DE CEN CINAI CENTRAL SUR	51.600,00	15/02/2017	14/02/2021
2016CD-000052-0009200001	ALQUILER EDIFICIOOFICINA LOCAL CEN CINAI SAN RAFAEL DE OREAMUNO - CARTAGO	4.200.000,00	15/03/2017	14/03/2021
2016LA-000008-0009200001	ALQUILER EDIFICIOCEN LA MARGOT, TURRIALBA - CARTAGO	5.100.000,00	15/03/2017	14/03/2021
2016LA-000011-0009200001	ALQUILER EDIFICIOCEN CABALLO BLANCO - DULCE NOMBRE DE CARTAGO	12.000.000,00	01/04/2017	31/03/2021
2016CD-000065-0009200001	ALQUILER EDIFICIO ARS EL GUARCO - CARTAGO	14.400.000,00	01/05/2017	30/04/2021
2017CD-000001-0009200001	ALQUILER EDIFICIO ARS GARABITO - PUNTARENAS	36.000,00	01/05/2017	30/04/2021
2017CD-000015-0009200001	ALQUILER EDIFICIOOFICINA LOCAL DE CEN-CINAI BUENOS AIRES - PUNTARENAS	3.120.000,00	01/11/2017	31/10/2021
2017CD-000027-0009200001	ALQUILER EDIFICIOCEN CINAI SAN PABLO DE NANDAYURE - GUANACASTE	4.320.000,00	01/12/2017	30/11/2021
2017LA-000007-0009200001	ALQUILER EDIFICIOARS DE HEREDIA	13.665.960,00	01/11/2017	31/10/2021
2017CD-000030-0009200001	ALQUILER EDIFICIOSEDE REGIONAL CENTRAL ESTE	43.596.000,00	TRÁMITE EN PROCESO	
2017CD-000032-0009200001	ALQUILER EDIFICIOARS DE GRECIA	10.129.920,00	01/12/2017	30/11/2021
2017CD-000042-0009200001	ALQUILER EDIFICIOSEDE REGIONAL PACIFICO CENTRAL	85.864.801,32	TRÁMITE EN PROCESO	

Tipo de procedimiento	Descripción del producto	Monto anual	Fecha de inicio	Fecha de finalización
2017CD-000055-0009200001	ALQUILER EDIFICIOARS DE ALAJUELA 1 Y 2	52.800.000,00	TRÁMITE EN PROCESO	
2017CD-000057-0009200001	ALQUILER EDIFICIOARS MONTEVERDE	11.128,32	TRÁMITE EN PROCESO	
2014CD-000045-UPIMS	MANTENIMIENTO AIRES ACONDICIONADOS	3.200.000,00	04/09/2014	04/09/2018
2014CD-000078-UPIMS	ANÁLISIS DE LABORATORIO (CALIDAD AGUA)	79.000.000,00	18/02/2015	18/02/2019
2014CD-000100-UPIMS	RESERVA ABIERTA ANÁLISIS DE LABORATORIO POR 4 AÑOS (REGULACIÓN)	150.000.000,00	26/02/2015	26/02/2019
2014CD-000205-63102	ACTUALIZACION DE LICENCIA E-POWER	AÑO 1: 36.480,00 AÑO 2: 29.040,00 AÑO 3: 30.322,00 AÑO 4: 31.668,00	17/03/2015	17/03/2019
2014LA-000009-UPIMS	ANÁLISIS DE LABORATORIO (COLIFORMES)	5.000.000,00	01/01/2015	31/12/2018
2014LA-000011-UPIMS	DIBUJO DE PLANOS	5.000.000,00	21/07/2015	21/07/2019
2014LN-000003-63102	SOLUCION TECNOLOGICA DE INFORMACION Y TELECOMUNICACIONES	211.524,00	01/04/2015	31/03/2019
2014LN-000006-UPIMS	RACIONES DE ALIMENTOS (DAF)	437.808.000,00	01/11/2016	31/10/2020
2015CD-000009-UPIMS	RESERVA ABIERTA PAGO SERVICIOS DE DESALMACENAJE	2.000.000,00	21/07/2015	21/07/2019
2015CD-000027-UPIMS	MANTENIMIENTO ASCENSORES (EDIFICIO CENTRAL)	2.040.000,00	16/10/2015	16/10/2019

Tipo de procedimiento	Descripción del producto	Monto anual	Fecha de inicio	Fecha de finalización
2015CD-000180-63200	RESERVA ABIERTA MANTENIMIENTO Y REPARACION DE MOBILIARIO Y EQUIPO DE OFICINA (CEN- CINAI)	3.000.000,00	11/12/2015	11/12/2019
2015CD-000200-63102	MAESTRÍA PROFESIONAL EN EPIDEMIOLOGÍA APLICADA A LOS SISTEMAS DE SALUD	156.669,80	28/03/2016	31/12/2018
2015LA-000003-63200	RESERVA ABIERTA MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOS (CEN-CINAI)	10.000.000,00	27/08/2015	27/08/2019
2015LA-000027-63200	RESERVA ABIERTA MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPO DE CÓMPUTO (CEN - CINAI)	5.000.000,00	01/04/2016	01/04/2020
2015LN-000001-UPIMS	CONTRATACION DE BIENES Y SERVICIOS POST-CIERRE RIO AZUL	1.198.800.000,00	15/01/2016	15/01/2020
2015LN-000002-63101	ALQUILER PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE COLABORACIÓN EN LÍNEA	$90.576,00	01/06/2016	31/05/2020
2015LN-000003-UPIMS	TANQUES SÉPTICOS, INTERCEPTORES DE GRASA INODOROS Y LAVATORIOS	324.470.000,00	22/06/2016	22/06/2020
		129.680,00	11/05/2016	11/05/2020
2016CD-000002-0013300001	SUSCRIPCIÓN ANUAL 6 LICENCIAS SUITE ADOBE CREATIVE CLOUD FOR TEAM	$3.436,00	02/11/2016	02/11/2020
2016CD-000004-UPIMS	RESERVA ABIERTA ANÁLISIS DE LABORATORIO POR 3 AÑOS (REGULACIÓN)	130.000.000,00	17/01/2017	17/01/2020
2016CD-000039-0009200001	CONTRATACIÓN ESCUELA SALUD PÚBLICA/UCR/ TALLERES ESTIMULACIÓN ADOLESCENTE	67.823.984,00	01/11/2016	01/11/2018
2016LA-000001-0013600001	RESERVA ABIERTA ALQUILER DE EQUIPOS DE IMPRESIÓN	22.000.000,00	01/11/2016	31/10/2020

Tipo de procedimiento	Descripción del producto	Monto anual	Fecha de inicio	Fecha de finalización
2016CD-000056-0009200001	CERTIFICADO DIGITAL DE SEGURIDAD PARA LAS APLICACIONES WEB DEL MINISTERIO DE SALUD	1.400,00	15/03/2017	15/03/2021
2016LA-000002-0009200001	LICENCIA CORPORATIVA DE ANTIVIRUS PARA 2500 COMPUTADORAS	12.000,00	01/11/2016	01/11/2020
2017CD-000030-0013600001	RESERVA ABIERTA CALIBRACIÓN DE SONOMETROS	6.000.000,00	TRÁMITE EN PROCESO	
2016CD-000058-0013600001	RESERVA ABIERTA OTROS SERVICIOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO	48.200.000,00	27/04/2017	27/04/2021
2016LA-000007-0013600001	RESERVA ABIERTA ANÁLISIS DE LABORATORIO DE AGUA	14.000.000,00	15/03/2017	15/03/2021
2017LN-000005-0013600001	RESERVA ABIERTA ALQUILER DE PLATAFORMA DE COLABORACIÓN EN LÍNEA OFFICE 365/ PLAN E3	AÑO 2017: 75.000.000,00 AÑO 2018: 135.000.000,00 AÑO 2019: 190.000.000,00 AÑO 2020: 250.000.000,00	27/10/2017	27/10/2021
2016CD-000052-0013600001	RESERVA ABIERTA SERVICIO DE DISTRIBUCION DE CORRESPONDENCIA A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL	10.000.000,00	08/05/2017	08/05/2021
2016CD-000031-0009200001	RENOVACION DE LICENCIAS JOOMLA	375.000,00	01/11/2016	01/11/2020
2016CD-000057-0009200001	DISEÑO Y EJECUCION DE PLAN DE GESTION PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOCISIONES EN LA LEY 9028	495.000.000,00	21/12/2017	21/12/2021

Tipo de procedimiento	Descripción del producto	Monto anual	Fecha de inicio	Fecha de finalización
2016CD-000028-0009200001	ALQUILER DE SISTEMA INFORMATICO, ADMINISTRATIVO - FINANCIERO Y DE RECURSOS HUMANOS (ERP)	264.000,00	07/09/2016	06/09/2020
2017CD-000006-0013600001	INSTALACION Y MONITOREO DE ALARMA EN EL ARS DE SIQUIRRES	2.656.745,64	27/10/2017	27/10/2021
2017LN-000001-0009200001	RESERVA ABIERTA: ALQUILER DE IMPRESORAS LASER	AÑO 1: 72.000.000,00 AÑO 2: 200.000.000,00 AÑO 3: 430.000.000,00 AÑO 4: 430.000.000,00	14/11/2017	14/11/2021
2017LN-000002-0013600001	RESERVA ABIERTA MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICIOS	100.000.000,00	21/07/2017	21/07/2021
2017CD-000003-0009200001	PROYECTO OBSERVATORIO DE VIGILANCIA DE ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES EN SALUD LEY 9028 (PRORROGABLE POR 36 MESES)	54.000.000,00	21/07/2017	21/07/2021
2017CD-000011-0013600001	RESERVA ABIERTA: ANALISIS DE LABORATORIO AGUAS RESIDUALES Y EMISIONES ATMOSFERICA	81.000.000,00	TRÁMITE EN PROCESO	
2017CD-000036-0009200001	MANTENIMIENTO Y REPARACION DE DOS ESTACIONES MOVILES DE ANALIZADORES AUTOMATICOS	10.000.000,00	17/05/2017	17/05/2020
2017CD-000056-0009200001	RESERVA ABIERTA PARA EL MANTENIMIENTO DE LA UNIDAD ITINERANTE (2 TRAILERS)	12.000.000,00	TRÁMITE EN PROCESO	

Anexo 6

El detalle de los siguientes temas lo podrá encontrar en los enlaces que se señalan a continuación

1.Datos del Proceso de Evaluación del Desempeño, 2014-2018

https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/recursos-humanos

2. Datos de planillas con salarios

https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/recursos-humanos

Anexo 7

Informes de Auditoría del Período y Estado de Cumplimiento
Ministerio de Salud 2014-2018

