
**MINISTERIO DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL
EJERCICIO ECONÓMICO 2010**



EVALUACIÓN ANUAL

Análisis Institucional

El sistema de salud costarricense es producto; de grandes logros, los cuales se reflejan en los resultados positivos de los indicadores de salud, cercanos o superiores a los de países con mejores condiciones económicas. No existe duda, sin embargo que en el país se aspira alcanzar niveles de cobertura, y servicios con enfoque de eficiencia y de mejor calidad y el Ministerio de Salud como responsable de garantizar la protección y mejoramiento del estado de salud de la población diseña la creación de una cultura de la salud, desde la perspectiva de producción social de la salud, donde la salud del individuo y la población en general es producto de sus acciones y de su interacción con los determinantes.

De esta forma y con el fin de cumplir con el ejercicio de la rectoría se promueven, definen e implementan políticas saludables que potencien los factores protectores de la salud individual y colectiva y la protección del hábitat humano y contribuir de esta forma a mejorar la calidad de vida de la población.

Como parte de las actividades relevantes para el cumplimiento de la misión institucional se citan las siguientes:

“Consolidar el Sector Salud mediante el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud”.

En el fortalecimiento de la rectoría, se expresa las acciones que garantizan la salud como un derecho, que promueve el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de toda la población a través de la generación de oportunidades para el desarrollo, tanto individual como colectivo y aporte a la disminución de las inequidades en salud de la población.

Es por eso que se debe tener en cuenta la orientación de la rectoría, donde las personas son su principio y su fin, siendo ellas las que ordenan el quehacer de la población en sus diferentes etapas de ciclo de vida.

De igual manera, el Ministerio de Salud incorpora un aporte importante el cual consiste en la estrategia maestra que cita: “avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud” para seguir avanzando en la afectación positiva de los determinantes de la salud, en la concepción positiva de la misma, entendiendo la salud como un proceso que posibilita el desarrollo del proyecto vital humano, de las comunidades y de la sociedad en general y la realización cotidiana del proyecto de vida de los sujetos, entendida como una construcción intencionada y determinada por las condiciones sociales, económicas y políticas, así como por las respuestas sociales organizadas. Se recuerda entonces, que enfermar y sanar, no son sólo procesos biológicos, son fenómenos sociales que resultan de procesos de interacción complejos entre diversos elementos de la realidad.

Es por tanto que el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud se orienta a promover la calidad de vida y salud de la población, a través de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, que se sustenta en la idea fuerza de “avanzar de la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud”. El Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud es la oportunidad de fortalecer las acciones que le apuntan al mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida de los habitantes de Costa Rica.

En este sentido, la rectoría desde una mirada transectorial, incluye las intervenciones colectivas e individuales, expresadas en los ejes programáticos de Aseguramiento, Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud, Salud Pública, Promoción de la salud, Prevención, Vigilancia, Control de Riesgos Profesionales, Emergencias y Desastres, definidos por el Ministerio de Salud.

De igual forma, incorpora la participación social en salud, promoviendo la formación de la ciudadanía, para elevar el nivel de comprensión de la salud, las condiciones de vida y posicionar el valor de la salud en la población como titulares de derechos.

Con el involucramiento y apoyo de los actores sociales y el desarrollo de las capacidades en el recurso humano existente se logra que la población esté informada y sensibilizada sobre temas de salud considerados prioritarios, generando un aumento en la capacidad individual y colectiva para la toma de decisiones en salud.

Renovación del enfoque en la responsabilidad rectora del Ministerio sobre los servicios de salud

Durante el período 2006-2010, el Ministerio de Salud experimentó un profundo proceso de transformación que incluyó un cambio de paradigma en diversos campos de la salud pública y como parte del mismo, en el ejercicio de la rectoría de la producción social de la salud.

Como se hace explícito en el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud¹ asumido por la institución, la salud como producto social, depende de determinantes de tipo biológico, ambiental, socioeconómico y cultural, y los relacionados con los servicios de salud. Estos últimos se refieren a aspectos relacionados con el acceso, cobertura, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, relación con los usuarios, disponibilidad de recursos y organización de los servicios de salud.

Este planteamiento parte del hecho de que los factores determinantes del estado de salud de la población pueden ser tanto patogénicos como protectores, también llamados salutogénicos, y la atención a los problemas y necesidades en salud debe realizarse desde ambas perspectivas; es decir, modificando los factores patogénicos y propiciando el desarrollo de factores protectores, estableciendo claramente, además, las competencias y responsabilidades de los actores sociales en su abordaje.

Como apoyo a lo anterior, se sabe que el estado de salud que poseen los países desarrollados no se debe mayormente a un gasto per cápita en salud más alto, ni a la inversión en tecnologías de avanzada dedicadas al diagnóstico y tratamiento de personas enfermas; más bien se explican por la presencia de factores nutricionales, ambientales y culturales más favorables para el ser humano. Existe evidencia de que en la variación del perfil de salud de una población, el impacto que tienen los servicios de salud de atención a las personas no sobrepasa el 20%, mientras que aproximadamente el 80% restante es atribuible a la modificación de factores que están fuera de estos servicios razón por la cual hay que tener claro que, la atención curativa impacta primordialmente sobre la mortalidad, pero tiene poco efecto sobre la morbilidad.

Durante el período, se conceptualizó el rol rector que sobre los servicios de salud del Ministerio, cambiando el enfoque de la garantía de la calidad de los servicios y promoviendo uno nuevo que garantice el acceso con equidad y con calidad a éstos.

En este sentido, la nueva perspectiva de la garantía de acceso a los servicios de salud, lleva implícitos dos cambios cruciales: uno que tiene que ver con la teoría de la salud pública y otro que se relaciona con la teoría y la práctica de la rectoría en salud.

Estos dos cambios tienen relación con:

Un nuevo concepto de servicio de salud que integra la perspectiva de la atención directa a las personas con la de protección y mejoramiento del hábitat humano y el paso, como institución rectora, de ser garante de la calidad de los servicios de salud de atención directa a las personas, a ser responsable de garantizar el acceso a los servicios de salud de atención directa a las personas y a los de protección y mejoramiento al hábitat humano con calidad.

Se entiende por servicio público, aquella actividad que por ser indispensable para el desarrollo sostenible del país, su cumplimiento debe estar garantizado por el Estado, independientemente de quien lo realice².

Técnica y jurídicamente, los servicios públicos, son las actividades, que desarrollan entidades públicas o privadas con personalidad jurídica, creados por Constitución o por ley, para dar satisfacción en forma regular y continua a cierta categoría de necesidades de interés general, bien en forma directa, mediante un tercero, o a través de cualquier otro medio legal con sujeción a un régimen de Derecho Público o Privado, según corresponda.

¹ Ministerio de Salud, Dirección General de Salud. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, Marco Estratégico Institucional. San José, Costa Rica, octubre del 2008.

² Concepto construido por el equipo de trabajo a partir de la referencia bibliográfica: Duguit en Sarriá (Eustogio), Derecho Administrativo, Bogotá, Editorial Temis, Tercera Edición, 1957, p. 81.

CONCEPTO DE SERVICIOS DE SALUD

Para los efectos del modelo conceptual implementado, se definió como servicios de salud: Conjunto de servicios que se provee a las personas, ya sea en forma individual o colectiva, incluidos los relacionados con el hábitat en que se desenvuelven, que tienen como fin proteger y mejorar con equidad, su estado de salud.

Se refiere a los servicios de atención a las personas intramuros (puesto de salud, sede de EBAIS, consultorio médico, clínica, hospital, farmacia, laboratorio, entre otros) y extramuros (escenarios: domiciliario, escolar, laboral y comunal), así como los servicios de protección y mejoramiento del hábitat humano (suministro de agua segura para uso humano, disposición sanitaria de aguas residuales, disposición sanitaria de residuos en cuanto a recolección y transporte, disposición sanitaria de aguas pluviales y control de la fauna nociva para las personas)³.

Se conceptualizaron como servicios de salud de atención directa a las personas a aquellos que realizan actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención y rehabilitación general o especializada, en forma ambulatoria o mediante internamiento, a las personas para su tratamiento y consecuente rehabilitación física o mental. Existen dos tipos de servicios de salud de atención directa a las personas:

- Finales: como la consulta ambulatoria, la hospitalización, la visita domiciliar, los provistos por los CEN CINAI, los odontólogos, nutricionistas y psicólogos, entre otros.
- Intermedios: como los de laboratorio clínico, radiodiagnóstico y farmacia.

Un componente fundamental del modelo propuesto es la nueva visión de que también son servicios de salud, todos aquellos que se ofrecen para la protección y mejoramiento del hábitat humano, tales como: los servicios de suministro de agua para uso humano, de recolección y transporte sanitario de excretas y residuos, entre otros.

Este nuevo enfoque, genera una ruptura epistemológica, poniendo al mismo nivel de importancia los dos tipos de servicios, consolidando con este proceso la teoría y la práctica de la atención integral de la salud y que como corolario, se expresó en la nueva estructura organizacional del Ministerio con la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud organizada en dos unidades: Unidad de Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas y Unidad de Servicios de Salud de Protección y Mejoramiento del Hábitat Humano.

En este contexto, es importante enfatizar, que con el planteamiento, se mejorará la acción rectora sobre el ambiente, ya que se promueve una visión integral e integradora de servicio de salud.

Según lo anterior, se identifican los siguientes tipos de servicios de salud:

- Servicios intramuros de atención directa a las personas. Estos servicios se ofrecen en establecimientos públicos y privados, como las sedes de los EBAIS, sedes de Área de Salud, consultorios médicos, clínicas, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos, establecimientos con servicios de optometría, de quiropraxia, de terapia física, de terapias alternativas y complementarias, entre otros y el Ministerio de Salud.
- Servicios extramuros de atención a las personas, que son ofrecidos por personas físicas y jurídicas, públicas y privadas, y que se brindan en el domicilio de los ciudadanos, en los centros educativos, en los lugares de trabajo, en los espacios comunales y en el Ministerio de Salud.
- Servicios de suministro de agua para uso humano. Estos servicios son también ofrecidos por proveedores públicos y privados, entre los que se encuentran el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), las municipalidades, las Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADA) y otras organizaciones comunitarias.
- Servicios de limpieza y mantenimiento de tanques de almacenamiento de agua para uso humano.
- Servicios de recolección y transporte sanitario de excretas y residuos, servicios de captación y canalización de aguas residuales y aguas pluviales. Al igual que en el caso anterior, estos servicios pueden ser ofrecidos por proveedores públicos como las municipalidades, el ICAA y diversas empresas privadas.
- Servicios de control de vectores y fauna nociva para las personas.

³ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud. Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y Marco Estratégico Institucional. 2007

CONJUNTO DE SERVICIOS DE SALUD

Uno de los grandes retos que planteó el modelo de garantía de acceso a los servicios de salud, es que el Estado, por medio del Ministerio, debe definir el conjunto de servicios que debe ser garantizado a toda la población, de acuerdo a sus necesidades de salud, con enfoque de derechos y de salud pública. Los mismos deberán cumplir con las siguientes características:

- Ser definidos por exclusión y no por inclusión. El listado inicial debe ser exhaustivo y se deben excluir los no pertinentes.
- El Estado debe garantizarle a la población, todos aquellos servicios que requiera para proteger y mejorar su salud, y que en el caso de los servicios públicos de atención directa a las personas, deben estar organizados por niveles y con una perspectiva de red.
- Deben ser servicios para preservar la salud y no solo para atender la enfermedad.
- Deben ser servicios de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano.

Estos servicios deben ser definidos por el Ministerio de Salud con participación de actores sociales claves y deben formar parte del modelo de salud que la institución precise con participación también de actores sociales clave, y son además respuesta al perfil de salud de la población, se sustentan en evidencia científica, propician la sostenibilidad financiera del sistema de salud y se basan en el enfoque de derechos, interpretando la salud como tal.

La definición del conjunto de servicios de salud así como el modelo para la prestación de los mismos se plantea como la tarea a realizar en el cuatrienio que inicia.

GARANTÍA DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD

Como se expresó anteriormente, uno de los nuevos paradigmas planteados por el Ministerio de Salud, es el de pasar de la garantía de una calidad de los servicios de salud, a la garantía del acceso a los servicios de salud de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento al hábitat humano con calidad.

Este acceso debe garantizarse en términos de equidad, disponibilidad (oferta) y oportunidad (cuando se requiere) respetando estándares establecidos de calidad.

En Costa Rica, el concepto de equidad que se promueve, parte del enfoque igualitarista, con el que se distribuyen los recursos de acuerdo con las necesidades de la población, disminuyendo las brechas de desigualdad que existen a su interior, y es el que debe proteger el Ministerio de Salud al garantizar el acceso a los servicios de salud con calidad.

Por otro lado, se habla de que el Ministerio de Salud, ha garantizado una calidad, debido a que ha ejercido su responsabilidad rectora en el campo de la habilitación y la evaluación del primer nivel de atención de la CCSS utilizando esencialmente indicadores de estructura, lo que implica un acercamiento a la calidad pero no calidad en su amplio significado, ya que dichos indicadores valoran la existencia de recursos humanos, físicos y materiales que deben cumplir ciertas especificaciones predefinidas.

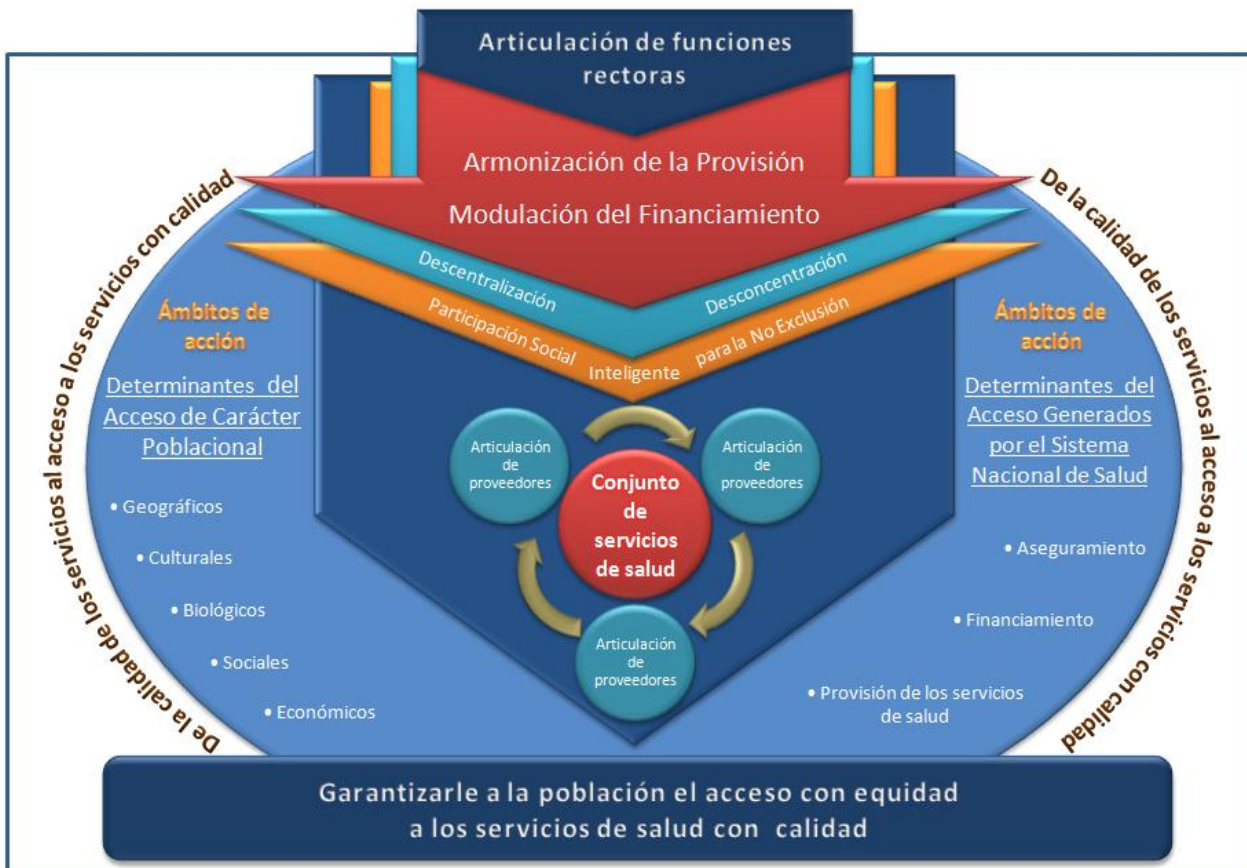
Igualmente, es fundamental que se comprenda, que el Ministerio de Salud no asume como responsabilidad crítica la garantía del acceso a los servicios de salud únicamente como una prioridad política, sino que está claramente definida como una responsabilidad legal que debe ser cumplida.

MODELO CONCEPTUAL Y ESTRATÉGICO GARANTÍA AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Partiendo de lo descrito, se definió el Modelo Conceptual y Estratégico del Rol Rector en la Garantía del Acceso a los Servicios de Salud, el cual prioriza y expone, a partir de definiciones, los conceptos centrales sobre los que se basa y justifica el rol rector del Ministerio de Salud en este ámbito. Es estratégico ya que, reconociendo que el Ministerio de Salud es la entidad que tiene la responsabilidad de ejercer la rectoría, establece las estrategias que deberá implementar para el logro de su misión en el ámbito de los servicios de salud.

En los siguientes apartados se explican los componentes del Modelo y las interrelaciones entre ellos.

Figura 1: Modelo gráfico de la garantía de acceso a los servicios de salud



FUNCIONES SUSTANTIVAS PARA EL EJERCICIO DE LA RECTORÍA EN EL ÁMBITO DE LA GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Para cumplir con su razón de ser en el ámbito de la garantía de acceso a los servicios de salud, el Ministerio de Salud tiene bajo su responsabilidad dos funciones sustantivas de rectoría:

- a. La modulación del financiamiento de los servicios de salud y
- b. La armonización de la provisión de los servicios de salud

Tal y como se establece en el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y en el decreto N° 34510-S en el que se describe el nuevo Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, estas funciones rectoras consisten en lo siguiente:

a. Modulación del financiamiento de los servicios de salud:

Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en garantizar, que el financiamiento de los servicios de salud se mantenga acorde con las prioridades establecidas en la política nacional de salud y en los planes de desarrollo.

b. La armonización de la provisión de servicios de salud:

Función rectora que realiza el Ministerio de Salud que consiste en determinar con criterios de necesidad, desempeño e impacto, el conjunto de servicios de salud que deben ser garantizados por el Estado, definir el modelo mediante el cual se entregan esos servicios y promover la articulación y complementariedad de los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados.

Estas funciones se ejecutan mediante la ejecución de los procesos de Vigilancia de Salud, Planificación Estratégica de la Salud, Evaluación de las Acciones en Salud y Regulación de la Salud en el ámbito de los servicios de salud a nivel nacional, asegurando que se realicen de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida.

ÁMBITOS DE RECTORÍA EN LA GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Los ámbitos en los que el Ministerio de Salud ejerce sus funciones rectoras, son los determinantes del acceso a los servicios de salud, o sea todos aquellos factores inherentes a la población o generados por el Sistema Nacional de Salud que condicionan positiva o negativamente el acceso a los servicios de salud de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento al hábitat humano.

ESTRATEGIA MAESTRA PARA EL EJERCICIO DEL ROL RECTOR DEL MINISTERIO EN LA GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Históricamente, se había considerado que la responsabilidad del Ministerio de Salud, es la de garantizar la calidad de los servicios de salud que ofrecen los diversos proveedores, tanto públicos como privados, en el entendido que son los proveedores los que debían garantizar el acceso.

El cambio de paradigma se encuentra en una transformación institucional que permita pasar de la garantía de la calidad de los servicios, **a la garantía del acceso a los servicios de salud de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento al hábitat humano con calidad.**

Estos servicios de salud constituyen un conjunto que debe cumplir con estándares establecidos que garanticen la calidad de la atención y deben asegurarse en términos de equidad, disponibilidad y oportunidad.

A fin de operacionalizar el modelo descrito en total y completa armonía con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Producción de la Salud implementado en el Ministerio de Salud así como con la nueva estructura organizacional implementada en el Ministerio de Salud, durante el cuatrienio 2006-2010 se consolidó la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud con sus dos Unidades: Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas y Servicios de Salud de Protección y Mejoramiento al Hábitat Humano. Aunque aún se encuentra en proceso de consolidar algunos de sus equipos de trabajo, para el próximo cuatrienio, la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud tiene dos grandes retos: la definición del conjunto de servicios de salud que debe garantizar el Estado para la atención de sus ciudadanos y del hábitat en que se desenvuelven, y la determinación del modelo de entrega de dichos servicios, metas que se encuentran plasmadas en su Plan Estratégico Institucional 2011-2015 así como en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014.

Entre las contribuciones más importantes de la DGASS del período se mencionan:

1. La coordinación y conducción del Sistema Nacional de Prevención de la Mortalidad Infantil y Materna y de las comisiones de mortalidad infantil y materna nacional, regionales y locales, lo cual permitió dar un seguimiento a los planes correctivos para la prevención de ambos tipos de mortalidad. Es así como durante el 2009 el país tuvo la mortalidad infantil más baja registrada de 8,8/ nacidos vivos.
2. La coordinación de la Comisión Nacional de Vacunas, la cual promovió la introducción de tres nuevas vacunas al esquema de vacunación a nivel nacional: varicela, tosferina acelular y neumococo. Durante el 2010 se cambió la vacuna de polio oral por polio intramuscular. Esta vacuna tiene la ventaja de que está constituida por cinco vacunas en una y tiene menos efectos secundarios en los niños. Un logro importante en el tema de

inmunizaciones es la elaboración de la norma nacional de vacunación, la cual se concretó en el 2010 y se encuentra lista para su publicación e implementación.

