

Análisis de las metas de los objetivos sectoriales

METAS SECTORIALES

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

1. Avance de la meta sectorial

Esperanza de vida de la población costarricense:

Durante la formulación del PND 2015-2018, el Sector Salud, Nutrición y Deporte estableció como objetivo estratégico: “Mejorar el estado de salud de la población y la calidad de vida.”

Para lograr este objetivo se definió como meta del Sector Salud: “Aumentar la Esperanza de Vida Saludable en 1 año pasando de 69,34 a 70,34” lo cual se relaciona con la reducción de las muertes evitables y una mejor gestión sanitaria y clínica de los factores de riesgo, para contribuir a una menor carga de enfermedad, utilizando como indicador de medida de los resultados sectoriales la “Esperanza de Vida Saludable (EVISA)”, en la siguiente figura la meta establecida en el PND.

Figura 1. PND 2015-2018: Hacia la búsqueda de Indicadores y Metas Sectoriales

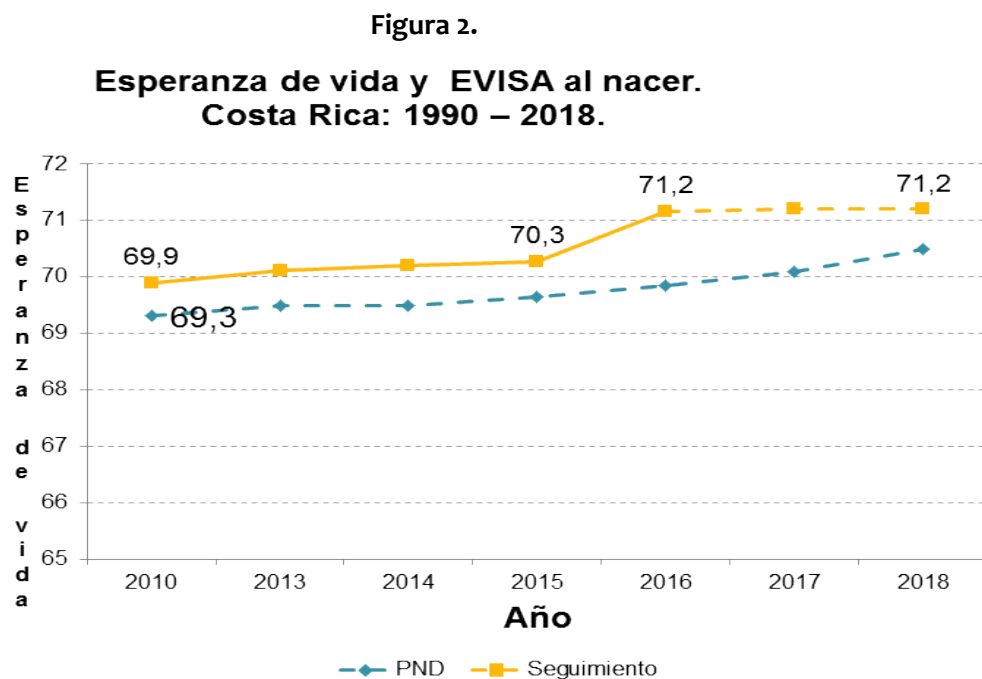
Objetivo Sectorial	Resultado	Indicador	Línea base	Meta del período 2015-2018 y anual
Mejorar el estado de salud de la población, y la calidad de vida	Población más longeva y saludable	Esperanza de vida saludable	Promedio anual de incremento de años de vida saludable 0,145 (Valor de EVISA 2013: 69,34 años, aplicando el crecimiento promedio observado de 1990 a 2010)	2015-2018: Aumentar en 1 año la esperanza de vida saludable (70,34 al 2018) 2015: 0,16 años 2016: 0,35 años 2017: 0,60 años 2018: 1 año Total de años aumentados: 1 año con respecto al año 2014

Fuente: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), PND 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”

Lo anterior implicó un esfuerzo adicional al que ya se realiza, dado que al finalizar el año 2018, se esperaba un incremento de 1 año de vida respecto al valor del año 2014 y lograr una EVISA de 70.34 años.

A nivel de la CCSS, la estimación de la esperanza de vida saludable al año 2016 fue de 71,2 años, con lo cual se sobrepasa en 0,86 la meta que se había determinado de 70,34 años al 2018 (ver más detalles en Informe “Esperanza de vida saludable y la carga de enfermedad en Costa Rica: 2016”, adjunto).

En el siguiente gráfico, se muestra la evolución de la Esperanza de vida saludable observada y la esperada para el periodo según las estimaciones de IHME.



Fuente: Informe “La esperanza de vida saludable y la carga de enfermedad en Costa Rica: 2016”, Área de Estadística, Dirección Actuarial y Económica, página 7.

Con el fin de determinar programas y proyectos que contribuyeran a la meta sectorial, la CCSS realizó un diagnóstico sobre la carga de la enfermedad en el año 2015 y definió los siguientes problemas prioritarios que se debían abordar:

- Enfermedades crónicas no trasmisibles
 - Enfermedades cardio y cerebrovasculares
 - Enfermedad renal crónica
 - Hipertensión Arterial
 - Enfermedades endocrinas, metabólicas y Nutricionales (diabetes, dislipidemias)

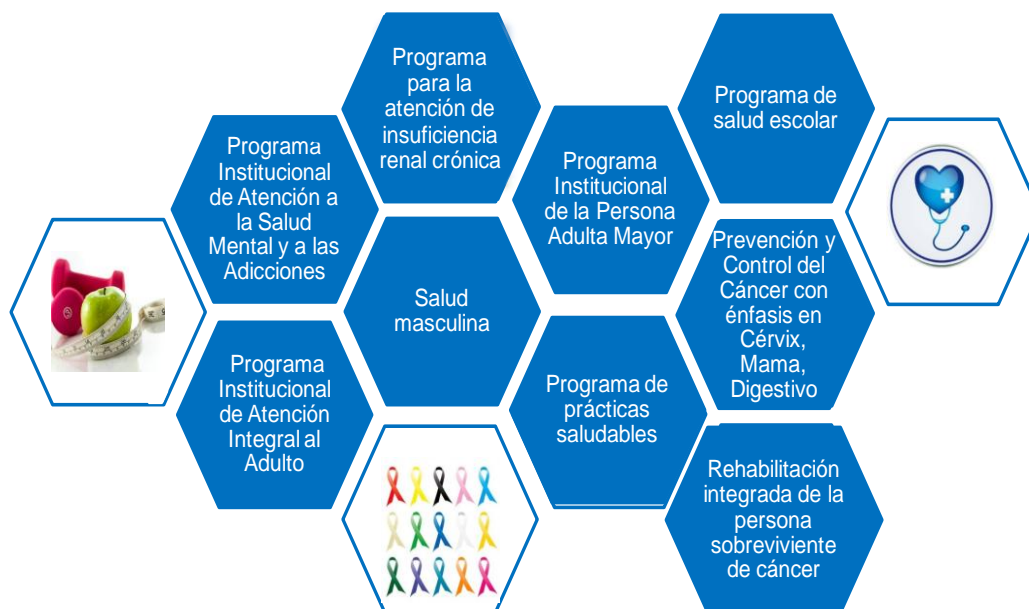
- Incidencia, mortalidad y discapacidad por cáncer
 - Cáncer de cérvix
 - Cáncer de mama
 - Cáncer gástrico
 - Cáncer colorectal
 - Cáncer de próstata

- Prácticas no saludables y sus efectos
 - Alimentación poco saludable
 - Inactividad física (Sedentarismo)
 - Consumo de alcohol, otras drogas y tabaquismo

- Eventos asociados con violencia
 - Desórdenes mentales y del comportamiento
 - Adicciones.