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-221-2014	Informe sobre la Ejecución Presupuestaria Libre y Específico Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS-BNCR	4.1.1 Ordenar a la directora de la División Administrativa emprender las acciones necesarias para cumplir las recomendaciones emitidas en el presente informe, con el propósito de fortalecer el control interno y minimizar los riesgos derivados de las actividades relacionadas con la ejecución de los ingresos por superávit del presupuesto del Fideicomiso 872 MINISTERIO DE SALUD-CTAMS-BNCR. Para lo anterior la División Administrativa debe enviar a esta Dirección, el cronograma que incluya las actividades a realizar con los responsables de implementar cada una de las recomendaciones y las fechas de cumplimiento.	X	
DGA-221-2014	Informe sobre la Ejecución Presupuestaria Superávit Libre y Específico Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS-BNCR	4.1.2 Ordenar a la directora de la División Administrativa que, para la suspensión de la práctica de utilizar ingresos de capital para financiar los gastos corrientes, se giren las instrucciones por escrito conforme lo indicado en el Decreto Ejecutivo 34040-H, con el propósito de que se cumpla con el bloque de legalidad y así acatar lo indicado en la norma 2.2.9 de las NTPP. Considerando lo establecido en el informe DGA-444-13 en la recomendación 4.1.3 y en el oficio DA-478-2014, se solicita emita a esta dirección, certificación de que esta práctica ha sido eliminada, desde que giró verbalmente tal disposición	X	
DGA-221-2014	Informe sobre la Ejecución Presupuestaria Superávit Libre y Específico Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS-BNCR	4.1.3 Ordenar a la División Administrativa que los recursos del Superávit Específico Fideicomiso JPS se presupuesten conforme al ordenamiento jurídico aplicable, específicamente en el desino que deben tener estos recursos, según lo dispuesto en la Ley 8718, de modo que el CTAMS disponga de una distribución de dichos fondos en las actividades destinadas a financiar, exclusivamente, programas públicos de salud preventiva. Ver resultado 2.1		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-221-2014	Informe sobre la Ejecución Presupuestaria Superávit Libre y Específico Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS-BNCR	4.2.1 Implementar lo establecido en la norma 3.4 de las NTPP, que señalan como obligación de los titulares subordinados y funcionarios de las unidades competentes el preparar, divulgar y propiciar el conocimiento de manuales que contengan normas que definan con claridad los procedimientos, la participación del funcionario o la unidad encargada de la coordinación general, las responsabilidades de los actores y las unidades que intervienen en el desarrollo coordinado e integrado del proceso presupuestario. Plazo al 30 de setiembre 2014, sobre las acciones llevadas a cabo para cumplir con la recomendación. (Ver capítulo de resultados)		X
DGA-221-2014	Informe sobre la Ejecución Presupuestaria Superávit Libre y Específico Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS-BNCR	4.2.2 Brindar capacitación a los funcionarios de los niveles operativos de la Unidad Financiera sobre los documentos presupuestarios, según las funciones asignadas a cada uno, con el propósito de que tengan los insumos necesarios para cumplir sus actividades, según la reglamentación vigente y establecer procedimientos para que cuenten con información oportuna del presupuesto ordinario, extraordinario y sus modificaciones, así como los convenios, decretos y otros documentos. Aplica a todos los resultados. Plazo de cumplimiento 30 de setiembre 2014		X
DGA-221-2014	Informe sobre la Ejecución Presupuestaria Superávit Libre y Específico Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS-BNCR	4.2.3 Incluir en los expedientes presupuestarios los planes de inversión, la distribución de los recursos, las leyes, decretos, convenios o disposiciones especiales relacionadas con el superávit específico de manera que permita contar con la información necesaria para cualquier revisión que pretenda realizar a lo interno o externo de la Unidad Financiera, acatando lo indicado en la NTPP (normas 4.2.14, 4.3.13). Además, el expediente debe contener información de la unidad ejecutora o los responsables de estos fondos. Ver resultado 2.1, y 2.2. Plazo de cumplimiento 30 de setiembre 2014		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-174-2014	Estudio Seguimiento recomendaciones el informe DGA-610-2010, relacionado con las Transferencias de fondos a la Asociación Cruz Roja Costarricense. Ley 8114	4.1.1 Se reiteran las recomendaciones emitidas en el Informe DGA-610-2010. 4.1.1 Velar por el cumplimiento del cronograma de actividades anuales plasmado en el plan de trabajo presentado por el Área de Presupuestación Custodia y Normalización	X	
DGA-174-2014	Estudio Seguimiento recomendaciones el informe DGA-610-2010, relacionado con las Transferencias de fondos a la Asociación Cruz Roja Costarricense. Ley 8114	4.1.2 Realizar análisis a la documentación presentada por la Cruz Roja como son las conciliaciones mensuales e informes de liquidación contra la documentación física solicitada en las visitas periódicas programadas donde se apliquen pruebas selectivas de la información y procedimientos utilizados, de manera tal que tenga la evidencia de que los recursos ejecutados cumplen razonablemente con los porcentajes establecidos en la ley y evidenciar cualquier desviación, error u omisión en la aplicación de estos recursos. Aparte 2.1 Plazo de cumplimiento mayo 2014	X	
DGA-174-2014	Estudio Seguimiento recomendaciones el informe DGA-610-2010, relacionado con las Transferencias de fondos a la Asociación Cruz Roja Costarricense. Ley 8114	4.1.3 Incluir en los informes emitidos por el analista según las fechas establecidas, los resultados de las visitas periódicas según el cronograma de actividades del Plan de Trabajo, con el fin de que estos contengan información confiable oportuna y útil como parte de mecanismos de control que tienen implementados esta unidad. Estos informes deberán ser valorados por el coordinador del área respectiva. Aparte 2.1 Plazo de cumplimiento mayo 2014	X	
DGA-344-2014	Informe Relacionado con las Garantías de Participación y Cumplimiento	4.1.Plazo el 15 de noviembre del 2014, sobre los resultados de la investigación sobre el faltante de las garantías depositadas por la empresa WPP Continental de Costa Rica S.A., así como de las otras tres garantías que no fueron localizadas (indicadas en el resultado 2.19) y gestionar las acciones que correspondan	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-344-2014	Informe Relacionado con las Garantías de Participación y Cumplimiento	4.1.2 Ordenar al Director Financiero, Bienes y Servicios depurar conforme la normativa sobre archivo y otra legislación conexa, los documentos que deben permanecer en el proceso de Tesorería, de forma que se custodien únicamente aquellos que apoyen los procesos de contratación vigentes y se actualicen los registros concernientes de acuerdo a esta depuración, de tal manera que los mismos contengan información confiable, oportuna y precisa. Plazo hasta el 15 de noviembre 2014. Ver resultado 2.1	X	
DGA-344-2014	Informe Relacionado con las Garantías de Participación y Cumplimiento	4.1.3 Ordenar al Director Financiero, Bienes y Servicios que se concilien los registros entre los procesos de Tesorería, Contabilidad y Proveeduría, de forma que la información sea uniforme y apoye a la gestión de contratación Administrativa y que los Estados Financieros reflejen datos confiables y debidamente respaldados. Plazo para envío de los resultados el 30 de noviembre 2014. Ver resultado 2.2		X
DGA-344-2014	Informe Relacionado con las Garantías de Participación y Cumplimiento	4.1.4 Ordenar al Director Financiero, Bienes y Servicios que, al 30 de enero de 2015, se tengan elaborados e implementados los procedimientos que permitan guiar y evaluar las actividades de recepción, custodia y seguimiento de los documentos de garantías de participación y cumplimiento. Ver resultado 2.3		X
DGA-344-2014	Informe Relacionado con las Garantías de Participación y Cumplimiento	4.1.5 Ordenar al Director Financiero, Bienes y Servicios que, al 15 de octubre 2014, regule el acceso a la bóveda de seguridad del Ministerio y establezca los lineamientos que permitan identificar que se va a resguardar en este lugar y se descarte todo aquello que no corresponda. Ver resultado 2.1 y 2.3	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-334-2014	Estudio Especial sobre los procedimientos aplicados para el alquiler de los establecimientos CEN CINAI que fueron afectados por el terremoto de Nicoya del 5 setiembre 2012	4.1.1 Ordenar a la División Administrativa para que, atendiendo el ordenamiento jurídico vigente elabore y apruebe un procedimiento para las gestiones en cuanto a la disposición de los recursos y los mecanismos de ejecución ante declaratorias de emergencia emitidas por la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, con el propósito de que cuenten con una guía a seguir en futuras emergencias y que involucren recursos de Ministerio. Punto 2.1, 2.2, 2.3 Plazo tres meses		X
DGA-334-2014	Estudio Especial sobre los procedimientos aplicados para el alquiler de los establecimientos CEN CINAI que fueron afectados por el terremoto de Nicoya del 5 setiembre 2012	4.1.2 Ordenar a la Comisión Interna de Aprobación de Contratos que se elimine la práctica de refrendar contratos y convenios con fechas de rige que no son efectivas a la luz de la eficacia jurídica y se prevenga efectuar pagos que no cumplan con el bloque de legalidad. Punto 2.1 Plazo Inmediato		X
DGA-334-2014	Estudio Especial sobre los procedimientos aplicados para el alquiler de los establecimientos CEN CINAI que fueron afectados por el terremoto de Nicoya del 5 setiembre 2012	4.1.3 Ordenar a la División Administrativa para que instruya que la formulación del presupuesto ordinario del Fideicomiso 872-BNCR-CTAMS reúna de forma integral, todas las obligaciones que el Ministerio ha asumido y que han sido puestas en conocimiento a la unidad organizativa responsable de dicha formulación. Punto 2.2 Plazo inmediato		X
DGA-334-2014	Estudio Especial sobre los procedimientos aplicados para el alquiler de los establecimientos CEN CINAI que fueron afectados por el terremoto de Nicoya del 5 setiembre 2012	4..1.4 Ordenar a la División Administrativa y a la directora del CEN CINAI para que elaboren e implementen una estrategia para resolver, con celeridad, los compromisos señalados por la Institución en cuanto a las obras y acciones a realizar, conforme lo planteado en el Plan General de la Emergencia Terremoto de Sámara-Nicoya correspondiente al Decreto Ejecutivo Nº 37305-MP. Punto 2.3 Plazo 30 días hábiles		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-346-2014	Estudio sobre la Evaluación del Sistema de Control Interno en la Ejecución de los Contratos de Mantenimiento de la Flotilla Vehicular de la Institución	4.1.1 Proceder, en un plazo no mayor a tres meses, con la elaboración, formalización, validación y divulgación de un procedimiento que sirva de guía para llevar a cabalidad la ejecución contractual de servicios de mantenimiento de la flotilla vehicular, tomando en cuenta el Contrato Administrativo DM-859-2013 convenido con el Taller Vargas Matamoros, de forma que permita el control y evaluación de la calidad de los servicios recibidos. (Ver todo el informe), plazo de cumplimiento del procedimiento 30 de marzo 2015		X
DGA-346-2014	Estudio sobre la Evaluación del Sistema de Control Interno en la Ejecución de los Contratos de Mantenimiento de la Flotilla Vehicular de la Institución	4.1.2 Elaborar y comunicar directrices para llevar a cabo la ejecución del contrato, teniendo en cuenta diseñar los formularios necesarios para velar el cumplimiento de las condiciones contractuales, lo anterior mientras se formalice el procedimiento indicado en la recomendación 4.1.1 (Ver todo el Informe), plazo de cumplimiento de la comunicación de las directrices: 15 enero 2015	X	
DGA-346-2014	Estudio sobre la Evaluación del Sistema de Control Interno en la Ejecución de los Contratos de Mantenimiento de la Flotilla Vehicular de la Institución	4.1.3 Realizar un estudio de costo beneficio sobre el desplazamiento de los vehículos de las regiones para el cambio de aceite y reparaciones menores a San José, con el fin de determinar la conveniencia de mantener este tipo de servicios dentro de esta clase de contratos. (el estudio debe contemplar todos los costos del desplazamiento y los efectos sobre los servicios). Ver punto 2.2.1 Plazo de cumplimiento 27 de febrero 2015	X	
DGA-346-2014	Estudio sobre la Evaluación del Sistema de Control Interno en la Ejecución de los Contratos de Mantenimiento de la Flotilla Vehicular de la Institución	4.1.4 Regular la utilización de los fondos de efectivo reembolsable para el pago de servicios de mantenimiento de vehículos si estos se encuentran contemplados en el contrato administrativo DM-859-2013. Lo anterior deberá ser comunicado para su atención. Ver 2.2.1. Plazo de cumplimiento 27 de febrero 2015.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-348-2014	Estudio sobre evaluación de los procedimientos aplicados para la recaudación y registro de los ingresos originados por el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento a los Casinos	4.1.1 Ordenar a los directores de las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud y a la directora de División Administrativa, promover las acciones necesarias para cumplir las recomendaciones emitidas en el presente informe y solicitar el envío a esta Dirección, del cronograma que incluya las actividades a realizar con los responsables de implementar cada una de las recomendaciones y las fechas de cumplimiento. Dicho cronograma debe ser remitido a esta dirección en un plazo de 15 días hábiles. (Ver todo el informe)		X
DGA-348-2014	Estudio sobre evaluación de los procedimientos aplicados para la recaudación y registro de los ingresos originados por el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento a los Casinos	4.1.2 Ordenar a los directores de las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud en coordinación con los directores de las Áreas Rectoras de Salud el cumplimiento de la regulación de los Decretos N.º 3472228 y 34580 en relación con la emisión de los Permisos Sanitarios de Funcionamiento, teniendo en cuenta los criterios en cuanto a cobro y vigencia de estos, y dar seguimiento al oficio DGA-326-2013 sobre la advertencia girada. Deberá remitirse a esta auditoría, a más tardar el 31 de octubre del 2014, una certificación en la que se indiquen los controles emitidos e implementados sobre este particular. (Aparte 2.1, 2.3 y 2.4)		X
DGA-348-2014	Estudio sobre evaluación de los procedimientos aplicados para la recaudación y registro de los ingresos originados por el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento a los Casinos	4.1.3 Elaborar e implementar una herramienta en coordinación con los directores de las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud, que permita a todas las Áreas Rectoras de Salud tener registro de los casinos de su ámbito de acción geográfica de manera que la información que genere sea confiable, oportuna y de utilidad para control de los vencimientos, la toma de decisiones y la elaboración del presupuesto de ingresos en la Dirección Financiera de Bienes y Servicios. Deberá remitirse a esta auditoría, a más tardar el 30 de noviembre del 2014, documentación que evidencie la implementación del procedimiento recomendado. (Aparte 2.1, 2.3)		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-348-2014	Estudio sobre evaluación de los procedimientos aplicados para la recaudación y registro de los ingresos originados por el otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento a los Casinos	4.1.4 Ordenar a la División Administrativa la elaboración e implementación de un procedimiento que permita llevar un control financiero de la recaudación de los recursos provenientes de los PSF de Casinos, tomando en cuenta la información de las Áreas Rectoras de Salud, en el cual debe ser reflejado en la formulación de los presupuestos. Deberá remitirse a esta auditoría, a más tardar el 30 de noviembre del 2014, documentación que evidencie la implementación del procedimiento recomendado. (Aparte 2.2).		X
DGA-426-2014	Estudio sobre la Evaluación de los procedimientos establecidos para el manejo de Caja Chica.	4.1.1 Ordenar al Director Financiero, de Bienes y Servicios y al jefe de la Unidad Financiera, promover las acciones necesarias para cumplir las recomendaciones emitidas en el presente informe y solicitar el envío a esta Dirección, del cronograma que incluya las actividades a realizar con los responsables de implementar cada una de las recomendaciones y las fechas de cumplimiento. Dicho cronograma debe ser remitido a esta dirección en un plazo de 10 días hábiles. (Ver todo el informe).	X	
DGA-426-2014	Estudio sobre la Evaluación de los procedimientos establecidos para el manejo de Caja Chica.	4.1.2 Ordenar al responsable de la Unidad Financiera cumplir con el artículo 12 Reglamento de Normas y Procedimientos para el funcionamiento y control de los Fondos para Cajas Chicas del Ministerio de Salud a fin de dar continuidad con la actividad y esta no sea suspendida con el derecho de vacaciones, incapacidades u otras. (Aparte 2.1). Plazo de cumplimiento, inmediato.		X
DGA-426-2014	Estudio sobre la Evaluación de los procedimientos establecidos para el manejo de Caja Chica.	4.1.3 Ordenar nuevamente tal y como se había señalado en los informes DGA-701-2012 y DGA-542-2013, a los colaboradores de la Unidad Financiera para que las liquidaciones de vales sean tramitadas dos días después de realizad la compra y en caso de que estas sean presentadas después del tiempo establecido gestionar las sanciones correspondientes según la normativa. (Aparte 2.2): Plazo cumplimiento inmediato		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-426-2014	Estudio sobre la Evaluación de los procedimientos establecidos para el manejo de Caja Chica.	4.1.4 ordenar la implementación de mecanismos de control que permitan a las direcciones de los tres niveles que verifiquen los números de reserva indicados en las liquidaciones a fin de que estos coincidan con el número de reserva señalados en la hoja “Boleta para pago de Bienes y Servicios con cargo a reserva de recursos” elaborada por la Unidad Financiera. (Aparte 2.2). Plazo de cumplimiento 15 días hábiles.		X
DGA-426-2014	Estudio sobre la Evaluación de los procedimientos establecidos para el manejo de Caja Chica.	4.1.5 Gestionar, ante la Tesorería Nacional, el cumplimiento del artículo 12 del decreto 32874-H de forma que el nombre y el número de cédula de la persona que custodiará dicho fondo, así como el funcionamiento de las cajas chicas auxiliares. (Aparte 2.3). Plazo de cumplimiento inmediato.		X
DGA-427-2014	Estudio sobre la Ejecución del Contrato de Obras de Post Cierre en el Relleno Sanitario de Río Azul	4.1.1 Ordenar a la Directora Administrativa, promover las acciones necesarias para cumplir las recomendaciones emitidas en el presente informe y solicitar el envío a esta Dirección, del cronograma que incluya las actividades a realizar con los responsables de implementar cada una de las recomendaciones y las fechas de cumplimiento. Dicho cronograma debe ser remitido a esta dirección en un plazo de 30 días hábiles. (Ver todo el informe)	X	
DGA-427-2014	Estudio sobre la Ejecución del Contrato de Obras de Post Cierre en el Relleno Sanitario de Río Azul	4.1.2 Gestionar acciones para integrar un grupo interdisciplinario de profesionales, que valore los avances del desarrollo de las obras y servicios para la mitigación de efectos indeseables en la salud pública y el ambiente en el Relleno Sanitario de Río Azul y determine los requerimientos para completar el proyecto, de forma que se valore y defina la forma de administración del proyecto. Considerando que el contrato actual está por vencer, la propuesta de dicha recomendación debe estar aprobada e implementada el 16 de marzo 2015. (Ver todo el informe).	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-427-2014	Estudio sobre la Ejecución del Contrato de Obras de Post Cierre en el Relleno Sanitario de Río Azul	4.1.3 Gestionar, conforme los criterios de oportunidad y necesidad que resulten más convenientes para los intereses de la institución, para proceder con el nombramiento en el cargo de dirección del proyecto del cierre sanitario de Relleno Sanitario de Río Azul, de forma que se atienda la Advertencia DGA-280-2014 y el oficio de la Asesoría Legal DAJ-UAI-FG-2313-14. Sobre los resultados obtenidos se deberá comunicar a esta dirección a más tardar el 30 de enero del 2015. (Ver resultado 2.4)	X	
DGA-427-2014	Estudio sobre la Ejecución del Contrato de Obras de Post Cierre en el Relleno Sanitario de Río Azul	4.2.1 Diseñar e implementar mecanismos de control que permitan la evaluación, fiscalización y seguimiento de los servicios contratados, orientado a valorar la ejecución, la eficiencia, la eficacia y los efectos de la ejecución de las obras y servicios para la mitigación de efectos indeseables en la salud pública y el ambiente en el relleno sanitario de Río Azul, considerando los productos que se generen del Sistema de fiscalización y control para la toma de decisiones en los contratos siguientes a firmar. Sobre los resultados obtenidos se deberá comunicar a esta dirección a más tardar el 30 de enero del 2015. Resultados 2.2 y 2.3	X	
DGA-427-2014	Estudio sobre la Ejecución del Contrato de Obras de Post Cierre en el Relleno Sanitario de Río Azul	4.2.2 Valorar y documentar las modificaciones de las cláusulas originales debido al interés público y costo que pueden generar los mismos. Deberá considerarse en el próximo contrato. Resultado 2.1	X	
DGA-427-2014	Estudio sobre la Ejecución del Contrato de Obras de Post Cierre en el Relleno Sanitario de Río Azul	4.2.3 Ordenar al director del proyecto que controle y fiscalice el avance del proyecto a través de informes periódicos de fiscalización y control de este proyecto que contengan el análisis de la ejecución de los servicios contratados, de forma que se valore los reportes que la empresa contratada emite y que apoyan y razonan los pagos que realiza la institución. Plazo de cumplimiento inmediato, resultados 2.1 y 2.3	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-427-2014	Estudio sobre la Ejecución del Contrato de Obras de Post Cierre en el Relleno Sanitario de Río Azul	4.2.4 Cumplir con las condiciones establecidas por el ente contralor en cuanto a acreditar en el expediente que la necesidad del objeto de contrato se mantiene y que la propuesta de la empresa satisface el interés público, en forma previa a la prórroga de la contratación. Plazo de cumplimiento, inmediato resultado 2.2	X	
DGA-439-2014	Estudio sobre fondo reembolsable con Recursos del Fideicomiso en las Regiones Central de Occidente y Pacífico Central	4.1.1 Ordenar a las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud Central Occidente y Pacífico Central la realización de un cronograma de actividades que incluya las fechas de cumplimiento y las acciones a realizar con los responsables de implementar cada una de las recomendaciones emitidas para las Direcciones Regionales como para las Direcciones de Áreas y enviarlo a esta auditoría en 10 días hábiles. Cada Dirección Regional debe designar, el nombre, número de teléfono y correo electrónico del funcionario que fungirá como el contacto oficial con esa unidad organizativa con autoridad para informar y documentar sobre el avance y cumplimiento de las recomendaciones. Ver ítems 2.2, y 2.4. Plazo de cumplimiento 10 días hábiles.	X	
DGA-439-2014	Estudio sobre fondo reembolsable con Recursos del Fideicomiso en las Regiones Central de Occidente y Pacífico Central	4.1.2 Socializar a todas las unidades organizativas el Reglamento del Fondo de Caja Chica Fideicomiso 872-Ministerio de Salud-CTAMS que está en proceso de publicación, a fin de transmitir uniformemente las disposiciones que legalizan y regulan la asignación, operación y control del fondo reembolsable del Fideicomiso. Ver ítem 2.1 Plazo de cumplimiento al 15 de enero 2015	X	
DGA-439-2014	Estudio sobre fondo reembolsable con Recursos del Fideicomiso en las Regiones Central de Occidente y Pacífico Central	4.2.1 Valorar la aplicación del gasto para cambios de aceite (Subpartida 20112010805 Mantenimiento y Reparación de Equipo de Transportes) por medio del Fondo Reembolsable, atendiendo el ordenamiento jurídico vigente y asegurando el manejo adecuado de fondos públicos. Conforme a los resultados de la valoración gestionar los cambios que se requieran para el gasto de esta subpartida. De las acciones acordadas informar a esta dirección antes del 27 de febrero 2015. Ver ítem 2.3	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-439-2014	Estudio sobre fondo reembolsable con Recursos del Fideicomiso en las Regiones Central de Occidente y Pacífico Central	4.2.2 Ordenar a la Unidad Financiera la observancia del seguimiento y control a nivel regional, indicado en el ítem 8.14 del manual MS.UO.LI.07.04.06 “Fondo Reembolsable”, para que efectúe evaluaciones periódicas en la ejecución y control del fondo reembolsable de las unidades organizativas. De las acciones acordadas informar con plazo al 15 de enero 2015, ver ítem 2.2	X	
DGA-439-2014	Estudio sobre fondo reembolsable con Recursos del Fideicomiso en las Regiones Central de Occidente y Pacífico Central	4.3.1 Cumplir a lo interno con la aplicación puntual del manual MS.UO.LI.07.04.06 “Fondo Reembolsable”, así como realizar el seguimiento y control a las Áreas Rectoras de Salud. En el caso de la DRRS Pacífico Central, vigilar que la aplicación de arqueos se realice al menos una vez cada tres meses y que se haga uso del vale provisional. Ver ítems 2.2 y 2.4. Plazo de cumplimiento 10 días hábiles.	X	
DGA-439-2014	Estudio sobre fondo reembolsable con Recursos del Fideicomiso en las Regiones Central de Occidente y Pacífico Central	4.3.2 Ordenar a los Directores de Áreas de Rectoras de Salud ejercer a supervisión periódica sobre la aplicación del manual del fondo reembolsable en todas las actividades a fin de garantizar el mejoramiento continuo en la ejecución del fondo reembolsable. Ver ítems 2.2 y 2.4. Plazo de cumplimiento 10 días hábiles.	X	
DGA-439-2014	Estudio sobre fondo reembolsable con Recursos del Fideicomiso en las Regiones Central de Occidente y Pacífico Central	4.3.3 Ordenar a los Directores de Áreas de Rectoras de Salud velar por la segregación en las fases de autorización, aprobación y ejecución del vale provisional en prevención del riesgo de errores o irregularidades. Ver ítems 2.2 y 2.4. Plazo de cumplimiento 10 días hábiles.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-439-2014	Estudio sobre fondo reembolsable con Recursos del Fideicomiso en las Regiones Central de Occidente y Pacífico Central	4.3.4 Ordenar a los Directores de Áreas de Rectoras de Salud tramitar con la prontitud y frecuencia debida, los reintegros de las sumas pagadas para que la Dirección Financiera cuente con información real de los gastos y así favorecer el registro apropiado del presupuesto que beneficie la transparencia sobre el comportamiento de los fondos administrado. Ver ítems 2.2 y 2.4. Plazo de cumplimiento: 10 días hábiles.	X	
DGA-450-2014	Informe del Estudio sobre la Gestión Vehicular en el Nivel Central.	4.1.1 Emitir e implementar directrices escritas y formales para el control sobre las diferentes actividades de la gestión vehicular, especialmente en cuanto al registro de asistencia, de forma que permita valorar los reconocimientos de viáticos y jornada extraordinaria. Ver todo el informe. Plazo cumplimiento 28 febrero 2015	X	
DGA-450-2014	Informe del Estudio sobre la Gestión Vehicular en el Nivel Central.	4.1.2 Solicitar al encargado del proceso de transporte que revise en forma permanente el formulario Informe Mensual de Operación y Mantenimiento (AT2) con el propósito de que la información que se registra permita el control adecuado de los recursos institucionales, específicamente en cuanto al uso de vehículos y combustible. Ver todo el informe. Plazo de cumplimiento inmediato	X	
DGA-450-2014	Informe del Estudio sobre la Gestión Vehicular en el Nivel Central.	4.1.3 Ordenar al encargado del proceso de transporte que la documentación y los procedimientos de la gestión vehicular sean de fácil acceso y consulta para los funcionarios del proceso, con el propósito de fortalecer el control interno. Ver todo el informe. Plazo de cumplimiento inmediato	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-473-2014	Proceso de Pagos del Ministerio de Salud	4.1.1 Emprender las acciones necesarias para cumplir las recomendaciones emitidas en el presente informe, con el propósito de fortalecer el control interno y minimizar los riesgos derivados de las actividades relacionadas con el proceso de pagos. Para lo anterior la División Administrativa debe enviar a esta Dirección, el cronograma que incluya las actividades a realizar con los responsables de implementar cada una de las recomendaciones y las fechas de cumplimiento. Dicho cronograma debe ser remitido a esta dirección en un plazo de 15 días hábiles después de recibido este informe.	X	
DGA-473-2014	Proceso de Pagos del Ministerio de Salud	4.1.2 Girar las instrucciones correspondientes a la Unidad Financiera para que se revisen y se actualicen los procedimientos, manuales y herramientas internas existentes sobre el proceso de visado, en los que se consideren indicaciones claras de quién, cómo, cuándo, dónde y para qué han de realizarse estas actividades, con una descripción lógica y detallada de lo que se va a realizar, de los documentos que se deben acompañar y con el señalamiento del grado de participación y responsabilidad de los funcionarios. Esta normativa deberá ser aprobada e implementada a las instancias y funcionarios correspondientes. Ver punto 2.1 de este informe. Plazo de 60 días después de recibido este informe.	X	
DGA-473-2014	Proceso de Pagos del Ministerio de Salud	4.1.3 Girar instrucciones para que se designe de conformidad con la normativa vigente a los funcionarios responsables de la verificación del bloque de legalidad en el proceso de visado, y comunicar a la Contraloría General de la República. Importante también que consideren lo indicado en el artículo 12 del Reglamento sobre el visado emitido por la Contraloría, referente a la coadyuvancia de otras Unidades de la Administración Activa de manera que permita a la Unidad Financiera la distribución de responsabilidades en la verificación del bloque de legalidad en el proceso de pagos del Ministerio de Salud. Sobre esto informar a esta Dirección en un plazo de 30 días. Ver lo indicado en el punto 2.2	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-473-2014	Proceso de Pagos del Ministerio de Salud	4.1.4 Girar instrucciones a la encargada del archivo para que implemente el foliado en los expedientes de los acuerdos de pago y girar instrucciones al jefe de la Unidad Financiera para que mejore el respaldo de los documentos que se presenten en papel térmico aspectos señalados en el punto 2.3 de este informe Esta recomendación deberá cumplirse en un plazo máximo de 10 días a partir del recibo del presente informe, y su cumplimiento se acreditará mediante envío a esta Dirección de copia del oficio en el que se giren las instrucciones indicadas.	X	
DGA-473-2014	Proceso de Pagos del Ministerio de Salud	4.1.5 Establecer y estandarizar un documento en donde se formalice la propuesta de pago, que el mismo sea objeto de revisión por parte del funcionario autorizado y que contenga los requisitos mínimos establecidos en la normativa vigente y se consignen las firmas de las personas con autoridad requerida y las fechas de constancia de su trámite, consideren la boleta de pago, la que puede ser objeto de revisión y actualización, considerar todos los hallazgos. Ver todo el informe. Tiempo de cumplimiento 30 días a partir del recibido del presente informe.	X	
DGA-483-2014	Estudio relacionado a los CEN-CINAI DE LA Región Central Sur Sobre Transferencias giradas a ADEP	4.1.1 Girar instrucciones a las instancias correspondientes para que las recomendaciones giradas en el presente informe se cumplan a cabalidad. Plazo de cumplimiento: inmediato	X	
DGA-483-2014	Estudio relacionado a los CEN-CINAI DE LA Región Central Sur Sobre Transferencias giradas a ADEP	4.1.2 Solicitar a las Jefes de Oficina Local, tomar las medidas del caso para que los presupuestos que se elaboran y aprueban para las asociaciones sean estimaciones más precisas, con el objetivo de evitar la acumulación de dineros que aumenten el riesgo de pérdida o despilfarro de los recursos, así como compras excesivas a final de periodo. Ver punto 2.3. Plazo de cumplimiento: inmediato.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-483-2014	Estudio relacionado a los CEN-CINAI DE LA Región Central Sur Sobre Transferencias giradas a ADEP	4.1.3 Solicitar a los Jefes de Oficinas locales girar las instrucciones necesarias para que en lo sucesivo la compra de alimentos para la elaboración de las Comidas Servidas, se realicen de acuerdo a la subvención recibida, además que las cantidades de los artículos comprados sea de acuerdo al menú establecido mensualmente en el establecimiento tanto para artículos perecederos como no perecederos. Ver punto 2.4. Plazo de cumplimiento: 20 días.	X	
DGA-483-2014	Estudio relacionado a los CEN-CINAI DE LA Región Central Sur Sobre Transferencias giradas a ADEP	4.1.4 Solicitar a las Jefes de Oficina Local, girar instrucciones para que en lo sucesivo cese la práctica de realizar compras masivas en especial de artículos no perecederos (Abarrotes), con el propósito de disminuir el riesgo de pérdida despilfarro y vencimiento de los productos y solicitar a los funcionarios que solicitan y reciben los artículos estampar la firma de recibido en el formulario de pedido de artículos, con el propósito de fortalecer el control interno. Ver puntos 2.5 del presente informe. Plazo de cumplimiento: 10 días	X	
DGA-483-2014	Estudio relacionado a los CEN-CINAI DE LA Región Central Sur Sobre Transferencias giradas a ADEP	4.1.5 Solicitar a las Jefes de Oficina Local una programación anual de las supervisiones periódicas sobre las verificaciones de control que deben realizar los encargados de establecimientos sobre los registros auxiliares, en los establecimientos sobre las entradas y salidas de abarrotes, así como de su archivo y custodia con el propósito de mantener segura la información. Informar a esta Dirección 30 de enero 2015.	X	
DGA-489-2014	Informe sobre el Proceso de las Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI	4.1.1 Ordenar a la Directora Regional de CEN CINAI Central Este y al jefe de la Oficina Local de El Tejar del Guarco, emprender las acciones necesarias para cumplir las recomendaciones emitidas en el presente informe, con el propósito de fortalecer el control interno y minimizar los riesgos derivados de los recursos asignados a las ADEC. Para lo anterior debe enviar a esta Dirección, el cronograma que incluya las actividades a realizar con los responsables de implementar cada una de las recomendaciones y las fechas de cumplimiento. Dicho cronograma debe ser remitido en un plazo de 15 días hábiles después de recibido este informe.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-489-2014	Informe sobre el Proceso de las Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI	4.1.2 Ordenar a la Directora Regional de CEN CINAI de Central Este, con fundamento en las circulares emitidas por la CGR 14298 y 14300, fiscalizar los fondos públicos transferidos de acuerdo con el "protocolo para el manejo de Fondos Públicos transferidos a las ADEC", de forma que las acciones de supervisión tiendan a asegurar razonablemente los gastos que le corresponde ejecutar a las ADEC y así resguardar el uso de los fondos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal. Estas supervisiones deben ser periódicas y deben documentarse y reflejarse en los expedientes de los establecimientos. Ver aparte 2.1 Tiempo de cumplimiento: inmediato	X	
DGA-489-2014	Informe sobre el Proceso de las Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI	4.1.3 Ordenar en todos los niveles de gestión eliminar la práctica de realizar compras excesivas al final del periodo con el fin de regular el gasto correspondiente al convenio pactado con cada ADEC y que este responda a los mecanismos de control establecidos por la Dirección de CEN CINAI, tal como son la solicitud de pedido, menú e inventario de alimentos. Ver aparte 2.2 Tiempo de cumplimiento: 30 días hábiles	X	
DGA-489-2014	Informe sobre el Proceso de las Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI	4.1.4 Ordenar en todos los niveles de gestión eliminar la práctica de realizar pagos por adelantado por alimentos sin haber recibido a satisfacción los alimentos y de conformidad con los menús dispuestos para el programa. Ver aparte 2.2 Tiempo de cumplimiento: 30 días hábiles	X	
DGA-489-2014	Informe sobre el Proceso de las Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI	4.1.5 Valorar el porcentaje de la muestra establecido en el Protocolo para los establecimientos de la Oficina Local Tejar del Guarco, lo anterior debido a las debilidades que presentan estas en el control en el manejo de los fondos públicos por las ADEC, con el fin de ampliar la revisión de la administración de los fondos en el resto de las ADEC de esta área jurisdiccional. Ver aparte 2.3 y 2.4 Tiempo de cumplimiento: 30 días hábiles	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-489-2014	Informe sobre el Proceso de las Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI	4.2.1 Ordenar al jefe de la Oficina Local de Tejar del Guarco realizar las supervisiones capacitantes para las ADEC y con el personal a su cargo sobre la administración de los fondos transferidos y documentar las mismas, con el fin de verificar la adecuada administración de los recursos transferidos a las ADEC. Todo el informe. Plazo de cumplimiento: tres meses	X	
DGA-489-2014	Informe sobre el Proceso de las Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI	4.2.2 Realizar en coordinación con el jefe de la Oficina Local de Tejar del Guarco un cronograma de visitas que abarque de manera uniforme todos los establecimientos y se levante informe de los puntos tratados en las supervisiones. Ver aparte 2.4 Tiempo de cumplimiento: un mes	X	
DGA-489-2014	Informe sobre el Proceso de las Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI	4.3.1 Revisar y verificar de una manera eficiente y eficaz lo estipulado en el Protocolo emitido por la Dirección de Nutrición para así tener un control de los recursos transferidos a las ADEC, lo cual permita tener certeza que el uso de estos recursos está conforme al ordenamiento jurídico. Ver aparte 2.2 Tiempo de cumplimiento: inmediato	X	
DGA-489-2014	Informe sobre el Proceso de las Transferencias a las Asociaciones de Desarrollo Específico CEN-CINAI	4.3.2 Verificar que todo producto recibido se anote en el formulario de Registro de Gastos de Alimentos e Inventario, esto con el objetivo de mantener actualizado el inventario, con el fin de obtener el gasto real sobre el consumo de alimentos del establecimiento. Ver aparte 2,2 del presente informe, Tiempo de cumplimiento: Inmediato.	X	
DGA-155-2014	Evaluación de las Transferencias giradas al CEN-CINAI de Desamparados	4.1.1 Solicitar a la Técnica de Nutrición elaborar un cronograma que incluya las actividades a realizar para cumplir con las recomendaciones emitidas en este informe, se debe incluir para cada actividad al responsable de su implementación y darle seguimiento al mismo. Plazo de cumplimiento. 10 días	X	
DGA-155-2014	Evaluación de las Transferencias giradas al CEN-CINAI de Desamparados	4.1.2 Realizar un análisis de los gastos efectuados en los meses de abril, junio, setiembre y octubre al originarse una diferencia significativa con respecto a las subvenciones recibidas y enviar informe a esta Dirección de Auditoría con los resultados del estudio a más tardar el 30 de abril 2014. Ver punto 2.3 del presente informe.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-155-2014	Evaluación de las Transferencias giradas al CEN-CINAI de Desamparados	4.1.3 Revisar y verificar en lo sucesivo que tanto el Registro Diario de Beneficiarios de Comidas Servidas y Atención Integral (Control de Asistencias) y el Informe Mensual de Alimentación Complementaria, muestren datos completos sin ausencia de anotaciones, esto con el fin de obtener la cobertura real del establecimiento. Ver aparte 2.7. tiempo de cumplimiento inmediato	X	
DGA-155-2014	Evaluación de las Transferencias giradas al CEN-CINAI de Desamparados	4.2.1Verificar que las facturas por concepto de gastos de alimentación cuenten con el recibido conforme del funcionario responsable, luego de la revisión respectiva de los artículos entregados. Ver aparte 2.5. tiempo de cumplimiento inmediato	X	
DGA-155-2014	Evaluación de las Transferencias giradas al CEN-CINAI de Desamparados	4.2.2 Verificar que todo producto recibido se anote en el Formulario de Registros de Gastos de Alimentos e Inventario, esto con el objetivo de mantener actualizado el inventario, con el fin de obtener el gasto real sobre el consumo de alimentos del establecimiento. Ver aparte 2.6 del presente informe. Tiempo de cumplimiento Inmediato	X	
DGA-155-2014	Evaluación de las Transferencias giradas al CEN-CINAI de Desamparados	4.2.3 Realizar planificación de las compras según los ingresos mensuales y de acuerdo al menú de cada semana con el objetivo de no gastar más del monto de la subvención, evitando de esta forma las diferencias presentadas. Ver punto 2.1 del presente informe. Plazo de cumplimiento inmediato.	X	
DGA-155-2014	Evaluación de las Transferencias giradas al CEN-CINAI de Desamparados	4.2.4 Asesorar a la Asociación para que el Libro de Tesorería solo se giren los cheques que cuenten con disponibilidad para efectuar el pago. Ver punto 2.2 del presente informe. Plazo inmediato.	X	
DGA-155-2014	Evaluación de las Transferencias giradas al CEN-CINAI de Desamparados	4.2.5 Realizar supervisiones y verificaciones periódicas sobre el almacenamiento, conservación de alimentos y sobre el menú establecido según se establece en el Manual de Normas de los establecimientos CEN-CINAI. Ver punto 2.6 del presente informe. Plazo inmediato	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-286-2014	Estudio Especial relacionado con el mal funcionamiento de los drenajes de las Aguas Negras y la Contratación para la restauración de los Servicios Sanitarios y la Disposición de aguas servidas en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú	4.1.1 Trasladar y ordenar a la Dirección de la División Administrativa y Dirección Nacional de Nutrición y CEN-CINAI, la implementación de las recomendaciones emitidas en el presente informe, con el fin de que se corrijan las debilidades expuestas y realizar un cronograma que detalle las acciones a realizar par cumplir con las recomendaciones y las fechas de implementación razonables para su acatamiento. Plazo inmediato.	X	
DGA-286-2014	Estudio Especial relacionado con el mal funcionamiento de los drenajes de las Aguas Negras y la Contratación para la restauración de los Servicios Sanitarios y la Disposición de aguas servidas en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú	4.1.2 Solicitar a la Dirección Nacional de CEN CINAI y a la División Administrativa, solucionar la problemática del CEN-CINAI de San Miguel de Escazú, acatando la normativa técnica y legal según lo narrado en el presente informe con el afán de seguir brindándole a los beneficiarios de esa comunidad el servicio. (Ver aparte 2.1, 2.1.1). Plazo inmediato		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-286-2014	Estudio Especial relacionado con el mal funcionamiento de los drenajes de las Aguas Negras y la Contratación para la restauración de los Servicios Sanitarios y la Disposición de aguas servidas en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú	4.1.3 Solicitar a la División Administrativa al 10 de diciembre 2014, revisen y emitan los procedimientos, lineamientos, instructivos entre otros, para que al inicio de todo proyecto de construcción o mejora se verifiquen los requisitos previos que establece la normativa vigente, para corregir las debilidades expuestas en el presente informe y se tenga certeza de que los recursos públicos se están invirtiendo orientados a los principios de legalidad, eficiencia y eficacia. (Ver apartes 2.1.1, 2.1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2-7.1., 2.7.2, 2.7.3)	X	
DGA-286-2014	Estudio Especial relacionado con el mal funcionamiento de los drenajes de las Aguas Negras y la Contratación para la restauración de los Servicios Sanitarios y la Disposición de aguas servidas en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú	4.1.4 Solicitar a la División Administrativa al 10 de Diciembre de 2014, establecer procedimientos y lineamientos para que los responsables de ejecutar los contratos para la reparación y mantenimiento de trabajos menores en edificios del Ministerio de Salud tengan claridad y certeza en que se pueden utilizar estas contrataciones y evitar situaciones como la que se presentó en este CEN-CINAI, además los contratos deben consignar los controles que contemplen los tipos de reparaciones y el monto máximo que se puede utilizar. (Ver aparte 2.1.C)	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-286-2014	Estudio Especial relacionado con el mal funcionamiento de los drenajes de las Aguas Negras y la Contratación para la restauración de los Servicios Sanitarios y la disposición de aguas servidas en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú	4.2.1 Solicitar a la División Administrativa realizar la evaluación de los procedimientos, herramientas e instrumentos establecidos en la Unidad de Gestión Inmobiliaria para atender requerimientos como los aquí comentados (resultados 2.1, 2.1.1, 2.1.2, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7.1, 2.7.2, y 2.73). con el propósito no solo de mejorarlos y que se ajusten a la normativa legal y técnica vigente aplicable a las actividades que se realizan en esa Unidad Organizativa, sino de incrementar la eficiencia y eficacia de las operaciones y actividades que se ejecutan en esa instancia. Dicha evaluación tiene plazo al10 de diciembre de 2014	X	
DGA-286-2014	Estudio Especial relacionado con el mal funcionamiento de los drenajes de las Aguas Negras y la Contratación para la restauración de los Servicios Sanitarios y la disposición de aguas servidas en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú	4.3.1 Realizar investigación sobre las causas de la variación constante del consumo de agua potable que reporta el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y se presenta en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú. Esta investigación tiene plazo el 10 de noviembre 2014 (Ver aparte 2.7.1)		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-286-2014	Estudio Especial relacionado con el mal funcionamiento de los drenajes de las Aguas Negras y la Contratación para la restauración de los Servicios Sanitarios y la disposición de aguas servidas en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú	4.3.2 Revisar los mecanismos de control que deben prevalecer en la Unidad Financiera para determinar en forma oportuna la razonabilidad de los gastos y así tramitar estos pagos por concepto de consumo de agua en este establecimiento con la seguridad requerida y de esta forma estandarizar los mismos para que sean de aplicación en las revisiones de los demás CEN-CINAI del Ministerio de Salud. Dicho informe tiene plazo 10 de noviembre 2014 (Ver aparte 2.7.1)		X
DGA-286-2014	Estudio Especial relacionado con el mal funcionamiento de los drenajes de las Aguas Negras y la Contratación para la restauración de los Servicios Sanitarios y la disposición de aguas servidas en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú	4.3.3 Solicitar a través de la Dirección General de Salud el apoyo profesional de otras Direcciones del Nivel Central, cuando la Unidad de Gestión Inmobiliaria requiera el apoyo técnico de otros profesionales (en este caso Ingeniería Sanitaria) para que se logré obtener resultados satisfactorios de los proyectos a realizar. (Ver aparte 2.1.2)	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-286-2014	Estudio Especial relacionado con el mal funcionamiento de los drenajes de las Aguas Negras y la Contratación para la restauración de los Servicios Sanitarios y la disposición de aguas servidas en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú	4.4.1 Diseñar e implementar una herramienta digital o manual, de los estudios que deben realizarse a los presupuestos de los proyectos de obra que presentan las empresas y que quede constancia en los expedientes respectivos custodiados en esa Unidad Organizativa (Ver aparte 2.7.3)		X
DGA-286-2014	Estudio Especial relacionado con el mal funcionamiento de los drenajes de las Aguas Negras y la Contratación para la restauración de los Servicios Sanitarios y la disposición de aguas servidas en el CEN-CINAI de San Miguel de Escazú	4.4.2 Ejercer una labor de supervisión eficiente y oportuna, y que quede constancia escrita o digital, de esta actividad, sobre la labor que realizan los profesionales de diversas especialidades, a la hora que se les asigne una determinada obra o proyecto y de esta forma poder determinar a tiempo alguna situación irregular desde el inicio del proyecto y no esperar hasta el final cuando ya esté el evento materializado (Ver apartes 2.1, 2.1.1, 2.1.2, 2..2., 2.3,2.4,2.5,2.6, 2.7.1, 2.7.2 y 2.73) Plazo inmediato	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-397-2014	Estudio sobre la verificación y control sobre los Permisos Sanitarios de Funcionamiento en el Nivel Local, Dirección de Área Rectora de Salud de Desamparados	4.1.1 Solicitar a la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud y a la Dirección de Protección al ambiente Humano, realizar un estudio sobre la normativa, instrumentos, guías y protocolos con que cuentan las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud con el propósito de identificar las necesidades de las DARS, para que logren ejercer una eficiente y oportuna regulación e inspección de los establecimientos y se ejecute la función de regulación de la salud, bajo criterios institucionalmente estandarizados. Plazo de cumplimiento 30 de junio de 2015	X	
DGA-397-2014	Estudio sobre la verificación y control sobre los Permisos Sanitarios de Funcionamiento en el Nivel Local, Dirección de Área Rectora de Salud de Desamparados	4.2.1 Trasladar a la DARS de Desamparados el informe y solicitar enviar a esta Auditoría el cronograma con las actividades necesarias para cumplir con las recomendaciones, que incluya las fechas de cumplimiento y los responsables de implementar cada una de las recomendaciones emitidas en el presente informe. Plazo para el cumplimiento 20 días	X	
DGA-397-2014	Estudio sobre la verificación y control sobre los Permisos Sanitarios de Funcionamiento en el Nivel Local, Dirección de Área Rectora de Salud de Desamparados	4.3.1 Realizar para los establecimientos B y C que a la fecha tienen PSF, un muestreo selectivo o cualquier otro método establecido por la legislación vigente, según la prioridad sanitaria de cada uno, a efecto de verificar que los establecimientos cumplen con las condiciones que son declaradas bajo juramento y en el Reglamento. Aparte 2.1. Plazo para el cumplimiento 25 días.	X	
DGA-397-2014	Estudio sobre la verificación y control sobre los Permisos Sanitarios de Funcionamiento en el Nivel Local, Dirección de Área Rectora de Salud de Desamparados	4.3.2 Realizar en todos los casos las inspecciones previas para los establecimientos de riesgo de tipo “A”, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Artículos 59 del Decreto Ejecutivo N.º 37153-S respecto a dichos establecimientos. Aparte 2.2 Plazo para el cumplimiento 20 días	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-397-2014	Estudio sobre la verificación y control sobre los Permisos Sanitarios de Funcionamiento en el Nivel Local, Dirección de Área Rectora de Salud de Desamparados	4.3.3 Iniciar el foliado de los expedientes, según el lineamiento emitido por la Dirección General de Salud de la Institución mediante oficio DGS-3040-13 de fecha 22 de julio del 2013, con el propósito de minimizar los riesgos de pérdida, extravío o mal uso de la información que estos contienen. Aparte 2.4. Plazo para el cumplimiento inmediato.	X	
DGA-397-2014	Estudio sobre la verificación y control sobre los Permisos Sanitarios de Funcionamiento en el Nivel Local, Dirección de Área Rectora de Salud de Desamparados	4.3.4 Implementar de acuerdo con las “Políticas para el Funcionamiento del Archivo Central del Ministerio de Salud”, los controles internos que permitan a la Administración tener un control razonable de la ubicación física de los expedientes concernientes a cada establecimiento, para la labor de los diferentes procesos de trabajo que se desarrollan en la DARS. Aparte 2.5 Plazo para el cumplimiento 10 días	X	
DGA-458-2014	Estudio de verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Nivel Local del Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca.	4.1.1 Solicitar al Departamento de tecnología de Información y comunicación, un diagnóstico de la red interna de la DARS Carmen-Merced-Uruca, con el propósito de integrar una red que permita a los usuarios de las bases de datos del área, trabajar desde diferentes estaciones de trabajo de forma tal que facilite el acceso a información pertinente y oportuna para la toma de decisiones. Aparte 2.2. Plazo de cumplimiento 20 días	X	
DGA-458-2014	Estudio de verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Nivel Local del Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca.	4.1.2 Girar instrucciones al Archivo Central para que elabore un estudio técnico que permita conocer las necesidades técnico-estructurales existentes para el funcionamiento de los archivos de gestión ubicados en la DARS Carmen-Merced-Uruca, con el objetivo de identificar la capacitación en las técnicas archivísticas, estructura física y técnica que la unidad requiere para el manejo, custodia y protección de los expedientes e informar tiene plazo al 30 de marzo 2015. Aparte 2.3	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-458-2014	Estudio de verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Nivel Local del Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca.	4.1.3 Solicitar a la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud y a la Dirección de Protección al Ambiente Humano la confección de un cronograma para la elaboración de la normativa que actualmente carecen los establecimientos que cada una regula en su ámbito de la rectoría y la capacitación y socialización de esta, así como la que se encuentra en proceso de aprobación. (Anexo1). Además, de los instrumentos, guías, protocolos ya procedimientos que complementariamente se requieren, para realizar las inspecciones bajo criterios institucionalmente estandarizados. Entre ellos, el ajuste del proceso “Inspección General de Establecimientos, Actividades u Otros”, código MS.NI.FIMPR.02.02.12 para su aplicación en las DARS. Dicho cronograma debe ser enviado a más tardar el 30 de enero de 2015. Aparte 2.4	X	
DGA-458-2014	Estudio de verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Nivel Local del Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca.	4.2.1 Dar seguimiento a las acciones que realice la DARS Carmen-Merced-Uruca en la ejecución de las actividades definidas en el cronograma de trabajo	X	
DGA-458-2014	Estudio de verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Nivel Local del Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca.	4.3.1 Realizar y enviar a esta auditoría el cronograma de actividades que incluya las fechas de cumplimiento y las acciones a realizar con los responsables de implementar cada una de las recomendaciones emitidas en el presente informe. Plazo para el cumplimiento 20 días	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-458-2014	Estudio de verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Nivel Local del Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca.	4.3.2 Realizar para los establecimientos B y C que a la fecha tienen PSF, un muestreo selectivo o cualquier otro método establecido por la legislación vigente, según la prioridad sanitaria de cada uno, y establecer un cronograma para que el año 2015 se pueda cumplir con la inspección de los establecimientos seleccionados en la muestra y así identificar que cumplen con las condiciones que han declarado bajo juramento y que solicita la normativa vigente. Plazo 30 enero 2015. Aparte 2.1	X	
DGA-458-2014	Estudio de verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Nivel Local del Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca.	4.3.3 Elaborar e implementar directrices y lineamientos para actualizar los expedientes de establecimientos con los informes y otros documentos que se generan de las inspecciones de control que se realizan, para que se cuente con información oportuna y veraz para la toma decisiones. Plazo 20 enero 2015. Aparte 2.1	X	
DGA-458-2014	Estudio de verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Nivel Local del Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca.	4.3.4 Implementar de acuerdo con las “Políticas para el Funcionamiento del Archivo Central del Ministerio de Salud”, los controles internos que permitan a la Administración tener un control razonable de la ubicación física de los expedientes y documentos concernientes a cada establecimiento, para la labor de los diferentes procesos de trabajo que se desarrollan en la DARS. Plazo 30 enero 2015. Aparte 2.2	X	
DGA-458-2014	Estudio de verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Nivel Local del Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca.	4.3.5 Emitir directrices a los encargados de recibir las notificaciones, con el fin de que sean comunicadas en forma inmediata a los inspectores que emitieron las órdenes sanitarias y de esta forma cuenten con la información oportuna para dar seguimiento al cumplimiento de los actos administrativos que son emanados por la Administración. Tiene plazo al 20 de enero 2015. Aparte 2.2.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-458-2014	Estudio de verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Nivel Local del Área Rectora de Salud Carmen-Merced-Uruca.	4.3.6 Establecer lineamientos para estandarizar el ingreso de información, modificaciones y actualizaciones en la herramienta suministrada por el Nivel Regional, que permita contar con información completa y oportuna para la toma de decisiones, así como los lineamientos para el control de los tiempos de vencimiento asociados a los actos administrativos de permisos sanitarios de funcionamiento en general. Tiene plazo al 30 de enero 2015. Aparte 2.2.	X	
DGA-027-2015	Estudio especial sobre denuncia relacionada con la construcción y equipamiento del Área Rectora de Salud Nicoya - Región Chorotega	4.1.1 Ordenar a la Directora Administrativa y a las Jefaturas de las unidades de Gestión Inmobiliaria y Bienes y Servicios el cumplimiento de las recomendaciones que se giran en el presente informe. Para lo anterior deberán realizar un cronograma de actividades que incluya las fechas de cumplimiento y las acciones a realizar con los responsables de implementar cada una de las recomendaciones emitidas y enviarlo a esta auditoría, con el fin de dar seguimiento al avance y cumplimiento de las recomendaciones. Todo el informe Plazo de cumplimiento: 10 días hábiles	X	
DGA-027-2015	Estudio especial sobre denuncia relacionada con la construcción y equipamiento del Área Rectora de Salud Nicoya - Región Chorotega	4.1.2 Ordenar a la Directora Administrativa el establecimiento e implementación de lineamientos donde se aseguren que las obras constructivas desarrolladas por el Ministerio cuenten con los estudios o permisos necesarios y la inscripción del diseño del proyecto en el Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos en forma oportuna, con el fin de que situaciones como las comentadas en el estudio no se presenten. Punto 2.1 Plazo de 10 días hábiles	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-027-2015	Estudio especial sobre denuncia relacionada con la construcción y equipamiento del Área Rectora de Salud Nicoya - Región Chorotega	4.1.3 Ordenar a la Directora Administrativa el cumplimiento inmediato de la recomendación 4.2.2 del informe DGA-498-2010, con el propósito de que las valoraciones a realizar por los profesionales responsables del diseño y fiscalización de obras cuenten con una asignación formal del alcance de su injerencia sobre las revisiones y aportes del análisis de las variaciones presentadas sobre las obras constructivas, así como la responsabilidad por su ejecución. Para lo anterior debe considerarse la normativa de contratación administrativa, especialmente en el cumplimiento de la autorización de prórroga de plazo y su implicación para el alcance del objeto de contrato. Punto 2.1 2.2 y 2.3 PLAZO 10 días hábiles	X	
DGA-027-2015	Estudio especial sobre denuncia relacionada con la construcción y equipamiento del Área Rectora de Salud Nicoya - Región Chorotega	4.2.1 Ordenar a la Unidad de Gestión Inmobiliaria que, en el estudio de ofertas de las contrataciones de obras así como en la aprobación de pagos, considere el desglose de la estructura del precio junto con un presupuesto detallado y completo con todos los elementos que componen las ofertas de las empresas constructoras así como las subcontratadas y realizar una valoración del precio de mercado para las líneas que lo requieran, lo anterior con el fin de proceder de conformidad con la normativa que establece la Ley de Contratación Administrativa y su Reglamento. Los análisis realizados deberán estar documentados e incorporados al expediente de contratación respectivo. Punto 2.4 Plazo inmediato	X	
DGA-027-2015	Estudio especial sobre denuncia relacionada con la construcción y equipamiento del Área Rectora de Salud Nicoya - Región Chorotega	4.2.2 Ordenar a la Unidad de Gestión Inmobiliaria dar seguimiento a las inconformidades detalladas en los oficios CH-ARS-NI-0974-2014 y el CH-ARS-NI-1135-2014 suscritos por la Dra. Zinnia Cordero Vargas, directora del Área Rectora de Salud de Nicoya, por daños detectados posteriores a la entrega de la nueva edificación, con el fin de evaluar ajustes que requiera la obra, lo anterior previo al recibido final de esta. Asimismo, ordenar a la Unidad de Bienes y Servicios, valorar la instalación de un procedimiento para la determinación de la responsabilidad de la empresa constructora. (Ver hecho subsecuente) Plazo inmediato	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-133-2015	Estudio sobre la evaluación de acreditaciones que no corresponden en la Dirección de Desarrollo Humano	4.1.1 Ordenar a la Dirección de Desarrollo Humano establecer e implementar los procedimientos que incluyan aspectos como responsabilidades y deberes de los funcionarios que participan en el proceso, puntos de control del proceso, entre otros, de forma que sirva de guía para facilitar el control y la recuperación de los pagos de salarios que no corresponden y en cumplimiento de lo dispuesto en el ítem 3 del artículo 8 del Decreto 34574. (Ver punto 2.1) Plazo: 45 días hábiles	X	
DGA-133-2015	Estudio sobre la evaluación de acreditaciones que no corresponden en la Dirección de Desarrollo Humano	4.1.2 Ordenar a la Dirección de Desarrollo Humano establecer e implementar de un sistema de archivo que permita contar con un registro completo del historial de cada caso de acreditaciones de más, que garantice razonablemente, la custodia y el acceso a la información de manera oportuna y eficiente para cualquier escenario que se presente. (ver punto 2.2) Plazo de cumplimiento: 30 días hábiles	X	
DGA-133-2015	Estudio sobre la evaluación de acreditaciones que no corresponden en la Dirección de Desarrollo Humano	4.2.1 Establecer procedimientos para tramitar los procesos de cobro remitidos por la Dirección de Desarrollo Humano en un periodo razonable que permita a la Institución la recuperación de los dineros de manera oportuna. Ver ítems 2.2 Plazo de cumplimiento: 45 días hábiles	X	
DGA-185-2015	Sobre Estructura Organizacional de la Gestión Administrativa y Técnica del Patronato Nacional de Rehabilitación.	4,1 Ordenar a las jefaturas de las áreas Técnica y Administrativa el cumplimiento de las recomendaciones que se emiten en el presente estudio, teniendo en cuenta que los productos que resulten del ejercicio de estas deben ser aprobados por la Junta Directa para su divulgación e implementación. Sobre lo actuado deberá informar a esta auditoría al 30 de junio del 2015, el avance de las gestiones realizadas y la conclusión de estas al finalizar el plazo indicado en el párrafo anterior. (plazo de siete meses y que cuentan a partir de la fecha de recibo de este informe)		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-185-2015	Sobre Estructura Organizacional de la Gestión Administrativa y Técnica del Patronato Nacional de Rehabilitación.	4.1.1 Realizar una valoración de la estructura organizacional del PANARE para determinar la necesidad de actualizarla con base en un estudio profesional, integral y debidamente documentado en donde se establezcan los procesos y actividades requeridos para alcanzar los objetivos institucionales, acorde a las necesidades del PANARE y las exigencias que demandan los servicios que se prestan en la actualidad, considerando entre otros la conveniencia de la figura del cargo de Director Ejecutivo. Ver el punto 2.1 de los Resultados		X
DGA-185-2015	Sobre Estructura Organizacional de la Gestión Administrativa y Técnica del Patronato Nacional de Rehabilitación.	4.1.2 Revisar y actualizar, con base en el resultado de la recomendación 4.1.1 el Manual de Organización y Funcionamiento para que contenga entre otros aspectos, las funciones, deberes y competencias de cada unidad, las relaciones jerárquicas entre puestos, los canales de comunicación, coordinación e información formal que se utilizará en la organización y los procesos organizacionales de conformidad con la normativa legal, técnica y administrativa aplicable para cada unidad. Ver el punto 2.1.2 de los Resultados.		X
DGA-185-2015	Sobre Estructura Organizacional de la Gestión Administrativa y Técnica del Patronato Nacional de Rehabilitación.	4.1.3 Revisar y actualizar, los distintos reglamentos y manuales que dispone el PANARE para regular la actividad del recurso humano y que se disponga de mecanismos que permitan mantenerlos debidamente actualizados. Ver el punto 2.1.2 de los Resultados		X
DGA-185-2015	Sobre Estructura Organizacional de la Gestión Administrativa y Técnica del Patronato Nacional de Rehabilitación.	4.1.4 Divulgar las funciones, deberes y responsabilidades de todo el personal, conforme lo dispone las Normas de Control Interno. Ver el punto 2.1.3 de los Resultados.		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-185-2015	Sobre Estructura Organizacional de la Gestión Administrativa y Técnica del Patronato Nacional de Rehabilitación.	4.1.5 Definir políticas y procedimientos para la administración del Recurso Humano, así como realizar las acciones necesarias para que se designe un funcionario responsable de este proceso con el propósito de fortalecer las actividades de planificación de necesidades, reclutamiento, selección y contratación de personal idóneo, conforme la técnica y el marco legal en esta materia. Ver el punto 2.2 de los Resultados		X
DGA-268-2015	Proceso transferencias giradas a las Asociaciones Desarrollo Específico Pro CEN-CINAI de la Región Regional de CEN-CINAI Central Occidente.	4.1.1 Ordenar a la Dirección de Gestión de Recursos, dar seguimiento a las acciones correspondientes a la identificación y registro de todos los bienes que se adquieren por parte de las Asociaciones y pasan a formar parte del patrimonio del Ministerio. Aunado a esto, realizar e implementar la actividad de control para que a futuro no sucedan situaciones de esta índole, estableciendo e implementando procedimientos que guíen adecuadamente a las ADEC en la adquisición de bienes y su donación. Ver punto 2.2 Plazo de cumplimiento: dos meses	X	
DGA-268-2015	Proceso transferencias giradas a las Asociaciones Desarrollo Específico Pro CEN-CINAI de la Región Regional de CEN-CINAI Central Occidente.	4.1.2 Girar instrucciones a las direcciones regionales para que, mientras se realice el proceso de identificación de los bienes adquiridos, se tomen medidas de control para la asignación y custodia de los mismos, de manera que se mantenga una seguridad razonable del patrimonio adquirido. Ver punto 2.1 y 2.2 Plazo de cumplimiento: 15 días.	X	
DGA-268-2015	Proceso transferencias giradas a las Asociaciones Desarrollo Específico Pro CEN-CINAI de la Región Regional de CEN-CINAI Central Occidente.	4.1.3 Ordenar a la Dirección Regional CEN CINAI Central Occidente la atención de las recomendaciones giradas en el presente informe, e informar a esta Auditoría sobre los resultados obtenidos antes del 30 de julio del 2015.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-268-2015	Proceso transferencias giradas a las Asociaciones Desarrollo Específico Pro CEN-CINAI de la Región Regional de CEN-CINAI Central Occidente.	4.2.1.1 Atender los lineamientos establecidos en el protocolo para el manejo de fondos públicos transferidos, especialmente en lo destacado en el punto V., en cuanto a procurar que la información en el Libro de Tesorería se registre en forma íntegra y oportunamente. Punto 2.3	X	
DGA-268-2015	Proceso transferencias giradas a las Asociaciones Desarrollo Específico Pro CEN-CINAI de la Región Regional de CEN-CINAI Central Occidente.	4.2.1.2 Asesorar a los miembros de las Asociaciones, para realizar el pago de un artículo o bien, es necesario haber recibido el mismo para realizar su cancelación, con el fin de que, en lo sucesivo, los hechos indicados en el punto 2.1 no se repitan.	X	
DGA-268-2015	Proceso transferencias giradas a las Asociaciones Desarrollo Específico Pro CEN-CINAI de la Región Regional de CEN-CINAI Central Occidente.	4.2.1.3 Asesorar a los miembros de las Asociaciones, para que se emitan los cheques por la suma exacta que indica la factura presentada por el proveedor, así como se elimine la práctica de firmar cheques en blanco. Ver punto 2.3.	X	
DGA-372-2015	Estudio sobre la verificación y control Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Dirección Área Rectora de Salud de Puntarenas-Chacarita	4.1 Ordenar a la Unidad de Rectoría de la Salud, la realización de una supervisión capacitante donde se retome la normativa interna, manuales y lineamientos vigentes, con fin de fortalecer las actividades de control y minimizar los potenciales riesgos a la población y el ambiente. Para lo anterior debe establecer un programa de inducción y capacitación a fin de formar y actualizar los conocimientos de los funcionarios acerca de sus actividades y responsabilidades en su labor (Ver resultados 2.1)	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-372-2015	Estudio sobre la verificación y control Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Dirección Área Rectora de Salud de Puntarenas-Chacarita	4.2 Ordenar a la Directora del ARS Puntarenas-Chacarita el establecimiento de una planificación de inspecciones que incluya todas las solicitudes del Grupo de Riesgo A., en cuanto a los grupos de Riesgo B y C, tomar muestra de las solicitudes mensuales a fin de realizar las inspecciones para lo anterior, le corresponde a la Directora de Área instruir y supervisar que los funcionarios apliquen las herramientas dispuestas para las inspecciones, con la finalidad de disponer de evidencia sobre las visitas realizadas y las no conformidades encontradas (Ver resultados 2.2 y 2.3)	X	
DGA-372-2015	Estudio sobre la verificación y control Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Dirección Área Rectora de Salud de Puntarenas-Chacarita	4.3 Ordenar a la directora del ARS Puntarenas-Chacarita que se establezcan medidas para recibir, revisar y foliar la documentación desde el momento de la recepción; pudiendo utilizar el orden indicado en la lista de requisitos y posteriormente, adjuntar los documentos de acuerdo al procedimiento y al trámite realizado, cumpliendo así, con un orden lógico y cronológico de la documentación, lo que facilita la revisión y aprobación al final del trámite. Con respecto a la foliación, acatar el oficio DG-3040-13, citado en párrafos anteriores (Ver resultado 2.4)	X	
DGA-372-2015	Estudio sobre la verificación y control Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Dirección Área Rectora de Salud de Puntarenas-Chacarita	4.4 Ordenar a la directora del ARS Puntarenas-Chacarita establecer una codificación clara y lógica de los expedientes, de fácil interpretación, de manera que cualquier funcionario autorizado, pueda ubicar los expedientes sin tener que revisar la totalidad de estos. Para lo anterior deberá contar con un sistema de información manual o digital que permita el control y ubicación de los expedientes. (Ver resultado 2.4.2).	X	
DGA-466-2015	Estudio sobre uso y consumo de combustible y gastos de viaje dentro del país en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud - Brunca.	4.1 Ordenar a los encargados del Área Administrativa relacionadas en este estudio, la implementación de las recomendaciones que se giran en el presente informe. Para ello deberá informar a la Dirección de Auditoría sobre el cumplimiento de estas. Plazo al 30 de octubre de 2015.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-466-2015	Estudio sobre uso y consumo de combustible y gastos de viaje dentro del país en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud - Brunca.	4.2 Ordenar a los responsables de verificar la información que se detalla en el formulario AT-2 para que se elabore un documento de asignación y des asignación por cada operador de equipo móvil, amparada a un formulario independiente. Plazo al 30 de octubre de 2015.	X	
DGA-466-2015	Estudio sobre uso y consumo de combustible y gastos de viaje dentro del país en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud - Brunca.	4.3 Elaborar un manual de procedimientos que regule las tareas que debe desarrollar el Área encargada del control de los expedientes de los operadores de equipo móvil para minimizar las debilidades detectadas en este estudio en relación con la documentación que debe contener el expediente de los vehículos. Puntos 2.2 y 2.3 Plazo al 30 de octubre de 2015	X	
DGA-466-2015	Estudio sobre uso y consumo de combustible y gastos de viaje dentro del país en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud - Brunca.	4.4 Ordenar al encargado del Área de Transportes, de la Dirección Regional de Rectoría de Salud y a los Técnicos Administrativos de todas las Áreas Rectoras de Salud que la componen y que tienen a cargo esta labor, la verificación de la información que los operadores de equipo móvil deben detallar en las fórmulas AT2 con el fin de minimizar los errores determinados en el estudio luego de efectuarse la verificación con los registros emitidos por el ente bancario. Punto 2,1 Plazo al 30 de octubre de 2015.	X	
DGA-466-2015	Estudio sobre uso y consumo de combustible y gastos de viaje dentro del país en la Dirección Regional de Rectoría de la Salud - Brunca.	4.5 Ordenar a nivel de toda la Región de Rectoría de la Salud y velar por su cumplimiento, para que se elaboren con antelación las programaciones sobre las labores a desarrollar, en todas las Áreas Rectoras de Salud y mantener uniformidad en su confección, considerando para ello los recursos que cada una de ellas tenga según requerimientos Institucionales. Punto 2.1 Plazo al 30 de octubre de 2015.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-522-2015	Estudio sobre la verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Dirección Área Rectora de Salud de Garabito	4.1 Proceder, en coordinación con la Unidad de Apoyo Logístico Administrativo y el Director de Área Rectora, a realizar un análisis de las necesidades de personal del área, con el propósito de efectuar un informe técnico a la Dirección general en el que justifique ante el Señor ministro, la Autorización de plazas vacantes ante la Autoridad Presupuestaria, considerando la Directriz 13-H. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá enviar antes del 30 de marzo, 2016 copia del informe técnico presentado a la Dirección General. (Todo el Informe).	X	
DGA-522-2015	Estudio sobre la verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Dirección Área Rectora de Salud de Garabito	4.2 Gestionar a través de la Dirección General de Salud los trámites administrativos para que se consideren los servicios de limpieza y vigilancia de la DARS de Garabito en los contratos que tiene el Ministerio de Salud para las unidades organizativas. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá informar antes del 30 de marzo 2016, las gestiones realizadas. (Todo el Informe).	X	
DGA-522-2015	Estudio sobre la verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Dirección Área Rectora de Salud de Garabito	4.3 Solicitar colaboración de los directores de las DARS para que apoyen con personal a la DARS de Garabito en ordenar y actualizar el archivo, estableciendo un cronograma que permita a la DARS contar en un tiempo razonable para ordenar el archivo. Dicho cronograma debe ser monitoreado, con el fin de verificar el cumplimiento. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá enviar antes del 30 de noviembre de 2015 el cronograma y al 30 de marzo 2016, informar a esta auditoría del cumplimiento de este. (Ver resultado 2.2)	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-522-2015	Estudio sobre la verificación y control de Permisos Sanitarios de Funcionamiento, Dirección Área Rectora de Salud de Garabito	4.4 Ordenar al director de la DARS Garabito que realice un cronograma para la programación de inspecciones de verificación de los PSF, pudiendo utilizarse métodos de priorización y/o muestreo selectivo, tal como lo establece el Manual de Inspección General de Establecimientos MS.NI. FIMPR.02.02.12, el cual indique los responsables de su cumplimiento, las fechas de inicio y finalización de cada una de ellas. Dicho cronograma debe ser monitoreado en forma mensual con el fin de verificar el cumplimiento. Para acreditar el cumplimiento de esta recomendación deberá enviar antes del 30 de noviembre el cronograma y al 30 de marzo 2016 informar a esta auditoría del cumplimiento de este (Ver resultado 2.1)	X	
DGA-615-2015	Estudio evaluación en la Dirección de Desarrollo Humano sobre las licencias otorgadas a los funcionarios con goce de salario.	4.1 Tramitar y aprobar toda autorización de permiso o licencia con goce de salario, únicamente bajo los formularios y el respectivo procedimiento establecido. (Apartado 2.5). Fecha de cumplimiento 30 noviembre 2015	X	
DGA-615-2015	Estudio evaluación en la Dirección de Desarrollo Humano sobre las licencias otorgadas a los funcionarios con goce de salario.	4.2 Confeccionar el o los Procedimientos pertinentes para la solicitud y obtención de las Licencias y Permisos con Goce de Salario, tanto para estudio como para capacitación, y hacerlo del conocimiento de los funcionarios de la Institución, mediante charlas a las diferentes Direcciones. (Apartado 2.1). Fecha de cumplimiento 30 de marzo 2016)	X	
DGA-615-2015	Estudio evaluación en la Dirección de Desarrollo Humano sobre las licencias otorgadas a los funcionarios con goce de salario.	4.3 Implementar acciones para que toda solicitud de licencia y contrato para estudio se gestione en los plazos vigentes, y así cumplir con la normativa aplicable. (Apartado 2.5). Fecha cumplimiento 15 diciembre 2015)	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-615-2015	Estudio evaluación en la Dirección de Desarrollo Humano sobre las licencias otorgadas a los funcionarios con goce de salario.	4.4 Realizar un estudio para determinar si los plazos de presentación y cumplimiento de los requisitos mencionados en los distintos Formularios de Licencias o Permisos con Goce de Salario están acorde a la realidad del Ministerio de Salud, ajustando los mismos si corresponde. (Apartado 2.2 y 2.5) Fecha de cumplimiento 15 diciembre 2015	X	
DGA-615-2015	Estudio evaluación en la Dirección de Desarrollo Humano sobre las licencias otorgadas a a los funcionarios con goce de salario.	4.5 Incluir en el Procedimiento que, en todos los casos, los funcionarios beneficiarios de la Licencia para Estudio, debe presentar la Certificación de Notas, donde se muestre el nombre e identificación de este, así como los resultados obtenidos de las materias matriculadas, mediante un documento oficial extendido por el centro de estudio. Mientras se elabore el procedimiento girar una directriz, de forma inmediata, a la Unidad de Progreso Humano para que se solicite lo indicado a los funcionarios que estén tramitando licencias. (Apartado 2.3). Fecha de cumplimiento 30 marzo 2016	X	
DGA-615-2015	Estudio evaluación en la Dirección de Desarrollo Humano sobre las licencias otorgadas a a los funcionarios con goce de salario.	4.6 Establecer mediante directriz la vigencia de las Constancias Salariales, así como la liquidez de estas, y realizar la evaluación correspondiente, tal como lo solicita el Artículo 50 del DG-135-2013, lo cual deben incluir en el procedimiento solicitado. (Apartado 2.4). Fecha de cumplimiento al 30 de marzo 2016.	X	
DGA-615-2015	Estudio evaluación en la Dirección de Desarrollo Humano sobre las licencias otorgadas a a los funcionarios con goce de salario.	4.7 Implementar una herramienta de control, que garantice que los certificados o títulos de las correspondientes capacitaciones realizadas por los funcionarios beneficiarios, sean presentado a satisfacción en los plazos establecidos y los mismos sean incluidos a la documentación respaldo de la Solicitud. Así mismo establecer un manual de usuario para dicha herramienta, donde se establezca el seguimiento adecuado y las acciones a seguir, cuando se cumpla el plazo de presentación del certificado. (Apartado 2.6). Fecha de cumplimiento 15 diciembre 2015.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-621-2015	Estudio Sobre Notificación Obligatoria	4.1 Ordenar a la Dirección de Vigilancia de la Salud implementar un mecanismo de control que permita verificar que el reporte de las semanas del Calendario Epidemiológico se recibe de manera continua y oportuna con el fin de prevenir el riesgo de intervención tardía en la prevención y control de eventos que pueden modificar el estado de salud poblacional, por cuanto el mecanismo actual no cumple con esta seguridad de flujo de información, periodicidad y oportunidad de la notificación obligatoria. Remitir a esta Dirección a más tardar el 30 de marzo de 2016, una certificación en la que se haga constar que el mecanismo de control fue socializado y se encuentra implementado por las unidades organizativas correspondientes. Punto 2.1	X	
DGA-621-2015	Estudio Sobre Notificación Obligatoria	4.2 Ordenar a la Dirección de Vigilancia de la Salud asumir la potestad que da el artículo 25 del Reglamento de Vigilancia de la Salud a la institución, específicamente para obtener de la CCSS la información contenida en las boletas de los Anexos: 2- Boleta de Notificación Colectiva, 3-Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas, 4-Alertas, brotes y epidemias, 5-Tuberculosis, 6-IRAG, mínimo de manera digital mediante las tablas de Excel entregadas por parte del Ministerio de Salud. Esto con el fin de evitar la duplicidad de trabajo, así como errores por tener que digitar nuevamente la información. Remitir a esta Dirección a más tardar el 29 de febrero de 2016, una certificación en la que se haga constar que las tablas de Excel fueron entregadas y se obtiene la información a través de este medio. Punto 2.1	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-621-2015	Estudio Sobre Notificación Obligatoria	4.3 Ordenar a la Dirección de Vigilancia de la Salud para que en coordinación con el Departamento de Tecnologías de información y Comunicación den inicio a la implementación del sistema para la notificación obligatoria (SIVEI) con los entes notificadores privados, para el acceso y la transferencia de datos, de modo que esta acción contribuya a desarrollar la labor con evaluaciones y acciones correctivas oportunas para la toma de decisiones con datos confiables que favorezca la eficacia de la información. Remitir a esta Dirección a más tardar el 30 de abril de 2016, una certificación en la que se haga constar que el SIVEI se encuentra operando en los entes notificadores privados. Punto 2.2	X	
DGA-621-2015	Estudio Sobre Notificación Obligatoria	4.4 Ordenar a la Dirección de Vigilancia de la Salud emitir e implementar procedimientos que incluyan responsabilidades y deberes de los funcionarios que participan en el proceso de notificación obligatoria, de forma que sirva de guía para facilitar el control y cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento de Vigilancia de la Salud, teniendo en cuenta criterios de confidencialidad y seguridad de los datos. Remitir a esta Dirección a más tardar el 30 de abril de 2016, una certificación donde se acredite que dichos procedimientos fueron debidamente emitidos e implementados Ver ítems 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-621-2015	Estudio Sobre Notificación Obligatoria	4.5 Ordenar a los directores de la Dirección Regional de Rectoría de la Salud Central Sur y la Dirección de Área Rectora de Salud Hospital Mata Redonda la implementación de mecanismos para verificación y análisis de la calidad de la información en cuanto a prontitud, veracidad, legibilidad, coincidencia, completitud y oportunidad, así como la estandarización del formato de la boleta usada para el reporte de la notificación obligatoria proveniente de las diferentes fuentes. Todo con el fin de suministrar datos veraces a los niveles superiores de vigilancia que permitan avanzar en el mejoramiento de la salud de la población y el cumplimiento del Reglamento de Vigilancia de la Salud. Tiene un plazo al 30 de enero de 2016, una certificación donde se acredite que los mecanismos para verificación y análisis de la calidad de la información se encuentran implementados. Ver ítem 2.3	X	
DGA-621-2015	Estudio Sobre Notificación Obligatoria	4.6 Ordenar a la Dirección de Área Rectora de Salud Hospital Mata Redonda en el caso específico de las boletas de notificación obligatoria, la aplicación de normativa vigente y de procedimientos relacionados con la gestión de archivo que contribuyan en su protección y localización oportuna así como para garantizar razonablemente que los datos sensibles contenidos en las mismas tengan un acceso y tratamiento autorizado que contribuya a fortalecer el ambiente de control y garantice la confidencialidad de los datos. Tiene un plazo al 30 de enero de 2016,para la entrega de una certificación donde se acredite el mejoramiento de la gestión de archivo conforme las normas atinentes. Ver ítem 2.3	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-636-2015	Auditoría del proceso para el trámite de reasignación de puestos en el Ministerio de Salud	4.1. Solicitar a la Dirección Desarrollo Humano elaborar y mantener una herramienta que permita integrar y visualizar los elementos organizacionales y de su entorno que podrían eventualmente afectar la clasificación de los puestos y que obedecen a un ordenamiento racional necesario para el cumplimiento de los objetivos de la institución, con el fin de proyectar el impacto funcional de las unidades organizativas para el quehacer institucional. Es importante considerar los aspectos indicados en el Artículo 110 del Reglamento del Estatuto de servicio Civil. Se esperaría que la misma permita: Demostrar las necesidades objetivas de la institución Demostrar los cambios en la dinámica de trabajo (demandas internas y externas) Demostrar el valor agregado del puesto a la Unidad Organizativa donde se ubica. Demostrar el valor agregado de la Unidad Organizativa a la Institución. La información anterior constituye el insumo para que la administración pueda decidir para las solicitudes de cambio de tareas, lo siguiente: Si el cambio de tareas constituye una prioridad. Si se justifica la necesidad de modificar la clasificación de un puesto en la Unidad Organizativa. Si corresponde realizar el estudio de un puesto en forma individual o bajo la metodología de estudio integral. Cuáles son las prioridades de unidades organizativas que deben estudiarse bajo la metodología de estudio integral. Tiene plazo de entrega al 30 de marzo de 2016, de una certificación en la que se haga constar que la herramienta fue elaborada y se encuentra implementada. Punto 2.1 y 2.2		X
DGA-636-2015	Auditoría del proceso para el trámite de reasignación de puestos en el Ministerio de Salud	4.2 Solicitar a la Dirección de Desarrollo Humano realizar los estudios de provisionalidad de los puestos que sean reasignados en adelante, siguiendo lo establecido en el procedimiento de Reasignación de Puestos DGSC-GRH-GOT-AO-001-2009; de manera que se logre confirmar la veracidad de los actos administrativos de reasignación que se emiten. Tiene plazo de entrega al 30 de enero de 2017, una certificación en la que se haga constar la ejecución de los estudios de provisionalidad de los puestos que se han reasignado a esa fecha. Punto 2.3		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-636-2015	Auditoría del proceso para el trámite de reasignación de puestos en el Ministerio de Salud	4.3 Establecer e implementar un mecanismo de la recepción de solicitudes de cambios de tareas que permita, en conjunto con lo indicado en la recomendación 4.1, controlar lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 8131. Tiene plazo de entrega al 30 de marzo de 2016, una certificación en la que se haga constar que la herramienta fue elaborada y se encuentra implementada. Punto 2.1 y 2.2		X
DGA-636-2015	Auditoría del proceso para el trámite de reasignación de puestos en el Ministerio de Salud	4.4 Revisar e implementar el formulario denominado “Dictamen de factibilidad”, de manera que el mismo considere en el apartado “factores a considerar”, los elementos organizacionales, presupuestarios y de requisitos necesarios en alineamiento con los factores considerados en el estudio antes citado. Asimismo, utilizarlo para cada solicitud presentada como parte del expediente de cada caso. Tiene plazo de entrega al 30 de marzo de 2016, una certificación en la que se haga constar que en todos los casos se aplica y se deja evidencia del Dictamen de factibilidad. Punto 2.2	X	
DGA-636-2015	Auditoría del proceso para el trámite de reasignación de puestos en el Ministerio de Salud	4.5 Cumplir el periodo de consolidación de los puestos cuyas solicitudes de cambio de tareas hayan sido autorizadas utilizando como referencia el oficio de autorización de cambio de tareas que emite la DGS, con el propósito de dar cumplimiento en calidad y oportunidad con lo señalado en el artículo 118 del RESC. Tiene plazo de entrega al 30 de setiembre de 2016, una certificación en la que se haga constar que en todos los casos se cumple con el plazo de consolidación estipulado. Punto 2.2	X	
DGA-668-2015	Auditoría sobre procesos de las transferencias giradas a las asociaciones de Desarrollo Específico Pro-CEN-CINAI de la Dirección Regional de CEN-CINAI Chorotega	4.1 Establecer e implementar un mecanismo de planificación y control que permita verificar que el trámite de transferencias destinadas para la compra de mobiliario y equipo se realice en forma oportuna y los recursos se trasladen con el plazo suficiente para que el fin que buscan se ejecute en el periodo correspondiente Tiene plazo de entrega al 30 de marzo de 2016, de una certificación en la que se haga constar que el mecanismo fue socializado a todos los niveles de gestión. Punto 2.1	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-668-2015	Auditoría sobre procesos de las transferencias giradas a las asociaciones de Desarrollo Específico Pro-CEN-CINAI de la Dirección Regional de CEN-CINAI Chorotega	4.2 Ordenar a la Directora Regional de CEN CINAI Chorotega que se brinde asesoría a los miembros de las ADEC en cuanto a la adquisición, recepción y cancelación de mobiliario y equipo. Tiene plazo de entrega al 30 de marzo de 2016, de una certificación en la que se haga constar que se brindó la asesoría señalada. Punto 2.1	X	
DGA-668-2015	Auditoría sobre procesos de las transferencias giradas a las asociaciones de Desarrollo Específico Pro-CEN-CINAI de la Dirección Regional de CEN-CINAI Chorotega	4.3 Ordenar a las Direcciones Regionales donde funcione un establecimiento CENCE el cumplimiento de la norma sobre el registro del beneficiario, de forma que se cuente con un expediente de beneficiarios de comidas servidas en el servicio de comedor escolar a los escolares de la escuela pública de la comunidad al cual le brindan servicio. Debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos del beneficiario del programa Tiene plazo de entrega al 30 de marzo de 2016, de una certificación en la que se haga constar que en todos los establecimientos donde se les brinde comida a escolares, todos los beneficiarios tienen un expediente y cumplen con los requisitos establecidos. Punto 2.2	X	
DGA-558-2016	Auditoria sobre el Proceso de Visado en la Partida de Seguros y Resoluciones Administrativas	4.1 Modificar la fórmula para que los cálculos de las prestaciones legales de forma tal que se contemple la proporción exacta de vacaciones a que tiene derecho, de acuerdo a lo que indica la Normativa vigente, eliminando la práctica de considerar un día por mes Tiene plazo de entrega la fórmula corregida al 23 de diciembre del 2016 para determinar su cumplimiento. (Apartado 2.1).	X	
DGA-558-2016	Auditoria sobre el Proceso de Visado en la Partida de Seguros y Resoluciones Administrativas	4.2 Girar directriz a los encargados del proceso de Visado con los lineamientos que debe contemplar la revisión de facturas para que se cumpla con los requisitos en todos los pagos realizados mediante Cargo a Reserva de Recursos. Remitir directriz al 23 de diciembre del 2016, para verificar su cumplimiento. (Apartado 2.2).	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-558-2016	Auditoria sobre el Proceso de Visado en la Partida de Seguros y Resoluciones Administrativas	4.3 Ordenar e implementar el foliado en los expedientes de acuerdo de pago, con el fin de que se realice como lo indica el oficio DGS-3040-13 del 22 de julio del 2013 emitido por las autoridades del Ministerio de Salud, tal como se le había señalado en el informe DGA-473-2014, al jefe de la Unidad Financiera. Con el fin de determinar su cumplimiento remitir copia del oficio en el que se ordene la implementación del foliado en los expedientes de acuerdo de pago a esta Dirección al 23 de diciembre del 2016 (Apartado 2.3).	X	
DGA-520-2016	Auditoría sobre seguimiento de Orden Sanitaria CN-ARS-010-2014 a la Empresa KODIAK S. A	Salvo mejor criterio Técnico o legal en contrario, ordenar al director del Área Rectora de Salud Alajuela 2, para que, en un plazo no mayor a 05 días hábiles, la ejecución de la clausura inmediata del establecimiento de conformidad con el artículo 363 de la Ley N°5395 del 30 de octubre de 1973 Ley General de Salud, por cuanto se está desarrollando actividades que no corresponden al Permiso Sanitario de Funcionamiento N°703-13	X	
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.1 Trasladar y ordenar a la Directora de Atención al Cliente, al director de la Dirección de Protección al Ambiente Humano y al Director Regional de Rectoría de la Salud Huetar Caribe, la implementación de las recomendaciones emitidas en el presente informe, con el fin de que se corrijan las debilidades expuestas Tiene plazo de entrega al 15 de octubre, 2016, para entregar la copia de las instrucciones giradas.	X	
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.2 Ordenar a la Dirección de Atención al Cliente dar seguimiento a las acciones que permitan elaborar y ajustar los procedimientos o protocolos relativos a la programación de inspecciones relativas a la regulación de la salud, según los acuerdos indicados en la reunión del 10 de mayo del 2016, comunicados a esta Dirección en Oficio PDI-132-16. Tiene plazo de entrega al 28 de febrero de 2017, la entrega de un oficio en el que haga constar la elaboración y socialización de los procedimientos o protocolos a las DARS. Aparte 2.3	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.3 Ordenar a la Dirección de Protección al Ambiente Humano la valoración de la información contenida en el “Informe de Permisos de Funcionamiento de Establecimientos” que envían las DARS a través de las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud y se comunique a dichos niveles regionales si en adelante deben enviar el Informe mencionado al Nivel Central. El resultado de la valoración y las acciones respectivas tienen plazo de entrega al 30 de noviembre, 2016. Aparte 2.1	X	
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.4 Ordenar a la Dirección de Protección al Ambiente Humano definir un formato para la elaboración de los informes técnicos de regulación de la salud, integrando tanto los apartados que cita el proceso INSPECCIÓN GENERAL DE ESTABLECIMIENTOS, ACTIVIDADES U OTROS MS.NI.FIMPR.02.02.12 u otras que se consideren importantes en apoyo a la gestión de las DARS. Esta inclusión debe ser debidamente comunicada a todas las DARS, según se tenga establecido institucionalmente. Las acciones tienen un plazo de entrega al 28 de febrero de 2017. Aparte 2.4	X	
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.5 Solicitar al director del Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación, la elaboración de una propuesta con la utilización de las herramientas ofimáticas disponibles que coadyuve en la detección de los PSF que se encuentran propensos a vencer y su seguimiento. Tiene plazo de entrega al 28 de febrero de 2017, un oficio en el que haga constar la socialización de esta propuesta a las DARS. Aparte 2.2	X	
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.6 Trasladar y ordenar a las directoras de las DARS de Pococí y Limón, la implementación de las recomendaciones emitidas 4.7, 4.8, 4.9 y 4.10 en el presente informe, con el fin de que se corrijan las debilidades expuestas y remitir a esta Dirección de Auditoría, a más tardar el 15 de octubre, 2016, copia de las instrucciones giradas. Tiene plazo de entrega al 30 de noviembre, 2016, de un oficio en el que haga constar las acciones realizadas y la implementación de las recomendaciones por parte de cada una de las DARS.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.7 Realizar la programación de las inspecciones relacionadas con los PSF, de forma tal que su ejecución no esté sujeta al informe trimestral que se remite a nivel central, con el propósito de que la programación de los casos no se vea limitada. Aparte 2.1	X	
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.8 Establecer una organización del trabajo que razonablemente permita el cumplimiento de los tiempos definidos para la renovación de los PSF. Aparte 2.2	X	
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.9 Realizar el archivo y folio de documentos dentro de los expedientes correspondientes a PSF, siguiendo los criterios establecidos en los lineamientos emitidos para esa actividad. Aparte 2.4	X	
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.10 Ordenar la implementación inmediata de los ajustes que se están recomendando al nivel central una vez que estos sean socializados.	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.11 Efectuar una revisión del flujo interno de documentos (expedientes y otros) que se da entre el Equipo de Regulación de la Salud y la Dirección de la DARS de Pococí para la resolución de los casos; de manera que se logre identificar los documentos que se deben generar en los diferentes casos y los puntos críticos que no están permitiendo la generación de algunos documentos y realizar la programación de los casos identificados para seguimiento. Con esta revisión debe establecer controles que le permitan evidenciar el cumplimiento de todas las acciones requeridas en regulación de la salud, especialmente en lo referente a las inspecciones de seguimiento que surgen de las inspecciones de control a establecimientos que poseen PSF y de la atención a denuncias de establecimientos y lugares. Deberá informar a esta auditoría antes de 30 de noviembre, 2016, de los controles establecidos partir de esta revisión Aparte 2.1	X	
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.12 Determinar e implementar una forma de programar las inspecciones relacionadas a las solicitudes de PSF de recién ingreso, los seguimientos que se generan y las denuncias que se presentan, de manera que el personal del Equipo de Regulación de la Salud esté dedicado a la ejecución de la actividad que conlleva las inspecciones y la emisión de los informes técnicos correspondientes relacionados a PSF. Lo anterior hasta tanto se ordene la implementación de los procedimientos o protocolos indicados en la recomendación 4.2 Aparte 2.3	X	
DGA-419-2016	Auditoria sobre Proceso de otorgamiento y seguimiento de PSF en la Región Rectora de Salud Huetar Caribe.	4.13 Realizar las inspecciones de control de forma programada o por muestreo selectivo, según la prioridad sanitaria de los establecimientos, de manera que se minimicen los riesgos a que se ve expuesta la población. Deberá informar a esta auditoría antes de 30 de noviembre, 2016, las acciones emprendidas para el cumplimiento de esta recomendación. Aparte 2.3	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-413-2016	Auditoría Sistema Contable del Programa OCIS	4.1 Solicitar a la Dirección Financiera trasladar los fondos a Caja Única según se establece en el reglamento y eliminar la práctica de trasladar los intereses generados por los saldos de las cuentas corrientes a FODESAF y depositarlos como corresponde al Fondo General de Caja única. Ver resultado 2.4. La implementación de esta recomendación se debe dar de forma inmediata al recibo de este informe. Tiene plazo de entrega al 30 de setiembre copia del oficio con las instrucciones giradas	X	
DGA-413-2020	Auditoría Sistema Contable del Programa OCIS	4.6 Emitir y divulgar procedimientos internos, para que los colaboradores ejecuten las funciones de acuerdo con lo que establece el Reglamento para el funcionamiento de la Caja Única. Ver Resultado 2.4 Esta recomendación deberá estar cumplido al 28/02/2016. De las instrucciones que se giren para su cumplimiento, tiene en un plazo de 20 días hábiles después de recibido este informe		X
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.1 Ordenar al Administrador que para todo procedimiento de contratación se cumpla con lo que dicta la Ley N.º 7494 de Contratación Administrativa y su Reglamento, para todo tipo de bienes y servicios que requiera el PANARE, con el fin de salvaguardar los recursos de la Institución y eliminar la práctica de contratar en forma directa en desapego a la normativa vigente. Tiene plazo de entrega al 30 de julio, 2016, certificación del cumplimiento de esta recomendación. (Ver punto 2.1.1 y 2.1.2)	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.2 Realizar una valoración de los contratos por servicios profesionales contraídos con la Licda. Liza Mata Méndez, c.c. Liza Méndez Mata y al Consorcio Jurídico Méndez Mata y Asociados, con el propósito de decidir su continuidad o de ser necesario rescindirlos. Para ello deberá tenerse en consideración la omisión en que incurrió el oferente al haber sido partícipe de un procedimiento irregular en contra del formalismo de contratación administrativa acorde a la Ley 7494 en su artículo 21.- Verificación de Procedimientos. Además, la Administración deberá aplicar lo que dicta el artículo 210 del Reglamento de Contratación Administrativa. El informe de dicha valoración de los contratos, así como el resultado obtenido Tiene plazo de entrega al 30 de agosto del 2016. (Ver punto 2.1.2)		X
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.3 Girar las instrucciones al Administrador para que se cumpla con lo que dicta la Ley N.º 8131 de Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos y las Normas Técnicas Sobre Presupuesto Público, relacionados con los principios presupuestarios y el marco general de Presupuesto Institucional para que se elimine la práctica de realizar egresos por medio de partidas presupuestarias que no tengan fondos disponibles para ello o que no se hayan creado a nivel de presupuesto ordinario y que de ser necesario esto último se considere lo que estable el POI para los intereses institucionales. La copia de las instrucciones enviadas al tiene plazo de entrega al 30/07/2016. (Ver punto 2.2)	X	
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.4 Solicitar al Director del Área Técnica que cuando programe giras estas respondan a los objetivos institucionales y a las actividades establecidas en el POI y ordenar al administrador que solo se reconozcan gastos de viaje en los casos que se cumpla con lo anterior. La copia de las instrucciones enviadas al director del Área Técnica y al Administrador tiene plazo de entrega al 30/07/2016. (Ver punto 2.3.1)	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.5 Ordenar al Administrador establecer e implementar procedimientos para los contratación de bienes y servicios, nombramiento de personal sustituto, proceso presupuestario, otorgamiento y liquidación de viáticos, que definan claramente las responsabilidades de los funcionarios involucrados, lo anterior con el propósito de poder identificar las responsabilidades de cada miembro de la administración de ser necesario, a su vez realizar proceso de socialización de los procedimientos y capacitación del personal. Para la elaboración, capacitación y socialización de los procedimientos cuenta con un periodo de un año a partir de que se encuentre en firme este informe, solicitar a la administración avances trimestrales y enviarle copia a la Dirección de Auditoría. (Ver todos los puntos)		X
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.6 Ordenar a la Administración para que capacite al personal encargado de las labores del manejo de pago de viáticos cuando se requiere hacer giras fuera de la Gran Área Metropolitana, para que se dé cumplimiento a lo que dictan las Normas Presupuestarias y el Reglamento de Gastos de Viaje y Transporte en el interior del país y no se giren viáticos sin que no exista contenido presupuestario en las partidas correspondientes, así como tampoco se reconozca viáticos a personas que no sean funcionarios del Patronato. Tiene plazo de entrega al 15 de octubre, 2016, la certificación del cumplimiento de esta recomendación que indique los temas en que se capacitó y los funcionarios que participaron. (Ver todos los puntos)		X
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.8 Asesorar a la Junta Directiva ya sea mediante oficio o por participación en las sesiones de Junta Directiva, sobre los procesos de contratación de bienes y servicios, nombramiento de personal sustituto, proceso presupuestario, otorgamiento y liquidación de viáticos, remitiendo a la Dirección de Auditoría, copia de los oficios remitidos o de las actas en las que se brinda dicha asesoría a más tardar al 15 de octubre del 2016. (Ver todos los puntos)		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.9 Realizar una adecuada supervisión sobre los colaboradores en la ejecución de las labores desarrolladas en los procesos de contratación de bienes y servicios, nombramiento de personal sustituto, proceso presupuestario, otorgamiento y liquidación de viáticos. Presentar a la Dirección de Auditoría a más tardar el 30 de agosto, 2016, certificación del cumplimiento de esta recomendación aportando los documentos que evidencien el cumplimiento de esta. (Ver todos los puntos)		X
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.10 Utilizar los formularios que ha establecido la Contraloría General de la República para el adelanto y liquidación de viáticos y eliminar la práctica de girar viáticos a un solo funcionario para que este distribuya a otros participantes de la gira, así como establecer lineamientos acordes al reglamento de Gastos de Viajes y Transporte, para que se cumpla con el tiempo establecido para la liquidación. Enviar a la Dirección de Auditoría copia donde de implementes dichos formularios, así como los lineamientos establecidos en relación a los gastos de viajes y transporte y su liquidación a más tardar al 30 de julio del 2016. (Ver punto 2.3.1 y 2.3.2)	X	
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.11 Realizar las acciones necesarias para que se establezcan y cumplan las Normas Técnicas de Presupuestos Públicos, de manera que se garantice que todos los recursos que ingresan al PANARE sean presupuestados y no se adquieren compromisos que carezcan de contenido presupuestario. Presentar el plan de implementación de las Normas, así como informes de avance trimestrales a la Junta Directiva, con copia a esta Dirección en un plazo no mayor a un año. (Ver punto 2.4)		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.12- Realizar una valoración de los puestos que son imprescindibles sustituir en el PANARE para la atención de los pacientes residentes y establecer un procedimiento de selección de personal sustituto que garantice la idoneidad de este. Presentar a la Junta Directiva el resultado de la valoración de puestos, así como el procedimiento, con el fin de que sean aprobados por ésta, remitiendo certificación del cumplimiento de esta recomendación a más tardar al 09 de diciembre del 2016. (Ver punto 2.5)		X
DGA-304-2016.	Auditoría de Ingresos Y Egresos del PATRONATO NAL. REHABILITACIÓN PANARE	4.13 Establecer manuales de procedimientos que regulen el accionar de las diferentes áreas de la Administración del Patronato, especialmente las que se relacionan con las adquisiciones de que es objeto el Patronato, al igual que los generados por viáticos y transporte, como también la normativa sobre las técnicas presupuestarias. Para la elaboración, capacitación y socialización de los procedimientos cuenta con un periodo de un año a partir de que se encuentre en firme este informe, remitir a la Junta Directiva avances trimestrales y enviarle copia a la Dirección de Auditoría. (Ver todos los puntos)		X
DGA-245-2016	Auditoría fondo reembolsable con recursos del fideicomiso en las regiones central este y central sur	4.1 Incluir dentro del procedimiento del Ministerio de Salud que rige el Fondo Reembolsable, lo correspondiente a la presentación de las facturas por los gastos por servicio de chapia. Comunicar a esta Dirección el ajuste y divulgación de este antes del 15 de agosto, 2016 (Apartado 2.1)	X	
DGA-245-2016	Auditoría fondo reembolsable con recursos del fideicomiso en las regiones central este y central sur	4.2 Realizar supervisiones conforme lo establecido en el punto 8.14 del procedimiento MS.UO. LI.07.04.06 en cuanto al control del fondo reembolsable de las Sedes regionales, prestando especial atención a las debilidades señaladas sobre el cumplimiento de los requisitos de la documentación soporte a la solicitud y liquidación de vales y reembolsos de caja chica. La programación de dichas supervisiones deberá enviarse a la Dirección de Auditoría al 29 de julio, 2016 y los resultados obtenidos al 15 de noviembre, 2016 (Apartado 2.1)	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-245-2016	Auditoría fondo reembolsable con recursos del fideicomiso en las regiones central este y central sur	4.3 Valorar el procedimiento de liquidación de los reembolsos de las unidades organizativas correspondientes a los últimos meses de cada período, con el fin de optar por la mejor práctica que garantice que los gastos se procesen en el cierre y presupuesto del SIAF del año en que fueron ejecutados. Remitir a la Dirección de Auditoría el acuerdo tomado y el procedimiento establecido antes del 15 de agosto (Apartado 2.2)	X	
DGA-245-2016	Auditoría fondo reembolsable con recursos del fideicomiso en las regiones central este y central sur	4.4 Realizar supervisiones conforme lo establecido en el punto el punto 8.14 del procedimiento MS.UO.LI.07.04.06 en cuanto al control del fondo reembolsable de las DARS, prestando especial atención a las debilidades señaladas sobre el cumplimiento de los requisitos de la documentación soporte a la solicitud y liquidación de vales y reembolsos de caja chica. La programación de dichas supervisiones deberá enviarse a la Dirección de Auditoría al 29 de julio, 2016 y los resultados obtenidos al 15 de noviembre, 2016 (Apartado 2.1)	X	
DGA-245-2016	Auditoría fondo reembolsable con recursos del fideicomiso en las regiones central este y central sur	4.4 Realizar supervisiones conforme lo establecido en el punto el punto 8.14 del procedimiento MS.UO.LI.07.04.06 en cuanto al control del fondo reembolsable de las DARS, prestando especial atención a las debilidades señaladas sobre el cumplimiento de los requisitos de la documentación soporte a la solicitud y liquidación de vales y reembolsos de caja chica. La programación de dichas supervisiones deberá enviarse a la Dirección de Auditoría al 29 de julio, 2016 y los resultados obtenidos al 15 de noviembre, 2016 (Apartado 2.1)	X	
DGA-245-2016	Auditoría fondo reembolsable con recursos del fideicomiso en las regiones central este y central sur	4.5 Ordenar a la jefatura de la Unidad de Apoyo Logístico y Administrativo, llevar un control sobre la rendición de las pólizas de fidelidad de forma que, entre otros garantice la suscripción de la caución de todos los responsables de los fondos asignados, así como la renovación antes de su vencimiento. Dicho control debe mantenerse actualizado. Comunicar a la Dirección de Auditoría a más tardar el 15 de agosto, 2016, que el mecanismo de control se encuentra implementado y actualizado. (Apartado 2.3)	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-245-2016	Auditoría fondo reembolsable con recursos del fideicomiso en las regiones central este y central sur	4.6 Ordenar a los directores de las DARS Mora, DARS Montes de Oca, DARS Alajuelita y DARS Acosta a proceder con la suscripción y pago de la póliza de fidelidad. Además, deberá verificar el cumplimiento de dicho mandato. Comunicar a la Dirección de Auditoría antes del 15 de agosto el cumplimiento de esta recomendación. (Apartado 2.4)	X	
DGA-080-2016	Auditoría sobre la política nacional de salud mental	4.1 Trasladar y ordenar al jefe de la Secretaría Técnica de Salud Mental y al director de la División Administrativa, la implementación de las recomendaciones emitidas en el presente informe, con el fin de que se corrijan las debilidades expuestas y remitir a la Dirección de Auditoría a más tardar el 9 de mayo 2016, copia de las instrucciones giradas	X	
DGA-080-2016	Auditoría sobre la política nacional de salud mental	4.2 Solicitar a la Directora de Planificación y Desarrollo Institucional la colaboración técnica para realizar una valoración que permita determinar si el funcionamiento de dicha Secretaria Técnica debe ser mediante el establecimiento de procesos o mediante la ejecución de planes y proyectos, una vez identificado lo anterior, en el caso de definirse procesos deben elaborarse y socializarse los mismos. El jefe de la Secretaría Técnica deberá remitir a la Dirección de Auditoría a más tardar el 30 de setiembre 2016, un oficio donde haga constar el cumplimiento de la recomendación con la documentación que así lo acredite. Todo el informe		X
DGA-080-2016	Auditoría sobre la política nacional de salud mental	4.3 Solicitar asesoría a la Dirección de Desarrollo para que, con el resultado de la valoración anterior, se identifique la plantilla y los perfiles de puestos necesarios que le permitan llevar a cabo las funciones otorgadas en la Ley 9213 y realizar un informe técnico con la información obtenida para gestionar ante el señor ministro los Recursos Humanos necesarios que le permita cumplir con los objetivos de la Secretaría. El jefe de la Secretaría Técnica deberá remitir a la Dirección de Auditoría a más tardar el 30 de diciembre 2016, un oficio donde haga constar el cumplimiento de la recomendación con la documentación que así lo acredite. Todo el Informe		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-080-2016	Auditoría sobre la política nacional de salud mental	4.4 Dar seguimiento a las gestiones correspondientes para la aprobación y publicación del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Secretaria Técnica de Salud Mental. Aparte 2.1 Remitir a la Dirección de Auditoría a más tardar el 30 de mayo de 2016, un oficio donde indique la referencia de la publicación del Reglamento		X
DGA-080-2016	Auditoría sobre la política nacional de salud mental	4.5 Formular y divulgar los planes específicos a nivel nacional que permitan identificar las actividades, metas, indicadores y los responsables ejecutores de cada subtema y acciones dadas en el Plan de Acción 2012-2021. Aparte 2.2 Remitir a la Dirección de Auditoría a más tardar el 30 de agosto de 2016, un oficio donde haga constar el cumplimiento de esta recomendación		X
DGA-080-2016	Auditoría sobre la política nacional de salud mental	4.6 Emitir los lineamientos de implementación, seguimiento y evaluación y los responsables de los programas, planes y proyectos que se deriven de los planes estratégicos formulados, a efecto de comprobar el cumplimiento del 2.2 remitir a la Dirección de Auditoría a más tardar el 30 de agosto de 2016, un oficio donde haga constar el cumplimiento de esta recomendación		X
DGA-080-2016	Auditoría sobre la política nacional de salud mental	4.7 Ordenar al Director Financiero, de Bienes y Servicios, que aplique como fuente de financiamiento para la Secretaría Técnica de Salud Mental la transferencia de la JPS, según lo establecido en la Ley 8718, e identifique el superávit específico dentro del superávit de la Junta de Protección Social, debido a que el superávit específico tiene un objetivo fijado por destino legal, sin que esto sea un obstáculo para presupuestar el superávit. Aparte 2.3 Remitir a la Dirección de Auditoría a más tardar el 30 de octubre de 2016, la ejecución presupuestaria al tercer trimestre del 2016 donde conste el cumplimiento de la recomendación	X	
DGA-052-2016	Auditoría especial sobre los datos de inversión en salud en la memoria institucional	4.1 Trasladar y ordenar a la Dirección de la División Administrativa, la implementación de las recomendaciones emitidas en el presente informe, con el fin de que se corrijan las debilidades expuestas y remitir a la Dirección de Auditoría a más tardar el 9 de mayo 2016 copia de las instrucciones giradas	X	