3. Durante el 2010 además, se diseñó el Sistema Nominal de Vacunación (SINOVAC), que se implementará en todos los servicios de salud públicos y privados del país y permitirá contar con la cobertura real de cada una de las vacunas, disminuyendo el subregistro y permitiendo el acceso a la información en tiempo real. En el 2010 Costa Rica inició el proceso de certificación de la eliminación del sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita, lo cual representa un hito para la salud pública no sólo costarricense sino de las Américas. A pesar de que el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, no incluía la introducción de la vacuna anti H1N1, la aparición de la epidemia de la gripe A, planteó la necesidad de que se introdujera la vacuna a nivel nacional para las personas en riesgo, con un porcentaje de cobertura mayor al 90%.
4. Uno de los retos y logros de la DGASS durante el período 2006-2010 fue asumir la Secretaría Técnica del Consejo Sectorial de Salud, y consolidar al Consejo, mediante la realización de sesiones periódicas (al menos 4 al año) en especial a partir del 2009. Además de las sesiones del Consejo, de carácter técnico-político, la Secretaría del Consejo, implementó sesiones de trabajo de carácter técnico con los enlaces de cada una de las instituciones que componen el Sector Salud. Estas actividades contribuyeron en gran medida a organizar la planificación y rendición de cuentas sectorial, a socializar el modelo conceptual estratégico de la rectoría de la producción social de la salud y a fortalecer el liderazgo y conducción de la Ministra Rectora.
5. Mediante Decreto Ejecutivo N° 35526-S se modificó el decreto de creación de la Comisión Técnica para el Desarrollo de Recurso Humano en Salud. Entre las modificaciones se establece como comisión especial permanente del Consejo Sectorial de Salud y se amplía la participación de actores sociales, incorporando al Consejo Nacional de Rectores (CONARE), el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP), las unidades de recursos humanos del IAFA, INCIENSA, ICAA E INS-Salud, la Dirección General de Servicio Civil y MIDEPLAN. Esta comisión orienta el recurso de acuerdo a las necesidades identificadas, con el fin de garantizar a la población el acceso a los servicios de salud con el recurso humano de calidad.

DIRECCIÓN DE DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO EN SALUD

El avance científico, cuya meta final es el aumento de la capacidad de acción de la sociedad, creando las condiciones para que el medio natural y social se ponga al servicio del hombre en la sociedad, constituye el componente fundamental para la identificación y priorización de los problemas y la búsqueda de soluciones adecuadas.

La investigación de los problemas y situaciones de salud, constituyen la base de la producción del conocimiento científico y tecnológico de la salud. Los métodos y técnicas epidemiológicas aplicadas a los problemas y eventos relacionados con la salud, producen el conocimiento científico necesario para abordar estas situaciones. A su vez, la aplicación de este conocimiento para mejorar las condiciones de salud, constituye la tecnología.

En el Programa de Fortificación de Alimentos en Costa Rica se expone la experiencia obtenida por la Institución en la dirección y conducción ejercida sobre el sector público y privado para la selección e implementación de una intervención consistente en la fortificación de alimentos con micronutrientes deficientes en la dieta de la población, demostrada a través de las Encuestas Nacionales de Nutrición que se han efectuado en el país desde 1966 al 2009.

Se hace referencia a dos micronutrientes: hierro y ácido fólico, para lo cual se ha fortificado la harina de trigo, la harina de maíz y la leche con hierro y ácido fólico desde el año 1997. Además el arroz fue el último producto fortificado con ácido fólico a partir del 2006. La fortificación de estos alimentos ha contribuido a una disminución importante de la anemia en los diferentes grupos de población y de los defectos del tubo neural, lo que constituye un logro sobresaliente a nivel mundial.

En los gráficos 1 y 2 se evidencia los resultados obtenidos en el período comprendido entre 1996 y el 2009, los cuales reflejan un cambio significativo de la presencia de anemia en la población preescolar y en mujeres en edad fértil.

- Reducción de la anemia en la población preescolar de 26,4% a 7,6%.
- Disminución de la anemia en mujeres en edad fértil de 18,6% a 9,9%.

- También se logró una reducción de los defectos del tubo neural en el período comprendido entre los años 1997 al 2009 de 12,0 a 5,0 por cada 10000 nacidos vivos.

Gráfico N° 1

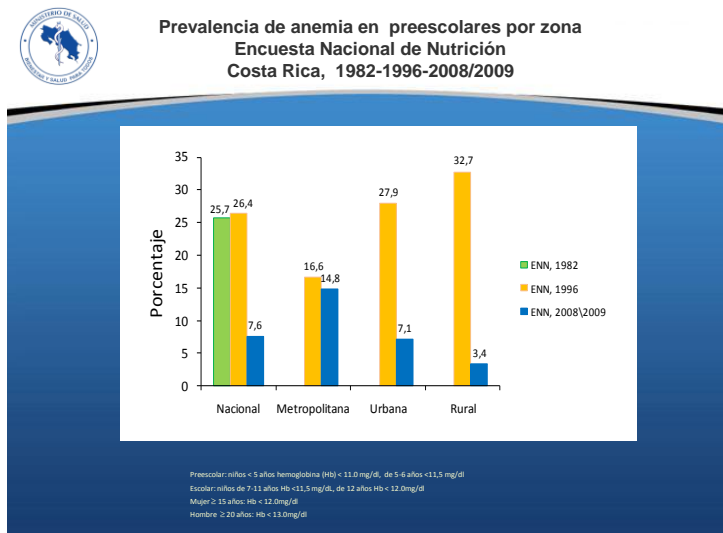
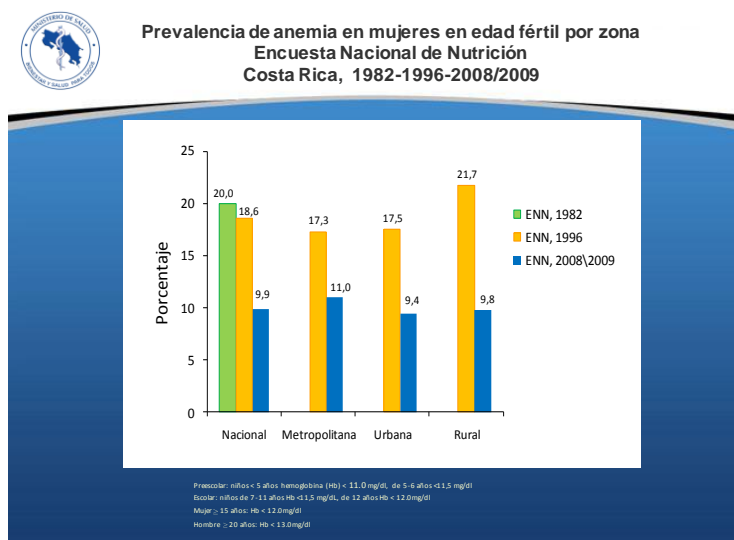


Gráfico N° 2



FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL ADMINISTRATIVO

Durante este período la institución ha estado en una constante revisión y actualización de los procesos de trabajo, a fin de que el accionar institucional sea cada vez más efectivo y nos permitan alcanzar la misión y objetivos institucionales.

El desarrollo de estrategias y la toma de decisiones en la cima estratégica han permitido desarrollar y fortalecer la infraestructura, procesos, servicios de apoyo logístico y de información en los tres niveles de gestión, implementado diferentes acciones dentro de las que se pueden mencionar:

INFRAESTRUCTURA

- Se concluyeron las construcciones nuevas, remodelaciones y ampliaciones de áreas rectora de salud, CEN y CINAI, por un monto de 2.483.938.043.12 colones. El cuadro a continuación muestra los lugares en donde se intervino, a saber:

**Cuadro N° 1
Ministerio de Salud
Construcciones Nuevas**

• Área Rectora de Salud	• CEN / CINAI
• Florencia	• San Roque
• Valverde Vega	• Santa Cecilia
• Naranjo	• Cuajiniquil
• Alfaro Ruiz	• San José del Amparo
• Pocosol	
• Aguas Zarcas	
• Los Chiles	
• Pérez Zeledón	
• Goicoechea	

- Se gestionó el traspaso de los terrenos donde se ubican las Áreas rectoras de salud de San Vito, Buenos Aires y la Dirección Regional Brunca.
- En proceso de remodelación final: Tesorería, baños, paso cubierto, de Edificio Norte, Áreas rectoras de salud Cañas, Áreas rectoras de salud Puriscal, por un monto de 62.961.358.33 colones
- En proceso de contratación administrativa por un monto de 479.430.000 colones: Áreas rectoras de salud Carrillo, Áreas rectoras de salud Guatuso, Áreas rectoras de salud Palmares.
-

GESTIÓN INMOBILIARIA

En este rubro se han ejecutado 3.480.37 millones de colones

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las mejoras en la infraestructura tecnológica contribuyen en el mejoramiento de la atención telefónica y personalizada de los clientes externos garantizando a la población que el Ministerio de Salud se está empoderando, cada día, de su papel como ente rector al brindar seguridad y confiabilidad de la información.

En un trabajo articulado con las diferentes unidades organizativas y bajo la coordinación de la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional, se realizaron avances significativos en la plataforma informática institucional, siendo esta una primera fase para el proceso de desconcentración:

- ❖ En conjunto con la División Administrativa se adquirieron 785 equipos de cómputo para funcionarios de los tres niveles de gestión, incluido los CEN y CINAI
- ❖ Elaboración de especificaciones, revisión técnica, instalación y configuración de equipo de comunicación (routers, switches), laptops, computadores de escritorio, impresoras, proyectores que se adquirieron este año.
- ❖ Desarrollo del Plan Piloto del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Inmunoprevenibles (SIVEI), en los establecimientos de la CCSS de la Región Central Norte.
- ❖ Diseño del Sistema de Mortalidad Infantil
- ❖ Implementación del Sistema de VIH en clínicas para el seguimiento de casos de personas enfermas con SIDA
- ❖ Ejecución de un Plan Piloto con diferentes municipalidades para la implementación del Sistema de Residuos Sólidos
- ❖ Ejecución del Plan Piloto del Sistema Estandarizado de Regulación de Salud -SERSA
- ❖ Diseño e implementación del Módulo para el Registro de Materias Primas y Alimentos del Sistema de Atención al Cliente Interno y Externo
- ❖ Inicio de la construcción de un Modelo de Arquitectura de Información Integrado para el Registro de Productos de Interés Sanitario
- ❖ Diseño del Módulo para el Registro de Medicamentos del Sistema de Atención al Cliente
- ❖ Elaboración del formulario de Denuncias Internas y Externas para la Contraloría de Servicios de la Dirección de Atención al Cliente
- ❖ Adjudicación del WorkFlow para mejorar el flujo de procesos
- ❖ Elaboración de un Plan de Recuperación y Respaldos
- ❖ Proceso de contratación del Sistemas de Planificación Institucional y del Sistema para el Registro de Tumores
- ❖ Diseño de la Agenda Virtual Institucional
- ❖ Interconexión por medio de VPN de 16 áreas rectoras del Ministerio de Salud.
- ❖ Estudio de Factibilidad de Virtualización de Escritorios y Servidores.
- ❖ Adjudicación de contrato por alquiler de telefonía IP (se instalará entre los meses de febrero y marzo del 2011).
- ❖ Estudio de Mercado para implementación del Directorio Activo.
- ❖ Acondicionamiento físico del Data Center.
- ❖ Conformación del equipo de Seguridad de la Información.
- ❖ Inventario de Hardware y software actualizado.
- ❖ Compra y configuración del equipo para Detección de Intrusos y control de tráfico de red institucional (Fortigate)
- ❖ Compra y configuración de Routers para proveer de conexión inalámbrica a las direcciones del nivel central

Diseño de una solución de servicios de mantenimiento de hardware y software para usuarios de los tres niveles de gestión para mejorar la calidad y los tiempos de respuesta, lo que se implementará entre febrero y marzo del 2011.

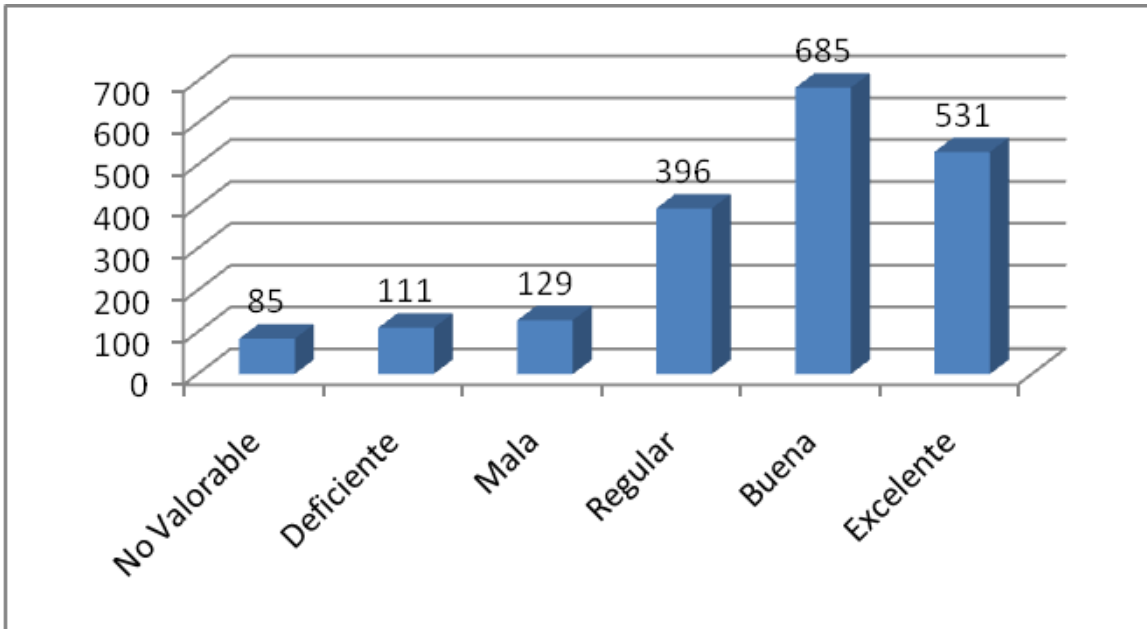
ATENCIÓN AL CLIENTE

En cumplimiento a las actividades programadas en el Plan Operativo Anual, se conocieron los resultados de la calidad del servicio que se brinda a los clientes internos y externos en nuestra Institución. Para tal fin se aplicó el instrumento de satisfacción al cliente en la Plataforma de Servicio del nivel Central, así como en las Unidad de Atención al Cliente regionales y en los equipo del nivel local.

Se aplicaron 1935 formularios distribuidos en la Unidad de Plataforma de Servicios del Nivel Central, en las Unidades de Atención al Cliente Regional y en los equipos de Atención al Cliente del Nivel local.

En los apartes siguientes se indican los resultados obtenidos con la encuesta en mención y donde se refleja la satisfacción de los clientes externos e internos según cada uno de ellos.

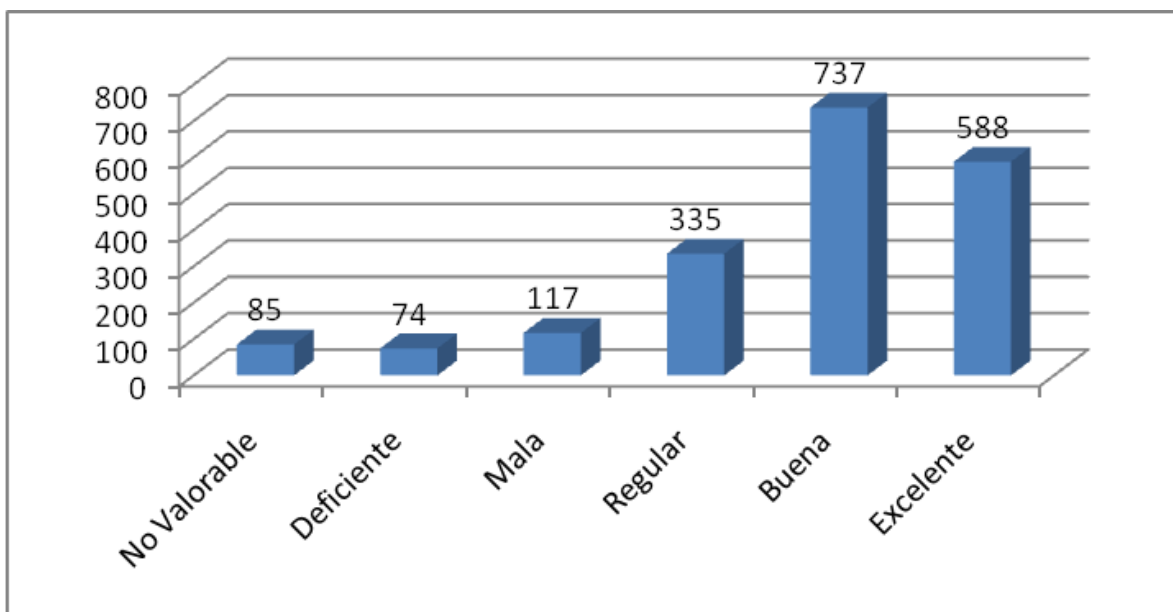
**Gráfico N° 3
Instalaciones**



Fuente: Instrumento de satisfacción al cliente en la Plataforma de Servicio

Los clientes internos y externos consideran que las instalaciones que tiene el Ministerio a nivel nacional son buenas, indican que las oficinas en su mayoría se encuentran bien ubicadas, solamente diecisiete formularios demuestran que son deficientes, aludiendo que faltan parqueos.

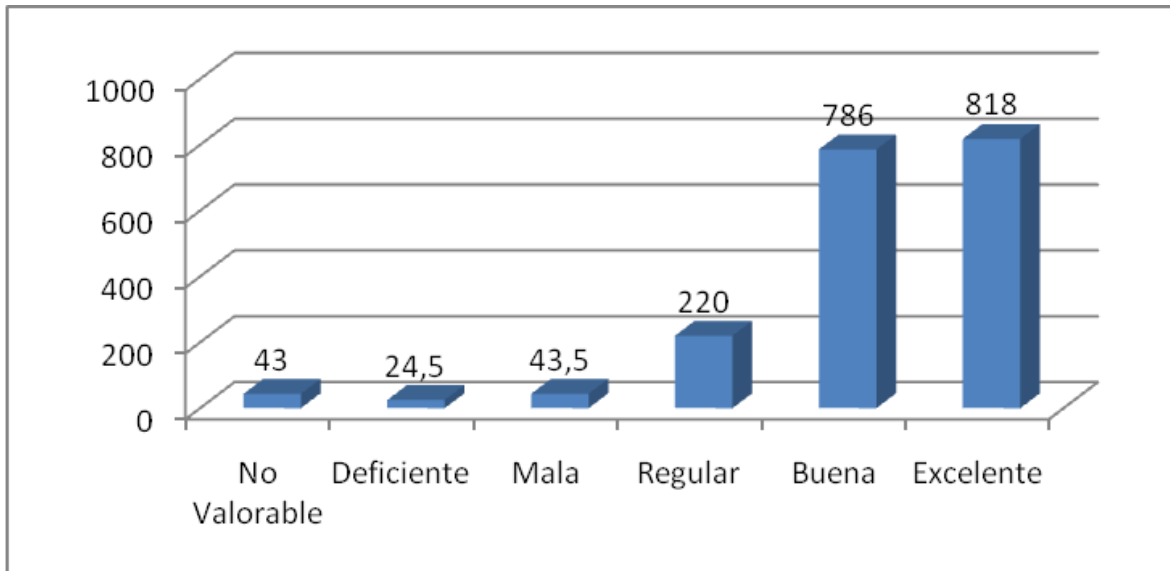
**Gráfico N° 4
Acceso**



Fuente: Instrumento de satisfacción al cliente en la Plataforma de Servicio

El acceso a las instalaciones y a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud en su mayoría responde que son buenos, de igual forma se manifiesta con la rotulación de las oficinas y ventanillas de atención. El horario de atención al público lo considera accesible a sus posibilidades y por tanto lo califican de bueno.

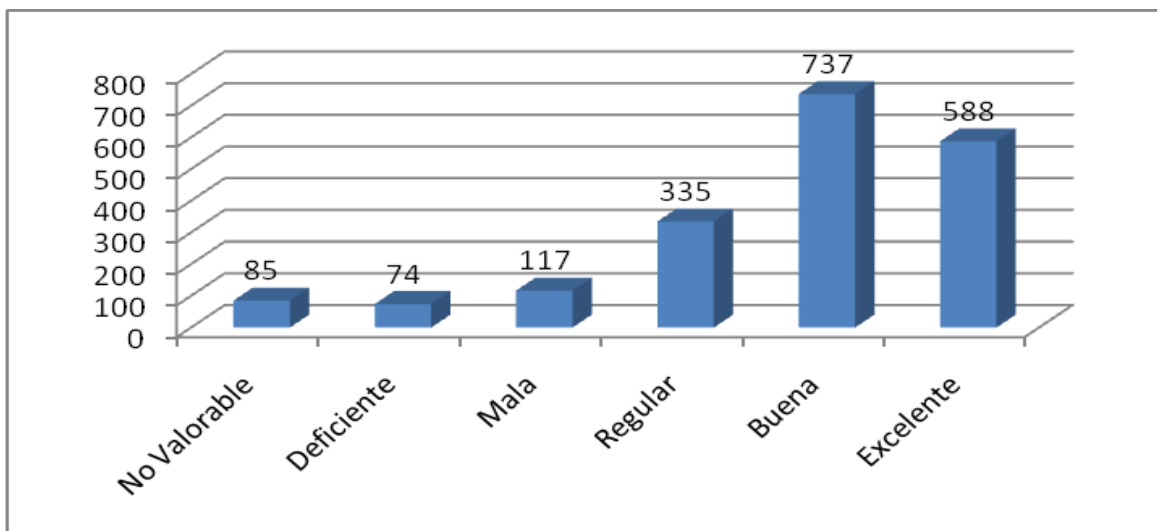
**Gráfico N° 5
Información**



Fuente: Instrumento de satisfacción al cliente en la Plataforma de Servicio

La información y documentación que se le brinda al cliente es necesaria para realizar los trámites obteniéndose una respuesta importante en los ítems de buena y excelente.