Determinados estos problemas prioritarios, la institución implementó programas y proyectos durante el periodo 2015-2018, en los diferentes niveles de atención, en la siguiente figura se listan algunos de éstos:

Figura 3. CCSS: Programas Institucionales que contribuyen al logro de la Meta Sectorial 2015-2018



Fuente: Informe “La esperanza de vida saludable y la carga de enfermedad en Costa Rica: 2016”, Área de Estadística, Dirección Actuarial y Económica, página 4.

Por otro lado, la esperanza de vida saludable por sexo; se incrementó entre el año 2006 y 2016, en 0,11 años de vida saludable, lo cual es la meta esperada para el periodo, según se detalla a continuación:

Tabla 1. Esperanza Vida saludable según año por sexo. Costa Rica: 1990, 2006 y 2016.

Período/Años	Sexo	
Año	Mujeres	Hombres
1990	69,10	66,15
2006	71,73	68,42
2016	72,85	69,52

Fuente: Dirección Actuarial y Económica. Área Estadística con base en IHME. GBD study: 2016

Ministerio de Salud

- **Disminuir en un 2% la prevalencia de obesidad en niños y niñas de 5 a 12 años al 2018.**

La obesidad está tomando proporciones alarmantes a nivel mundial y se ha convertido en un grave problema que debe abordarse con urgencia. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles se considera una prioridad básica. Entre los factores de riesgo para las Enfermedades No Transmisibles (ENT), la obesidad suscita especial preocupación, debido a que puede anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida.

Las intervenciones orientadas a prevenir la obesidad infantil podrían reducir tanto la presencia de afecciones concomitantes en la niñez como la carga de ENT a más largo plazo. Los estudios en que se examina el curso de vida indican que las intervenciones que se llevan a cabo en las etapas más tempranas son las que suelen aportar los mayores beneficios sanitarios sostenidos, en particular porque pueden influir en la manera de responder a los retos que puedan presentarse más tarde, tales como el vivir en un ambiente que propicia la obesidad.

La niñez hoy en día, se está desarrollando y creciendo en un ambiente cada vez más obesogénico que redundará en un desequilibrio energético. Las transiciones que han sufrido la alimentación y la actividad física han dado lugar a la exposición de los niños a alimentos ultraprocesados de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal y de bajo contenido nutricional, a menos oportunidades de participar en actividades físicas tanto dentro de la escuela como en otros lugares, y a un incremento del tiempo dedicado a actividades de recreo sedentarias.

La lucha contra la obesidad infantil obliga a prestar atención tanto a los aspectos propios del curso de vida como a los de tipo ambiental. Entre estos últimos destacan la exposición a una alimentación inadecuada durante la lactancia y la niñez temprana y la influencia de la comercialización de alimentos no saludables (es decir, de alimentos altos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal) directamente a los niños.

Por lo tanto, se necesitan políticas generales para aumentar la disponibilidad de alimentos saludables y espacios que favorezcan la realización de actividad física, así como regular la publicidad de alimentos poco saludables.

En Costa Rica, la situación de la obesidad es un serio problema de salud pública. Según las Encuestas Nacionales de Nutrición 1982, 1996 y 2008 del Ministerio de Salud, la prevalencia de obesidad ha aumentado en todos los grupos de edad, desde la niñez, tanto en hombres como en mujeres. (Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009)

En el año 2016, se realizó el primer Censo Escolar Peso-Talla que recopiló, evaluó y analizó los datos correspondientes a la totalidad de la población matriculada en los centros educativos, generando la línea base de indicadores antropométricos para el abordaje de la malnutrición en la población de 6-12 años. Esta valoración se realizó en todos los niveles escolares de primero a sexto grado con el fin de obtener información sobre el comportamiento epidemiológico de la malnutrición según la edad del niño(a).

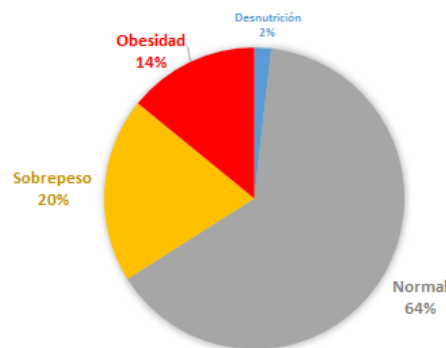
El Censo brindó información desagregada a nivel nacional, cantonal y distrital de todo el país, dicha desagregación no puede ser obtenida por medio de encuestas.

El Censo Escolar Peso-Talla se llevó a cabo en escuelas públicas y privadas de todo el país con una matrícula reportada en el 2016 de 446.089 estudiantes en la educación pública y 37.492 estudiantes de escuelas privadas, siendo el 92,2% de los datos provenientes de escuelas públicas, 6.5% de escuelas privadas y 1.3% de escuelas situadas en zonas indígenas. El censo fue inclusivo por lo que se valoraron también los Centros de Enseñanza Especial con una población censal de 1200 estudiantes. (Censo Escolar Peso y Talla 2016, MS-MEP).

Las líneas bases del estado nutricional obtenido según IMC se distribuyeron de la siguiente manera: 64% Normal, 20% Sobrepeso, 14% Obesidad y 2% Desnutrición.

Figura 4.

Estado Nutricional según IMC en población de 6-12 años



Fuente: Censo Escolar Peso/Talla 2016, Costa Rica.

En Costa Rica los problemas en los escolares por déficit nutricional han ido disminuyendo, mientras que por exceso de peso han ido aumentando. El aumento del sobrepeso y obesidad en el país ha sido progresivo se pasó del 21% en la Encuesta Nacional de Nutrición del 2008 al 34% con el Censo Escolar Peso-Talla del 2016, es urgente la necesidad de estrategias intersectoriales y políticas públicas para detener el aumento de este problema de malnutrición.

Las tendencias de aumento y de las diferencias sociales en la obesidad hacen que las minorías y aquellos estratos de la población con menor nivel educativo y socioeconómico puedan ser los más afectados. Al profundizar en el tema, en cuanto a Sobrepeso y Obesidad se observa que hay mayor prevalencia en la zona urbana (34.9%) que en la zona rural (31.4%) sin embargo, en ambas zonas coexiste el sobrepeso y la obesidad. El sobrepeso y obesidad por sexo muestra que en mujeres existe mayor prevalencia de sobrepeso y en hombres de obesidad.

Al estudiar las prevalencias de sobrepeso y obesidad, se muestra que a nivel de cantón, a mayor Índice de Desarrollo Social mayor prevalencia de este problema, sin embargo al analizar la información a nivel distrital se observa que el problema coexiste en todos los distritos, siendo los distritos con Índice de Desarrollo Social más bajos los que presentan mayores prevalencias de obesidad.

Lo que ha obstaculizado el logro de la meta de disminuir la obesidad en niños de 5 a 12 años de edad es que hasta el año 2017 se obtuvieron los resultados del Censo de Peso y Talla en escolares. Los resultados mostraron que la prevalencia de obesidad en los escolares de 6 a 12 años de edad aumentó considerablemente con relación a la meta propuesta en el Plan Nacional de Desarrollo dado que la línea base que se propuso fue de 9,6% prevalencia de obesidad según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición 2009. Según datos actuales del Censo Peso y Talla 2016, la prevalencia de obesidad para ese grupo de edad es de 14%.