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-052-2016	Auditoría especial sobre los datos de inversión en salud en la memoria institucional	4-2 Establecer e implementar procedimiento para la elaboración de la información a presentar en la Memoria Institucional, en donde se definan el procesamiento de la información tanto interna como externa, las revisiones de los resultados, las aprobaciones, entre otros aspectos. Presentar a la Dirección de Auditoría a más tardar el 15 de junio, 2016, certificación del cumplimiento de esta recomendación que indique que el procedimiento fue elaborado e implementado por los funcionarios responsables. Deberá adjuntar copia del procedimiento y la respectiva aprobación (Ver contenido del informe)		X
DGA-052-2016	Auditoría especial sobre los datos de inversión en salud en la memoria institucional	4.3 Establecer e implementar procedimientos para la validación de los datos que se reportan en los informes financieros que presente la institución ante la Presidencia de la República, Asamblea Legislativa, entes fiscalizadores o publicaciones como la Memoria Institucional. Estos procedimientos deben contener, entre otros las responsabilidades y autorizaciones de los funcionarios involucrados en la elaboración y presentación de los informes financieros. Presentar a la Dirección de Auditoría a más tardar el 15 de junio, 2016, 2016, certificación del cumplimiento de esta recomendación que indique que los procedimientos fueron elaborados e implementados por los funcionarios responsables. Deberá adjuntar copia de los procedimientos y la respectiva aprobación (Ver contenido del informe)		X
DGA-052-2016	Auditoría especial sobre los datos de inversión en salud en la memoria institucional	4.4 Ordenar al director de la Dirección Financiera, de Bienes y Servicios, establecer un procedimiento que les permita conciliar la información del Ministerio de Hacienda con la originada en los registros de la Unidad Financiera de esta institución. Presentar a la Dirección de Auditoría a más tardar el 15 de junio, 2016, certificación del cumplimiento de esta recomendación. (Ver punto 2.1)		X
DGA-052-2016	Auditoría especial sobre los datos de inversión en salud en la memoria institucional	4.5 Ordenar al director de la Dirección Financiera, de Bienes y Servicios, indagar, analizar y resolver las diferencias detectadas que corresponden a los compromisos del presupuesto de gobierno central según lo presentado en el punto 2.1 de este informe. Presentar a la Dirección de Auditoría a más tardar el 15 de junio, 2016, certificación del cumplimiento de esta recomendación		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-030-2016	Auditoría de la dirección de promoción de la salud	4.1 Ordenar al Director de Promoción de la Salud el establecimiento, oficialización y comunicación de las funciones para la Dirección de Promoción de la Salud, en acatamiento a la legislación vigente y en procura de acatar el objetivo de la transformación de dicha Dirección, que solventaría los vacíos estructurales y funcionales del Ministerio de Salud y lograr ejecutar en forma efectiva la Estrategia Maestra de la promoción de la salud en los diferentes procesos del quehacer institucional, tal como se estableció en la propuesta presentada al MIDEPLAN. Solicitar informes cada dos meses sobre el avance del establecimiento, oficialización y comunicación de las funciones al director	X	
DGA-030-2016	Auditoría de la dirección de promoción de la salud	4.2 Ordenar al Director de Promoción de la Salud que paralelamente al establecimiento, oficialización y comunicación de las funciones, elaborar, oficializar y socializar los procedimientos para el funcionamiento de las unidades organizativas de acuerdo a las funciones asignadas, así como los lineamientos e instrumentos ajustados procesos organizacionales para los tres niveles de gestión, donde se tome en cuenta los canales de comunicación, coordinación con los niveles de gestión, asignación de autorizaciones y responsabilidades, entre otros. Al igual que la recomendación 4.1 solicitar al director informes cada dos meses del avance de los procedimientos		X
DGA-587-2017	Auditoría Sobre Correo Electrónico Institucional	4.1 Revisar y ajustar la propuesta de capacitación en las herramientas de la Suite Office 365 y ejecutarla durante el año 2018, a fin de que el usuario adquiera una mayor confianza y destreza en el uso de las herramientas. Asimismo, incorporar temas de seguridad, como el resguardo de la clave de acceso, fomentar el cumplimiento de los lineamientos que se han emitido para el uso del Correo Electrónico e informar a los usuarios que cuando requieran capacitación en las “Nuevas Herramientas” que Microsoft pone a disposición de los usuarios, realicen ante la DTIC la solicitud de esta. (Apartado 2.1). Presentar a la Dirección de Auditoría copia del cronograma detallado, con las actividades a realizar, el 28 de febrero del 2018		x