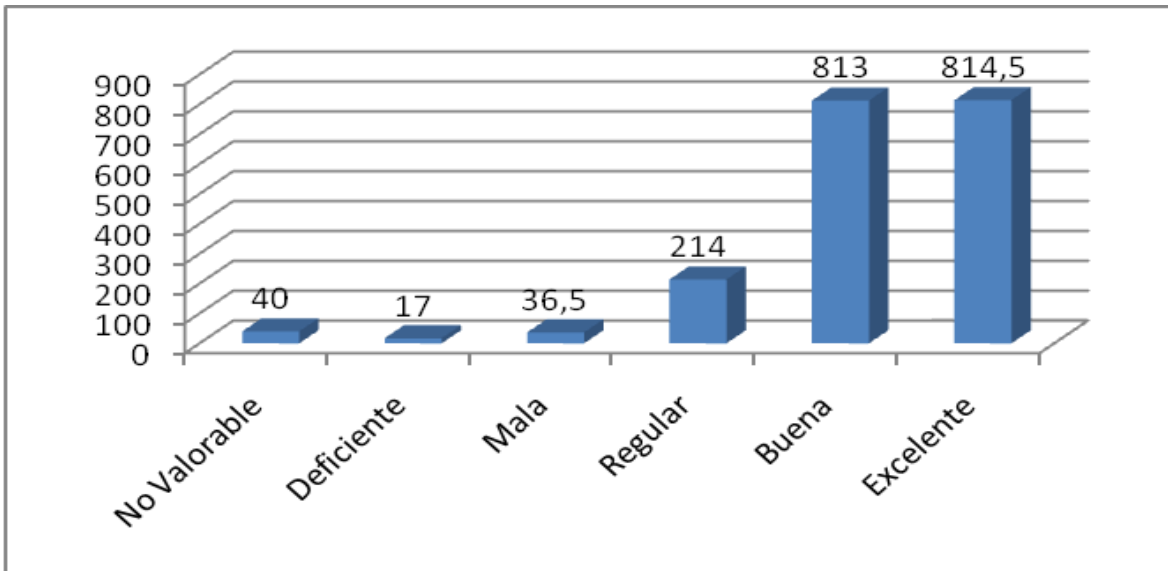
**Gráfico N° 6
Atención**



Fuente: Instrumento de satisfacción al cliente en la Plataforma de Servicio

En cuanto a la flexibilidad, accesibilidad, la atención y el tiempo de espera en ser atendido, se perciben en su mayoría como excelente. Se desprende de las recomendaciones de los usuarios la necesidad de agilizar los trámites de autorización de planos y capacitar más al personal de ventanillas en los servicios sustantivos de la institución.

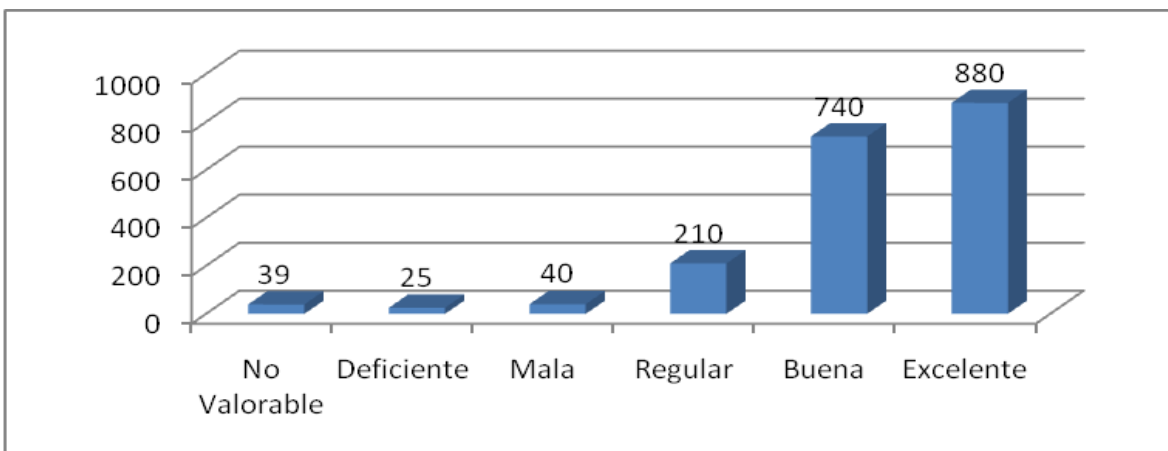
Gráfico N° 7
Servicios



Fuente: Instrumento de satisfacción al cliente en la Plataforma de Servicio

Se percibe un grado de satisfacción excelente en la seguridad que muestran el cliente ante nuestros servicios; así como una adecuada apreciación entre los servicios de atención al cliente y su asistencia ante la solicitud de trámites y procesos.

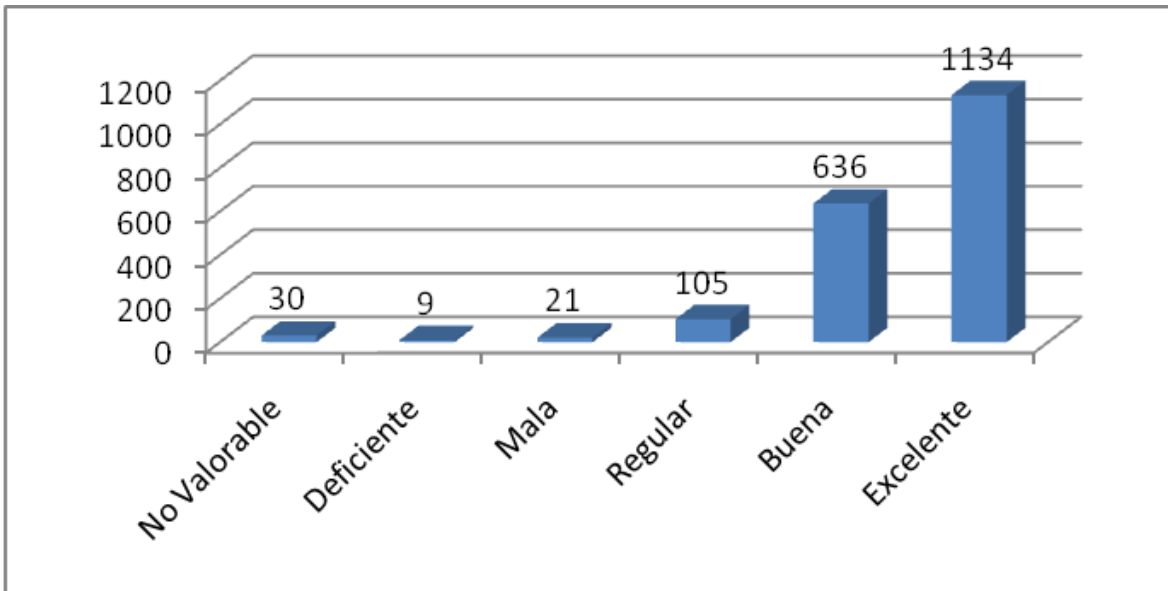
Gráfico N° 8
Calidad



Fuente: Instrumento de satisfacción al cliente en la Plataforma de Servicio

El instrumento refleja que los clientes confían en los servicios que brinda el Ministerio y perciben que los funcionarios muestran el conocimiento y competencias para desarrollar adecuadamente los servicios, se aprecia una cantidad importante en el grado de satisfacción de bueno y excelente en los plazos para realizar trámites.

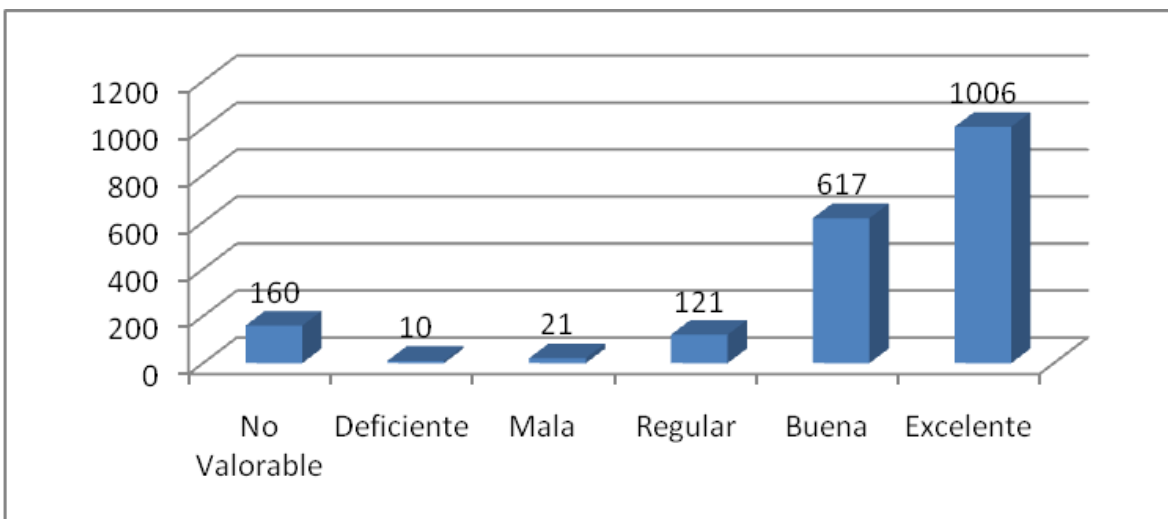
**Gráfico N° 9
Funcionarios**



Fuente: Instrumento de satisfacción al cliente en la Plataforma de Servicio

Con respecto a la apariencia y ética del personal, los resultados del instrumento muestran un grado de satisfacción excelente, de igual manera se percibe que la relación entre cliente y funcionario es adecuada.

**Gráfico N° 10
Valoración**



Fuente: Instrumento de satisfacción al cliente en la Plataforma de Servicio

Se aprecia en los resultados obtenidos para los servicios de atención al cliente las respuestas favorecen en mayor número a excelente y buena, situación que beneficia la imagen institucional.

Con base en lo anterior, se puede demostrar que la satisfacción del cliente interno y externo, cumple con las expectativas de la programación de actividades del 2010; ya que de los conceptos que se sometieron a valoración, en su mayoría alcanza valores de excelentes y buenos, concluyendo que la satisfacción al cliente a nivel institucional es favorable.

VIGILANCIA DE LA SALUD

Durante el segundo semestre del 2010, se socializó el Análisis de la Situación de Salud con las autoridades de Salud y las Direcciones del nivel central, así como con otros actores sociales, con el fin de que esta información sirviera de insumo para la planificación intrainstitucional y la planificación estratégica de la Salud.

Por otra parte se avanzó en la definición de los indicadores para el diseño del Sistema de Información de Gestión Integral de Residuos.

Con respecto al Registro Nacional de Tumores se logró actualizar los datos de incidencia que estaba hasta el año 2005, al año 2007, y actualmente se trabaja el 2008.

Se socializaron los resultados del estudio de "Prevalencia de VIH y sífilis en hombres que tienen sexo con hombres del Gran Área Metropolitana" obteniéndose por primera vez una prevalencia de 10,9% para VIH y 13,7% para sífilis. Además se realizó y socializó información sobre otros dos estudios, "Prevalencia de la transmisión vertical de VIH y sífilis y el de subnotificación, los cuales brindan información muy importante que permitirá mejorar la cobertura e iniciar el proceso de eliminación de la transmisión vertical de VIH y sífilis congénita para el año 2015.

En el segundo semestre se trabajó en el sistema de información sobre la Gestión integral de Residuos Sólidos, incorporando las fichas técnicas de estos nuevos indicadores incrementándose el cumplimiento de avance en un 2% más.

En lo que respecta a la vigilancia de dengue se proveen directrices actualizadas sobre el control del vector y el trabajo articulado con diversos sectores, públicos y privados, facilitando estrategias de información a la población y la puesta en práctica de las medidas de prevención e inspección recomendadas.

Es importante resaltar que durante este año se tuvo la circulación de tres serotipos en el país, lo cual aumenta la vulnerabilidad de la población, sin embargo se logró terminar el año con cifras inferiores a las del año 2009 a partir de la semana 48.

PLAN NACIONAL DE SALUD, INCLUSIÓN Y MOVILIDAD SOCIAL 2010-2021:

Plan Nacional de Salud, Inclusión y Movilidad Social 2010-2021: El Plan Nacional de Salud, Inclusión y Movilidad Social 2010 - 2021, constituye una propuesta dirigida a fortalecer el Estado de bienestar social que históricamente se ha construido basado en el respeto y promoción de los derechos humanos, donde se reconoce la diversidad, la igualdad y equidad de género, como pilares fundamentales de la salud, la inclusión y movilidad social.

Así mismo, mediante la cohesión social y la corresponsabilidad pretende construir en forma compartida entre los diversos actores sociales, las condiciones esenciales para la salud de la población y con especial énfasis en los sectores sociales en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión social.

Es por ello que el plan establece como propósito promover la protección y el mejoramiento del proceso de salud de la población y la equidad social, mediante la participación articulada de los actores sociales y la gestión de la planificación, que faciliten romper el ciclo generacional de la pobreza y promuevan la inclusión y la movilidad social de los grupos vulnerables.

El plan contempla ocho objetivos generales los cuales responden a los siguientes ejes temáticos:

- ❖ Cultura de cuidado individual y colectivo
- ❖ Desarrollo sostenible del hábitat humano
- ❖ Servicios de salud de atención integral a personas y al hábitat humano
- ❖ Desarrollo de capacidades humanas de la población
- ❖ Desarrollo de capacidades productivas, de generación y distribución de ingresos
- ❖ Desarrollo de infraestructura física segura y con diseño universal
- ❖ Investigaciones científicas y aplicaciones tecnológicas
- ❖ Coordinación y articulación entre instituciones, sectores y sociedad civil.
- ❖ Velar porque la inversión social se dirección en base a políticas de Estado, priorizando los esfuerzos hacia los grupos más vulnerables, con una visión de largo plazo, mediante la implementación de estrategias costo-efectivas.

En términos globales somos un país privilegiado. Hemos alcanzado una alta esperanza de vida gracias a la utilización de recursos en educación, en medidas de saneamiento ambiental, al enfoque en atención primaria del sistema de salud y al rol de la seguridad social. Ahora que hemos alcanzado estos niveles, las acciones que debemos tomar para mantener y mejorar el estado de salud de la población son más costosas y de mayor envergadura.

La salud es un producto social y como tal es afectada por las circunstancias sociales y económicas a que se enfrentan las personas a lo largo de todo su ciclo de vida. A pesar de que la herencia determina ciertas condiciones con las que iniciamos nuestro camino por la vida, es la interacción entre los factores biológicos con los ambientales, sociales, económicos y de acceso a los servicios, la que resulta en el espectro de nivel de salud de la población.

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE VIH-SIDA 2011-2015

El 1 de diciembre del año en curso, bajo la coordinación de la Dra. Ana Cecilia Morice, Viceministra de Salud y Presidenta de CONASIDA, y en el marco de la celebración del Día Mundial de la Lucha contra el VIH-Sida, se presentó el Plan Estratégico Nacional VIH-Sida (PEN) 2011-2015, el cual constituye un importante esfuerzo para mejorar la respuesta nacional al VIH asegurando el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención integral y el apoyo a las personas con VIH.

Además reafirma el compromiso y objetivos del país para detener y hacer retroceder la propagación de esta enfermedad, por medio de la implementación de una serie de acciones estratégicas claramente definidas y consistentes con el contexto nacional.

El PEN es el instrumento que define la estrategia nacional en la lucha contra el VIH, a partir del análisis de situación actual, el marco jurídico y la respuesta nacional e internacional más eficaz en el cumplimiento de acuerdos establecidos.

POLÍTICA NACIONAL SOBRE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS

Con el objetivo de dotar al país de herramientas necesarias para reducir las cantidades de residuos generados, así como, su máximo aprovechamiento, y enmarcado en la Ley 8823, el pasado 9 de diciembre, la Dra. Ávila presentó la Política Nacional sobre Gestión Integral de Residuos Sólidos 2010-2021.

Esta política tiene como propósito “que el Estado costarricense garantice y respete el acceso y ejercicio al derecho de un ambiente saludable y el derecho de la sociedad a estar informada, corresponsablemente, en materia de la gestión integral de residuos”.

Esta iniciativa es una pieza fundamental en las acciones que realiza el país y cubre un vacío existente, aportando estrategias necesarias para que se desarrolle una mejor gestión integral de residuos en el ámbito nacional. Además, se alinea con esfuerzos que se han realizado como el Plan Nacional de Residuos Sólidos (PRESOL) y los planes municipales.

La Política contempla estrategias de educación y cambio de hábitos por parte de la población, quienes en vez de observar la temática de los residuos como un problema, deben identificarse como una nueva oportunidad de ingreso y negocios, con la consecuente conservación de recursos naturales y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Este documento plasma una nueva concepción de la gestión integral de residuos, reflejando un concepto en el que todos ganan, catalogando los residuos como recursos. Además su aplicación para la sociedad costarricense significará mejoras ambientales, sanitarias y económicas, en vista del enfoque actual de aumentar la productividad, reducir la cantidad de residuos generados y aprovechar los que estén produciendo.

Reglamento de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables; DE-N° 35906-S, publicado el 5 de mayo del 2010. Esta normativa viene a regular el manejo de los residuos evitando la proliferación de vectores nocivos para la salud lo que evita la contaminación de aire, suelo y aguas. Los centros de recuperación de residuos valorizables han tenido un crecimiento significativo como medios de recuperación de residuos en el país. Los cuales, antes de la fecha de emisión de esta normativa, venían manejando los residuos valorizables sin ninguna regulación. Debido a esto el Ministerio de Salud consideró entre sus prioridades y en beneficio y protección de la salud pública y el ambiente, regular las actividades relacionadas con el almacenamiento, clasificación, empaque, embalaje y venta de residuos con el fin de adecuar los requisitos y condiciones físico sanitarias que deben prevalecer en centros de recuperación de residuos valorizables para su funcionamiento sin afectar la salud pública y el ambiente.

Reglamento para la Gestión Integral de los Residuos Electrónicos; DE N°:35933-S, publicado el 5 de mayo del 2010. Este reglamento viene a responder no sólo a lo ordenado por la Ley para la Gestión Integral de Residuos sino también la Ley General de Salud en cuanto a que todos los residuos sólidos que provengan de las actividades corrientes personales, familiares o de la comunidad y de operaciones agrícolas, ganaderas, industriales o comerciales, deberán ser separados, recolectados, acumulados, utilizados cuando proceda y sujetos a tratamiento o dispuestos finalmente, por las personas responsables a fin de evitar o disminuir en lo posible la contaminación del aire, del suelo o de las aguas. Así también responde a la Ley Orgánica del Ambiente, en cuanto al manejo y aprovechamiento de los suelos, por cuanto se debe controlar. Esta normativa regula las actividades productivas evitando descargas, depósitos o infiltración de sustancias o materiales contaminantes en el suelo y cuando no se pueda evitar la disposición de residuos contaminantes deberán acatarse las medidas correctivas necesarias que determine la autoridad competente. Cuando corresponda, el Estado, las municipalidades y la empresa privada promoverán la recuperación y el tratamiento adecuado de los desechos para obtener otros productos o subproductos.

El aumento en la cantidad y cambios en la composición de los residuos no ha ido de la mano con la modernización de las estructuras administrativas, económicas y tecnológicas, adecuadas para su gestión, lo cual agrava la problemática nacional con el manejo de los residuos sólidos. La disposición de residuos electrónicos en sitios no autorizados provoca problemas de contaminación a la atmósfera, al suelo y al agua, causando perjuicio a la salud pública y al ambiente. Por lo anterior se orienta la normativa al manejo de los residuos con el fin de que se aplique el principio de "Quien contamina paga", el cual se encuentra amparado tanto en la legislación nacional como en los convenios internacionales, el artículo 2º de la Ley Orgánica del Ambiente, y el principio 16 de la Declaración de Río Sobre Medio Ambiente y Desarrollo. Este principio orienta a que el causante de la contaminación asuma los costos de la prevención y la mitigación de los daños ambientales derivados por su propia cuenta, buscando internalizar esos costos ambientales dentro de la contabilidad particular de sus generadores, de modo que se refleje plenamente en los precios de los bienes y servicios que correspondan, de manera que pueda darse una valorización de los residuos y así ser incorporados nuevamente a los sistemas productivos, todo esto teniendo en cuenta el interés público y sin distorsionar el comercio ni las inversiones. Así también la normativa establece la aplicación del principio general de derecho ambiental de la responsabilidad extendida del productor, definido como la responsabilidad del productor sobre los impactos ambientales de su producto a través de todo el ciclo de vida del mismo, incluyendo los impactos relativos al uso y disposición de estos. Con este principio se busca: a) un desplazamiento gradual pero consistente de la responsabilidad del manejo de este tipo de residuos desde el sector público hacia los productores y consumidores; b) que los residuos electrónicos al derivarse de una actividad de consumo particular por parte de personas físicas y jurídicas que utilizan equipos electrónicos, éstas deben, como generadores del residuo, entregarlos en los sitios de recolección autorizados, cuando requieran cambiarlos o deshacerse de ellos. Se promueve el principio de responsabilidad compartida, el cual señala que la gestión integral de los residuos es una corresponsabilidad social, que requiere la participación conjunta, coordinada y diferenciada de todos productores, importadores, distribuidores, consumidores, gestores de residuos electrónicos de residuos, tanto públicos como privados.