Se realizaron acciones que están en proceso y que contribuyen a la disminución y prevención de la obesidad pero aún no han sido evaluadas como son:

- la Estrategia Integral para la implementación del seguimiento del Reglamento de Sodas Estudiantiles (en proceso)
- Implementación del Proyecto de prevención y control de la obesidad en niños de 5 a 12 años de edad (en implementación).
- Actualización de los menús en comedores escolares de manera que sean regionalizados considerando gustos y preferencias acorde con un patrón de menú balanceado adecuado a los requerimientos de la población escolar. (en Proceso)
- Identificación de los centros educativos con mayores índices de obesidad infantil según los datos del Censo de Peso y Talla que ya están disponibles desde el año 2017
- Elaboración de la Norma Nacional de Obesidad (en proceso).

- Se estableció una práctica de 30 minutos diarios de actividad física en los niños que asisten al CEN y una hora en los niños que participan en el CINAI, la cual será preferentemente, mediante el juego. (en implementación).
- Se definieron módulos básicos (paquete básico de material) para la actividad física de los niños que asisten al CEN-CINAI. Para esto se contó con la asesoría de profesionales de la UNA y del ICODER. Se aprobó la compra de 50 paquetes de material especializado para desarrollar el componente de actividad física en CEN-CINAI.
- Fortalecimiento de los programas de alimentación preescolar y escolar mediante, mediante procesos de educación alimentaria y nutricional a preescolares y escolares y fomento de suministros de alimentos sanos y nutricionalmente adecuados por parte de organizaciones de agricultura familiar.
- Desde el 2013 se inició el Proyecto de Fortalecimiento de la Alimentación Preescolar y Escolar con el objetivo de analizar el estado actual de la alimentación preescolar y escolar en el país, identificando las potencialidades y limitaciones de la provisión y utilización de alimentos adquiridos de la Agricultura Familiar. Este proyecto ha contado con la cooperación de la FAO y del gobierno de Brazil y finaliza en este año 2018. El proyecto ha sido un ejemplo de excelente articulación intersectorial del Ministerio de Salud, MAG, MEP, CNP, INDER, CEN-CINAI, IMAS con la cooperación de la FAO. Se ha trabajado en el desarrollo de capacidades humanas y técnicas con más de 150 funcionarios de diversas instituciones del Gobierno costarricense, así como en el intercambio de experiencias con otros países, para la adecuada implementación de programas de alimentación preescolar y escolar sostenibles. Desde el 2016, este proyecto se enfocó principalmente en desarrollar “Escuelas y CEN CINAI Sostenibles, adonde se reforzaron los procesos de educación nutricional con el fin de mejorar los hábitos alimentarios de la población preescolar y escolar. Este proyecto se ha desarrollado en Frailes de Desamparados, Pérez Zeledón, San Vito de Coto Brus, Sabalito y Corredores.

En el proyecto se impulsó la participación de la sociedad civil, la promoción de una educación nutricional y alimentaria que fomente la adopción de hábitos alimentarios saludables a través de los huertos pedagógicos, la mejora y reforma de cocinas, equipamiento de comedores y bodegas de alimentos, la adecuación de menús escolares a la cultura local, así como la promoción y el establecimiento de las compras de alimentos y productos de la agricultura familiar local para la alimentación preescolar y escolar.

En este proyecto, aproximadamente 10.800 niños y niñas recibieron educación alimentaria y nutricional, en Desamparados y la Región Brunca, así como 1.200 padres y madres de familia, evidenciando un cambio en sus hábitos alimentarios e incorporando estilos de vida saludables. Además se conformaron 197 Escuelas y CEN-CINAI sostenibles.

Este proyecto desarrolló una estrategia de educación nutricional que busca que los docentes desarrollen actividades de enseñanza-aprendizaje que promuevan estilos de vida saludables y una alimentación nutritiva en la población pre-escolar y escolar mediante el aprovechamiento de la huerta estudiantil como una herramienta pedagógica, y el desarrollo de diversas acciones con toda la comunidad educativa. Se desarrolló un trabajo articulado entre docentes, estudiantes y padres y madres de familia, lo que permite incidir directamente y de manera articulada en modificar gustos y preferencias alimenticias, rescatando las posibilidades productivas y los productos tradicionales de las zonas.

- Se elaboró una propuesta para aumentar la actividad física en los estudiantes, en el espacio curricular y co-curricular, que comprende: la implementación de módulos didácticos en las diferentes asignaturas, mediante la actividad física, recreos activos, actividad física en el aula y clubes de movimiento humano. Se espera que sea aprobada con recursos asignados para iniciar en una Región del país.

- **Disminución del 6% la prevalencia de las anemias en niños menores de 2 años de edad:**

La anemia por deficiencia de hierro (ADH) constituye el déficit nutricional de mayor prevalencia en la población mundial (Rivera, 1996). Los niños pequeños, embarazadas y las mujeres en su periodo de postparto son los que más comúnmente y de forma más severa se ven afectados debido a la alta demanda de hierro del niño en crecimiento y del embarazo. Es una condición nutricional que afecta a niños de diferentes estratos socioeconómicos y su prevalencia es mayor en niños de poblaciones de escasos recursos económicos y educacionales (OMS, 2002).

La directriz de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la administración intermitente de suplementos de hierro a niños, refiere que en el mundo hay alrededor de 600 millones de niños en edad preescolar y escolar con anemia, en donde al menos la mitad de estos casos son atribuibles a ferropenia o deficiencia de hierro (OMS, 2012).

Según el informe de los Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, la prevalencia de anemias bajó del 25% al 12.8 % entre el 2014 y 2015, lo cual indica que la meta de reducción de un 6% propuesta en el PND, se cumplió.

En el año 2015, según La Evaluación de Prestación de Servicios de Salud (EPSS), en el primer nivel se atendió un total de 109.843 niños de 6 a menos de 24 meses. De la muestra valorada durante la EPSS, se encuentra que la institución alcanza un cumplimiento en tamizaje de anemia del 70% en niños de 6 meses a menores de 2 años de edad, logrando un aumento con respecto al año anterior.

La Evaluación de Prestación de Servicios de Salud (EPSS) de la Caja Costarricense de Seguro Social valora la intervención de detección oportuna y abordaje adecuado de niños y niñas con anemia mediante dos indicadores: el primero es el de niños de 6 a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina y el segundo el de los niños de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro a quienes se les aborda adecuadamente.

Se toma como ADH la disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de la segunda desviación estándar respecto de la media para edad y sexo, considerando como diagnóstico un resultado menor a 11,0 g/dl. En cuanto al abordaje adecuado, corresponde a la prescripción terapéutica de 4 a 6 mg/kg/día de sulfato ferroso oral por cuatro meses y una hemoglobina control al mes de iniciado el tratamiento.