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-587-2017	Auditoría Sobre Correo Electrónico Institucional	4.2. Establecer lineamientos claros y detallados, para acceder a la información de una cuenta de correo o al equipo de un funcionario o exfuncionario, así como para la eliminación de una cuenta de correo y proceda siguiendo el trámite correspondiente a su divulgación. (Apartado 2.2). Remitir a la Dirección de Auditoría copia de la divulgación de los lineamientos giradas a más tardar el 30 de marzo, 2018		x
DGA-587-2017	Auditoría Sobre Correo Electrónico Institucional	4.3 Identificar y documentar clara y detalladamente los riesgos asociados al correo electrónico, especificar las acciones que busquen proteger y crear valor dentro de la Institución, a fin de alcanzar los objetivos propuestos, mejorar la competitividad y disminuir posibles riesgos a futuro. (Apartado 2.3). Remitir a la Dirección de Auditoría copia del documento a más tardar el 30 de marzo, 2018		x
DGA-568-2017	Auditoría sobre la autorización de Importación de medicamentos No Registrados.	4.1. Ordenar a la Dirección de Atención al Cliente y a la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario la revisión, ajuste y emisión de la normativa para el trámite de las autorizaciones para la adquisición e importación de medicamentos no registrados, al amparo del artículo 117 de la Ley General de Salud, en relación con la presentación y cumplimiento de requisitos que deben demostrar para la obtención de esta. Para lo anterior deberá considerar los criterios enumerados en oficio DM-J-RR-4262-11 del 26 de agosto del mismo año. Remitir a la Dirección de Auditoría Interna, a más tardar el 30 de enero, copia de las instrucciones giradas a esas Direcciones, para el 30 de abril de 2018 la propuesta de las Direcciones de Regulación y Atención al Cliente sobre los ajustes a la normativa para medicamentos no registrados y para el 30 de agosto de 2018, el proceso de las publicaciones correspondientes a los ajustes de la normativa citada		x