Se tienen diferentes informes técnicos tales como a) Reporte Nacional de Materiales, elaborado en el marco del Programa Competitividad y Medio Ambiente, 2006, b) Estrategia Nacional para el Manejo Integrado y Sostenible de Residuos de Artefactos Eléctricos y Electrónicos, elaborada en el marco del proyecto del mismo nombre mediante el Convenio Bilateral para el Desarrollo Sostenible Costa Rica-Holanda, 2004 que demuestran que parte del manejo ambientalmente adecuado de los residuos electrónicos, objeto de esta regulación, es posible realizarlo en el territorio nacional y que existen instrumentos económicos que podrían ser utilizados según corresponda y que han demostrado ser eficaces para el sostenimiento de un sistema de manejo de residuos electrónicos. Así mismo el Plan Nacional de Desarrollo de las Telecomunicaciones 2009-2014 ha establecido como una meta la promulgación de un decreto ejecutivo que contenga el Reglamento para la gestión de los residuos electrónicos y tecnológicos.

Reglamento para la disposición final de medicamentos, materias primas y sus residuos. DE: 36039, publicado el 24 de junio del 2010. El presente Reglamento tiene por objeto establecer los requisitos que deben cumplirse para la disposición final de los medicamentos, materias primas y de los residuos del proceso de fabricación y de los análisis de control de calidad de los mismos, desde una perspectiva sanitaria y ambiental. Su ámbito de aplicación es a todo establecimiento en el que se encuentren medicamentos y materias primas no utilizables, deteriorados, adulterados, falsificados y decomisados; así como de los residuos del proceso de fabricación y de los análisis de control de calidad de los mismos. Se excluyen del ámbito del presente Reglamento, los radiofármacos o sustancias de uso médico que emitan radiaciones ionizantes, para cuya disposición final se debe seguir lo establecido en el Reglamento sobre protección contra las radiaciones ionizantes vigente y sus actualizaciones.

Reglamento sobre manejo de residuos sólidos: Esta normativa fue firmada por la Sra. presidente de la República el día jueves 15 de julio del 2010. Su publicación está pendiente. Tiene como objetivo la protección de la salud pública y del ambiente, por medio de la gestión integral de los residuos sólidos ordinarios. Su ámbito de aplicación es de nivel nacional y regula los aspectos relacionados con la gestión integral de los residuos sólidos ordinarios, cualquiera que sea la actividad o el lugar de generación. Incluye principalmente el almacenamiento, recolección, barrido y limpieza de vías y áreas públicas, transporte y transferencia, valorización, tratamiento y disposición final de los residuos sólidos ordinarios.

La generación de residuos sólidos ordinarios y su mal manejo provocan la proliferación de vectores nocivos para la salud y conlleva a la contaminación de aire, suelo y agua. En beneficio y protección de la salud pública y el ambiente, se hace necesario establecer una serie de regulaciones relacionadas con la gestión integral de los residuos sólidos ordinarios provenientes de las actividades: personales, domiciliarias, de la comunidad, de ocio y recreación, comerciales, industriales, agropecuarias y de servicios.

En relación con el indicador "Actualización del inventario de servicios de salud de protección y mejoramiento del hábitat humano", se alcanzó un 66% de avance. En el nivel central del Ministerio, se han realizado esfuerzos por lograr concretar un inventario de estos servicios, buscando en diferentes fuentes como son las bases de datos de las instituciones prestadoras de servicios, como en documentos por ejemplo las guías telefónicas. Cabe mencionar que no ha sido un proceso fácil, ya que algunos de los proveedores se han resistido a brindar información por temor a represalias por su condición legal. Para lograr que el inventario esté acorde con la realidad nacional, el inventario elaborado se remite a las Áreas Rectoras de Salud para que lo revisen y lo actualicen de acuerdo a sus registros y conocimientos de la zona.

El cuadro siguiente, muestra la clasificación para los servicios de salud de acuerdo a lo que establece el Ministerio de Salud en su modelo conceptual.

SERVICIOS DE SALUD DE PROTECCIÓN Y MEJORAMIENTO DEL HÁBITAT HUMANO

- a) Servicios de suministro de agua para uso humano. Estos servicios son también ofrecidos por proveedores públicos y privados, entre los que se encuentran el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), las municipalidades, las Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADA) y otras organizaciones comunitarias.
- b) Servicios de limpieza y mantenimiento de tanques de almacenamiento de agua para uso humano.
- c) Servicios de recolección y transporte sanitario de excretas y residuos, servicios de captación y canalización de aguas residuales y aguas pluviales. Al igual que en el caso anterior, estos servicios pueden ser ofrecidos por proveedores públicos como las municipalidades, el ICAA y diversas empresas privadas.

d) Servicios de control de vectores y fauna nociva para las personas.

Cuadro N° 3
Ministerio de Salud
Servicios de Salud de Protección y Mejoramiento del Hábitat Humano

Servicio	Grado de Actualización
Agua para uso humano	Se tiene el registro de todas las ASADAS y acueductos municipales a nivel nacional, inscritos en AyA, y se ha dado instrucciones a cada Área Rectora de Salud para revisión y actualización.
Servicios de Recolección de Residuos	
Servicios de Captación y canalización de Aguas Residuales	
Servicios de Recolección y transporte de lodos	Transportistas de lodos 100% y Plantas de tratamiento de lodos 100%
Servicios de control de fauna nociva y vectores	Se tiene una base de datos con información de empresas fumigadoras.

Fuente: Estadísticas de la Unidad Servicios de Salud de Protección y mejoramiento del Hábitat Humano, Dirección de Garantía del Acceso a los Servicios de Salud, Ministerio de Salud.

PLAN NACIONAL DE PROTECCIÓN Y MEJORAMIENTO AL HÁBITAT HUMANO 2010-2014

Se plantea como una herramienta estratégica para el abordaje de cuatro líneas de acción: calidad del agua para consumo humano, manejo de aguas residuales (incluyendo gestión de lodos de tanques sépticos), gestión de residuos (implementando la Ley de Gestión Integral de Residuos), y Gestión de las aguas pluviales. Se espera que se implemente en el 2011.

Se revisaron y modificaron los siguientes reglamentos:

- ❖ Reglamento de calidad del agua para consumo humano en establecimientos de salud
- ❖ 90% de avance en la elaboración del “Reglamento para el manejo de tanques sépticos”

PROTECCIÓN Y MEJORAMIENTO DEL HÁBITAT HUMANO

Bajo la dirección y conducción del Ministerio de Salud, se logró que un grupo de empresarios trabajen en la recolección de lodos sépticos y asuman la construcción de una planta de tratamiento que daría solución en el Gran Área Metropolitana. Este mismo proyecto se está trabajando en las Regiones Brunca y Chorotega.

Provisión de Servicios

Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil (CEN y CINAI)

Con el objetivo de aumentar la cobertura de atención en la población meta, algunas regiones han iniciado, en el 2010, la atención de nuevos grupos etáreos, luego de que se ejecutarán, exitosamente, en el 2009, planes pilotos de atención a bebés en las regiones Central Norte y Pacífico Central.

Durante el 2010, se brindaron servicios de alimentación con una cobertura de 34.114 comidas servidas, 99.971 beneficiados con leche íntegra y se distribuyeron 5.194 DAF (Distribución de alimentos a familias). A la vez, se atendieron un total de 525 Asociaciones de Desarrollo Específico Pro CEN CINAI y Bienestar Comunal.

En este mismo año, la población infantil beneficiada con los servicios de atención y protección diaria asciende a 18.357 niños y niñas, y se incrementó la atención extramuros en todas las comunidades del país, con un total de 2267 beneficiados (incluyendo las comunidades indígenas).

Evaluación de efectos

La evaluación de efectos evidencia que la participación en programas de alimentación complementaria contribuye al adecuado crecimiento y recuperación del estado nutricional de los niños y niñas, que reciben los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI, logrando el cumplimiento del objetivo del Programa y contribuyendo en el logro de la misión institucional.

De esta manera el programa CEN CINAI y los DAF (distribución de alimentos a familias) contribuye a mitigar los efectos causados por la desnutrición, al generar un impacto positivo en el desarrollo biosicosocial del niño, producto de las coordinaciones con instituciones de sector social y con el financiamiento de FODESAF.

La evaluación de efectos 2009-2010 mostró los siguientes resultados:

En el cuadro N° 4 se observa que al menos el 92% de los niños y niñas clientes del programa mantienen o mejoraron su estado nutricional

Cuadro N° 4
 Porcentaje de la población evaluada para cada
 Indicador antropométrico (P/E, P/T, T/E e IMC),
 Según efecto (mejora, igual o baja)
 Encontrado a nivel nacional
 Efectos 2009-2010

Indicador	Mejora	Igual	Baja
Peso/Edad	8.0	84.3	7.8
Peso/Talla	9.9	82.0	8.1
Talla/Edad	13.6	74.3	12.1
IMC	8.6	84.5	6.9

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección CEN CINAI

En el cuadro N° 5 se refleja que los niños menores de 2 años atendidos en los servicios de la Dirección Nacional de CEN CINAI muestran un mayor efecto en su estado nutricional, respecto a los niños y niñas mayores de 2 años. Con esto se logra proteger su desarrollo neurológico y prevenir efectos adversos, mejorando su calidad de vida en el futuro.

Cuadro N° 5
 Porcentaje de la población evaluada,
 Según efecto y grupo de edad,
 Para cada indicador antropométrico (P/E, P/T, T/E)
 Nivel Nacional. Efectos 2009-2010
 n1: 10949 n2: 28605

Indicador	Mejora		Igual		Baja		TOTAL
	Menor de 2 años	2 a 4 años, 11 meses	Menor de 2 años	2 a 4 años, 11 meses	Menor de 2 años	2 a 4 años, 11 meses	
Peso/Edad	8,9	7,6	82,2	84,9	9,3	7,2	8,9
Peso/Talla	11,5	8,9	77	80,7	8,8	7,5	11,5
Talla/Edad	14,5	12,7	66	74,4	16,5	9,9	14,5

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección CEN CINAI

En el cuadro N° 6 se logra identificar que los niños tienden a tener mayor ventaja comparativa que las niñas, quienes en todos los grupos de edad, presentan un mayor deterioro, permitiendo focalizar acciones tendientes a contrarrestar esta debilidad.

Cuadro N° 6
Porcentaje de la población, evaluada según efecto y grupo de edad, para cada indicador antropométrico (P/E, P/T, T/E). Nivel Nacional, Efectos 2009-2010
n1: 22.733, n2: 22.447

	HOMBRE n1			MUJER n2		
	MEJORA	IGUAL	BAJA	MEJORA	IGUAL	BAJA
P/E	8,9	87,9	3,2	7,4	84,4	8,2
P/T	10,2	81,8	8	9,7	82,1	8,2
T/E	14,4	74,2	11,4	12,8	74,3	12,8
IMC	9,2	84,3	6,5	8	84,8	7,2

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección CEN CINAI

El indicador T/E que se relaciona con la desnutrición crónica, es el que corresponde al de mayor efecto en los clientes que participan de los servicios de alimentación complementaria, independientemente de la edad y sexo.

De todos los servicios de alimentación complementaria, se observó que los clientes del DAF) Distribución de Alimentos a Familias presentan un efecto de mejora al resto de los servicios.

Durante el 2010 se realizaron 8 construcciones y 8 cuyo trámite licitatorio se concluyó en este período, iniciando su construcción en el 2011, así como 5 ampliaciones de CEN y CINAI.

Gracias a la coordinación con entidades gubernamentales y no gubernamentales se logró la aprobación de proyectos que fortalecerán la infraestructura y equipamiento de los CEN y CINAI, entre los que se pueden mencionar:

- ❖ Convenio con la Agencia Española de Cooperación Internacional de Desarrollo: en la primera etapa del proyecto donó ¢305.6 millones para infraestructura, compra de vehículos y equipamiento de los CEN CINAI ubicados en la Zona Norte, favoreciendo tres cantones prioritarios: Los Chiles, Upala y Guatuso. Para la segunda etapa la donación asciende a los ¢211.8 millones destinados a mejoras en los centros de estos cantones.
- ❖ Coordinación con la Embajada Americana: mediante la donación de equipo para establecimientos de la Región Central Norte, así como, invirtiendo ¢5 millones de colones para la reparación de los CEN de Bribí.
- ❖ Coordinación con la cooperación japonesa: quienes donarán ¢80 millones para la construcción del CEN de Sepekue.
- ❖ Coordinación con MIDEPLAN: con una inversión de ¢154 millones se repararán 8 establecimientos en la Región Brunca.
- ❖ Coordinación con empresa privada: bajo el auspicio de Florida Bebidas, se equiparon y mejoraron CEN y CINAI de Heredia y Alajuela, entre los que se pueden citar: INVU Las Cañas, El Erizo, San Pedro de Santa Bárbara, San Joaquín de Flores y Manuel Benavides.

Gestión Financiera

A continuación se muestra los fondos autorizados y ejecutados, para el Ministerio de Salud y Organismos Desconcentrados, así como su utilización al 31 de Diciembre 2010:

CUADRO Nº 7
MINISTERIO DE SALUD
CUADRO COMPARATIVO DEL MONTO AUTORIZADO Y EJECUTADO
POR CONCEPTO DEL GASTO AL 31 DE DICIEMBRE 2010
 (EN COLONES CORRIENTES)

CONCEPTO DEL GASTO	AUTORIZADO		EJECUTADO		% EJECUCION	
	MS	ORGANISMOS DESCONCENTRADOS	MS	ORGANISMOS DESCONCENTRADOS	MS	ORGANISMOS DESCONCENTRADOS
REMUNERACIONES	46.466.858.696	68.975.000	43.912.908.937	-	95	-
SERVICIOS	3.064.380.299	3.638.043.417	2.567.208.148	2.164.126.745	84	59
MATERIALES Y SUMINISTROS	1.453.274.469	9.902.868.758	1.077.833.710	7.437.496.562	74	75
INTERESES Y COMISIONES	-	295.313.099	-	262.795.736	-	89
BIENES DURADEROS	42.482.013	10.434.119.272	541.846	5.351.866.313	1	51
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.849.657.817	6.201.063.540	1.357.399.470	4.348.471.805	73	70
CUENTAS ESPECIALES	-	1.472.778.693	-	-	-	-
SUB TOTAL	52.876.653.294	32.013.161.781	48.915.892.111	19.564.757.160	93	61
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	68.019.394.000	-	68.014.394.000	-	100	-
TRANSF. DE CAPITAL 2/	74.559.583.166	-	2.446.025.286	-	3	-
TOTAL GENERAL	195.455.630.460	32.013.161.781	119.376.311.397	19.564.757.160	61	61

Fuente: Sistema de Gestión de la Administración Financiera (SIGAF) e informes de ejecución preliminares de Organismos Desconcentrados

2/ Transferencias al sector Salud

La Institución para hacerle frente a su función y realizar su gestión a la que ha sido encomendada, contaba con presupuesto de Gobierno Central por la suma de ¢52.876,65 millones, de los cuales ejecuto la suma de ¢48.915,9 millones, cifra que representa un 93%; con los recursos de Organismos Desconcentrados(Consejo Técnico de Asistencia Medico Social, Oficina de Cooperación Internacional de la Salud, Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología y Fideicomiso 872 Ministerio de Salud (C.T.A.MS.)-Banco Nacional de Costa Rica; el Ministerio conto con la suma de ¢32.013.2 millones, de los cuales se ejecutaron ¢19.564.8 millones, representando la ejecución un 61%, esta ejecución en estos entes es de ese porcentaje, debido a que quedaron en trámite recursos presupuestarios en obras de construcción, así como los problemas originados con los recursos provenientes de la Junta de Protección Social, recursos que tienen un fin específico de acuerdo a la Ley 7818; los recursos comprometidos están en proceso de Contratación Administrativa. Si consideramos el total de los recursos asignados al Ministerio de Salud versus lo gastado la ejecución sería de un 81%.

La partida de Remuneraciones en Gobierno Central tiene una ejecución de un 95%, partida casi con un 100%, de ejecución; en el caso de los Organismos Desconcentrados el destino era específico para el pago de tiempo extraordinario a los funcionarios que tuvieran que laborar en las actividades relacionadas con la gripe pandémica AH1N1 y la ejecución fue de un 0%, ya que los recursos reservados no se ocuparon.

Las partidas de Servicios, Materiales y Suministros, cuentan con una ejecución de un 84% y 74% respectivamente, en Gobierno Central, incidencia que se da baja en Materiales y Suministros por no ejecutarse la suma de ¢350.0 millones,

suma que se presupuestó en el último traslado de partidas y que por circunstancias de tiempo y cargas de trabajo no se realizó la ejecución respectiva. Con respecto a los Órganos Desconcentrados los porcentajes de ejecución son de 59% y 75% respectivamente. Por otro lado la partida de Bienes Duraderos no se presupuestó en Gobierno Central y en los Órganos Desconcentrados la ejecución fue de un 89%.

Hay que destacar que en la partida de Transferencias Corrientes al Sector Salud la ejecución fue de un 100%, no así en la de Transferencias de Capital a ese mismo sector el cual fue de un 3%, esto debido a políticas de austeridad de Hacienda.

Los recursos presupuestarios con que dispuso la institución para cumplir con sus labores, tanto de Gobierno Central (MS), como de los Organismos Desconcentrados se distribuyeron entre los **Centros de Gestión** que tienen a su cargo los procesos Institucionales, de la siguiente manera:

CUADRO N° 8
MINISTERIO DE SALUD
MONTO AUTORIZADO Y EJECUTADO POR CENTRO DE GESTIÓN
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010
(EN COLONES CORRIENTES)

CONCEPTO DEL GASTO	AUTORIZADO		EJECUTADO		% EJECUCION	
	MS	ORGANISMOS DESCONCENTRADOS	MS	ORGANISMOS DESCONCENTRADOS	MS	ORGANISMOS DESCONCENTRADOS
GESTION INTRAINSTITUCIONAL	148.881.384.830	16.752.787.250	76.230.914.214	8.279.249.038	51	49
RECTORIA PROD.SOCIAL SALUD	28.709.920.699	2.887.445.888	26.929.809.467	1.972.482.435	94	68
PROVISION SERVICIOS DE	16.186.283.163	12.372.928.642	14.803.878.693	9.313.025.688	91	75
DESAR,SOCIAL,Y LUCHA POBRE	335.621.590	-	213.304.314	-	-	-
TRANSF.INSTIT. DEL SECTOR	1.314.168.613	-	1.197.862.863	-	91	-
DESARROLLO SECTOR SALUD	28.251.565	-	541.846	-	2	-
TOTAL GENERAL	195.455.630.460	32.013.161.781	119.376.311.397	19.564.757.160	61	61

Fuente: Sistema de Gestión de la Administración Financiera (SIGAF) e informes de ejecución preliminares de Organismos Desconcentrados

Del cuadro N° 2 se desprenden los porcentajes de ejecución de los centros de gestión con respecto al presupuesto total de cada programa, tanto de Gobierno Central (MS), como de los Organismos Desconcentrados, en el programa de "Gestión Interinstitucional" 51% y 49% respectivamente, "Rectoría de la Producción Social de la Salud" un 94% y 68%, el programa "Provisión de Servicios de Salud" que corresponde básicamente a la Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil 91% y 75%, "Transferencias Instituciones del Sector Salud" 91% y "Desarrollo del Sector Salud" con una ejecución del 2%, este último programa su ejecución es baja producto de que los recursos presupuestados obedecen a una reserva que existe sobre una contratación que está en proceso de resolución.

La mayor ejecución de los recursos presupuestarios se dio en el programa de "Provisión de Servicios de Salud", cuya ejecución es de un 94% para Gobierno Central (MS) y un 68% con recursos de los Organismos Desconcentrados, "Rectoría de la Producción Social de la Salud" es el programa que dispone de la mayor cantidad de recursos presupuestarios, cuya gestión es de vital importancia para el cumplimiento de las Rectoría del Ministerio de Salud y del cual es el segundo en importancia en la ejecución; en el caso del programa Gestión Intrainstitucional el porcentaje de ejecución en Gobierno es baja, básicamente por la partida de transferencias de capital que no se ejecutaron, por lo tanto la ejecución es de un 51% y en el caso de los Organismos Desconcentrados es de un 49%, actualmente se encuentran en etapa de Contratación Administrativa varios proyectos de Infraestructura, que son financiados con recursos de los Organismos como son Fideicomiso 872 y Consejo Técnico de Asistencia Médico Social.

1. Razones de los porcentajes de ejecución financiera 2008 – 2009 - 2010

A continuación se enmarcan las razones que incidieron en los porcentajes de ejecución, específicamente para los Órganos Desconcentrado por programa para el año 2010.

CUADRO Nº 9

MINISTERIO DE SALUD

Razones que incidieron en los porcentajes de ejecución financiera
2008 - 2009 - 2010

(Sin considerar los recursos para atender el Decreto Nº 36252 - MP Decreto de Emergencia Nacional)

Justificación	Programa Nº 630			Programa Nº 631			Programa Nº 632			Programa Nº 633		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
1-Inconvenientes en el proceso de compras.			x									
2-Contrataciones que resultaron infructuosas.			x									
3-Adquisición de productos de calidad genérica con un costo menor a lo presupuestado.												
4-Problemas para ocupar plazas vacantes.								x			x	
5-Los bienes requeridos son contratados en el exterior.												
6-Tardanza de las empresas proveedoras de servicios públicos para remitir las facturas de cobro.												
7-Complejidad de los contratos marco tramitados por compra red.												
8-Otros (especifique).												