El detalle de los logros por región para los años 2014 y 2015 se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2. Porcentaje de niños de 6 a menos de 24 meses a los que se les realiza una hemoglobina, según región, CCSS, 2014-2015.		
Región	2014	2015
Chorotega	69	74
Pacífico Central	71	74
Central Sur	70	73
Brunca	66	70
Central Norte	66	68
Huetar Atlántica	62	67
Huetar Norte	56	61

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

A nivel institucional, se aumenta el porcentaje de niños con anemia abordados adecuadamente, pasando de un 26% a un 43%, siendo la región Central Sur la que logra el mayor porcentaje, con un 62%, al igual que en el 2014. Para el 2015, todas las regiones incrementaron el porcentaje de abordaje adecuado de la anemia. La Región Huetar Atlántica, que el año anterior fue la región con el menor desempeño con un 12%, para este año subió el porcentaje a un 39%. La Huetar Norte fue la que obtuvo el menor desempeño con un 27% de niños con abordaje adecuado.

El detalle de los logros por región para los años 2014 y 2015 se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 3. Porcentaje de niños de 6 a menos de 24 meses con anemia a quienes se les aborda adecuadamente según región, CCSS, 2014-2015		
Región	2014	2015
Central Sur	43	62
Central Norte	36	52
Brunca	23	46
Huetar Atlántica	12	39
Pacífico Central	18	33
Chorotega	13	30
Huetar Norte	13	27

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

Las áreas de salud de Curridabat 2, Los Santos y San Sebastián-Paso Ancho tienen porcentajes de cumplimiento mayores a 90%, siendo la última la de mejor rendimiento con 94% de adecuado abordaje de los niños diagnosticados como ADH.

Se encuentra que se ha mejorado el tamizaje de anemia en los niños de 6 a menos de 24 meses, así como el abordaje de los casos diagnosticados como anemia; sin embargo, la institución todavía debe trabajar para lograr las metas establecidas, sobre todo en el adecuado abordaje de la ADH, ya que los logros se encuentran muy distantes de la meta establecida, que es el adecuado abordaje del 100% de los casos.

Las áreas de salud deberán continuar velando por el seguimiento estricto de los casos de anemia, realizando refrescamientos y monitoreos de los lineamientos institucionales y reforzando el trabajo en equipo con los servicios de apoyo como laboratorio y farmacia, con el fin de que se logre una mayor detección de casos, así como un abordaje adecuado y oportuno de los niños con ADH.

Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER)

- **Aumento de 20% en la práctica de actividad física en la población de 18 a 69 años.**

A partir del año 2015, el ICODER comenzó a desarrollar esfuerzos articulados a lo interno de sus departamentos, así como con otros actores del país para poder alcanzar la meta referente al aumento de un 20% en el nivel de actividad física de la población, la cual fue contenida en el Plan Nacional de Desarrollo; a

continuación se presentará el comportamiento histórico de dicha meta, con el objetivo de evaluar su cumplimiento.

Uno de los grandes desafíos del ámbito deportivo y recreativo nacional, es contar con estadísticas que nos permitan acceder a un panorama sobre el estado de la cuestión en la materia; lo anterior con el objetivo de poder diseñar políticas públicas articuladas y de impacto que puedan garantizar una potencialización de los beneficios del deporte y la recreación en Costa Rica

En el año 2015 se decidió utilizar una encuesta realizada por la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica en el año 2012, la cual desarrolló una medición sobre el porcentaje de la práctica de la actividad física a nivel nacional; dicho instrumento dio como resultado que alrededor de un 59.6% de la población entre 18 y 69 años decían no practicar actividad física. Dicho porcentaje constituyó la línea base que se utilizó por parte del ICODER para diseñar el impulso de una serie de programas y proyectos orientados a cumplir la meta de la institución en el Plan Nacional de Desarrollo.

Para el año 2017, la Escuela de Estadística aportó datos sobre la aplicación del mismo instrumento, indicando que el porcentaje de personas que no practicaban actividad física había aumentado a un 65% de la población nacional. Lo cual indica un aumento de un 5,4% con respecto al mismo indicador de 2012.

Durante estos cuatro años, el ICODER desarrolló una serie de estrategias para incentivar la práctica de la actividad física en Costa Rica; lo anterior mediante la transferencia de alrededor de ₡1.412.000.000 a los Comités Cantonales de Deporte y Recreación y a las Municipalidades, para el desarrollo de actividades recreativas y la construcción de parques bio saludables.

A pesar de estos esfuerzos, se observa un aumento de alrededor del 5% en el porcentaje de la población que no practica actividad física.

Luego de varios análisis del equipo de expertos del ICODER se concluyó que la meta para los cuatro años de aumentar en un 20% la práctica de la actividad física en personas de 18 a 69 años, fue ambiciosa, para poder ser alcanzada en tan solo cuatro años.

La práctica de actividad física por parte de la población es un elemento que depende de una serie de variables como la disponibilidad de tiempo, la oferta, la seguridad ciudadana y la disposición de espacios para su desarrollo, entre otros elementos. Pensar que con solamente los programas y proyectos impulsados por el ICODER se podría aumentar el porcentaje en esos niveles fue algo erróneo.

Si bien es cierto que la meta del Plan Nacional de Desarrollo no se logró, la lección aprendida para el próximo periodo fue que a nivel organizacional, la práctica de actividad física responde a una serie de variables complejas y que sus cambios no se dan de una manera acelerada como inicialmente se pensó.

Por otro lado, para el logro de la disminución en el sedentarismo, se deben articular los esfuerzos desarrollados por otras instituciones del gobierno inmersas en la materia, a fin de aumentar el porcentaje de la población que practica actividad física.

Lo anterior plantea varios desafíos para el ICODER:

- Producir información estadística propia que cumpla con los requerimientos técnicos a nivel de deporte y recreación; y
- Articular esfuerzos con otros actores nacionales que están inmersos en la materia. Para esto dentro del Plan Estratégico Institucional 2018-2030, el ICODER se encuentra diseñando programas orientados a incentivar la investigación, el desarrollo y la innovación, orientados a dotar a la institución de información científica para diseñar de manera más integral las futuras políticas del deporte y la recreación a nivel nacional.
- Orientar la acción institucional al fortalecimiento de programas orientados a la promoción de la actividad física en diferentes sectores de la población. Lo anterior mediante la creación de alianzas estratégicas con las federaciones deportivas, los comités cantonales de deporte y recreación, otras instituciones del Estado, fuentes de cooperación internacional, el sector no gubernamental y el sector privado.

8. El Consejo Sectorial Salud, Nutrición y Deporte funcionó en forma intermitente durante el 2017, debido principalmente al cambio de Jerarca. En dicho año se realizó únicamente una Sesión del Consejo, el día 1 de noviembre de 2017.

La Agenda de la reunión se presenta a continuación:

Sesión Ordinaria 1-2017

1-11-2017

Lugar: Sala de Exministros, Ministerio de Salud

Hora: 1:30 p.m.

1:30-1:40 pm. Lectura y aprobación de la agenda

1:40-2:00 pm. Lectura y aprobación del acta anterior, sesión del 31 de agosto de 2016

2:00-2:10 pm. Seguimiento de acuerdos. *MSc. Rosibel Vargas Gamboa, Directora Planificación.*

2:10-3:00 pm. Informe de avance de seguimiento de PND 2015-2018, I Semestre, 2017. *MSc. Rosibel Vargas Gamboa, Directora, Planificación.*

3:00-3:40 pm. Informe de ejecución física y financiera de las transferencias de gobierno central a instituciones desconcentradas y descentralizadas. *Lic. Milena Calderón Durán, Unidad de Planificación Institucional.*

3:40-3:50 pm. Asuntos varios: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

3.50-4:00 pm. Cierre de la sesión

Acuerdos tomados:

1. La Dra. Mayorga le solicita a la representante del INS que le envíe una nota indicándole el faltante de especialistas y en qué áreas.
2. El Dr. Valverde Director General a.i convocará a una reunión en la que participen la Dirección de Asuntos Jurídicos y a la Dra. Navas del INCIENSA, para resolver el problema del que hace referencia la Dra. Navas en el punto b. de asuntos varios.
3. Con respecto a las sesiones del Consejo Sectorial de Salud, Nutrición y Deporte se acuerda por los miembros presentes que el día de las sesiones sean los martes y que la próxima reunión se realice el martes 30 de enero.