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-567-2017	Auditoría sobre la asignación de los puestos destacados en el nivel regional y local, clasificados como inspector de servicio civil 1 y 2, grupo de especialidad: lucha contra insectos, en el Programa Integrado de Vectores	4.1 Ordenar a la Dirección de Vigilancia de la Salud realizar una evaluación que permita determinar la eficacia de las medidas de control de enfermedades trasmitidas por vectores que actualmente se implementan a nivel nacional versus los avances obtenidos en las zonas consideradas de mayor riesgo, basados en datos estadísticos probatorios sobre el comportamiento que han tenido los vectores, con el objeto de comprobar la eficacia y la eficiencia de las acciones que se realizan actualmente; de la necesidad de capacitación en materia de control integrado de vectores; de la necesidad y de la ubicación organizacional que tienen actualmente los puestos a nivel nacional versus la ubicación estratégica organizacional que deben tener los puestos para que la Institución tenga capacidad de respuesta a los requerimientos del país respecto a las actividades de manejo integrado de vectores. Para ello puede solicitar acompañamiento a la Dirección de Desarrollo Humano, en los aspectos que se refieren a recursos humanos y con la Unidad de Evaluación de la Dirección de Planificación en cuanto a la metodología y procedimiento para la evaluación de las acciones que se están implementando. La Dirección a su cargo debe dar seguimiento a las acciones que deberá realizar la Dirección de Vigilancia de la Salud. Remitir a la Dirección de Auditoría Interna, a más tardar el 31 de enero, copia de las instrucciones giradas y para el 31 de mayo de 2018, oficio informando la conclusión de la evaluación, y enviar en forma digital el documento con los resultados		x