Las razones de más peso fueron lo relacionado con las especificaciones técnicas, dado que los oferentes solicitaron muchas aclaraciones a los carteles, estos inconvenientes que se presentaron en el 2010, para el futuro se les ha indicado a los que solicitan los servicios o bienes , que las especificaciones sean más detalladas con el fin de que el proveedor tenga conocimiento del servicio o bien que va a ofrecer, de acuerdo a las características que se le pidan; en el caso de las contrataciones que resultaron infructuosas, obedecieron a que no se presentaron ofertas para el bien o servicio que se requería.

Con respecto a las plazas nuevas o vacantes la situación es la siguiente:

Cuadro N° 10
Ministerio de Salud
Estado de las Plazas Nuevas solicitadas para el 2009 y 2010

Año	Plazas nuevas VACANTES	Plazas nuevas OCUPADAS	Total de Plazas nuevas otorgadas
2009	158	385 (de forma interina) 26 (en propiedad)	569
2010	0	0	0

Fuente: Datos suministrados por la Dirección Desarrollo Humano

Con relación a los datos expuestos en el cuadro N° 4 anteriormente, es oportuno manifestar que mediante STAP 0338-09 del 20 de mayo del 2009, fueron autorizadas a este Ministerio 569 nuevos puestos para el fortalecimiento de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Como consecuencia de dicha aprobación, se siguió con el proceso de asignación de esos puestos al Régimen de Servicio Civil, acto que quedó formalizado mediante Resolución DDH-RE-AO-04-09 del 26 de mayo del 2009. La emisión de dicha resolución administrativa, permitió proceder con la confección y envío de los respectivos pedimentos de personal a la Dirección General de Servicio Civil, con el propósito de que esa Dirección General confeccione ternas para la resolución de dichos puestos (nombramientos en propiedad).

Sobre el período del año 2010, es oportuno indicar que no fueron aprobadas a este Ministerio la creación de plazas nuevas, razón por la cual no se indica datos para dicho período.

2 Transferencias

Con respecto a las transferencias que están incorporadas en el Programa de Gestión Intrainstitucional y específicamente en el caso de transferencias de capital, un 97% no se ejecutaron y corresponden al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y con respecto a las otras las mismas se ejecutaron en un 100% y se utilizaron para los fines que fueron formulados por las Instituciones que se vieron beneficiadas con esos recursos, como es el caso de Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Salud en el proyecto de Relleno Sanitario y la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, en la adquisición de vacunas.

()Nombre y firma del máximo jerarca: MARIA LUISA AVILA AGÜERO.**

()Sello:** _____.

Análisis Programático

Código y nombre del Programa: 631 Rectoría de la Producción Social de la Salud

1. Análisis de resultados:

**CUADRO N° 11
MINISTERIO DE SALUD
CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE LOS INDICADORES
AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2010**

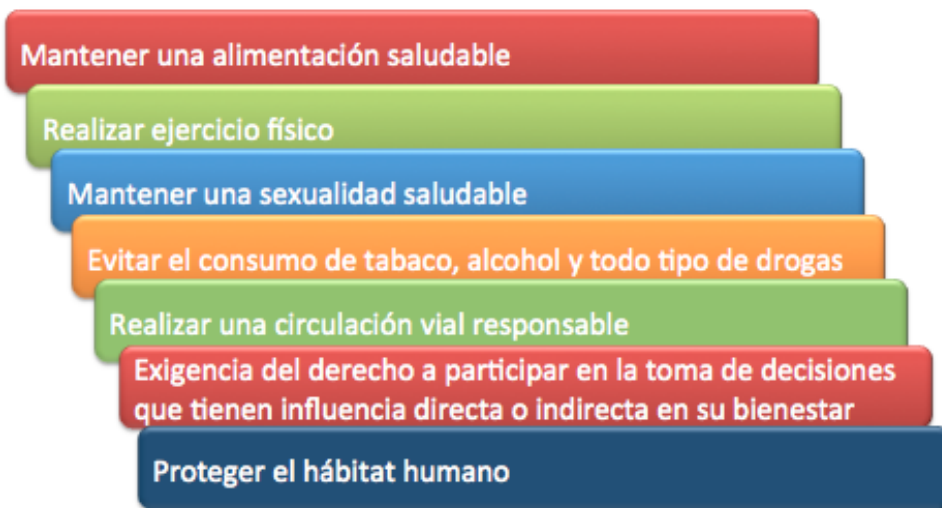
DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	META PROGRAMADA	META ALCANZADA	RESULTADO	FUENTE DE DATOS
Plan de mercadeo del valor de la salud y del derecho a participar en la toma de decisiones relacionados con la salud (cultura de la no exclusión) elaborado	1	1	100%	Dirección Mercadotecnia de la Salud
Porcentaje de cumplimiento en la definición del modelo de entrega de los servicios de salud	100%	25%	25%	Bitácoras Dirección Garantía Acceso a Servicios Salud
Porcentaje de proveedores de servicios de salud articulados	10%	1%	10%	Informe Dirección Garantía Acceso a Servicios Salud
Porcentaje de lineamientos sanitarios atendidos	100%	100%	100%	Archivos digitales y físicos de la DTRS
Porcentaje de cumplimiento del Plan Estratégico Nacional para una maternidad e infancia saludable y segura	90%			Informe Dirección Garantía Acceso a Servicios Salud
Porcentaje de factores que inciden sobre el estado de salud de la población (determinantes) identificados y vigilados.	70%	82%	117%	Dirección Vigilancia de la Salud
Número de regiones con enfermedades vectoriales que no sobrepasan el número de casos esperados (zona de seguridad del corredor endémico).	5	0	0	Dirección Vigilancia de la Salud
Número de normas elaboradas y/o actualizadas en el período	5	30	600%	Unidad de Normalización de la DRS
Porcentaje de actualización del inventario de servicios de salud atinente al hábitat humano	30%	50%	167%	Base de datos USS-PMHH
Porcentaje de establecimientos de salud públicos y privados de atención a las personas (ej. Hospitales, farmacias, clínicas, consultorios, laboratorios), que cumplen con la normativa legal	85%	70%	83%	Base de Datos USS-ADP
Porcentaje de otros establecimientos de interés sanitario (restaurantes, industrias y otros afines) que cumplen con la normativa legal	55%	55%	100%	Direcciones Regionales del Ministerio de Salud

En este programa se realizan las funciones que ubican al Ministerio de Salud como el ente rector, en consecuencia sus funciones principales están orientadas a liderar, promover y articular de manera efectiva los esfuerzos de los actores sociales del sistema de producción social de la salud.

Para el cumplimiento del indicador número uno, entiéndase “Plan de Mercadeo del valor de la salud y del derecho a participar en la toma de decisiones relacionados con la salud (cultura de la no exclusión) elaborado”, se requieren ejecutar una serie de pasos y abordajes de diferentes temáticas relacionadas con la salud, ya que la salud no debe ser vista como un componente en sí misma, sino que se visualiza como un fenómeno de construcción compleja, que se gesta en el seno de la sociedad, y que tiene como componentes innegables las dimensiones económica, política, cultural, biológica, religiosa o espiritual y otros.

Desde este punto de partida, se tiene que para lograr el posicionamiento de la salud como valor, es necesario construir ese posicionamiento desde diferentes temas de salud, y en ese sentido desde el año 2007 se inició con la determinación de una “Canasta Básica de Conocimientos en Salud” los cuales deben, desde el punto de vista teórico, posicionarse como elementos primordiales para lograr que la población visualice la salud como un producto social multivariado, que no debe limitarse sólo a lo que ocurre en los EBAlS, Clínicas u Hospitales, sino, que tiene un alcance superior, donde la educación, el acceso a vivienda digna, el acceso a la naturaleza, el cuidar los recursos naturales, entre otros, determina el grado de salud de una población específica.

La metodología para la determinación de la canasta básica de conocimiento requirió un trabajo bastante innovador y creativo, basado en evidencia. Se determinó que los principales conceptos que se deben posicionar en nuestro País de acuerdo a su perfil epidemiológico son:



1. Acercamiento a las percepciones de los actores municipales sobre la salud y promoción de la salud

Se ha logrado avanzar con el posicionamiento de la salud como valor en los actores sociales clave, a través de la aplicación de metodología de investigación cualitativa, para lograr la medición de la línea basal del posicionamiento de la estrategia de promoción de la salud y del posicionamiento de la salud como valor social en estos actores sociales clave.

Para cumplir con lo anterior y considerando lo establecido en el Plan Anual Operativo 2008 y el Plan Estratégico Institucional 2008-2010, se realizó un estudio descriptivo-exploratorio que sirviera como línea de base para la formulación de un Plan de Mercadeo dirigido a posicionar la salud como valor social, la estrategia de promoción de la salud y la cultura de la no exclusión en los actores sociales clave.

Se consideró “actor social” a todo individuo, colectividad y organización, cuyo accionar tiene efecto significativo sobre el proceso de producción social de la salud, sea este positivo o negativo, incluida la toma de decisiones en la formulación de las políticas públicas.

El estudio contempló a una gran variedad de actores sociales: instituciones del estado, instituciones autónomas, organizaciones no gubernamentales, grupos organizados y ciudadanos líderes. No obstante, para efectos de estudio y por considerarlos clave en la producción social de la salud, se priorizó a cinco actores sociales para posicionar la estrategia de promoción de la salud.

Estos son en orden de prioridad: **Municipalidad, Ministerio de Educación (MEP), Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones (MINAET), Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) y Ministerio de Economía Industria y Comercio (MEIC).**

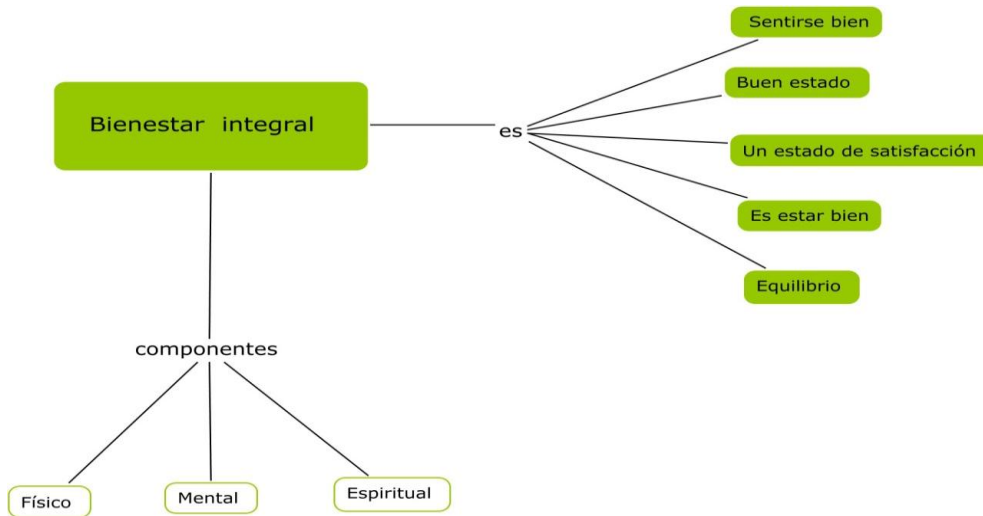
Se logró analizar la información del estudio de la percepción de la Estrategia de Promoción de la Salud y de la Salud como valor social en los Gobiernos Locales, según se evidencia en el siguiente cuadro. Se trabajó con la información suministrada por 73 actores de diversas municipalidades del país. Los actores municipales que participaron se distribuyen de la siguiente forma:

**CUADRO N° 12
MINISTERIO DE SALUD
ACTORES MUNICIPALES ENTREVISTADOS**

TIPO DE ENTREVISTADO	CANTIDAD
Alcaldes	22
Coordinadores de programas o proyectos	20
Funcionarios municipales	11
Regidores	7
Representantes de la oficina del Alcalde	4
Asesores Legales	2
Vice Alcaldes	2
Auditores	2
Presidentes municipales	3
Total	73

Fuente de datos: Dirección Mercadotecnia de la Salud, Ministerio de Salud

Se obtuvieron resultados sobre la percepción de los diferentes actores sociales. Un esquema que ilustra algunos de estos resultados con las municipalidades, es el siguiente:

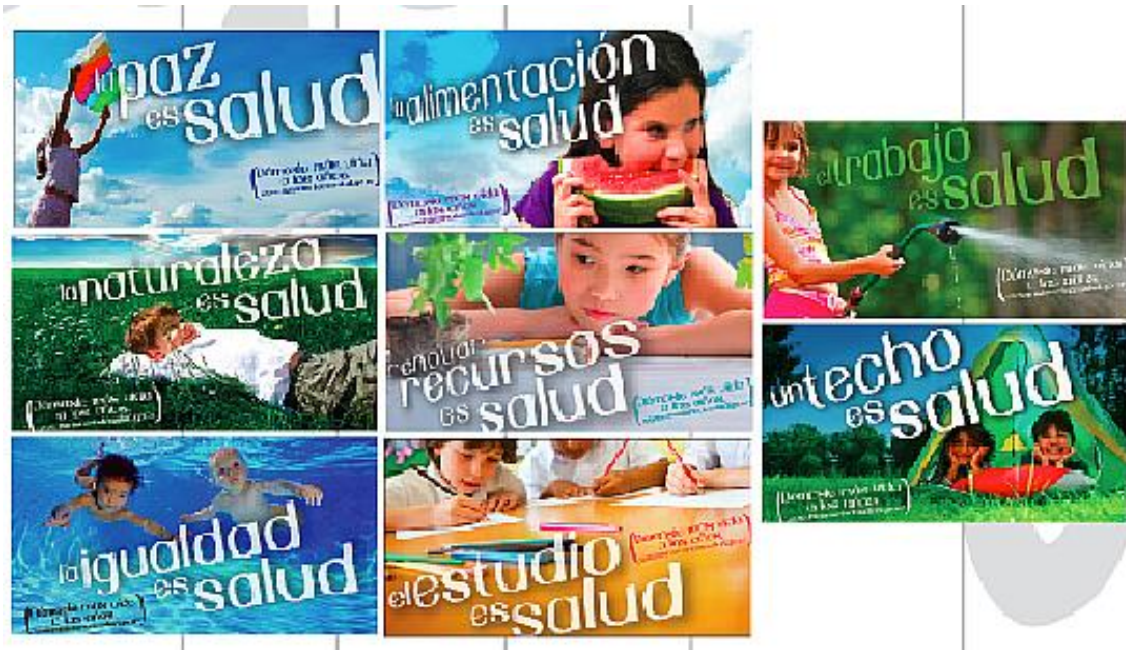


El análisis reflejado en este y otros esquemas permiten obtener datos muy importantes en cuanto a concepción de salud que tienen actualmente estos actores, lo que está permitiendo a la Dirección Mercadotecnia de la Salud, elaborar un Plan de Comunicación en el segundo semestre del 2010, para trabajar de cerca con las municipalidades, de tal forma que se logre un verdadero posicionamiento de la Salud como un valor social en estos últimos. Debido a que los gobiernos locales o municipalidades fueron el primer grupo de actores sociales priorizados por su rol protagónico en la toma de decisiones de plataforma cantonal que afectan la salud de su población, se decidió fueron priorizados como grupo inicial de trabajo para posicionar la salud como valor y, adyacentemente, la estrategia de Promoción de la Salud para que se haga presente en la mayoría de sus proyectos.

Sin embargo, debido a que a finales del 2010, el puesto de alcalde se encontraba en transición, y tomando en cuenta que como dirigente ejecutivo de las municipalidades, el plan se estará desarrollando en el transcurso del 2011.

Es importante reconocer el rol de liderazgo que deben ejercer las Municipalidades en el proceso de construcción social de la Salud. Una vez que las Municipalidades tengan posicionada tanto la Salud como Valor Social y la estrategia de promoción de la Salud, será mucho más fácil que los Gobiernos locales planifiquen acciones directas e indirectas para proteger y mejorar la salud dentro de su cantón de competencia. Esto se verá reflejado en la obtención paulatina de mejores indicadores de salud en esa población

2) Campaña de vallas para el posicionamiento de la Salud como Valor Social



Esta campaña tiene por objetivo, presentarle a la población una imagen de la Salud desde los diferentes determinantes sociales-económicos y ambientales, de tal forma que se vaya desmitificando el concepto de salud sólo como ausencia de enfermedad, y se vaya posicionando el concepto de Salud como producto social, reconociéndola como valor fundamental para la vida.

Justamente partiendo de ese razonamiento, las vallas representan, a través del emisor del mensaje “niños”, diferentes conceptos que permiten visualizar la salud de una manera más integral (la paz, la alimentación, el trabajo, la naturaleza, renovar recursos, un techo, la igualdad, el estudio, son salud).



Si bien es cierto, esta campaña se pensó como una campaña de comunicación que iba a utilizar exclusivamente el medio de vallas, se ha diversificado para contar con materiales impresos y digitales, que se han difundido a través de diferentes ferias y espacios de internet. Complementariamente, se produjeron tres videos de treinta segundos cada uno, con el apoyo de la

Universidad Latina y Ingeniosos Grupo Estratégico, que transmiten siempre a través de los niños como emisor del mensaje, los valores de la alimentación, la igualdad y la naturaleza. Estos mensajes se han reproducido en espacios comerciales de cines, a través de la página Web del Ministerio de Salud, y se planean aprovechar en canales de televisión y en otros espacios de difusión. Igualmente se tiene planificado la producción de otros videos con mensajes que ilustren las demás áreas de la salud contempladas originalmente en la campaña.

Dentro de la estrategia de vallas, se colocaron 16 vallas en diferentes puntos del país, con los mensajes ya expuestos, entre octubre y noviembre del 2010.

Como ampliación de esta campaña, el Ministerio de Salud ideó dos mensajes adicionales a los originales: “El Arte es Salud” y “La Moderación es Salud”. El primero tuvo su lanzamiento durante la Feria Internacional de Arte “Arte Hoy”, la cual se llevó a cabo en noviembre 2010 en Escazú, y donde el Ministerio de Salud tuvo su participación a través de un stand informativo y donde se pudo tener contacto con la población adulta e infantil a través de “tardes de dibujo”, espacios que le permitían a ambos grupos compartir con personal de salud, la importancia de tener accesos a tiempos y espacios de recreación para fortalecer la salud mental.



Para fin de año del 2010, se diseñó una imagen para ejemplificar la importancia de la moderación como práctica de salud, la cual se estuvo dando a conocer a través de internet y se aprovechó mayormente para aportar, desde el 2010 inclusive, en el relanzamiento de la imagen de las Fiestas de Palmares 2011, donde por primera vez se va a tener la oportunidad de contar con una Feria de Arte, dentro de la cual el Ministerio de Salud tendrá stand.



Esta Campaña marca el inicio de la nueva imagen, tanto del Ministerio de Salud como de la Salud, que esta Institución busca posicionar en la población. Una vez que las personas interioricen este concepto nuevo de la salud, podrán tomar una mayor cuota de participación y de autocontrol sobre la producción de su propia salud y la de los que le rodean. Como se puede interpretar, esta interiorización del nuevo concepto requerirá de presencia periódica en los medios, diversificación de los mensajes y de la creatividad de acuerdo a los diferentes públicos meta a los cuales se vaya dirigiendo la campaña. Por el momento, contamos con datos evaluativos derivados de la percepción del público general como de los actores sociales que han estado involucrados, los cuales han comentado positivamente la incursión del Ministerio de Salud con campañas diferentes, que transmiten mensajes positivos con imágenes y frases frescas y

sencillas. La evaluación posterior del posicionamiento del nuevo concepto está planificada para el 2012, una vez que la campaña haya tenido más difusión y permanencia en diferentes medios de comunicación.

Las vallas serán colocadas en diferentes espacios distribuidos con representatividad a lo largo de todo el País, y cada valla contará con un material de apoyo que amplía y refuerza cada una de las frases consignadas, las cuales expresan como la igualdad, el estudio, un techo, la naturaleza, el trabajo entre otros, es salud. Este material de apoyo estará disponible en la página web del ministerio de Salud.

Esta Campaña marca el inicio de la nueva imagen, tanto del Ministerio de Salud como de la Salud, que esta Institución busca posicionar en la población. Una vez que las personas interioricen este concepto nuevo de la salud, podrán tomar una mayor cuota de participación y de autocontrol sobre la producción de su propia salud y la de los que le rodean.

Con respecto al indicador “Porcentaje de cumplimiento en la definición del modelo de entrega de los servicios de salud”, se obtiene un 25% de avance en el cumplimiento del mismo.

Con el apoyo del Dr. Mauricio Vargas como Viceministro de Salud a quien se le asignó la responsabilidad de dar el apoyo Técnico Político al ámbito de los servicios de salud tanto de atención directa a las personas como de protección mejoramiento del hábitat humano, se fortalece el actuar del Ministerio en este campo en lo referente al ajuste del modelo de atención en salud del país, se ha trabajado en dos puntos importantes: el desarrollo de la viabilidad política y el inicio de un análisis de brechas entre las necesidades en salud y la oferta de servicios de salud existentes en cada región sanitaria. En cuanto al primer aspecto, se han tenido reuniones periódicas con las autoridades de la CCSS (Presidencia Ejecutiva, Gerencia Médica) y del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados para establecer el apoyo político al proceso, acuerdos y el establecimiento de canales de comunicación para el trabajo conjunto. A partir de octubre se conformó una comisión técnica interinstitucional CCSS-MS para ajustar el modelo de atención a las personas, la cual se ha reunido en varias ocasiones. Desde agosto se conformó un equipo de trabajo entre el Ministerio de Salud y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados para el trabajo conjunto, también se ha reunido en varias ocasiones para definir la ruta a seguir en la definición del modelo de protección y mejoramiento del hábitat humano. Además, se han realizado reuniones con la Defensoría de los Habitantes de la República, para que como representantes de los habitantes, acompañen el proceso y sean garantes de la transparencia de éste. En cuanto al segundo aspecto, desde junio del 2010 se inició un análisis de las brechas entre necesidades poblacionales y la oferta existente de servicios de salud, tanto de atención directa a las personas como de protección mejoramiento del hábitat humano, tomando como referencia geográfica las regiones sanitarias, y a su interior, los cantones que las componen. Desde esa fecha el Ministerio de Salud, está realizando el análisis de brechas, que no solamente considerara elementos de cantidad de recursos, sino de calidad de los mismos, y sobretodo de la dinámica de su funcionamiento con una perspectiva de red, de frente a una revisión de los determinantes del acceso a los servicios de salud.