El Consejo Técnico Sectorial, se reúne cada seis meses a fin de brindar los instrumentos y metodologías para los informes de seguimiento semestral y anual. Cuando es necesario, se convoca para brindar acompañamiento para los informes trimestrales. Durante el 2017, esto no fue necesario, ya que se mantuvo una comunicación constante por la vía electrónica.

La Secretaría Técnica, brinda apoyo constante a las Autoridades, al Consejo Sectorial y al Consejo Técnico Sectorial tanto para cumplir con los requerimientos de MIDEPLAN, como con los de la Contraloría General de la República, en cuanto a las fiscalizaciones operativas que realiza. Esta última actividad reviste gran importancia por cuanto requiere de tiempo extra de trabajo.

Algo importante de resaltar es el hecho de que el Ministerio de Salud, ya cuenta con una Unidad de Planificación Sectorial, en la que va a estar ubicada la Secretaría Técnica, lo cual viene a fortalecer el rol rector en el campo de la Salud. Hasta la fecha, las funciones de planificación sectorial son desarrolladas desde la UPI.

La Secretaría Técnica, se encarga además de la digitación de toda la información del seguimiento semestral y anual del Plan Nacional de Desarrollo en el Sistema Delphos, a fin de agilizar el proceso y garantizar la calidad de la información.

Durante el último trimestre del 2017 la Secretaría Técnica lideró los grupos de trabajo para la revisión de fichas de indicadores y definición de las metas en el tema “salud” de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Además coordina la elaboración de los planes estratégicos para el cumplimiento de los mismos.

9. Principales retos/desafíos del Sector para cumplir con las metas sectoriales:

El Sector Salud, Nutrición y Deporte debe avanzar en el cumplimiento de 2 indicadores:

- Porcentaje de prevalencia de obesidad en niños y niñas de 5-12 años
- Porcentaje de población entre 18-69 años que practican actividad física

Para cumplir con ambos el Sector debe:

- a) Fortalecer la rectoría (normalización y control) en nutrición y actividad física desde la Dirección de Nutrición y Deporte, recientemente creada en el Ministerio de Salud
- b) Continuar y fortalecer los planes, programas y proyectos diseñados para disminuir la obesidad en niños tanto en el ámbito escolar, como en los hogares.
- c) Promover el registro de los casos de obesidad en todos los centros de salud
- d) Implementar la normativa que regula la venta de alimentos en las sodas de escuelas y colegios
- e) Promover la práctica de la actividad física y la alimentación saludable desde temprana edad desde los centros educativos, la familia y la comunidad.
- f) Promover la elaboración de encuestas representativas periódicas, que brinden información actualizada acerca del estado nutricional y sedentarismo en la población costarricense
- g) Garantizar que los temas de prevalencia de obesidad, el sedentarismo y la prevención del fumado con énfasis en las poblaciones jóvenes, constituyan acciones fundamentales del próximo Plan Nacional de Desarrollo, de acuerdo con las metas definidas para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Análisis de los Programas/Proyectos y sus Metas

1. Interrogantes respecto a logros, factores de éxito y áreas prioritarias del Sector en el periodo 2015-2017.
Favor responder según lo indicado.

¿Cuáles son los principales cinco logros que el Sector considera son destacables al cabo de tres años de gobierno en el marco del PND 2015-2018?

Dirección Nacional de CEN-CINAI

1. Estrategia de promoción de la actividad física y prevención del fumado desarrollada en establecimientos de CEN –CINAI:

Esta estrategia se desarrolló con las personas adultas que conforman las familias de los niños y niñas que se atendieron en 207 establecimientos de CEN-CINAI (33%) del total de centros con que cuenta la Dirección Nacional de CEN CINAI. Con el esfuerzo realizado durante el 2017, se logró superar el 20% indicado como meta del periodo en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 Alberto Cañas Escalante.

Se trabajó en 207 comunidades distribuidas en las nueve regiones, tal y como se muestra en la tabla 4. Este resultado se logró mediante la coordinación interinstitucional, la sensibilización de los miembros de la comunidad con habilidades para la actividad física que donaron horas de trabajo voluntario con familias beneficiarias del servicio. De esta manera esta meta alcanzada refleja el trabajo conjunto de instituciones estatales, voluntariado comunal y la incorporación del personal de CEN-CINAI en las comisiones REDCAFI.

En estos espacios con personas adultas de las familias de los niños y niñas atendidos en los CEN-CINAI, además de hacer actividad física recibieron educación en salud, para la autonomía, autoestima, reducción del consumo de tabaco y prevención de este.

Tabla 4.

Número de centros de CEN-CINAI con promoción de la actividad física y prevención del fumado para las familias beneficiarias, según región, 2017.

Región	Centros CEN CINAI
Central	79
Chorotega	23
Pacífico Central	28
Brunca	17
Huetar Caribe	13
Huetar Norte	47
TOTAL	207

Fuente: Dirección Nacional de CEN CINAI, noviembre 2017

2. Comunidades indígenas con proceso de acompañamiento a familias en la crianza de los niños y niñas implementadas con enfoque intercultural participativo:

La meta del Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 Alberto Cañas Escalante fue de 20 comunidades indígenas al 2018. Se atendieron 26 territorios y 110 comunidades indígenas. Tabla 5.

Según las características de las comunidades, las familias se atendieron en el establecimiento CEN-CINAI más cercano, en las mismas fincas donde trabajan o en otros espacios existentes en la comunidad. Cada niño y niña recibió alimentación, valoración y seguimiento de su crecimiento y desarrollo, educación en temas de alimentación, nutrición y salud, así como actividades para la promoción de su adecuado crecimiento y desarrollo. Además, sus familias recibieron educación en temas variados tales como; higiene personal, lavado de manos, inocuidad alimentaria, cuidado del recién nacido, crianza con amor, entre otras.

Los establecimientos CEN-CINAI de estas comunidades han incorporado alimentos tradicionales de la cultura indígena en el menú, también utilizan las lenguas propias del grupo atendido en la rotulación de los espacios del centro y en los mensajes educativos e informativos.

Además, se atienden a las adolescentes madres, mujeres en periodo de gestación o lactancia con alimentación y educación.

Tabla 5.