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-567-2017	Auditoría sobre la asignación de los puestos destacados en el nivel regional y local, clasificados como inspector de servicio civil 1 y 2, grupo de especialidad: lucha contra insectos, en el Programa Integrado de Vectores	4.2 Ordenar a la Dirección de Vigilancia de la Salud impulsar, concretar y documentar un programa permanente de Control de Vectores que coordine a nivel técnico en los tres niveles del Ministerio de Salud y sus Entidades Adscritas, sectorial e intersectorialmente. Este Programa es el órgano responsable de implementar la Estrategia de Gestión Integral de Vectores (EGI-V)", garantizando la asignación de los recursos materiales, humanos y presupuestarios requeridos para el fiel cumplimiento de sus objetivos. Para ello puede solicitar acompañamiento a la Dirección de Desarrollo Humano, en los aspectos que se refieren a recursos humanos; a la División Administrativa en relación con los recursos financieros requeridos y a la Dirección de Planificación para el asesoramiento correspondiente. La Dirección a su cargo debe dar seguimiento a las acciones que deberá realizar la Dirección de Vigilancia de la Salud. Remitir a la Dirección de Auditoría Interna, a más tardar el 31 de enero, copia del oficio de las instrucciones giradas y para el 30 de octubre de 2018, oficio informando la aprobación del programa, y enviar en forma digital el documento con los resultados		x
DGA-567-2017	Auditoría sobre la asignación de los puestos destacados en el nivel regional y local, clasificados como inspector de servicio civil 1 y 2, grupo de especialidad: lucha contra insectos, en el Programa Integrado de Vectores	4.3 Ordenar a las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud, disponer el regreso al Programa Manejo Integrado de Vectores de los puestos clasificados como Inspector de Servicio Civil 1 G de E Lucha contra Insectos, que se encuentran realizando funciones distintas a lo que la Institución reconoce como Programa Manejo Integrado de Vectores y dar seguimiento a las acciones que realizan las Direcciones para dar cumplimiento a lo ordenado. Remitir a la Dirección de Auditoría Interna, a más tardar el 31 de enero, copia del oficio de las instrucciones giradas y para el 31 de mayo de 2018, oficio informando los resultados		x

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-567-2017	Auditoría sobre la asignación de los puestos destacados en el nivel regional y local, clasificados como inspector de servicio civil 1 y 2, grupo de especialidad: lucha contra insectos, en el Programa Integrado de Vectores	4.4 Elaborar en conjunto con los Directores Regionales de Rectoría de la Salud, una estrategia para cumplir con el compromiso adquirido de contribuir con las gestiones ministeriales que promueven evitar el uso de puestos en funciones sustancialmente diferentes para las que fueron contratados, dado en el Informe Ejecutivo: Resumen de conclusiones y acuerdos producto del análisis de puestos del Programa de Manejo Integrado de Vectores en el nivel regional, fechado 09 de setiembre del 2015 y ordenar su cumplimiento. Remitir a la Dirección de Auditoría Interna, a más tardar el 31 de mayo de 2018, oficio informando la estrategia elaborada		x
DGA-567-2017	Auditoría sobre la asignación de los puestos destacados en el nivel regional y local, clasificados como inspector de servicio civil 1 y 2, grupo de especialidad: lucha contra insectos, en el Programa Integrado de Vectores	4.5 Avalar la propuesta de la plantilla mínima de puestos requerida para las actividades relacionadas con el Manejo Integrado de Vectores, con el objeto de que se establezca como marco de referencia para la redistribución y asignación de los puestos y el recurso humano. Remitir a esta Dirección de Auditoría Interna, a más tardar el 30 de agosto de 2019, copia de oficio con la aprobación de la propuesta.		x
DGA-567-2017	Auditoría sobre la asignación de los puestos destacados en el nivel regional y local, clasificados como inspector de servicio civil 1 y 2, grupo de especialidad: lucha contra insectos, en el Programa Integrado de Vectores	4.6 Proponer a las autoridades institucionales la plantilla mínima de los puestos clasificados como Inspectores de Servicio Civil 1 y 2 G de E: Lucha contra Insectos, teniendo como base los requerimientos evidenciados en el Programa que debe elaborar la Dirección de Vigilancia de la Salud; esto con el propósito de planificar acciones que faciliten la distribución y aprovechamiento del recurso humano. Remitir a la Dirección de Auditoría Interna, a más tardar la Dirección de Auditoría, copia de oficio informando la conclusión de la propuesta presentada a las autoridades.		x

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-567-2017	Auditoría sobre la asignación de los puestos destacados en el nivel regional y local, clasificados como inspector de servicio civil 1 y 2, grupo de especialidad: lucha contra insectos, en el Programa Integrado de Vectores	4.7 Establecer e implementar, una estrategia que permita garantizar a nivel de todo el país, el mantenimiento de la plantilla mínima de los puestos clasificados como Inspectores de Servicio Civil 1 y 2 G de E. Lucha contra Insectos, para las actividades relativas al Manejo Integrado de Vectores. Remitir a la Dirección de Auditoría Interna, a más tardar el 30 de octubre de 2019, copia de oficio informando la divulgación de la estrategia		x
DGA-567-2017	Auditoría sobre la asignación de los puestos destacados en el nivel regional y local, clasificados como inspector de servicio civil 1 y 2, grupo de especialidad: lucha contra insectos, en el Programa Integrado de Vectores	4.8 Definir e implementar mecanismos de control y seguimiento para verificar la gestión del recurso humano de las actividades relativas al Manejo Integrado de Vectores (mantenimiento de las condiciones del nombramiento de los puestos, organización y distribución del recurso humano, entre otros), así como las medidas que se tomarán en casos de incumplimiento al marco normativo y disposiciones institucionales. Remitir a la Dirección de Auditoría Interna, a más tardar el 30 de junio de 2018, copia de oficio informando sobre la definición de los mecanismos de control y seguimiento establecidos		x
DGA-419-2017	Auditoria sobre el Denuncia de hechos irregulares en el Programa Sistema Mensajes Saludables (SMS)	4.1 Elaborar, divulgar e implementar las instrucciones necesarias para que cada vez que sea nombrado un funcionario como líder de proyecto para desarrollos informáticos o de cualquier otra índole, se realice la designación formal de responsabilidades y roles sobre la administración, control, seguimiento y rendición de cuentas de este. Todo el informe		x

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-419-2017	Auditoria sobre la denuncia de hechos irregulares en el Programa Sistema Mensajes Saludables (SMS)	4.2 Emitir, divulgar e implementar lineamientos sobre lo siguiente: -Que toda gestión a nivel de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), sean supervisadas y controladas en todas sus fases, por el Departamento de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC), quienes deben fungir como contraparte técnica Institucional en el transcurso de todo el proyecto. La dependencia solicitante del proyecto y funcionarios del DTIC entre otras responsabilidades, deberán documentar toda acción relacionada al proyecto, estarán vigilantes al cumplimiento de los términos de referencia y en caso de existir cualquier cambio en los mismos, se deberán de documentar y justificar. -Que toda nueva iniciativa en desarrollos informáticos debe ser presentada, discutida y evaluada por el Consejo Ministerial, el cual tendrá la responsabilidad de crear documento (acta, minuta o informe) con el resultado de esta		x
DGA-419-2017	Auditoria sobre el Denuncia de hechos irregulares en el Programa Sistema Mensajes Saludables (SMS)	4.3 Reiterar a todos los niveles de la Institución, que se respete y se cumpla las directrices que se han emitido en torno a la aprobación sobre proyectos Informáticos (Políticas y Normas para Gestión de la Información, el DM-3940-2014, DM-SM-4783-2016 y Procedimientos sobre Gestión de TIC y Gestión de Sistemas de Información), indicando que por su incumplimiento se sancionará de conformidad con lo establecido en el Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud		x