Con la definición del modelo de entrega de los servicios de salud, la población se beneficiará ya que con el ajuste de éste, se pretende fortalecer la Seguridad Social, generando la sostenibilidad, logrando el nivel que se requiere para hacer frente a los retos de los tiempos actuales, (cambios en la población, en la tecnología aplicada a la salud, cambios en el perfil epidemiológico, etc). Así se favorecerá la sostenibilidad del sistema permitiendo su existencia y la continuidad en el tiempo, se favorecerá el acceso a servicios de salud con calidad de manera oportuna y equitativa cuando se requiera.

Para poder lograr llevar a cabo la actividad de ajuste del modelo de atención en salud, el Ministerio de Salud mantiene alianzas estratégicas con la Organización Panamericana de la Salud, para que ésta apoye al país con expertos en el tema que brinden la asesoría y capacitación durante el proceso.

Se alcanzó un 10% de avance en el indicador “Porcentaje de proveedores de servicios de salud articulados”, este resultado se infiere de los reportes de acciones que realizan las Areas Rectoras de Salud, en materia de servicios de salud de protección y mejoramiento de hábitat humano se logrado un avance ya que se han realizado esfuerzos para articular a los recolectores de lodos y excretas, estos proveedores de un servicio tan importante para la salud pública y para el país, considerando que el 70% de las viviendas en Costa Rica tienen tanque séptico como sistema de disposición de excretas. Se ha logrado articular a estos proveedores al punto que se han asociado y están construyendo una planta

de tratamiento que contribuirá en gran parte a la solución del problema de recolección de excretas en el Gran Área Metropolitana.

Cabe mencionar que no se cuenta con un instrumento de medición para la articulación de proveedores de servicios de salud y para lograr esta articulación de manera óptima, se requiere que previamente se tenga definido el modelo de atención en salud del país, porque en función del mismo, se trabajará en articular a los proveedores de servicios de salud.

Con la articulación de los proveedores de servicios de salud, la ciudadanía se ve beneficiada en cuanto a que con esta estrategia se pretende que los proveedores de servicios de salud actúen de forma sinérgica para lograr cambios favorables en la atención y el acceso a los servicios de salud. Esta articulación, incluye coordinación de acciones, establecimiento de medios de enlace entre los proveedores y la búsqueda de recursos compartidos para el logro de objetivos comunes, así funcionando como una unidad, se favorecerá que la población pueda acceder a los servicios que requiera en oportunidad y con la eficiencia y calidad a la que tienen derecho.

En lo que respecta al indicador “Porcentaje de lineamientos sanitarios atendidos” la meta establecida fue lograda durante el segundo semestre, ello fue posible por la función articuladora de la División Técnica de Rectoría de la Salud (DTRS), que hace viable que todos los lineamientos sanitarios se ejecuten de manera coordinada en los diferentes ámbitos o temas entre las direcciones a cargo de las funciones rectoras, apegados a las políticas institucionales emitidas por la jerarca y a los lineamientos estratégicos establecidos por la Dirección General de Salud, asimismo; se continúa brindando el apoyo técnico necesario para que estas condiciones se den en el nivel regional y local.

Dentro de los lineamientos sanitarios se pueden citar que ante la problemática de los rayos ultravioleta de fuente solar, el equipo técnico, coordinado desde la DTRS, además del primer producto, reportado durante la evaluación del primer semestre (propuesta de lineamientos para un comunicado de prensa), elabora un proyecto para el abordaje integral del tema, en la actualidad en revisión por parte de la Dirección General de Salud. Este proyecto tiene como objetivo definir estrategias de intervención, mediante el ejercicio de la Rectoría en Salud para reducir el riesgo de exposición a las radiaciones ultravioleta en la población de Costa Rica, y así prevenir el cáncer de piel.

Se emiten Lineamientos Nacionales para la vigilancia, prevención, atención y control de personas con influenza y otras afecciones respiratorias en la fase pos pandémica, asimismo se actualiza el Protocolo Nacional de Vigilancia Epidemiológica del cólera y se emitieron los Lineamientos oficiales. Riesgo de Salud Pública: Cólera.

Dicha información se pone a disposición de la población en la dirección electrónica:
<http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/inicio-alerta-alerta-sanitaria-ms>

En cuanto al indicador “Porcentaje de cumplimiento del Plan Estratégico Nacional para una maternidad e infancia saludable y segura”, se alcanzó un 100% como resultado, ya que con el propósito de mantener el índice de mortalidad infantil alcanzado tanto a nivel nacional como por provincia, la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud se abocó al seguimiento del cumplimiento de las acciones del Plan Nacional de Maternidad e Infancia Saludable y Segura y, el cual contempla el análisis de las muertes infantiles, definición de la prevenibilidad por respuesta del sistema o por condiciones de vida. Lo anterior se lleva a cabo por medio del Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil y Materna, que contempla el funcionamiento de comisiones regionales, locales y hospitalarias de análisis de mortalidad infantil y materna.

Con el cumplimiento del plan, la población se beneficiará ya que con esto se reducen las inequidades existentes en zonas y sectores de la población muy deprimidos y en regiones del país con situación deplorable en cuanto a indicadores de salud, calidad y acceso a los servicios.

Con las acciones establecidas en el plan se impacta en las muertes infantiles y maternas reduciéndola a los niveles más bajos posibles y se favorecen condiciones de calidad en los servicios para que brinden, el bienestar y la seguridad, a la mujer embarazada y al niño. Además permite establecer planes de mejoramiento continuo de la calidad, para garantizar el acceso, la equidad y la calidad en los servicios de salud. Lo anterior es importante considerando que el porcentaje de parto intrahospitalario en Costa Rica es del 99%.

Con respecto al indicador “Porcentaje de factores que inciden sobre el estado de salud de la población (determinantes) identificados y vigilados”, el cumplimiento fue de un 117%, con lo cual se sobrepasa la meta establecida.

Durante el primer semestre del 2010, se elaboró el análisis de situación de salud, en el cual se utilizaron y documentaron el 80% de los indicadores sobre determinantes identificados. Este trabajo permitió validar las fichas técnicas de los indicadores y hacer algunos ajustes. También permitió identificar vacíos de información que deben ser corregidos y la necesidad sobre todo en los determinantes ambientales de contar con información desagregada geográficamente, con lo cual se podrá realizar un análisis más exhaustivo de la situación de salud, así como la identificación de inequidades. En el segundo semestre se trabajó en el sistema de información sobre la Gestión integral de Residuos Sólidos, incorporando las fichas técnicas de estos nuevos indicadores incrementándose el cumplimiento de avance en un 2% más.

Lo anterior es importante porque nos permite conocer cuáles son los principales determinantes que están afectando la salud de la población, cuales son los espacios poblacionales más afectados, así como los principales daños a la salud presentes en la población, siendo así este análisis un insumo importante para la formulación de políticas, programas y proyectos.

Muchos factores se combinan para afectar la salud de individuos y comunidades. Si la población es saludable o no, está determinado por sus propias circunstancias y medio ambiente. En un sentido más amplio, factores tales como dónde se vive, la calidad del medio ambiente, genética, el nivel de ingreso y educación y las relaciones con nuestros amigos y familiares, tienen todos impacto considerable en la salud, mientras que los factores más comúnmente evaluados como el acceso y la utilización de los servicios de salud a menudo tienen un menor impacto.

Siguiendo el Modelo Conceptual de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, se enmarcan los determinantes en cuatro grandes grupos a saber:

- Determinantes ambientales:

- Contaminación del aire
- Riesgo ante desastres
- Vínculo entre cambios climáticos y la salud de la población.

- Determinantes socioeconómicos y culturales:

- Desarrollo humano y social
- Económicos
- Pobreza
- Empleo
- Vivienda
- Educación
- Estilos de vida y conductas riesgosas:
 - ✓ Ejercicio físico
 - ✓ Consumo de tabaco
 - ✓ Consumo de alcohol
 - ✓ Consumo de drogas ilícitas.

- Determinantes biológicos:

- Peso al nacer
- Malformaciones congénitas.

- Determinantes relacionados con los servicios de salud:

- Servicios de salud de atención directa a las personas ambulatorios
- Servicios de salud de atención directa a las personas hospitalarios
- Servicios de atención al hábitat humano:
 - ✓ Aguas residuales
 - ✓ Cobertura poblacional con servicios de alcantarillado
 - ✓ Cobertura del servicio de recolección, transporte y tratamiento de residuos especiales
 - ✓ Recolección, transporte, tratamiento de disposición final de lodos sépticos.
 - ✓ Gestión integral de residuos sólidos
 - ✓ Disposición sanitaria de los residuos sólidos recolectados

Estos determinantes –o cosas que hacen que la gente sea saludable o no- incluyen factores tales como la genética, el nivel de educación y de ingreso, el lugar donde se vive y la calidad del medio ambiente. La interrelación que tienen todos estos factores tiene un impacto considerable sobre la salud. Los factores más comúnmente evaluados como el acceso y la utilización de los servicios de salud a menudo tienen un menor impacto.

El hecho de que las condiciones que determinan la salud no sean equitativas para toda la población tiene como consecuencia que el nivel de salud de las personas tampoco se distribuya equitativamente. A pesar de que en el análisis de situación no se incluyó indicadores de equidad propiamente dichos, se ha evidenciado que existen regiones del país en las que se conjugan una serie de condiciones desfavorables que determinan estados de salud peores que lo esperado.

Estamos ante una oportunidad de mejora para próximos análisis, en los que podemos medir inequidades mediante la estimación de indicadores y la aplicación de otras técnicas de análisis para detectar las zonas específicas sobre las que debemos actuar según el resultado que sea prioritario impactar.

En relación con el indicador “Número de regiones con enfermedades vectoriales que no sobrepasan el número de casos esperados (zona de seguridad del corredor endémico)”, no se logra la meta para el primer semestre del 2010.

El dengue es un problema de salud pública que ha afectado a nuestro país desde su reemergencia en 1993, con repercusiones no sólo en el ámbito de la salud, sino también en el laboral, económico y social. Es una enfermedad transmitida por el *Aedes aegypti*, el cual se reproduce en depósitos de agua, por lo que el Hábitat humano juega un papel muy importante para que se dé el ciclo de transmisión.

Desde entonces y durante los 18 años subsiguientes, se han producido epidemias inicialmente en las regiones Pacífico Central y Chorotega, y posteriormente se fue expandiendo al resto del territorio nacional. En este periodo, se han diagnosticado 203.313 personas con dengue, 812 con dengue hemorrágico y ha ocasionado 19 fallecimientos. Los cuatro serotipos de dengue han circulado en el país, y desde el año 2008, se han detectado los serotipos 1, 2 y 3.

Esta enfermedad, presenta un comportamiento estacional, incrementándose el número de casos con el ingreso de la época lluviosa, entre las semanas epidemiológicas 18 a 21, a excepción del año 2005, en que el incremento se adelantó en 8 semanas, siendo el año que más casos se dieron en nuestro país (37798). El año 2007 inició con un número elevado de casos, que disminuyó alcanzando una meseta entre las semanas epidemiológicas 12 y 20, para volverse a incrementar con la época lluviosa, alcanzando un total de 26504 casos, siendo el año con el mayor número de casos de dengue hemorrágico (318) y fallecimientos (8).

Las regiones más afectadas durante todo el periodo han sido en orden decreciente, la Pacífico Central (62440), la Chorotega (54703), la Huetar Atlántica (44385), la central Norte (15931), la Central Sur (12441) y la Brunca (9477). En los últimos 6 años, el orden se mantiene con la única diferencia de que la Región Pacífico Central pasa a ocupar el tercer lugar. Las tres regiones restantes también han presentado casos, pero su incidencia es significativamente inferior.

Ante la alerta nacional por el incremento en los casos de dengue, con epidemia en cinco regiones del país, es necesario una intervención interinstitucional articulada por el Ministerio de Salud, que permita reactivar y reforzar las medidas de control del vector, la vigilancia epidemiológica y la atención de los pacientes con el fin de disminuir el número de casos y evitar en la medida de lo posible los fallecimientos.

Para lograr lo anteriormente planteado se debe cumplir con cinco principios inviolables:

- Voluntad y decisión política (fondos, personal)
- Coordinación Intersectorial
- Activa Participación Comunitaria
- Reforzamiento de la Legislación Sanitaria
- Supervisión

Situación de Costa Rica

Con respecto al año 2009, se observa un incremento del 340% en el número de casos, a nivel nacional, el cual se ha dado en todas las regiones del país, pero con una mayor intensidad en las regiones Brunca, Central Norte, Chorotega y Central Sur, tal y como visualiza en la siguiente tabla.

**Tabla N° 1
Ministerio de Salud**

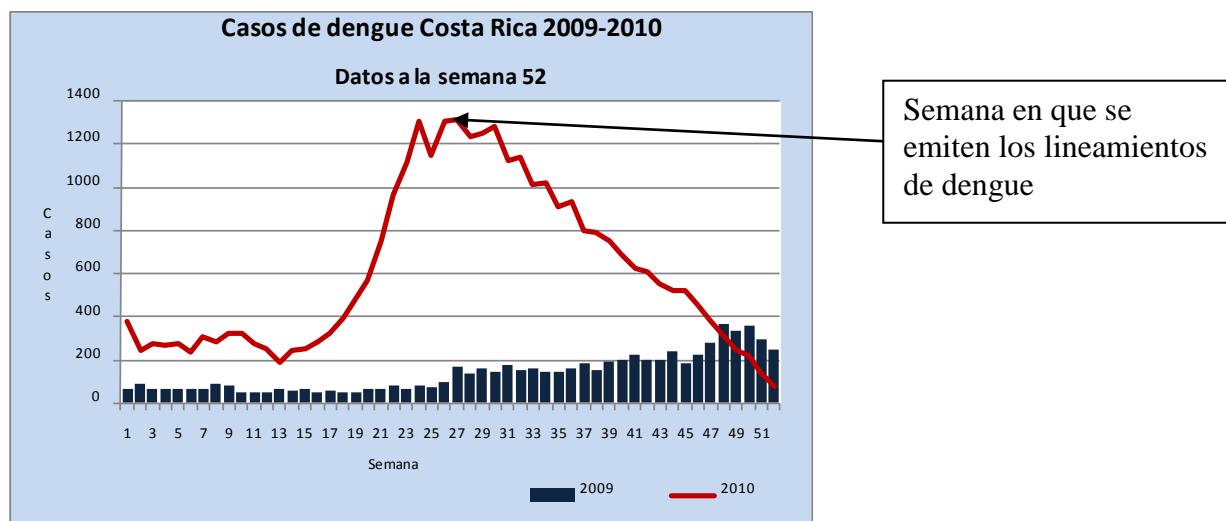
CASOS DE DENGUE POR REGIÓN 2009-2010				
REGION	2009	2010	%	% VARIACIÓN RELATIVA
Pacífico Central	2509	5294	16,7	111,0
Chorotega	1652	8028	25,3	386,0
Central Norte	797	5458	17,2	584,8
Huetar Atlántica	474	4220	13,3	790,3
Central Sur	407	4114	12,9	910,8
Brunca	1203	3859	12,1	220,8
Central Este	56	141	0,4	151,8
Occidente	17	378	1,2	2123,5
Huetar Norte	99	281	0,9	183,8
TOTAL	7214	31773	100,0	340,4

A la semana 52 terminada el 01 de enero 2011
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

En virtud de lo anterior, se emiten los “Lineamientos Nacionales para el Control del Dengue” en junio del 2010, cuyo propósito es que a partir de las lecciones aprendidas y la experiencia acumulada, proveer directrices actualizadas sobre el control del vector, el trabajo articulado con diversos sectores, públicos y privados, facilitando estrategias de información a la población y la puesta en práctica de las medidas de prevención y control recomendadas.

Es importante resaltar que durante este año se tuvo la circulación de tres serotipos en el país, lo cual aumenta la vulnerabilidad de la población, sin embargo se logró terminar el año con cifras inferiores a las del año 2009 a partir de la semana 48, tal y como se evidencia en el siguiente gráfico.

**Gráfico N° 11
Ministerio de Salud**



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

En conclusión, los factores de mayor incidencia para la propagación de la enfermedad son:

- Tendencia en las Américas: Como se indica en el análisis institucional, los países de las Américas al igual que nuestro país han sido afectados por el dengue, observándose una tendencia creciente desde el año 1993. El año 2009, contrario a lo que sucedió en nuestro país, ha sido el año con el mayor número de casos, más de un millón.
- Los serotipos circulantes en el continente los cuales son D1, D2, D3 y D4, de los cuales 3 circulan en Costa Rica, aumentan la probabilidad de que la población enferme. Este es problema difícil de controlar ya que el ciudadano común tiene la probabilidad de enfermarse de cada uno de ellos y es sólo con el constante accionar que Ministerio realiza junto con los actores sociales de la Producción social de la salud que la incidencia de casos que se presentan en el país es menor de la esperada, dadas las circunstancias que se presentan.
- Las altas temperaturas y precipitaciones, incrementando el número de criaderos. Durante este año con la llegada del fenómeno atmosférico llamado “la Niña” se han presentado un sinnúmero de depósitos de agua en muchos lugares con el consecuente incremento en los criaderos del mosquito, donde el Ministerio los combate con la fumigación para matar el mosquito y el uso del producto químico “abate” en dichos depósitos para eliminar las larvas del mosquito.
- La crisis financiera mundial que se inició el año anterior, repercutió en la construcción de infraestructura inmobiliaria que se daba en las zonas costeras, provocando abandono de construcciones de las cuales ya se habían iniciados las etapas de edificación de piscinas, y tanques y otros escombros como block sin rellenas lo cual se ha convertido en criaderos de mosquito y donde el Ministerio los ha estado identificando y actuando en lo correspondiente para evitar más casos.
- A pesar del constante accionar del Ministerio de Salud por medio de la radio, los periódicos, afiches y otros, en donde se le dice la población sobre la importancia de eliminar los criaderos, aún se evidencia una falta de percepción del riesgo de la población, aumentando el número de criaderos en las casas de habitación en llantas, plásticos, envases, recipientes para almacenaje de agua, entre otros.

Situación muy diferente ha sido con los casos de malaria que son transmitidos por el mosquito Plasmodium vivax en donde gracias a la acción de los funcionarios del Ministerio el número de casos del primer semestre es de apenas 73 casos, lo que nos permite avanzar con pasos firmes a la propuesta que se ha hecho la Institución, la cual consiste en erradicar los casos de malaria del país.

Sobre el indicador “Número de normas elaboradas y/o actualizadas en el período 2010”, la meta establecida para el año fue superada en el primer semestre del 2010.

A diferencia de años anteriores la Dirección de Regulación de la Salud en la programación para el 2010 ha dado énfasis a los temas identificados como prioritarios así señalados por los Despachos o bien identificados por los diferentes niveles de gestión del Ministerio o por diferentes actores sociales.

Otro ítem que se analizó para la programación fue el riesgo a la salud que los residuos de toda índole producen por su mal manejo y que conllevan a la contaminación del aire, suelo y agua.

Con esta visión y la de generar procedimientos claros que eliminen la incertidumbre en el administrado y la discrecionalidad de la administración se elaboraron y se modificaron diferentes los reglamentos o están en proceso de elaboración tal como se indica en la tabla anterior.

Se dio especial énfasis a aquellos instrumentos que nos permitían la implementación la Ley 8839 Ley para la Gestión Integral de Residuos, algunos publicados en el Diario Oficial La Gaceta:

- Reglamento de Residuos Ordinarios
- Reglamento de Centros de Recuperación de Residuos Reglamento de Centros de Recuperación de Residuos Reglamento de Centros de Recuperación de Residuos Valorizables
- Reglamento para la Gestión Integral de Residuos Electrónicos
- Reglamento para la Destrucción de Medicamentos, materias primas y subproductos.

Otra área que la Dirección de Regulación de la Salud ha trabajado es en el control de productos fortificados analizándose 47 muestras de los siguientes productos arroz, azúcar, leche, a los que se les analizó en contenido de hierro, ácido fólico y vitamina A, comprobándose que todas las muestras analizadas se encuentran dentro de la norma, Esta

verificación permite asegurar que la población reciba estos macro nutrientes en las cantidades necesarias para garantizar la prevención de la aparición de enfermedades como anemias nutricionales, malformaciones congénitas del tubo neural y la enfermedad cardiovascular en el ser humano.

Siendo el Ministerio de Salud la institución competente para aprobar el registro de medicamentos, garantizando la vigilancia de su seguridad tras su comercialización y actualización de toda nueva información sobre los medicamentos en el mercado nacional mediante actividades de monitoreo permanente de alertas; la Unidad de Control de la Dirección de Regulación de la Salud en el año 2010, en el monitoreo permanente de alertas internacionales sobre nueva información de seguridad de medicamentos analizó 386 publicaciones en las cuales se encontraron 955 medicamentos implicados, de estas publicaciones 288 se gestionaron 51, se dan seguimiento a 23 en revisión 13 y se difundieron en la página Web del Ministerio 11 alertas.