Comunidades indígenas con proceso de acompañamiento a familias en la crianza de los niños y niñas, según cantón y territorio, Costa Rica 2017

Cantón	Territorio	Cantidad de comunidades atendidas
Buenos Aires	Térraba, Ujarrás, Salitre, Cabanga, Curré y Boruca	30
Corredores	Abrojos Montezuma y Conte Burica	7
Coto Brus	Casona y Coto Brus	25
Golfito	Conte Burica y Altos de San Antonio	4
Guatuso	Guatuso	2
Hojancha	Matambú	2
Limón	Tayní y Bajo Chirrió	2
Matina	Alto Chirripó	3
Mora	Quitirrisí	1
Pérez Zeledón	China Kichá	1
Puriscal	Zapatón	1
San Carlos	Guatuso	1
Siquirres	Nairi- Awari	2
Talamanca	Terile y Cabecar	8
Turrialba	Bajo Chirripó	21
TOTAL	26	110

Fuente: Dirección Nacional de CEN CINAI, noviembre 2017

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

3. Atención oportuna a la población en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad coronaria.

La meta del PND planteó la disminución de días promedio de espera para un cateterismo. Un cateterismo cardíaco es un procedimiento complejo e invasivo que consiste en la introducción de unos catéteres que se llevan hasta el corazón para valorar la anatomía del mismo y de las arterias coronarias, así como para ver la función del corazón (cuánta sangre bombea), medir presiones de las cavidades cardíacas e, incluso, saber si hay alguna válvula alterada. Además, permite ver si existen defectos congénitos (de nacimiento), como comunicaciones (orificios) en el tabique auricular o ventricular, medir concentraciones de oxígeno en diferentes partes del corazón y obtener muestras de tejido cardíaco (biopsia) para el diagnóstico de ciertas enfermedades.

El cateterismo tipo coronariografía es una técnica que completa al cateterismo cardíaco y se realiza en el mismo procedimiento que este. Tras la inyección del contraste en el sistema circulatorio, se consiguen ver, mediante rayos X, las arterias coronarias. Igual que en el cateterismo, todas las imágenes se graban para su posterior estudio. Con esta técnica el especialista pone de manifiesto si existen obstrucciones o estrecheces en las arterias coronarias, su localización exacta, el número de arterias afectadas o la severidad de las lesiones (estrechamientos). Es una prueba imprescindible en algunos casos, por ejemplo, cuando un paciente sufre un infarto. Es muy rentable desde el punto de vista médico por la información que aporta para tratar adecuadamente al enfermo: los resultados obtenidos son claves en la decisión sobre el tratamiento.

La indicación más conocida para la realización de este tipo de estudio es el infarto agudo de miocardio y en muchas ocasiones se considera que la única indicación para la realización, por ello es importante señalar que otras indicaciones son: las enfermedades coronarias, valvulares, de músculo cardíaco, las congénitas, enfermedades de grandes vasos como la aorta, en la insuficiencia cardíaca, la hipertensión pulmonar, tumores cardíacos, en la necesidad de biopsia miocárdica, en la evaluación de valoraciones preoperatorias y hasta en la evaluación de pacientes para trasplantes cardíacos y de otros órganos.

También existen indicaciones absolutas y relativas en la rama terapéutica de los cateterismos y estas se dividen en las mismas clasificaciones de las indicaciones de diagnóstico, agregando a estas los algunos trastornos del ritmo cardíacos que pueden poner en riesgo la calidad de vida de los pacientes a razón de las enfermedades asociadas de cada uno de ellos.

Así entonces es importante indicar que la resolución de un manejo o tratamiento de pacientes que esperan un cateterismo cardíaco tipo coronariografías impacta desde la calidad de vida del paciente y sus familias, hasta los estratos de reducción de estancias hospitalarias, re direccionamiento en la inversión de medicamentos y terapéuticas asociadas desde el punto de vista clínico y hasta el quirúrgico, la definición de la realización de cirugía ambulatorias o que requieran hospitalización y en este caso ofreciéndole al paciente y al recurso especializado un mayor grado de éxito en la realización de procedimiento médico o quirúrgico a realizar previniendo complicaciones.

Por lo anterior y con el propósito de dar una atención oportuna a la población en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad coronaria, la CCSS implementó el proyecto de reducción de la lista de espera para el procedimiento del cateterismo, logrando reducir los días de espera de 1.800 observado en el año 2014 a 65 días en el 2018, es decir se redujo en 1.735 días, el detalle por establecimiento en la tabla 6:

Tabla 6.

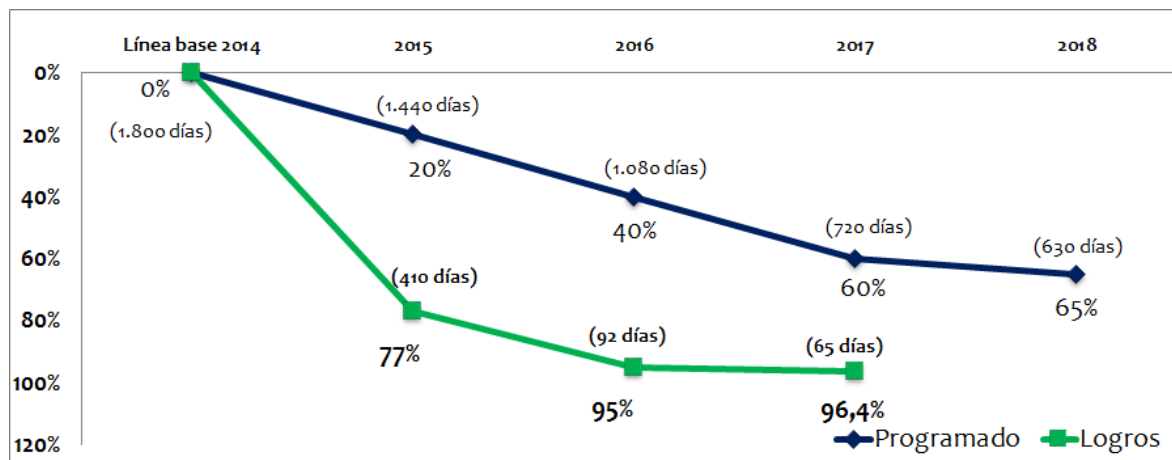
Cantidad de pacientes de consulta externa y plazos de espera promedio para cateterismo coronario, según hospital, Costa Rica, diciembre 2017.

Establecimiento	Cantidad de Pacientes	Plazo en días promedios	Observaciones sobre pacientes pendientes
Hospital México	239	62	205 de 239 pacientes (86%) corresponden a pacientes con ingreso entre el mes de abril y noviembre 2017
Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia	125	73	103 de 125 pacientes (82%) corresponden a pacientes con ingreso entre el mes de julio y noviembre 2017
Hospital San Juan de Dios	19	38	10 de 19 pacientes (52%) corresponden a pacientes con ingreso entre el mes de julio y noviembre 2017
Totales	383	65	

Fuente: Gerencia Médica, oficio GM-UTLE-CPE-11713-18

En la figura 5 se presenta el comportamiento de la reducción de días promedio de acuerdo con lo formulado y lo logrado en el periodo 2015-2017. Se observa un 96,4% de reducción con respecto a la línea base del 2014.

Figura 5. Disminución de días promedio de espera para un cateterismo



Fuente. Elaboración propia con datos de los informes de la Gerencia Médica.

Cabe destacar que el cumplimiento de la meta obedece a la realización de los procedimientos dentro de la jornada ordinaria y fuera de ella, así como bajo una modalidad de pago especial que incrementa la producción fuera de la jornada ordinaria con el mismo equipamiento, infraestructura, recurso humano especializado y técnico.

Los factores que llevaron a esta reducción se deben a:

- ✓ Revisión y ajuste de la gestión.
- ✓ La implementación de indicadores
- ✓ Fortalecimiento del contenido presupuestario.
- ✓ Anuencia de funcionarios a trabajar en el modelo de pago.
- ✓ Autorización del proyecto de jornadas de producción.
- ✓ Publicación de la “Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera de procedimientos quirúrgicos”.
- ✓ Precalificación de pacientes.