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-419-2017	Auditoria sobre el Denuncia de hechos irregulares en el Programa Sistema Mensajes Saludables (SMS)	4.4 Ordenar a la comisión M-Salud, elaborar y documentar un plan de trabajo del proyecto de Mensajería de cesación del fumado, que incorpore al menos las actividades a realizar, el responsable y el tiempo estimado de cumplimiento, de manera que se organice y determinen las responsabilidades dentro de este equipo. Este plan de trabajo deberá considerar, entre otros, la valoración general del Sistema, a fin de determinar posibles modificaciones que el mismo requiera y los aspectos de mantenimiento, asimismo deberá contener la propuesta de utilización del superávit de los fondos donados por la Organización Mundial de la Salud, correspondientes al período 2016 por un monto de ¢13.128.173,48. (Todo el informe)		x
DGA-419-2017	Auditoria sobre el Denuncia de hechos irregulares en el Programa Sistema Mensajes Saludables (SMS)	4.5 Trasladar y ordenar a los miembros de la Comisión M-Salud y al director de la División Administrativa, el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el presente informe		x
DGA-419-2017	Auditoria sobre el Denuncia de hechos irregulares en el Programa Sistema Mensajes Saludables (SMS)	4.6 Establecer e implementar las acciones necesarias para activar el sistema contratado; a fin de que, a futuro el mismo no quede fuera de funcionamiento por problemas administrativos. (Apartado 2.1 y 2.3)		x
DGA-419-2017	Auditoria sobre el Denuncia de hechos irregulares en el Programa Sistema Mensajes Saludables (SMS)	4.7 Tramitar ante la Unidad de Bienes y Servicios el registro y plaqueo del equipo que fue adquirido para el programa Sistema Mensajes Saludables (SMS). (Apartado 2.3)		x

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-419-2017	Auditoria sobre el Denuncia de hechos irregulares en el Programa Sistema Mensajes Saludables (SMS)	4.8 Elaborar e implementar los mecanismos de control que garanticen que los procesos de contratación administrativa que desarrolla la Unidad de Bienes y Servicios cumplan con lo siguiente: -Bajo el principio de que todo expediente debe encontrarse completo y al día, deberá atenderse que los expedientes deben contener las recepciones definitivas de los bienes o servicios (Apartado 2.3). -Toda contratación tramitada bajo el supuesto de prescindencia de los procedimientos ordinarios del Artículo 135 del Reglamento de Contratación Administrativa, debe contener los estudios legales y técnicos que acrediten esta condición. (Apartado 2.3)		x
DGA-419-2017	Auditoria sobre el Denuncia de hechos irregulares en el Programa Sistema Mensajes Saludables (SMS)	4.9 Ordenar a la Proveedora Institucional, el cumplimiento de lo siguiente: -El trámite de prórrogas de plazos en los procesos contractuales, deben ser solicitadas y presentadas únicamente por el contratista, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley Contratación Administrativa. (Apartado 2.3). -La devolución de las Garantías de Cumplimiento se aprueba solo en los casos que se tenga la recepción definitiva y a satisfacción del objeto contractual, según los lineamientos establecidos para devoluciones de garantías incluidos en el artículo 45 del Reglamento de la Ley Contratación Administrativa. (Apartado 2.3)		x

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-417-2017	Auditoria sobre el Proceso de Traslados de Puestos en el Ministerio de Salud	4.1 Ordenar a la Dirección General de Salud y a la Dirección de Desarrollo Humano la actualización, aprobación e implementación del Manual de Procedimientos de reubicaciones y traslados temporales y permanentes de funcionarios y de puestos vacantes que, atendiendo las directrices vigentes DM-EC-4395-2015 (improcedencia de reubicar funcionarios en puestos distintos a los que originalmente fueron contratados) y oficio DGS-2344-17 (el responsable de pagar el monto reclamado será la jefatura inmediata que permitió dicho cambio), contribuya a la administración a garantizar el resguardo y mejoramiento del recurso humano tomando en cuenta las necesidades reales, debidamente aprobadas y apoyadas por estudios técnicos, con el fin de lograr eficiencia y eficacia de la gestión institucional. En esto debe contemplarse, los siguientes puntos: • Causas del traslado (razones administrativas, geográficas y técnicas). • Identificación del puesto, situación actual y propuesta. • Análisis de las consecuencias técnicas y presupuestarias. • Conclusiones y recomendaciones Sobre la actualización, aprobación e implementación del Manual se solicita emitir, a más tardar el 30 de enero de 2018, certificación donde haga constar el avance de la implementación. (Apartado 2.1)		X
DGA-417-2017	Auditoria sobre el Proceso de Traslados de Puestos en el Ministerio de Salud	4,2. Ordenar el cumplimiento del Manual de Procedimientos antes recomendado a todos los niveles de gestión, señalando que la desatención de estos generará sanciones de conformidad con lo establecido en el Reglamento Autónomo de Servicio del Ministerio de Salud. Remitir a la Dirección de Auditoría a más tardar el 15 de febrero de 2018, copia de las instrucciones giradas. (Apartado 2.1)		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-417-2017	Auditoria sobre el Proceso de Traslados de Puestos en el Ministerio de Salud	4,3. Ordenar a la Dirección de Asuntos Jurídicos y a la Dirección de Desarrollo Humano, analizar la viabilidad de una reforma al Reglamento Autónomo de Servicio en la cual se regule el tema de reubicaciones y traslados temporales y permanentes de funcionarios y de puestos vacantes. Remitir a esta Dirección a más tardar el 30 de enero de 2018, copia del análisis realizado por dichas Direcciones. Si de acuerdo al análisis procede realizar la reforma al reglamento, para el 15 de abril del 2018 deberá presentar copia de la reforma al Reglamento. (Apartado 2.1)		X
DGA-417-2017	Auditoria sobre el Proceso de Traslados de Puestos en el Ministerio de Salud	4,4 Ordenar al Director General de Salud cumplir con los procesos de selección y reclutamiento inmerso en Ley 7085 Estatuto de Servicios de Enfermería y su Reglamento decreto 18190, para los concursos de profesionales en Enfermería y eliminar la práctica de trasladar a funcionarios nombrados en propiedad posterior a los resultados de los concursos, con el fin de que estos sean desarrollados bajo el principio de transparencia y publicidad y se logre el objetivo del concurso que es cumplir con eficiencia y eficacia el servicio continuo de las unidades organizativas.(Apartado 2.3). El seguimiento de esta recomendación se verificará con la ejecución del próximo concurso.		X
DGA-417-2017	Auditoria sobre el Proceso de Traslados de Puestos en el Ministerio de Salud	4,5. Emitir lineamientos a los tres niveles de gestión sobre la importancia de que, en los expedientes de personal se incluya la documentación íntegra, completa y ordenada, concerniente a cada uno de los movimientos por traslados con el fin de mantener actualizado el expediente de los funcionarios, lo anterior de conformidad con lo establecido en el artículo 18 inciso e) y 71 y 72 del Reglamento Autónomo de Servicios del Ministerio de Salud. Remitir a esta Dirección a más tardar el 30 de enero de 2018, copia de las instrucciones giradas. (Apartado 2.2)		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-417-2017	Auditoria sobre el Proceso de Traslados de Puestos en el Ministerio de Salud	4,6. Solicitar a la Dirección de Asuntos Jurídicos, un análisis sobre la legalidad de los traslados de los puestos de profesionales en enfermería, donde se determine si procede la permanencia en el lugar de traslado, con el fin de subsanar las inconsistencias en las clases de puestos que difieren de las condiciones pactadas a lo largo del proceso de selección y reclutamiento llevado en el Concurso Interno por Traslado CI-E-01-2016 de Profesionales en Enfermería 2016. De conformidad con los resultados del análisis legal se deberá, en resguardo al debido proceso, realizar las acciones administrativas que correspondan. Remitir a esta Dirección a más tardar el 30 de marzo de 2018, el análisis realizado y las acciones administrativas llevadas a cabo en atención a los resultados del análisis legal. (Apartado 2.3)		X
DGA-417-2017	Auditoria sobre el Proceso de Traslados de Puestos en el Ministerio de Salud	4,7. Ordenar al Director General de Salud, Director de Asuntos Jurídicos y Director Dirección de Desarrollo Humano el cumplimiento de cada una de las recomendaciones de presente informe, con el fin de que los movimientos de traslados sean aprobados de acuerdo con las necesidades reales justificados con los estudios técnicos, donde se resguarde la estructura ocupacional de las unidades organizativas y se logre un eficiente y eficaz servicio público en los tres niveles de gestión. Acatamiento Inmediato	X	
DGA-417-2017	Auditoria sobre el Proceso de Traslados de Puestos en el Ministerio de Salud	4,8 proceder a realizar análisis ocupacional para los puestos 058502 ubicados en la Dirección de Área de Rectoría de la Salud de Sarapiquí y del puesto 057803 de Secretaria de Servicio Civil 2 ubicada en Dirección Área de Rectoría de la Salud de Alajuela 1 con el fin de que los puestos estén acordes a su clasificación según la categoría de la unidad organizativa a la cual fueron ubicados. Estos análisis se deberán realizar a cualquier otro puesto en situación similar que sea de conocimiento de esa Dirección. Remitir a la Dirección de Auditoria Interna a más tardar el 30 de marzo de 2018, copia de los resultados obtenidos. (Apartado 2.1.1 y 2.1.3)		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-417-2017	Auditoria sobre el Proceso de Traslados de Puestos en el Ministerio de Salud	4,9 Realizar estudio de análisis ocupacional sobre el puesto 057820 Trabajador Calificado de Servicio Civil 2 especialidad Operador de Maquinas Reproductoras ubicado en la Dirección de Bienes y Servicios Área de Almacenamiento Registro y Control de Bienes, donde se emita el Informe Técnico por parte de esa Dirección ante el Despacho de la Ministra de Salud, en el que se presente el análisis de forma integral sobre las funciones que realiza y se determine si están acordes a la especialidad del puesto al cual se encuentra nombrado, con el fin de que la administración establezca si este traslado cumple con lo establecido en la Directriz Vigente DM-EC- 4395-2015 la cual hace referencia a la improcedencia de reubicar funcionarios en puestos distintos a los que originalmente fueron contratados. Remitir a la Dirección de Auditoria Interna a más tardar el 30 de marzo de 2018, copia de los resultados obtenidos. (Apartado 2.1.2)		X
DGA-417-2017	Auditoria sobre el Proceso de Traslados de Puestos en el Ministerio de Salud	4,10. Realizar estudio de análisis ocupacional a los puestos donde se tramitó un traslado temporal y esta condición de temporalidad ha finalizado, con el fin de que la Administración realice los ajustes necesarios para poner a derecho la condición de los funcionarios que están relacionados con dichos puestos. Remitir a la Dirección de Auditoria Interna a más tardar el 30 de marzo de 2018, copia de los resultados obtenidos. (Apartado 2.1.4)		X

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-416-2017	Auditoria sobre Ejecución de Procesos Institucionales de Rectoría de la Salud a Nivel Regional.	4.1 Ordenar a la Dirección de Vigilancia de la Salud la actualización y divulgación de la metodología de Análisis de Situación en Salud (ASIS) a aplicar en los procesos de rectoría de las Unidades Organizativas Regionales, lo anterior se complementa con la recomendación 4.3.1 del informe DGA-532-2013 de esta Auditoría Interna que versa sobre la revisión de esta metodología y que a la fecha se encuentra pendiente. Lo anterior con la finalidad de que sea empleada para la elaboración del Análisis de Situación en Salud (ASIS), para que, en concordancia con la Dirección General de Salud se implemente en las unidades respectivas. Deberá remitir un comunicado a más tardar al 15 de diciembre de 2017 a esta Auditoría Interna en donde conste su actualización, así como el traslado a los niveles de gestión correspondientes. Punto 2.1 Ajuste de fecha: al 15 de diciembre, 2017		X
DGA-416-2017	Auditoria sobre Ejecución de Procesos Institucionales de Rectoría de la Salud a Nivel Regional.	4.2 Ordenar a los Directores Regionales dar cumplimiento a lo que establece el Procedimiento denominado Ejecución de la Supervisión Capacitante para que se retome la conformación los equipos de trabajo en sus Unidades Organizativas con el fin de efectuar dicha Supervisión y se proceda, en apego a éste, evaluar los procesos de Rectoría en los niveles de gestión en relación con las actividades que ejecutan para la optimización de éstas, tal como lo establece el marco normativo, e informar antes del 30 de noviembre del 2017 a la Auditoría Interna sobre el cumplimiento de la instrucción girada por la Dirección General de Salud. Punto 2.2		X
DGA-413-2017	Auditoría Sistema Contable del Programa OCIS	4.3 Revisar y analizar la presentación de los Estados Financieros y las notas explicativas que se adjuntan de forma que las mismas sean de utilidad para la administración y la toma de decisiones; así mismo emitir lineamientos por escrito; con el fin de subsanar las debilidades señaladas en el resultado 2.1 la cual deberá ser implementada con la emisión de Estados Financieros al 31/12/2016, comunicar a la Dirección de Auditoria, en un plazo máximo del 30 de octubre próximo las acciones tomadas al respecto.		

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-413-2017	Auditoría Sistema Contable del Programa OCIS.	4.4 Realizar las gestiones necesarias para ubicar los libros contables y mantenerlos al día. De decidir la administración llevar el registro en libros contables electrónicos, deberá de previo, establecer los procedimientos para la emisión de Libros Contables Digitales y Actas de Órganos Colegiados, de manera que consideren los alcances en materia de Sistemas de Información, Seguridad Lógica de Documentos Electrónicos, que le permitan garantizar la inalterabilidad y fiabilidad de la información, la custodia y respaldo de los registros con miras a brindar la seguridad jurídica que ello requiere para que sean Legalizados por esta Dirección. Esta recomendación deberá estar cumplida al 31/01/2017. De las gestiones que se realicen para el cumplimiento, enviar copia a esta Dirección. Ver resultado 2.2		
DGA-413-2017	Auditoría Sistema Contable del Programa OCIS.	4.5 Emitir lineamientos para conciliar correctamente las cuentas de bancos, capacitar al personal en conciliaciones bancarias, tanto al que las hace como al que revisa, e incluir como parte de la conciliación mensual que se emita detalle de los dineros que ingresan a las cuentas del Banco Nacional y de los dineros que se trasladan a las cuentas de Caja Única. Esta recomendación deberá estar cumplida al 31/01/2017 y su cumplimiento se acreditará mediante comunicación a la Dirección de Auditoria, en la que se adjunte constancia de su implementación con los lineamientos respectivos. Ver resultado 2.3. De las instrucciones que se giren para su cumplimiento, enviar copia a la Dirección de Auditoria Interna en un plazo al 29 de setiembre 2017		
DGA-413-2017	Auditoría Sistema Contable del Programa OCIS	4.6 Emitir y divulgar procedimientos internos, para que los colaboradores ejecuten las funciones de acuerdo a lo que establece el Reglamento para el funcionamiento de la Caja Única. Ver Resultado 2.4 Esta recomendación deberá estar cumplido al 28/02/2016. De las instrucciones que se giren para su cumplimiento, enviar copia a la Dirección de Auditoria en un plazo de 20 días hábiles después de recibido este informe.		

Número del informe	Nombre del informe	Recomendaciones de Auditoría	Cumplida	
			SI	NO
DGA-290-2017	Auditoría SOBRE EL PROYECTO de cierre técnico DEL RELLENO SANITARIO RIO AZUL	4.1 Ordenar al grupo interdisciplinario, formado según DM-691-2015, promover las acciones necesarias para cumplir las recomendaciones emitidas en el presente informe y emitir la información que la Dirección de Auditoría Interna solicitará para valorar el cumplimiento de las recomendaciones que se les gira a continuación. Remitir copia de la instrucción girada antes del 15 de agosto del 2017	X	
DGA-290-2017	Auditoría SOBRE EL PROYECTO de cierre técnico DEL RELLENO SANITARIO RIO AZUL	4.2 Ordenar al grupo interdisciplinario que coordine con el Regente ambiental del proyecto, para realizar una actualización del Plan de Gestión Ambiental del proyecto del relleno sanitario Río Azul, entendiéndose que lo que se llevará a cabo debe ser una actualización del estado de las actividades del plan que, con motivo de haber cambiado la dinámica del proyecto, ya no corresponden ser ejecutadas. Para lo anterior se debe considerar los estudios y diagnósticos que se hayan realizado y que contengan argumentos, criterios técnicos y recomendaciones que permitan respaldar las decisiones que se deben tomar al respecto. Deberá informar a la Dirección de Auditoría Interna sobre las gestiones realizadas y los resultados obtenidos antes del 30 de noviembre del 2017	X	
DGA-290-2017	Auditoría SOBRE EL PROYECTO de cierre técnico DEL RELLENO SANITARIO RIO AZUL	4.3 Ordenar al grupo interdisciplinario efectuar una valoración técnica y documentada sobre la inquietud expuesta por el Regente ambiental del proyecto, respecto al riesgo de que, por cuestiones políticas no se le siga dando el presupuesto requerido para el proyecto del Relleno Sanitario Río Azul y que el resultado de esa valoración se exponga posteriormente a su persona para la toma de decisiones. Deberá informar a la Dirección de Auditoria Interna sobre los resultados de la valoración y exposición antes del 30 de noviembre del 2017	X	

Anexo 8

Listado de Informes de la Contraloría General de la República, 2011-2018.

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-AE-IF-15-2011	INFORME ACERCA DEL CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS NRO. 8839		4.1.a), 4.1.b), 4.1.c), 4.1.d), 4.1.e), 4.1.f), 4.2.a), 4.2.b), 4.2.c), 4.2.d), 4.2.e)
DFOE-SOC-IF-13-2012	INFORME SOBRE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO EFECTUADO EN EL MINISTERIO DE SALUD EN RELACIÓN CON EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DE RECTORÍA DE ESTE MINISTERIO.	4.4, 4.8	4.3, 4.5, 4.6, 4.7,4.9, 4.10, 4.11
DFOE-AE-IF-01-2013	INFORME SOBRE LA AUDITORÍA OPERATIVA ACERCA DE LA EFICACIA DEL ESTADO PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DEL AGUA EN SUS DIFERENTES USOS.		4.11, 4.12, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-SOC-IF-14-2013	INFORME CORRESPONDIENTE A LA AUDITORIA FINANCIERA REALIZADA EN EL MINISTERIO DE SALUD SOBRE LAS CUENTAS DE ACTIVOS FIJOS Y ALGUNAS CUENTAS DE GASTOS CORRESPONDIENTES AL EJERCICIO ECONÓMICO 2012.		4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7
DFOE-SOC-IF-03-2014	INFORME SOBRE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA EFECTUADA EN EL PATRONATO NACIONAL DE CIEGOS EN RELACIÓN CON SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.	4.5, 4.6, 4.9	4.3, 4.4, 4.7, 4.8, 4.10, 4.11, 4.12

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-SOC-IF- 00018-2014	AUDITORIA FINANCIERA REALIZADA EN EL MINISTERIO DE SALUD SOBRE LAS CUENTAS DE ACTIVOS FIJOS Y DE GASTOS POR SERVICIOS PERSONALES, SERVICIOS NO PERSONALES, MATERIALES Y SUMINISTROS, TRANSFERENCIAS CORRIENTES Y TRANSFERENCIAS DE CAPITAL DEL EJERCICIO ECONÓMICO 2013	4.3	
DFOE-SOC-0367 29- 05-2014	COMUNICACIÓN DE CIERRE DE ESTUDIO DE CARÁCTER ESPECIAL RELACIONADO CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS NORMAS TÉCNICAS PARA LA GESTIÓN Y EL CONTROL DE PROYECTOS DE TI EN ELL MINISTERIO DE SALUD, UNA VEZ REALIZADA LA FASE DE PLANIFICACIÓN.	Oficio de respuesta DM-5302-2014	
DFOE-SOC-IF-04-2014 (17 de junio 2014)	AUDITORÍA FINANCIERA REALIZADA EN EL MINISTERIO DE SALUD EN RELACIÓN CON LA RAZONABILIDAD DE LOS SALDOS DE ALGUNAS PARTIDAS DE GASTOS DE LA LIQUIDACIÓN PRESUPUESTARIA DEL EJERCICIO ECONÓMICO 2013	Oficio de respuesta DM-5590-2014	

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-AE-IF-00005-2015	INFORME DE LA AUDITORIA ESPECIAL ACERCA DEL CONTROL EJERCIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD SOBRE LOS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES DE TIPO ESPECIAL.	4.4, 4.10	4.3, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9, 4.11
DFOE-SOC-IF-00009-2015	INFORME SOBRE LA GESTIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA	4.3	4.4, 4.5, 4.6
DFOE-SOC-IF-00011-2015	AUDITORIA SOBRE EL CONTROL DE LOS RECURSOS PÚBLICOS OTORGADOS A LAS ORGANIZACIONES PRIVADAS QUE BRINDAN SERVICIOS DE CUIDA-DOS PALIATIVOS.	4.3, 4.5, 4.6	4.4
DFOE-SOC-IF-00014-2015	AUDITORIA SOBRE LA LIQUIDA-CIÓN PRESUPUESTARIA 2014 DEL PATRONATO NACIONAL DE REHABILITACIÓN.	4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9, 4.10	

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-SOC-IF-00020-2015.	INFORME ACERCA DE LA AUDITORIA FINANCIERA REALIZADA EN EL MINISTERIO DE SALUD SOBRE LAS DEFICIENCIAS DE CONTROL INTERNO IDENTIFICADAS EN LA CUENTA DE ACTIVOS FIJOS, LAS CUENTAS DE GASTOS POR SERVICIOS PERSONALES, SERVICIOS NO PERSONALES, TRANSFERENCIAS CORRIENTES, TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Y LAS CUENTAS DE ACTIVOS Y PASIVOS CONTINGENTES, CONTENIDAS EN LOS ESTADOS FINANCIEROS CONSOLIDADOS DEL PODER EJECUTIVO CORRESPONDIENTES AL EJERCICIO ECONÓMICO 2014 Y EL DETALLE DE CUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES DE AUDITORIA FINANCIERA AÑOS ANTERIORES		4.3

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-SOC-IF-00024-2015.	AUDITORIA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE EL PROCESO DE CONFORMACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE CEN-CINAI	4.3, 4.4	
DFOE-DL-IF-00009-2016	AUDITORIA OPERATIVA ACERCA DE LA EFICACIA Y EFICIENCIA DEL SERVICIO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE, POR PARTE DE LAS MUNICIPALIDADES DE CARTAGO, OREAMUNO, ALVARADO, PARAISO, LA UNIÓN, JIMÉNEZ Y TURRIALBA Y EL CONCEJO MUNICIPAL DE DISTRITO DE CERVANTES.	4.30	

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-SOC-IF- 00005-2016	AUDITORIA FINANCIERA REALIZADA EN EL MINISTERIO DE SALUD SOBRE LAS PARTIDAS PRESUPUESTARIAS DE REMUNERACIONES, SERVICIOS, TRANSFERENCIAS CORRIENTES, TRANSFERENCIAS DE CAPITAL CONTENIDAS EN LA LIQUIDACIÓN PRESUPUESTARIA DEL GOBIERNO CENTRAL CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO ECONÓMICO 2015 Y LAS DEBILIDADES DE CONTROL INTERNO ENCONTRADAS EN LA PARTIDA DE SERVICIOS.	4.4, 4.5	

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-SOC-IF- 00016-2016	AUDITORIA FINANCIERA REALIZADA EN EL MINISTERIO DE SALUD SOBRE LAS SITUACIONES SIGNIFICATIVAS DE CONTROL INTERNO IDENTIFICADAS EN LAS CUENTAS DE ACTIVO FIJO, APORTES DE CAPITAL EN ENTIDADES DESCONCENTRADAS, GASTOS POR SERVICIOS PERSONALES, SERVICIOS NO PERSONALES, TRANSFERENCIAS CORRIENTES, TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Y DE LAS REVELACIONES SOBRE ACTIVOS Y PASIVOS CONTINGENTES, CONTENIDAS EN LOS ESTADOS FINANCIEROS DEL PODER EJECUTIVO CORRESPONDIENTES AL EJERCICIO ECONÓMICO 2015.	4.4	

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-SOC-IF-00019-2016	AUDITORIA DE CARÁCTER ESPECIAL SOBRE LOS MECANISMOS DE TRANSPARENCIA EN EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS DE FUNCIONAMIENTO POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD.	4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9, 4.11, 4.12, 4.14, 4.15, 4.16	4.10, 4.13

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-SOC-IF-00006-2017	AUDITORIA FINANCIERA REALIZADA EN EL MINISTERIO DE SALUD SOBRE LAS SITUACIONES SIGNIFICATIVAS DE CONTROL INTERNO IDENTIFICADAS EN LAS PARTIDAS PRESUPUESTARIAS DE REMUNERACIONES, SERVICIOS, BIENES DURADEROS, TRANSFERENCIAS CORRIENTES, Y TRANSFERENCIAS DE CAPITAL, CORRESPONDIENTES AL EJERCICIO ECONÓMICO 2016 Y EL DETALLE DE CUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES DE AUDITORIA FINANCIERA AÑOS ANTERIORES.	4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8	
DFOE-SOC-IF-00022-2017	AUDITORIA OPERATIVA SOBRE LA EFICACIA DEL MINISTERIO DE SALUD, ANTE LOS CAMBIOS EN EL PERFIL DE SALUD CON ENFOQUE EN LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)	4.4, 4.5, 4.6, 4.7	

Número de Informe	Asunto	Estado de cumplimiento de las disposiciones	
		En proceso	Cumplidas
DFOE-SAF-0154-2018	SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE LOS DICTÁMENES SOBRE EL INFORME ANUAL DE SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE METAS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2015-2018 Y EL INFORME DE RESULTADOS FÍSICOS DEL PRESUPUESTO DE LA REPÚBLICA, AMBOS CORRESPONDIENTES AL PERÍODO 2017.L	En trámite	
DFOE-SOC-0336 (035508)	CONTABILIDAD DE LAS CIFRAS REPORTADAS COMO CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDA EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2015-2018 RELACIONADAS CON EL SECTOR SALUD, NUTRICIÓN Y DEPORTE	EN TRÁMITE	

Anexo 9

Plan de Mejora Regulatoria
Ministerio de Salud 2015-2018

En las siguientes fichas se resume el tipo de trámite al que se dirije la mejora regulatoria, sus objetivos, indicador, plazo de implementación, impacto esperado, actividades y responsables según el año de implementación.