En el control y fiscalización de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, es importante señalar que éste se aplica tanto a las actividades como a los productos, los establecimientos y los profesionales. En este sentido al Ministerio de Salud le atañe la responsabilidad de mantener estrictamente dentro del área lícita todo el arsenal terapéutico que tiene principios activos sujetos a control internacional, tomando y dictando medidas y precauciones para impedir su desvío hacia los canales ilícitos.

Con el propósito de adecuar la legislación nacional, se procedió a analizar y actualizar el DE-Nº 33245-S, Reglamento para el Control de Drogas, Estupefacientes y Psicotrópicos, el cual está en proceso de análisis y aprobación del Despacho Ministerial. Este reglamento viene a clarificar las actuaciones de los profesionales prescriptores y los regentes farmacéuticos así como la seguridad de los usuarios de estos productos.

Se alcanzó un 167% de avance en el indicador: “Actualización del inventario de servicios de salud de protección y mejoramiento del hábitat humano”.

En el nivel central del Ministerio, se han realizado esfuerzos por lograr concretar un inventario de estos servicios, buscando en diferentes fuentes como son las bases de datos de las instituciones prestadoras de servicios, como en documentos por ejemplo las guías telefónicas.

Contar con un inventario de proveedores de estos servicios, beneficia a la población ya que este le permite al Ministerio de Salud ejercer la rectoría con mayor eficiencia, al conocer quiénes son y donde se encuentran ubicados, y permite ejercer un mejor liderazgo sobre estos y por lo tanto, la población recibirá servicios de mejor calidad y podrá acceder a estos cuando los requiera o necesite.

Se obtuvo el 83% de resultado de cumplimiento en el indicador “Porcentaje de establecimientos de salud públicos y privados que cumplen con la normativa legal”.

En el marco del cumplimiento de la normativa vigente, específicamente del Reglamento General para el Otorgamiento de Permisos Sanitarios de Funcionamiento del Ministerio de Salud (DE-34728-S), todas las solicitudes fueron atendidas a fin de que los administrados pudieran desarrollar las actividades y servicios relacionados con establecimientos de salud.

En este mismo marco, los representantes legales de los establecimientos de salud al solicitar el permiso, presentan una declaración jurada sobre el cumplimiento de la normativa, que es verificado posteriormente mediante una inspección. Las solicitudes son atendidas a fin de que los administrados puedan desarrollar las actividades y servicios relacionados con establecimientos de salud. Esta acción regulatoria conlleva a que la población pueda acceder a servicios de salud de atención directa a las personas con estándares mínimos de calidad y seguridad.

A pesar de que no se cuenta con un sistema de información digitalizado, el reporte escrito de la condición de permiso sanitario de funcionamiento permite establecer el porcentaje de establecimientos que cumple la normativa.

Por último, el indicador “Porcentaje de otros establecimientos de interés sanitario (restaurantes, industrias y otros afines) que cumplen con la normativa legal”, se ejecuta en un 100%. Con el fin de contar con información actualizada de las actividades de inspección y cumplimientos de normativa de acuerdo a los permisos sanitarios de funcionamiento (PSF),

se elaboró un instrumento que recopila información de cada una de las Áreas Rectoras de Salud y de las regiones del Ministerio de Salud donde demuestra el grado de cumplimiento que se está dando a la normativa de PS. Este instrumento fue sometido a validación por los jefes de rectoría de las diferentes regiones del Ministerio de Salud y fue enviado para su oficialización a la Unidad de Desarrollo Organizacional.

2. Estimación de costos

Complete el siguiente cuadro con el costo estimado para cada producto, los datos no pueden ser superiores a los que presenta el SIGAF y el Módulo de Poderes, con excepción de aquellas instituciones que cuentan con recursos provenientes de órganos desconcentrados:

CUADRO N° 13
MINISTERIO DE SALUD
ESTIMACIÓN DE COSTOS POR PRODUCTO

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	MONTO AUTORIZADO		MONTO EJECUTADO	
	GOBIERNO CENTRAL EN COLONES	GOBIERNO CENTRAL EN COLONES	FIDEICOMISO EN COLONES	FIDEICOMISO EN COLONES
Políticas y estrategias en materia de salud pública prioritarias formuladas, implementadas y evaluadas	17,370.540.640,2	16,157,699,559,9	641.871.313,23	566,599,730,3
Desarrollo e implementación de un programa de control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria)	2,895.090.106,7	2,692,949,926,65	106.978.552,21	94,433,288,865,4
Elaboración, revisión y ajuste normativo para su aplicación y control.	8,685.270.320,1	8,078,849,779,95	320.935.656,62	283,299,865,1
TOTAL GENERAL	28,950.901.067	26,929,499,266,5	1.069.785.522	994,332,883,81

Fuente: Datos suministrados por los centros de gestión

Notas:

1-Se consideran centros de gestión los programas presupuestarios y algunos órganos desconcentrados.

Datos del Director del Programa:

Nombre: Dra. Rossana García González

Dirección de correo electrónico: maviqar@racsa.co.cr

Número telefónico: 2222-0448

Firma: _____.

Sello: _____

Código y nombre del Programa: 632 Provisión de Servicios de Salud

1. Análisis de resultados:

**CUADRO N° 14
MINISTERIO DE SALUD
Cumplimiento de las metas de los indicadores
Al 31 de diciembre de 2010**

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	META PROGRAMADA	META ALCANZADA	RESULTADO	FUENTE DE DATOS
Número de niños y niñas atendidos en los servicios de nutrición preventiva (nacional, región)	133,014.00	131,578.00	98.9%	Informe de alimentación complementaria
Porcentaje de clientes y beneficiarios entrevistados satisfechos con los servicios de nutrición preventiva	95%	95.3%	103%	Informe de sistematización de prueba piloto de evaluación cualitativa de la satisfacción de clientes y beneficiarios, 2010, UIVCD-DT
Porcentaje de establecimientos evaluados que cumplen con la normativa vigente en materia de nutrición preventiva.	95%		No disponible	
Número de niños y niñas atendidos en los servicios de atención y protección infantil (nacional, región)	21,125.00	18,448	87.3%	Informes de Alimentación Complementarias
Porcentaje de clientes y beneficiarios entrevistados satisfechos con los servicios de atención y protección infantil	95%	93.5%	98.4%	Informe de sistematización de prueba piloto de evaluación cualitativa de la satisfacción de clientes y beneficiarios, 2010, UIVCD-DT
Porcentaje de establecimientos evaluados cumpliendo normativa vigente en materia de atención y protección infantil.	95%		No disponible	
Porcentaje de familias beneficiarias del programa que participan en actividades educativas que favorecen comportamientos saludables en materia de crecimiento y desarrollo.	50%	50%	100%	Informe de Alimentación Complementaria
Porcentaje de comunidades con acciones de promoción del crecimiento y desarrollo (por región de salud)	80%	80%	100%	Informe de Alimentación Complementaria
Porcentaje de niños y niñas atendidos en los establecimientos CEN CINAI que mejoran o mantienen su estado nutricional (de 0 a 5 años)	80%	92.2%	115.2%	Informe Evaluación de Efectos en el Estado Nutricional de clientes que reciben los servicios de alimentación complementaria 2009-2010
Porcentaje de niños y niñas atendidos en los establecimientos CEN CINAI que mejoran o mantienen su estado nutricional (5 a 13 años).	50%	93%	186%	Informe Evaluación de Efectos en el Estado Nutricional de clientes que reciben los servicios de alimentación complementaria 2009-2010

Fuente: Ley de Presupuesto Ordinario y Extraordinario de la República para el Ejercicio Económico del 2010 y Datos suministrados por los centros de gestión

El análisis realizado en este informe permite mostrar los beneficios concretos a la población, es así como la Dirección Nacional de CEN CINAI mediante gráficos y tablas despliega la información analizada con el fin de mostrar resultados de su gestión durante el período 2010, logrando cumplir con su cometido de contribuir a mejorar el bienestar actual y futuro de los niños y niñas clientes del programa mediante los servicios de salud de atención y protección infantil, nutrición preventiva y promoción del crecimiento y desarrollo.

La Dirección Nacional de CEN CINAI considera como excelente el resultado obtenido al aplicar el indicador “Número de niños y niñas atendidos en los servicios de nutrición preventiva” ya que se alcanza en un 98.9% la meta programada logrando con ello dar respuesta a las necesidades nutricionales de las poblaciones más vulnerables atendidas por el programa.

Los esfuerzos realizados por funcionarios, así como las alianzas estratégicas con las comunidades, gobiernos locales, organismos internacionales y empresa privada, permitieron abarcar nuevas poblaciones incrementando la atención a grupos etarios como bebés y escolares.

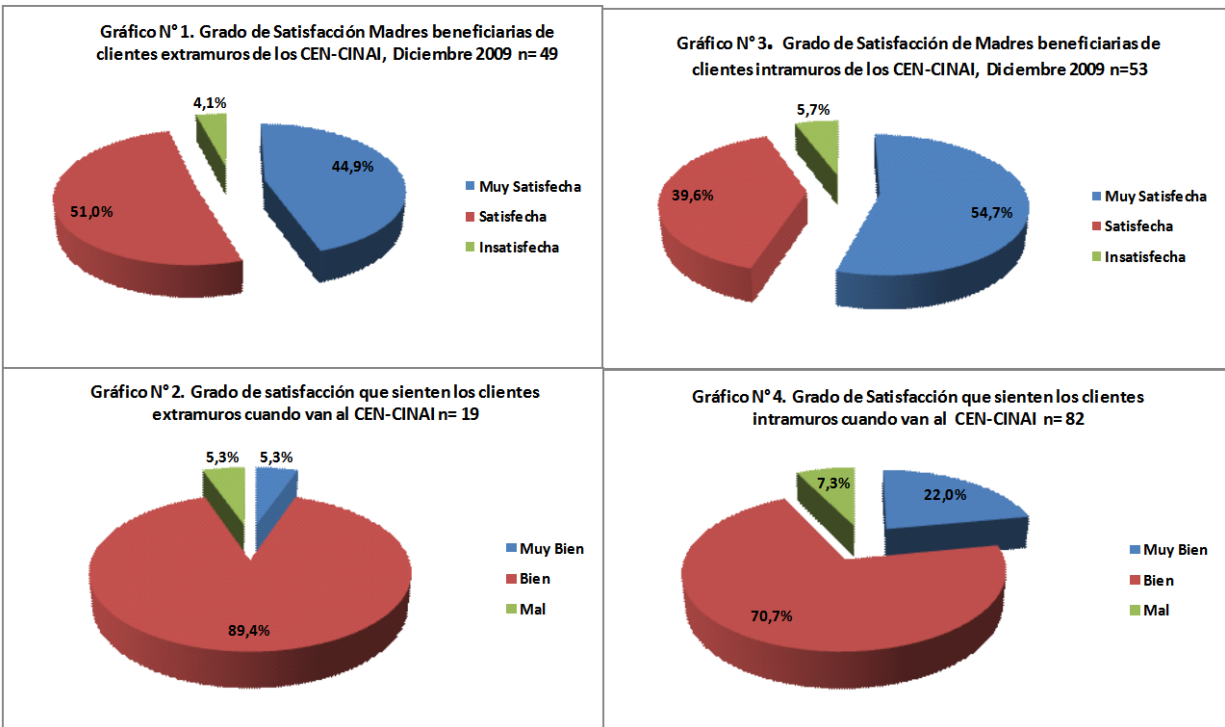
En respuesta a los cambios organizacionales que ha enfrentado la Dirección Nacional de CEN CINAI, surge la necesidad de actualizar la metodología utilizada por las Direcciones de Servicios de Nutrición y Desarrollo Infantil del Nivel Local para medir la satisfacción de clientes y beneficiarios. Para ello la Unidad de Investigación y Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo (UIVCD) de la Dirección Técnica, desarrolló un estudio piloto a fin de validar dicha metodología y poderla aplicar a partir del 2011. El cuadro 15, muestra los establecimientos por región que conformaron la muestra de la prueba de campo.

CUADRO N°15
MINISTERIO DE SALUD
 Establecimientos seleccionados, por Región,
 Prueba Piloto Satisfacción Clientes, noviembre-diciembre 2009

Región	Establecimiento
Central Sur	CEN Río Azul CINAI Alajuelita
Central Norte	CEN San José de la Montaña
Central Occidente	CEN Rincón de Zaragoza
Pacífico Central	CINAI Los Almendros

Fuente: Dirección Técnica, Unidad de Investigación y Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo.
 Informe de sistematización de prueba piloto de evaluación cualitativa de la satisfacción de clientes y beneficiarios, noviembre 2010

Tal y como se observa en los siguientes gráficos el criterio de muy satisfecho prevalece tanto para clientes (niños y niñas atendidos por la Dirección CEN-CINAI) como beneficiarios (madres de clientes de los servicios) en las modalidades intra y extramuros. El grado de satisfacción de las madres de los servicios extramuros (Comunidades atendidas fuera de los establecimientos CEN o CINAI) alcanza un 95.9 % entre las que responden estar muy satisfechas o satisfechas con los servicios brindados por el programa a ellas o sus hijos, mientras que el grado de satisfacción de ellas con respecto a los servicios brindados dentro de los establecimientos (intramuros) es ligeramente menor (1.3% menos). Por otra parte los niños y niñas clientes del servicios extramuros que fueron evaluados manifestaron estar muy satisfechos o satisfechos con los servicios recibidos en un 94.7% y los de los servicios intramuros un 92.7%, los resultados se muestran en los siguientes gráficos 1 al 4.



Con respecto al porcentaje de establecimientos que cumplen con la normativa vigente en materia de nutrición preventiva y de atención y protección infantil, es importante mencionar que la Dirección Nacional de CEN-CINAI tuvo problemas para reproducir el material requerido debido a que la máquina que se utiliza para esta impresión se descompuso, y no fue posible obtener dicho material a tiempo para realizar la actividad, la cual se estará reprogramando para el primer semestre del 2011.

El número de niños y niñas atendidos en los servicios de atención y protección infantil, se mantiene casi sin modificación con respecto al porcentaje obtenido en el primer semestre, y aunque muestra un cumplimiento satisfactorio según criterio de la Dirección Nacional de CEN CINAI, no se logra el 100% de la meta debido a que no se contó con las obras de construcción programadas para el período 2010 (42,1% de las obras fueron construidas), afectando con ello la meta de atención programada para el período, todo lo anterior, a pesar del esfuerzo realizado por los funcionarios al establecer alianzas estratégicas con otras entidades no gubernamentales, para mejorar la infraestructura de los establecimientos logrando un aumento en la calidad del servicio sin favorecer el aumento de cobertura.

La evaluación del efecto logrado por los servicios en el estado nutricional de los clientes que reciben alimentación complementaria, se realiza considerando los cambios en el estado nutricional de los niños y niñas que permanecen en los servicios de la Dirección CEN-CINAI, por un período mayor a los seis meses, de manera que se reporta aquellos clientes que mejoran o mantienen su estado nutricional. El estado nutricional se valora mediante indicadores antropométricos, para clientes menores de cinco años se utiliza peso para edad, peso para talla y talla para edad, y para los mayores de 5 años el índice de masa corporal, todo conforme al patrón de crecimiento infantil OMS 2006, normado para Costa Rica.

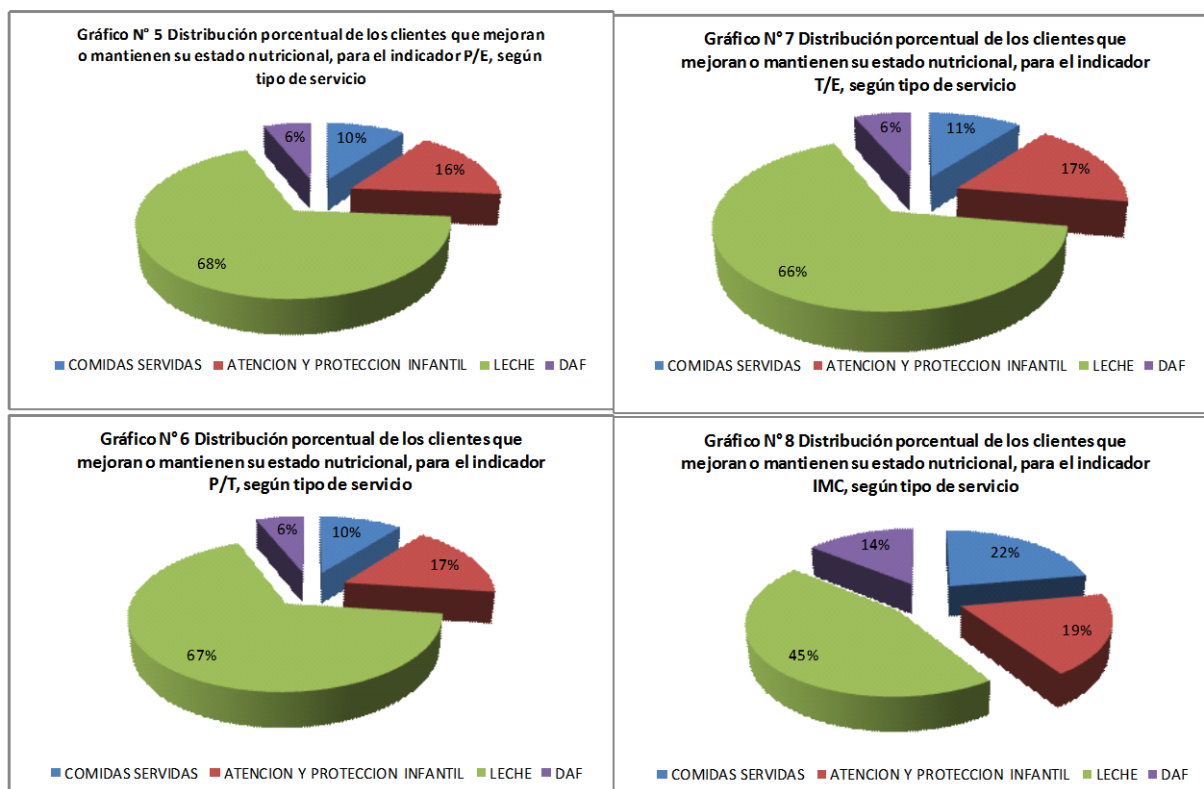
**CUADRO N°15
MINISTERIO DE SALUD**

Población evaluada según efecto, según indicador antropométrico (n: 45042)

INDICADOR	MEJORA	%	IGUAL	%	BAJA	%	TOTAL	%
Peso/Edad	3.142	8.0	33.296	84.3	3.062	7.8	39.500	100.0
Peso/Talla	3.811	9.9	31.503	82.0	3.120	8.1	38.434	100.0
Talla/Edad	5.231	13.6	28.515	74.3	4.650	12.1	38.396	100.0
IMC	477	8.6	4.685	84.5	380	6.9	5.542	100.0

Fuente: Dirección CEN CINAI, UIVCD-DT, Informe Evaluación de Efectos en el Estado Nutricional de clientes que reciben los servicios de alimentación complementaria 2009-2010

El cuadro anterior refleja la distribución de los clientes contemplados en la evaluación de efectos en el estado nutricional, utilizando el criterio de permanencia en los servicios por más de 6 meses y la distribución porcentual por tipo de indicador. Muestra que el 92% de los niños y niñas mejoran o mantienen su estado nutricional, dato que aparece en el cuadro N° 14. El indicador talla para edad es el que evidencia mayor efecto, y con esto se fortalece la importancia de brindar programas de alimentación complementaria a niños y niñas pequeños con riesgo de salud.



Los gráficos 5,6,7 y 8 muestra el porcentaje de clientes que mejoran o mantienen su estado nutricional, por tipo de indicador, donde la estrategia de entrega de leche para consumo en el hogar es la que muestra mayor porcentaje de efecto, debido a que es el servicio que atiende mayor número de clientes.

Los resultados coinciden con la evidencia científica que indica que los servicios de alimentación complementaria contribuyen a la recuperación del estado nutricional y se ha demostrado un efecto de incremento en la talla para la edad, una mejora en el estado nutricional y con ello se contribuye a prevenir la desnutrición infantil. Esto es muy importante ya

que, la desnutrición está fuertemente asociada con retraso en el crecimiento, el cual continúa durante toda la vida, contribuyendo al bajo rendimiento escolar, reducción de la productividad, y retraso del desarrollo intelectual y social. La desnutrición incrementa notablemente la frecuencia y gravedad de las enfermedades infecciosas y otras. Los más vulnerables son los niños desnutridos en los primeros años de la vida, exponiéndose a retardo en talla, mayores riesgos de muerte, de morbilidad y desnutrición durante todo el ciclo de vida, así como se compromete el desarrollo neurológico del niño/a (Bhutta, 2008; Cuellar y otros 2006; Caballero y otros 2004; Rodríguez y otros 2007)⁴.

⁴ Bhutta, Z; Ahmed, T; Black, R; Cousens, S; Dewey, K; Giugliani, E; Haider, B; Kirkwood, B Morris, S; Sachdev, H; Shekar, M. Maternal and Child Undernutrition 3. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. In: The Lancet's Series on Maternal and Child Undernutrition, January 16, 2008

Black, R. Serie de The Lancet sobre desnutrición materno – infantil. Resumen ejecutivo. In: The Lancet's Series on Maternal and Child Undernutrition, January 16, 2008

Black, R; Allen, L; Bhutta, Z; Caulfield, L; de Onis, M; Ezzati, M; Mathers, C; Rivera, J. Maternal and Child Undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. In: The Lancet's Series on Maternal and Child Undernutrition, January 16, 2008. Disponible en:
http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf

Caballero, e; Sinistrerra, O; Lagrutta, F; Atalah, E. Evaluación del impacto nutricional del programa de alimentación complementaria de Panamá en niños menores de 5 años. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Años 2004, volumen 54, número 1.