Los principales resultados obtenidos fueron:

- ✓ Reducción del tiempo de respuesta en la realización del cateterismo, ajustándose a lo idóneo según la literatura internacional, favoreciendo al usuario a una esperanza de vida mayor e incorporarse a la actividad económica del país.
- ✓ Interrumpir la progresión natural de la enfermedad.
- ✓ Reincorporación del paciente a la sociedad y a sus actividades económicas y productivas.
- ✓ Disminución de incapacidades.
- ✓ Disminución de la morbilidad y mortalidad por la detección y resolución temprana de enfermedades potencialmente mortales.
- ✓ Reducción de estancias hospitalarias
- ✓ Oportunidad de camas para la atención de otras patologías
- ✓ Definición de pacientes en listas de espera, para resolver su patología y su tratamiento quirúrgico.
- ✓ Optimización en el uso de los recursos existentes.

4. Implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en el primer nivel de atención.

La implementación de este sistema, es uno de los mayores retos que ha enfrentado la institución, por ser un proyecto de alcance país el cual involucro tecnologías, procesos y personas. En la actualidad, la gestión de cambio es reconocida como un factor crítico de éxito para la aceptación de iniciativas de transformación organizacional como el que está viviendo la institución.

Asimismo, contribuye al cumplimiento de las políticas nacionales, tales como: gobierno digital, simplificación de trámites y protección al medio ambiente, por la disminución en el uso del papel.

Tanto en el primer nivel de atención como en el nivel hospitalario se han construido “*Redes de Gestión de Cambio, Capacitación y Comunicación*”, cuya función primordial fue promover el empoderamiento durante el proceso de implementación del EDUS para así garantizar la sostenibilidad en el tiempo de tan importante proyecto. Entre los principales logros alcanzados por este sistema destacan:

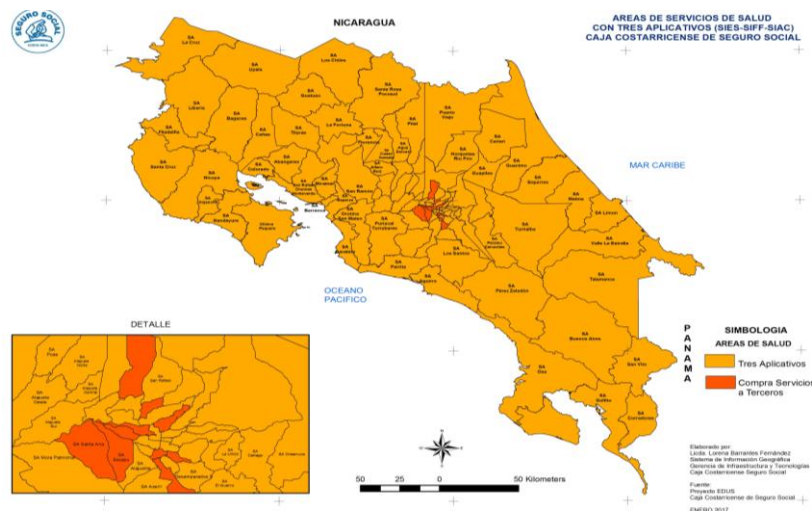
1. EDUS I Nivel de Atención

- **Implementación:**

100% Implementado en las 104 áreas de salud en su tres módulos: Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF) y el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES), acorde con lo programado y en cumplimiento a la Ley N° 9162.

En la figura 6 se presenta el avance de la implementación del EDUS, con los tres aplicativos:

Figura 6. Cobertura Áreas de Salud con EDUS Implementado



Fuente: Gerencia Infraestructura, Informe de Seguimiento Anual 2016

- **Producción:**

Este sistema ha favorecido cada vez más sistematizando los datos de producción, en la siguiente tabla se presenta los datos del año 2017 del I, II y III nivel de atención.

Tabla 7. Datos de Producción EDUS I, II y III Nivel de Atención, CCSS, 2017

Descripción	Total
Citas Presenciales	21.524.005
Citas Telefónicas	1.137.189
Citas Web	899.627
Citas de procedimiento	1.227.099
Atenciones de urgencias	6.009.143
Atenciones médicas	14.267.972
Recetas de productos (cupones)	96.589.069
Solicitudes de exámenes de laboratorio	7.288.874
Solicitudes de exámenes de imágenes	1.144.856
SMS para recordatorio de citas	8.542.146
SMS Dirección EDUS	378.370
Adscripción adscritos	4.725.806
Adscripción identificados	1.061.810
SIFF miembros	2.972.297
SIFF viviendas	1.316.095

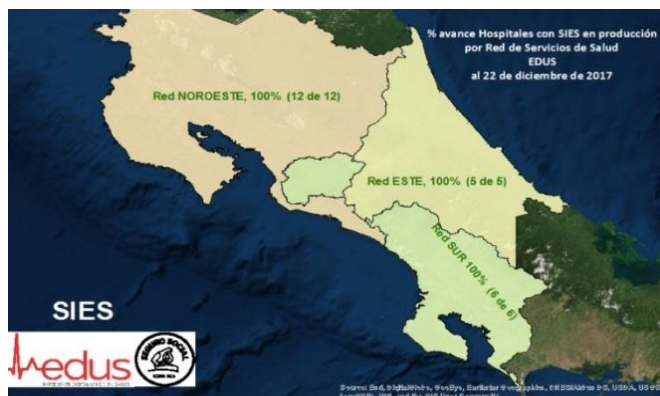
Fuente: Gerencia Infraestructura, Informe de Seguimiento Anual 2017

EDUS-ARCA Nivel Hospitalario:

- **Implementación:**

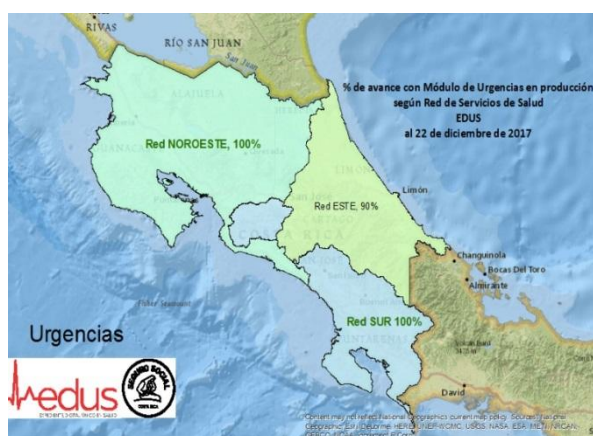
Se obtuvo un 100% de cumplimiento en la implementación de cuatro de los módulos EDUS-ARCA, en 27 Hospitales, a saber: 1-Hospital de Guápiles, 2-Hospital Tony Facio, Limón, 3-Hospital Carlos Luis Valverde Vega, 4-Hospital de Upala, 5- Hospital La Anexión, 6-Hospital Dr. Enrique Baltodano, 7-Hospital Los Chiles, 8-Hospital Max Terán Walls, 9-Hospital San Carlos, 10-Hospital de Puntarenas, 11-Hospital Manuel Mora Valverde, 12-Hospital Tomás Casas Casajús, 13-Hospital Ciudad Neilly, 14-Hospital San Vito, 15-Hospital Dr. Escalante Pradilla, 16-Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, 17-CENARE, 18-Hospital de las Mujeres, 19-Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, 20- Hospital de Turrialba, 21-Hospital Max Peralta, Cartago, 22-Hospital Calderón Guardia, 23-Hospital San Francisco de Asís, 24-Hospital Heredia, 25-Hospital de Alajuela, 26-Hospital México, 27-Hospital San Juan de Dios, en la siguiente figura se muestra el avance de implementación a nivel hospitalario:

Figura 9. Implementación del Sistema Integrado Expediente de Salud en las redes de servicios, CCSS 2017



Fuente: Gerencia Infraestructura, Informe de Seguimiento Anual 2017

Figura 10. Implementación del módulo de urgencias en las redes de servicios, CCSS, 2017.