TRÁMITE O SERVICIO: PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO				
DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA: Objetivo General: Mejorar el proceso de otorgamiento de Permisos de Funcionamiento. Objetivo específico: Garantizar seguridad jurídica mediante la aplicación del Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos de Funcionamiento del Ministerio de Salud DE-34728-S y su protocolo. Indicador: Porcentaje de Permisos de Funcionamiento otorgados de acuerdo a la normativa.				
PLAZO DE IMPLEMENTACION:				IMPACTO:
INICIO	FINAL	DURACIÓN		Seguridad jurídica para el usuario. Transparencia en la gestión administrativa Fortalecimiento y dinamización de la economía
01/01/2015	04/2016	456,0		

ACTIVIDAD	Responsable	Fecha de inicio	Fecha final
Revisión del protocolo de Permisos de funcionamiento	Dirección de Atención al Cliente	01/01/2015	31/01/2015
Capacitación del recurso humano	Dirección de Regional de Rectoría de la Salud	01/02/2015	30/04/2015
Implementación	Dirección de Áreas Rectoras de Salud	01/05/2015	30/04/2016
Control de aplicación del procedimiento	Dirección de Regional de Rectoría de la Salud	01/09/2015	30/04/2016
Evaluación y mejoramiento del procedimiento	Dirección de Atención al Cliente	01/02/2016	30/04/2016

TRÁMITE O SERVICIO: DENUNCIAS SANITARIAS

DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA:

Objetivo General: Mejorar el proceso de atención de denuncias

Objetivo específico: Implementar un Procedimiento de Inspección de establecimientos homologado a nivel nacional.

Indicador: Porcentaje de denuncias atendidas y resueltas oportunamente.

PLAZO DE IMPLEMENTACION:				IMPACTO:
INICIO	FINAL	DURACIÓN		Satisfacción del usuario. Eficiencia de la gestión rectora para la protección en la salud de la población
01/01/2015	04/2016	456,0		

ACTIVIDAD	Responsable	Fecha de inicio	Fecha final
Revisión del procedimiento de inspección de establecimientos, actividades y otros	Dirección General de Salud	01/01/2015	31/01/2015
Capacitación del recurso humano	Dirección de Protección al Ambiente Humano y Dirección de Garantía de Acceso de Servicios de Salud	01/02/2015	30/04/2015
Implementación	Dirección de Áreas Rectoras de Salud	01/05/2015	30/04/2016
Control de aplicación del procedimiento	Dirección de Regional de Rectoría de la Salud	01/09/2015	30/04/2016
Evaluación y mejoramiento del procedimiento	Dirección de Protección al Ambiente Humano y Dirección de Garantía de Acceso de Servicios de Salud	01/02/2016	30/04/2016

Año 2016.

TRÁMITE O SERVICIO: REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS DE HIGIENE PARA EL HOGAR						
DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA: Ampliar la gama de productos a registrar digitalmente en el sistema REGISTRELO, con el fin de mejorar la eficiencia en el registro de productos de interés sanitario.						
PLAZO DE IMPLEMENTACION:					IMPACTO:	
INICIO	FINAL	DURA-CIÓN		Mayor acceso a productos de higiene para el hogar seguros y de calidad para la población		
15/01/2016	30/11/2016	320,0				
ACTIVIDAD				Responsable	Fecha de inicio	Fecha final
Levantamiento de los requerimientos del sistema de registro productos de higiene				DRPIS-Gobierno Digital	01/11/2015	15/01/2016
Desarrollo del Sistema para Productos de Higiene				DRPIS-Gobierno Digital	18/01/2016	29/04/2016
Taller de capacitación usuarios externos del Sistema de Productos de Higiene				DRPIS-Gobierno Digital	18/04/2016	21/04/2016

TRÁMITE O SERVICIO: REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICOS					
DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA: Ampliar la gama de productos a registrar digitalmente en el Sistema REGISTRELO, con el fin de mejorar la eficiencia en el registro de productos de interés sanitario					
PLAZO DE IMPLEMENTACION:				IMPACTO:	
INICIO	FINAL	DURA-CIÓN		Mayor acceso a productos de plaguicidas de uso doméstico seguros y de calidad para la población	
15/01/2016	30/11/2016	320,0			
ACTIVIDAD			Responsable	Fecha de inicio	Fecha final
Levantamiento de los requerimientos del sistema de registro de Plaguicidas de Uso Doméstico			DRPIS-Gobierno Digital	08/02/2016	22/04/2016
Desarrollo del Sistema para Plaguicidas de Uso Doméstico			DRPIS-Gobierno Digital	25/04/2016	04/10/2016
Taller de capacitación usuarios externos del sistema para Plaguicidas de Uso Doméstico			DRPIS-Gobierno Digital	26/09/2016	29/09/2016

TRÁMITE O SERVICIO: AUTORIZACIÓN DE DESALMACENAJE (NOTAS TÉCNICAS DE IMPORTACIÓN): NOTA TÉCNICA 50 ALIMENTOS				
DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA: Revisión de la definición de Notas Técnicas con el fin de limitar este requisito a los Productos de Interés Sanitario que deben controlarse				
PLAZO DE IMPLEMENTACION:				IMPACTO:
INICIO	FINAL	DURACIÓN	Mayor acceso a productos alimenticios seguros y de calidad para la población	
03/01/2016	20/12/2016	352,0		
ACTIVIDAD	Responsable		Fecha de inicio	Fecha final
Obtención de las partidas que corresponden actualmente a la nota técnica en estudio.	Dirección de Atención al Cliente		03/01/2016	01/03/2016
Análisis de estos aranceles con los técnicos en merciología de la Universidad de Costa Rica	Dirección de Atención al Cliente		02/03/2016	01/07/2016
Determinación de las necesidades de cambios en la Nota Técnica	Dirección de Atención al Cliente		02/07/2016	01/09/2016
Definición de la Nota Técnica con los cambios incluidos	Dirección de Atención al Cliente		02/09/2016	01/11/2016
Revisión y validación de la nueva versión de la Nota Técnica	**Dirección de Atención al Cliente**		02/11/2016	01/12/2016
Remisión de la modificación de la Nota Técnica	Despacho Ministerial		02/12/2016	20/12/2016

Año 2017

TRÁMITE O SERVICIO: AUTORIZACIÓN DE DESALMACENAJE (NOTAS TÉCNICAS DE IMPORTACIÓN): NOTA TÉCNICA 57 MEDICAMENTOS			
DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA: Revisión de la definición de Notas Técnicas con el fin de limitar este requisito a los Productos de Interés Sanitario que deben controlarse. Se pretende reducir los tiempos de respuesta, eliminar el trámite a los productos que no lo requieren obteniendo un trámite oportuno y de calidad.			
PLAZO DE IMPLEMENTACION:			IMPACTO:
INICIO	FINAL	DURACIÓN	Mayor acceso a medicamentos seguros y de calidad para la población
03/02/2017	01/12/2017	301,0	

ACTIVIDAD	Responsable	Fecha de inicio	Fecha final
Determinación de las necesidades de cambios en la Nota Técnica	Dirección de Atención al Cliente	03/02/2017	01/05/2017
Definición de la Nota Técnica con los cambios incluidos	Dirección de Atención al Cliente	02/05/2017	01/06/2017
Revisión y validación de la nueva versión de la Nota Técnica	Dirección de Atención al Cliente	02/06/2017	30/03/2018
Remisión de la modificación de la Nota Técnica a la DGA para su revisión	Dirección de Atención al Cliente	01/04/2018	30/04/2018
Remisión de la modificación de la Nota Técnica	Despacho Ministerial	01/05/2018	29/06/2018

TRÁMITE O SERVICIO: AUTORIZACIÓN DE DESALMACENAJE (NOTAS TÉCNICAS DE IMPORTACIÓN): NOTA TÉCNICA 50 ALIMENTOS					
DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA: Revisión de la definición de Notas Técnicas con el fin de limitar este requisito a los Productos de Interés Sanitario que deben controlarse. Se pretende reducir los tiempos de respuesta, eliminar el trámite a los productos que no lo requieren obteniendo un trámite oportuno y de calidad.					
PLAZO DE IMPLEMENTACION:			IMPACTO:		
INICIO	FINAL	DURACIÓN	Mayor acceso a productos alimenticios seguros y de calidad para la población		
03/02/2017	01/12/2017	301,0			
ACTIVIDAD			Responsable	Fecha de inicio	Fecha final
Determinación de las necesidades de cambios en la Nota Técnica			Dirección de Atención al Cliente	03/02/2017	01/05/2017
Definición de la Nota Técnica con los cambios incluidos			Dirección de Atención al Cliente	02/05/2017	01/06/2017
Revisión y validación de la nueva versión de la Nota Técnica			Dirección de Atención al Cliente	02/06/2017	01/08/2017
Remisión de la modificación de la Nota Técnica a la DGA para su revisión			Dirección de Atención al Cliente	02/08/2017	30/01/2018
Publicación de la modificación de la Nota Técnica			Despacho Ministerial	01/02/2018	30/03/2018

TRÁMITE O SERVICIO: REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO					
DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA: Incluir en el Sistema REGISTRELO, el registro en línea de los plaguicidas de uso doméstico, evitándole al usuario la presentación de documentos físicos y el tener que realizar los trámites de manera personal.					
PLAZO DE IMPLEMENTACION:			IMPACTO:		
INICIO	FINAL	DURACIÓN	Mayor acceso a productos plaguicidas de uso doméstico seguros y de calidad para la población.		
13/02/2017	31/08/2017	199,0			
ACTIVIDAD			Responsable	Fecha de inicio	Fecha final
Levantamiento de datos y requerimientos del sistema de registro de Plaguicidas de Uso Doméstico			DRPIS-Gobierno Digital	13/02/2017	21/04/2017
Desarrollo del Sistema para Plaguicidas de Uso Doméstico			DRPIS-Gobierno Digital	24/04/2017	18/08/2017
Taller de capacitación usuarios externos del Sistema para Plaguicidas de Uso Doméstico			DRPIS-Gobierno Digital	21/08/2017	31/08/2017

TRÁMITE O SERVICIO: REGISTRO SANITARIO DE MEDICAMENTOS QUE DEBEN DEMOSTRAR EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA			
DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA: Incluir en el sistema Regístrelo el registro en línea de los medicamentos que deben demostrar bioequivalencia terapéutica, evitándole al usuario la presentación de documentos físicos y el tener que realizar los trámites de manera personal			
PLAZO DE IMPLEMENTACION:			IMPACTO:
INICIO	FINAL	DURACIÓN	Mayor acceso a medicamentos bioequivalentes seguros y de calidad para la población.
05/02/2018	14/12/2018	312,0	

ACTIVIDAD	Responsable	Fecha de inicio	Fecha final
Levantamiento de datos y requerimientos del sistema de registro medicamentos con bioequivalencia	DRPIS-Gobierno Digital	05/02/2018	20/04/2018
Desarrollo del Sistema para Medicamentos con Bioequivalencia	DRPIS-Gobierno Digital	23/04/2018	31/10/2018
Certificación del Sistema	DRPIS-Gobierno Digital	19/11/2018	05/12/2018
Puesta en producción del Sistema	DRPIS-Gobierno Digital	06/12/2018	07/12/2018
Taller de capacitación usuarios externos del Sistema para Medicamentos con Bioequivalencia	DRPIS-Gobierno Digital	10/12/2018	14/12/2018

TRÁMITE O SERVICIO: PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO, CLASE DE RIESGO A			
DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA: Las solicitudes de permisos de funcionamiento de establecimientos comerciales, industriales y de servicios Clase A suelen ser resueltas por las Áreas Rectoras de Salud (ARS) en plazos mayores a los previstos en la normativa (20 días), además los procedimientos para su gestión varían entre las diferentes unidades organizativas, lo que puede estar generando esos atrasos y la incertidumbre para el usuario que requiere esos servicios			
PLAZO DE IMPLEMENTACION:			IMPACTO:
INICIO	FINAL	DURA-CIÓN	Establecimientos clase riesgo A autorizados para su operación conforme la normativa sanitaria, o sea en al menos 20 días hábiles
01/02/2018	30/11/2018	302,0	

ACTIVIDAD	Responsable	Fecha de inicio	Fecha final
Socialización del procedimiento y sus herramientas	DPAH	01/02/2018	31/03/2018
Implementación del procedimiento en todas las ARS para la gestión de las solicitudes	ARS	01/04/2018	30/06/2018
Evaluación de la implementación del procedimiento y sus herramientas	DPAH / DPDI	01/07/2018	15/08/2018
Elaboración, divulgación e implementación de propuesta de mejora	DPAH / DPDI /ARS	16/08/2018	31/10/2018
Evaluación de la implementación de las mejoras	DPAH / DPDI	01/11/2018	30/11/2018

TRÁMITE O SERVICIO: AUTORIZACIÓN DE IMPORTACIÓN DE PRODUCTOS DE INTERÉS SANITARIO SIN REGISTRO PARA USO PERSONAL

DESCRIPCIÓN DE LA REFORMA:

La importación de productos de interés sanitario sin registro para uso personal ha aumentado considerablemente este último año, en cuanto a cantidad y diversidad, con el agravante que no se dispone de regulación para la importación de algunos de esos artículos o la misma no es muy clara, por ello además de la alta demanda de trabajo para las oficinas encargadas de esas autorizaciones, el usuario se ve enfrentado a incertidumbre con respecto a los productos que puede importar y los requisitos que debe reunir para que la misma sea permitida

PLAZO DE IMPLEMENTACION:			IMPACTO:
INICIO	FINAL	DURACIÓN	Usuarios informados y satisfechos con respecto a los requisitos y la agilización de sus trámites de autorización de importaciones de uso personal
01/01/2018	30/12/2018	364,0	

ACTIVIDAD	Responsable	Fecha de inicio	Fecha final
Conformación de Comisión y elaboración de propuesta de reglamento	DRPIS / DAC	01/01/2018	30/04/2018
Consulta pública propuesta de reglamento	DRPIS / DAC	01/05/2018	31/05/2018
Análisis e inclusión de las observaciones a la propuesta	DRPIS / DAC	01/06/2018	15/08/2018
Consulta pública mediante el Sistema de Control Previo de Mejora Regulatoria	Dirección de Asuntos Jurídicos (DAJ)	16/08/2018	31/08/2018
inclusión observaciones y gestión firma Ministro (a)	DRPIS / DAC / DAJ	03/09/2018	31/10/2018
Remisión decreto a Casa Presidencial y publicación en La Gaceta	DAJ	01/11/2018	31/12/2018

Anexo 10

Enlaces correspondientes a los anexos obligatorios del Informe de Gestión Institucional, Ministerio de Salud, Costa Rica, 2018

Información	Ruta	Enlace
Información actualizada sobre contrataciones, licitaciones, adquisiciones y compra, incluyendo el plan de adquisiciones vigente.	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Compras y contrataciones	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1151
Datos y textos íntegros de los carteles, informes técnicos, el acto administrativo de compra, adquisiciones o adjudicaciones, así como los contratos de obra pública, consultorías, licitaciones públicas y similares de al menos los últimos doce meses.	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Compras y contrataciones, hay un enlace al Sistema Integrado de Compras Públicas (SICOP) y un instructivo para el sistema SICOP	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1151

Información	Ruta	Enlace
Actas de los órganos colegiados, acuerdos y circulares institucionales de interés público	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio jerarcas y decisiones, Apartado Decisiones Tomadas, Procedimientos y Protocolos Ministerio de Salud y Sesiones de Consejos.	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?id=792
Informes de viajes al exterior, gastos de representación, costos de viajes, pagos por concepto de viáticos, de los funcionarios de la institución	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Recursos Humanos, aparte Informes de Viajes	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/recursos-humanos
Informes finales de gestión de los jerarcas y los titulares subordinados, establecidos en el inciso e) del artículo 12 de la LGCI.	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Informes Institucionales, aparte Informes de fin de gestión	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1107

Información	Ruta	Enlace
Instrumentos de Planificación interna (PAO, PEI e instrumentos relacionados a la actividad sustantiva de la institución (Planes, políticas y programas).	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Planes Institucionales apartes Políticas, Planes, Estrategias y Planes Operativos Institucionales.	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1106
Plan de Compras y Adquisiciones	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Compras y contrataciones	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1151
Informes de avance, cumplimiento o evaluación de los planes institucionales, políticas o programas.	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Informes Institucionales	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1107
	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Financiero en el aparte Organismos Presupuestarios.	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1105

Información	Ruta	Enlace
Datos de planillas	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Recursos Humanos apartes Categorías Salariales y perfiles de puestos y Información sobre Puestos Ministerio de Salud	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/recursos-humanos
Inventario Institucional de Bienes Inmuebles	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Bienes y Gastos Fijos	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1177
PAO 2015-2015-2017 (Hacienda)	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Financiero en el aparte Organismos Presupuestarios-Gobierno, en la carpeta formulación presupuestaria.	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/red-de-transparencia/division-administrativa/gobierno

Información	Ruta	Enlace
PAO adscritas 2015-2015-2017	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Financiero en el aparte Organismos Presupuestarios-CNVE-CONIS-CTAMS-FIDE BNCR-OCIS, en la carpeta formulación presupuestaria.	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1105
Plan Estratégico Institucional	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Planes Institucionales aparte Planes	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1106
Política Nacional de Salud	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Planes Institucionales aparte Políticas	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1106
Plan Nacional de Salud	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Planes Institucionales aparte Planes	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1106

Información	Ruta	Enlace
Índice de Gestión Institucional	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Informes Institucionales, aparte Informes Índice de Gestión Institucional (IGI)	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1107
Bitácoras Consejo Sectorial	Página web del Ministerio, sitio de Transparencia Institucional, sub sitio Jerarcas y decisiones, apartes Decisiones Tomadas, Procedimientos y Protocolos Ministerio de Salud y Sesiones de Consejos.	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?id=792
Presupuestos solicitados, aprobados y ejecutados.		https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1105 https://www.cgr.go.cr/03-documentos/publicaciones/presupuestos-publicos.html

Información	Ruta	Enlace
Informes de liquidación presupuestaria		https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/red-de-transparencia?layout=edit&id=1105 https://www.cgr.go.cr/03-documentos/publicaciones/presupuestos-publicos.html http://www.hacienda.go.cr/contenido/13905-informes-de-seguimiento-semestral

CRÉDITOS

MEMORIA INSTITUCIONAL
2014-2018

Karen Mayorga Quirós
MINISTRA DE SALUD

María Esther Anchía Angulo
VICEMINISTRA DE SALUD

Virginia Murillo Murillo
VICEMINISTRA DE SALUD

Laura Velázquez Rojas
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

EQUIPO CONDUCTOR Y EDITOR
ASESORES DESPACHO MINISTERIAL

María del Rocío Peinador Roldán
Irma García Penón
Grettel Balmaceda García
Berny Vargas Rodríguez
Priscilla Umaña Rojas

PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Marcela Vives Blanco
Ana León Vargas

ASUNTOS INTERNACIONALES

Luis Carlos Fallas Villavicencio

COMUNICACIÓN E IMAGEN

María Cecilia Zúñiga Morales
Ana María González Reyes
Andrés Álvarez Bejarano
Alejandro Monestel Herrera

Impresión
Producción Documental

UNIDAD COMUNICACIÓN E IMAGEN
MINISTERIO DE SALUD

Abril 2018

Este documento puede ser consultado en:
www. ministeriodesalud.go.cr
el Centro de Documentación Ministerio de Salud
y Biblioteca Nacional de Costa Rica

COSTA RICA
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Ministerio de Salud

(506) 2223 0333
www.ministeriodesalud.go.cr
Ministerio de Salud de Costa Rica