Cuellar, G; Crespo, I; Gisbert, W; Gutierrez, I; Farfán, J; y Mazzi, E. Efecto de la alimentación complementaria y micronutrientes en el estado nutricional del niño. Rev. Soc. Bol Ped 2006; 45 (1):11-7

Rodríguez, L; Pizarro, T; Benavides, X; Atal, E. Evaluación del impacto de una intervención alimentario nutricional en niños chilenos con malnutrición por déficit. Rev. Chil. Pediatr. 78(4):376-383

3. Estimación de costos

CUADRO Nº 16
 MINISTERIO DE SALUD
 ESTIMACIÓN DE COSTOS POR PRODUCTO

GOBIERNO CENTRAL

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	MONTO AUTORIZADO	MONTO EJECUTADO
	EN COLONES	EN COLONES
Servicios de nutrición preventiva, atención y protección infantil y promoción del crecimiento y desarrollo a niños y niñas de escasos recursos económicos desde su gestación y hasta los 13 años	16.257.331.713	14.803.878.692,72
TOTAL GENERAL	16.257.331.713	14.803.878.692,72

Fuente: Datos suministrados por los centros de gestión. Informe Ejecución Presupuestaria a diciembre 2010

Notas:

1-Se consideran centros de gestión los programas presupuestarios y algunos órganos desconcentrados.

2-El Total General de la columna "Monto Autorizado" debe coincidir con el total de recursos asignados al programa.

3-En el caso de los programas que tengan recursos externos vinculados con la gestión, éstos deberán ser considerados en el Total General.

**CUADRO Nº 17
MINISTERIO DE SALUD
ESTIMACIÓN DE COSTOS POR PRODUCTO
OCIS-DESAF**

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	MONTO AUTORIZADO EN COLONES	MONTO EJECUTADO EN COLONES
Servicios de nutrición preventiva, a niños y niñas de escasos recursos económicos desde su gestación y hasta los 13 años	11.999.993.812	9.181.733.866
Atención y protección infantil y promoción del crecimiento y desarrollo a niños y niñas de escasos recursos económicos desde su gestación y hasta los 13 años		
Atención y protección infantil y promoción del crecimiento y desarrollo a niños y niñas de escasos recursos económicos desde su gestación y hasta los 13 años		
TOTAL GENERAL	11.999.993.812	9.181.733.866

Fuente: Datos suministrados por los centros de gestión. Informe de Ejecución Presupuestaria a diciembre 2010

Del monto autorizado, esta Dirección solicitó subejecutar €2.254.376.578 mediante el oficio DN CEN CINAI-595-10 enviado a la División Administrativa, razón por la cual la ejecución presupuestaria es de 9.181.733.866.

Notas:

- 1-Se consideran centros de gestión los programas presupuestarios y algunos órganos desconcentrados.
- 2-El Total General de la columna "Monto Autorizado" debe coincidir con el total de recursos asignados al programa.
- 3-En el caso de los programas que tengan recursos externos vinculados con la gestión, éstos deberán ser considerados en el Total General.

**CUADRO Nº 18
MINISTERIO DE SALUD
ESTIMACIÓN DE COSTOS POR PRODUCTO
FIDEICOMISO**

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	MONTO AUTORIZADO EN COLONES	MONTO EJECUTADO EN COLONES
Servicios de nutrición preventiva, atención y protección infantil y promoción del crecimiento y desarrollo a niños y niñas de escasos recursos económicos desde su gestación y hasta los 13 años	372.934.830	131.291.820,70
TOTAL GENERAL	372.934.830	131.291.820,70

Fuente: Datos suministrados por los centros de gestión. Informe de Ejecución Presupuestaria diciembre 2010

La ejecución corresponde a las compras que realizara la Proveduría Institucional a pesar que ésta Dirección programó el 100% del presupuesto asignado

Notas:

- 1-Se consideran centros de gestión los programas presupuestarios y algunos órganos desconcentrados.
- 2-El Total General de la columna "Monto Autorizado" debe coincidir con el total de recursos asignados al programa.
- 3-En el caso de los programas que tengan recursos externos vinculados con la gestión, éstos deberán ser considerados en el Total General.

Código y nombre del Programa: 633 Desarrollo Social y Lucha contra la Pobreza

4. Análisis de resultados:

**CUADRO N° 19
MINISTERIO DE SALUD
CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE LOS INDICADORES
AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2010**

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	META ANUAL PROGRAMADA	META ALCANZADA	RESULTADO	FUENTE DE DATOS	DATOS ADICIONALES
Porcentaje de políticas y directrices de gestión de programas sociales emitidos.	70%	70%	100%	<ul style="list-style-type: none"> • Propuestas de Lineamientos • Informe Final de Labores, del Sr. Juan Manuel Cordero González, Ex Viceministro de Desarrollo Social 2008-2010. • Decretos Ejecutivos 	<p>En el período comprendido entre enero al 7 de mayo de 2010 se da la publicación de los siguientes lineamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lineamiento para el sector social y lucha contra la pobreza: implementación de los subsistemas locales de protección a la niñez y la adolescencia en las once comunidades prioritarias, Decreto N° 35876-S, publicado en LA GACETA N° 69 del 12 de abril del 2010. • Oficialización de la política de inclusión y protección social, Decreto N° 35905-S, publicado en LA GACETA N° 76 del 21 de abril del 2010. • Lineamiento No 013-10 de la Secretaría Técnica del Programa AVANCEMOS en relación a la "Forma de pago de la TMC/A VANCEMOS a los/as estudiantes que se cursan la modalidad de Educación Especial". / (Ver página 24, del Anexo 23: Informe de Gestión SECRETARÍA TÉCNICA -

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	META ANUAL PROGRAMADA	META ALCANZADA	RESULTADO	FUENTE DE DATOS	DATOS ADICIONALES
					<p>PROGRAMA AVANCEMOS, VMDS)</p> <ul style="list-style-type: none"> También, el equipo de trabajo de la Secretaría Técnica, elaboró la propuesta de "Reglamento de Operación del Programa para el 2010". / (Ver página 24, del Anexo 23: Informe de Gestión SECRETARÍA TÉCNICA - PROGRAMA AVANCEMOS, VMDS)
<p>Porcentaje de acuerdos ejecutados por las entidades del sector social y lucha contra la pobreza.</p>	90%	90%	100%	<p>Informe Final de Labores, del Sr. Juan Manuel Cordero González, Ex Viceministro de Desarrollo Social 2008-2010. :</p> <p>Minutas de las sesiones de la Comisión Técnica Interinstitucional (CTI).</p> <p>Consejo de Bienestar Social y Familia, que se reúne periódicamente, a partir del mes de mayo, en el cual participan los jefes de las instituciones del sector.</p> <p>A la fecha se han celebrado al menos 5 sesiones</p>	<p>De enero a abril 2010 se han celebrado 4 sesiones de la Comisión Técnica Interinstitucional (CTI), de acuerdo a lo programado en el Plan de Acción de la CTI presentado ante la Contraloría General de la República. / (Ver en el Informe Final de Labores, del Sr. Juan Manuel Cordero González, Ex Viceministro de Desarrollo Social 2008-2010. , página 164 del Anexo N° 25: Compendio sobre el Consejo Sectorial y la Comisión Técnica Interinstitucional 2006-2010).</p> <p>Actualmente funciona el Consejo de Bienestar y Familias</p>
<p>Porcentaje de informes de monitoreo al programa Avancemos elaborados.</p>	10%	15	150%	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría Técnica del Programa Avancemos, Ministerio de Bienestar Social y Familia. Informes de seguimiento elaborados por las 10 Áreas Regionales del IMAS 	<p>El número absoluto de informes de monitoreo al programa Avancemos programados para el año 2010 son 10 (que equivalen a un 10%)</p>

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	META ANUAL PROGRAMADA	META ALCANZADA	RESULTADO	FUENTE DE DATOS	DATOS ADICIONALES
					Durante el año se elaboraron 15.
Porcentaje de avance del proyecto de Ley del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.	2%	50%	50%		La actual administración ha elaborado una nueva propuesta de Ley para la creación del Ministerio de Bienestar y Familia. Dicha propuesta se encuentra en su versión final para la revisión respectiva, por lo que se considera que se cuenta con un 50% de cumplimiento
Porcentaje de incremento de programas Sociales incorporados al Registro único de población beneficiaria (RUPB)	50%	0%	0%	Informe Final de Labores, del Sr. Juan Manuel Cordero González, Ex Viceministro de Desarrollo Social 2008-2010.	En el informe final de labores del Ex Viceministro, de Desarrollo Social 2008-2010, en relación con la meta 1.2 del PND 2006-2010, se indica que queda pendiente de Ejecución la Fase II del RUPB en un 95%, para el año 2010, (ver páginas 59 y 95). Lo anterior se debe al incumplimiento contractual de la empresa CESAND S.A, que tenía a cargo el desarrollo del RUPB y del SIGIPSS, y porque no se ha dictado ninguna directriz al respecto, por parte de la Rectoría Social a partir de mayo 2010.
Informes de seguimiento, monitoreo y evaluación al cumplimiento de las metas del Plan nacional de Desarrollo del Sector Social y Lucha Contra la Pobreza 2006-2010.	25	27	108%	Los informes corresponden al proceso de evaluación anual de cumplimiento de metas PND 2006-2010, correspondiente al año 2009, y elaborados en enero-febrero, enero a junio y junio a Diciembre del 2010.	(Ver páginas 55 a la 69 del Informe Final de Labores, del Sr. Juan Manuel Cordero González, Ex Viceministro de Desarrollo Social 2008- a mayo 2010.).

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	META ANUAL PROGRAMADA	META ALCANZADA	RESULTADO	FUENTE DE DATOS	DATOS ADICIONALES
Porcentaje de medidas correctivas giradas a las instituciones del Sector Social y Lucha contra la Pobreza.	90%	90%	100%	Las medidas correctivas corresponden a las señaladas por las instituciones en el proceso de evaluación anual de cumplimiento de metas PND del año 2009, (elaborado en enero-febrero del 2010). Y además a los oficios enviados a las instituciones solicitando la modificación de las MAPI 2010, a fin de que esta matriz a nivel programático asegure el cumplimiento al 100% de las metas establecidas en el PND 2006-2010.	Ver MAPSEI 2009 presentada por la Rectoría del Sector Social y Lucha Contra La Pobreza ante MIDEPLAN en enero-febrero del año 2010. Ver Oficios de solicitud de reprogramación de MAPI 2010, enviada por la Rectoría del Sector Social (marzo- abril 2010) a las Instituciones del Sector.

- Porcentaje de políticas y directrices de gestión de programas sociales emitidos.

En el caso de este primer indicador, se da por cumplido a un 100%, en virtud de que en el período comprendido entre enero al 7 de mayo de 2010⁵, se han elaborado varios documentos de políticas y directrices de gestión de programas sociales.

A la fecha se constata que se tienen los siguientes documentos:

- a) Lineamiento para el sector social y lucha contra la pobreza: implementación de los subsistemas locales de protección a la niñez y la adolescencia en las once comunidades prioritarias, Decreto N° 35876-S, publicado en LA GACETA N° 69 del 12 de abril del 2010.
- b) Oficialización de la política de inclusión y protección social, Decreto N° 35905-S, publicado en LA GACETA N° 76 del 21 de abril del 2010.
- c) Lineamiento No 013-10 de la Secretaría Técnica del Programa AVANCEMOS en relación a la "Forma de pago de la TMC/A VANCEMOS a los/as estudiantes que se cursan la modalidad de Educación Especial".
- d) También, el equipo de trabajo de la Secretaría Técnica, elaboró la propuesta de "Reglamento de Operación del Programa para el 2010.

- Porcentaje de acuerdos ejecutados por las entidades del sector social y lucha contra la pobreza.

En relación con este indicador, se reporta un 100% de cumplimiento, en virtud de que se celebraron las 4 sesiones de la Comisión Técnica Interinstitucional que estaban programadas para el año 2010, en concordancia con lo programado en el Plan de Acción de CTI, presentado ante la Contraloría General de la República mediante oficio DVM-DS-0250-09, suscrito por el Sr. Juan Manuel Cordero, Ex viceministro de Desarrollo Social⁶.

La CTI fue un espacio en el cual se reunían los representantes de las instituciones que conforman el Sector Social y los encargados de los programas sociales selectivos. Su constitución data del año 2007.

Actualmente existe el Consejo de Bienestar Social, que reúnen una vez al mes a los jefes de las Instituciones del Sector, con el objetivo de abrir espacios al diálogo y coordinación interinstitucional, especialmente para la atención de las comunidades que se ha definido prioritarias para la actual administración.

⁵Ver Informe Final de Labores, del Sr. Juan Manuel Cordero González, Ex Viceministro de Desarrollo Social 2008-2010.

⁶ Ver página 138 y 139 del Informe Final de Labores, del Ex Viceministro de Desarrollo Social 2008-2010.

La Comisión Técnica, en su momento, como el Consejo de Bienestar y Familia, es un mecanismo para fomentar el diálogo social sectorial y coordinar esfuerzos de cara a enfrentar, bajo un enfoque interinstitucional, los desafíos del Sector.

- Porcentaje de informes de monitoreo al programa Avancemos elaborados.

Durante el año se realizaron 15 informes de monitoreo al programa Avancemos, lo que equivale a indicar, que la meta anual se ha alcanzado en un 150%. Esta meta avanzó de acuerdo a lo que estaba programado ejecutar.

En cuanto al seguimiento y monitoreo por parte de la Secretaría Técnica AVANCEMOS, los 5 informes corresponden a los reportes de cobertura del Programa, que han venido elaborándose uno por cada mes (Enero, Febrero, Marzo, Abril y Mayo), los mismos, se realizan con base en la información que el IMAS remite mensualmente a la Secretaría Técnica (listado de beneficiarios/as con la TMC/AVANCEMOS).

Con la nueva administración el seguimiento y monitoreo ha sido una acción que el IMAS la ha continuado, con el objetivo de conocer la población sujeta de nuestra atención.

- Porcentaje de avance del proyecto de Ley del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

La actual administración, se ha dedicado a la elaboración de un nuevo proyecto de Ley para la creación del “Ministerio de Bienestar y Familia”. Dicha propuesta se encuentra en su versión final, para la revisión respectiva, por lo que se considera que se cuenta con un 50% de cumplimiento.

- Porcentaje de incremento de programas Sociales incorporados al Registro único de población beneficiaria (RUPB)

Para esta meta no se reporta avance alguno, por motivo de que se dio un incumplimiento contractual por parte de la empresa CESAND S.A, que tenía a cargo el desarrollo del RUPB y del SIGIPSS, y porque no se ha dictado ninguna directriz al respecto, por parte de la Rectoría Social a partir de mayo 2010.

- Informes de seguimiento, monitoreo y evaluación al cumplimiento de las metas del Plan nacional de Desarrollo del Sector Social y Lucha Contra la Pobreza 2006-2010.

Este indicador alcanzó un 108 % de cumplimiento al finalizar el año 2010, debido a que ya se cuenta con los 27 informes de seguimiento, monitoreo y evaluación al cumplimiento de las metas del Plan nacional de Desarrollo del Sector Social y Lucha Contra la Pobreza 2006-2010., que correspondían elaborar para efectos del proceso de evaluación anual de cumplimiento de metas PND institucional-sectorial, el informe anual del año 2009, así como el informe del primer semestre 2010 y el anual 2010.

- Porcentaje de medidas correctivas giradas a las instituciones del Sector Social y Lucha contra la Pobreza.

Este indicador alcanzó un 100 % de cumplimiento al finalizar el primer semestre del año 2010, por cuanto en la matriz anual de cumplimiento de metas (MAPSESI 2009), presentada por la Rectoría del Sector Social y Lucha Contra La Pobreza, tanto a nivel sectorial como institucional se definieron las medidas correctivas a implementar a efectos de garantizar el cumplimiento al 100% de las metas establecidas en el PND 2006-2010.

Asimismo la Rectoría del Sector Social en marzo – abril del 2010, envió oficios a las instituciones solicitando la modificación de las MAPI 2010, a fin de que esta matriz a nivel programático asegure el cumplimiento al 100% de las metas establecidas en el PND 2006-2010, y efectivamente este proceso, dio como resultado la reprogramación de las

MAPI 2010 y de la MAPSESI 2010, cumpliéndose al 100% las medidas correctivas que a nivel programático la Rectoría dictó a las instituciones del Sector Social.

- 4.1. En los casos que corresponda debe contener datos y cuadros estadísticos (por región, si existe una mayor cobertura con respecto a los años anteriores, si se han realizado acciones de mejora que repercuten en la salud de la población.

Con relación a los beneficios brindados a la población objeto, es importante señalar, que parte del recurso humano del programa se ha dedicado a la implementación de uno de los programas prioritarios de la Presidencia de la República cual es:

- **Comunidades Solidarias, Seguras y Saludables; Cantones y Comunidades Prioritarias.**

Es programa dará énfasis al desarrollo territorial de las comunidades prioritarias definidas por la presente administración, entendido como un proceso implementado con los diversos actores para fortalecer las capacidades locales, potenciar los recursos internos y externos disponibles, promover un desarrollo local sostenible y por ende mejorar la calidad de vida de la población de dicho territorio.

Para lograr lo anterior, se desarrollarán estrategias y mecanismos de intervención social (redes sociales) que permitan el intercambio de información permanente, de experiencias y conocimiento y el desarrollo de un modelo de respuesta a las comunidades y las necesidades de las familias.

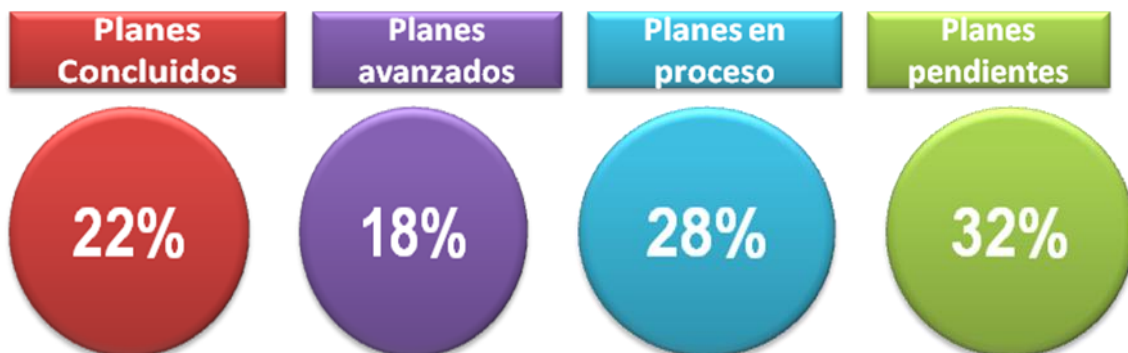
A partir del mes de Mayo que inicia labores la presente administración se ha logrado trabajar en 28 comunidades prioritarias, de un total de 39 comunidades identificadas. El trabajo que se realiza en una primera etapa consiste en la conformación de equipos líderes, en donde participan desde líderes comunales hasta representantes de las diferentes instituciones públicas y privadas presentes en la comunidad, así como las organizaciones comunales, que mediante diversas reuniones definen los planes de acción, con las prioridades de su comunidad que requieren una pronta atención.

CUADRO Nº 20
Ejemplos de Proyectos presentados por las comunidades

Nombre	Detalle	Ubicación
Creación de una Orquesta Comunitaria en el Centro Educativo (trabaja extra horario y fines de semana).	Orquesta para que los jóvenes invierten su tiempo después de clases en una actividad productiva y saludable	León XIII
Centro de Capacitación y recreación de los cuadros	Construcción de instalaciones de capacitación y recreación para los habitantes de los Cuadros para desarrollar capacidades y talentos	Los Cuadros
Capacitación para adultos mayores "Unidos por Siempre"	Brindar capacitación y recreación a un grupo de 50 adultos mayores	Rincón Grande de Pavas
Construcción de una Delegación Policial	El policía no cuenta con un espacio adecuado y acondicionado, ni las herramientas necesarias incrementando los abusos, agresiones y la violencia.	La Carpio
Construcción EBAIS la Milpa	Esto de acuerdo a estudio técnico de ingeniería de la CCSS	Guararí

GRAFICO N° 1

Estado de situación de los planes trabajados.



Planes adicionales en comunidades no prioritarias

Acosta	Aserri
<ul style="list-style-type: none"> • Consejo Cantonal de Coordinación Institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo Cantonal de Coordinación Institucional

5. Estimación de costos

Complete el siguiente cuadro con el costo estimado para cada producto, los datos no pueden ser superiores a los que presenta el SIGAF y el Módulo de Poderes, con excepción de aquellas instituciones que cuentan con recursos provenientes de órganos desconcentrados:

Cuadro N° 21
MINISTERIO DE SALUD
 Estimación de Costos por Producto

Descripción del Producto	Monto Autorizado	Monto Ejecutado
	En Colones	En Colones
Políticas y directrices para la gestión y articulación interinstitucional e intersectorial de los programas sociales	172,178,603	105,283,528
Seguimiento, monitoreo y evaluación de metas sectoriales del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Avancemos	257,194,472	157,268,912
TOTAL GENERAL	429,373,075	262,552,440

Fuente: Datos suministrados por los centros de gestión

Nota: Considerar los recursos provenientes de los órganos desconcentrados.

Nota: En el caso de las instituciones que cuentan con un Sistema de Costos, pueden utilizar la metodología que tienen planteada.