Fuente: Gerencia Infraestructura, Informe de Seguimiento Anual 2017

- **Producción:**

- 13.901.410 atenciones con SIES
- 25.658.407 citas con SIAC
- 3.603.122 atenciones con módulo urgencias
- 314.765 procedimientos realizados con el módulo quirúrgico.
- Remisión a los usuarios de 2.795.821 mensajes de texto, recordando la fecha y lugar de su cita médica, para un total acumulado de 8.542.146.
- Remisión a los usuarios un total de 178.863 mensajes de texto, recordando el retiro de sus medicamentos, para un acumulado de 660.275 mensajes.
- Remisión de mensajes de texto con el tema de cesación de fumado a fin de implementar las políticas de mejoramiento de la salud, en adolescentes y adultos jóvenes para favorecer la salud de éstos.

3. Equipamiento:

Con la implementación del EDUS fue necesaria la dotación de equipo de cómputo a diferentes centros de salud, entre ellos 5.433 computadoras y 1.549 impresoras. Adicionalmente se recibió de parte del Fondo Nacional de Telecomunicaciones (FONATEL) una donación de 500 tablets para apoyar este proceso.

4. App del EDUS:

Se cuenta con el servicio de “Adscripción en Línea”, donde pueden consultarse y administrarse los datos del usuario final, la principal ventaja de este servicio es que los usuarios no tendrían que presentarse a los centros de salud para realizar el proceso de adscripción, tiene la funcionalidad de “Mi ruta Quirúrgica” esta implementada desde año 2016. Esta funcionalidad le permite ver al usuario final los días restantes para su cirugía, así como el centro donde tiene programada la misma y su respectivo diagnóstico, además le brinda información sobre los cuidados pre-operatorios y post-operatorios.

Así mismo se encuentra en desarrollo la funcionalidad para obtener Citas Médicas en el APP, la cual permitirá al asegurado conseguir, cancelar o re-programar una cita mediante este medio

Se han realizado 177.530 descargas en Android y 8.904 en IOS para un total de 186.434.

5. Uso de la Sala virtual o EBAIS Virtual:

Una sala virtual es un entorno que permite que múltiples usuarios interactúen e intercambien audio, video, chat, documentos, entre otros, facilitando la realización de reuniones, conferencias, docencia, coordinaciones de proyectos, sesiones médicas, tele consultas, entre otros; a través de herramientas tecnológicas sin importar su ubicación geográfica.

Como parte del plan piloto desarrollado en el Área de Salud de Santo Domingo, se logró llegar a los asegurados a través de la tecnología de una manera más rápida y eficaz, asimismo; está a disposición de la comunidad la consulta virtual para colaborar con las actividades cotidianas que se realizan en el Área.

Se brindaron los seguimientos de casos con la red intersectorial de atención (CCSS, MEP Y CENCINAI), educación dirigido a usuarias y usuarios en período posparto, capacitación al personal de salud (lactancia, atención al recién nacido, estimulación temprana), en el Área de Salud de Santo Domingo, así como en el Hospital México, donde se logró iniciar con el servicio de Trabajo Social.

Resultados del plan piloto:

- Las aseguradas recibieron educación e información que le permitan identificar por medio de la estimulación de las terminaciones nerviosas del bebé posibles problemas de desarrollo, haciendo más efectivas las consultas de crecimiento y desarrollo, al comprender mejor el desarrollo normal de un niño, en ocasiones los participantes mencionaron que no sabían que debían llevarlo a la consulta de crecimiento y desarrollo.
- Prevención de la salud: madres que a partir de los ejercicios de estimulación notó que su hijo no seguía la luz como se indicaba, acudió al centro y está siendo tratado.
- En cuanto a la vacunación se tiene el impacto mencionado por las madres, que gracias al apoyo virtual se tiene presente la importancia de las vacunas y la edad en que deben llevar al bebé.
- Se disminuyó al menos en 5 oportunidades la visita de madres, pues las consultas no ameritaban visitar el centro de salud, cólicos, falta de estimulación, aún no le tocaba la vacuna, lo que descongestiona los servicios y elimina el riesgo de adquirir enfermedades contagiosas.

6. Envío correos electrónicos masivos

Se logró enviar a los trabajadores mediante correo electrónico, mensajes referentes a estilos de vida saludables, con recordatorios e información de pausas activas y estilos de vida saludable con el objetivo de promover un sano y correcto modo de vivir en la población laboral. Se logró enviar más de 5 mil correos mediante esta plataforma.

En resumen la implementación del EDUS, aporta beneficios a nivel económico para la Institución y para el país, los cuales son significativos ya que implica por ejemplo: identificación y adscripción única del paciente al padrón de la seguridad social, recaudación de gastos por concepto de aseguramiento por el estado para las personas con índice de pobreza declarado, registro en línea de vacunación, el control de entrega de medicamentos centralizado, situaciones que no pueden ser controladas en línea y de las cuales los poli consultantes se valen para inclusive montar redes de trasiego de medicamentos y sobre carga de solicitudes de atención de servicios de apoyo.

Otro beneficio social para el país, es el tiempo ahorrado por los usuarios al utilizar el sistema de asignación de citas telefónicas.

Se ha promovido la remisión de mensajes de texto a celulares a los usuarios como un medio para realizar promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Facilita la implementación de políticas de mejoramiento de la salud, como la cesación del fumado en adolescentes y adultos jóvenes. Se han remitido mensajes de texto con mensajes dirigidos en este tema.

Se continúa con el desarrollo de los elementos tecnológicos para recordar a los usuarios el retiro de sus medicamentos, en las comunidades cuyos servicios utilizan la preparación por anticipado de éstos.

5. Estilos de vida saludables promovidos en estudiantes de colegios de Dirección 3 a nivel nacional.

El "Programa Ponele a la Vida" cumplió con la meta planteada en el Plan Nacional de Desarrollo desde el 2015, como se muestra en el Cuadro 4. El valor del indicador se ha mantenido estable a lo largo de los 3 años y ha sobrepasado la meta establecida para cada año respectivo. Estos resultados estuvieron relacionados con el trabajo de los tres niveles de gestión, tanto del Ministerio de Salud como el del Ministerio de Educación Pública y la colaboración de la empresa privada.

Tabla 8
Evolución del indicador estilos de vida saludable, según año
"Programa Ponele a la Vida", Ministerio de Salud, 2017.

Indicador	Año de implementación de Ponele a la Vida			
	2015	2016	2017	2018
Aumento porcentual por año según Plan Nacional de Desarrollo	21%	23,5%	24,5%	25%
Medición del Indicador	28,7%	27,6%	28,4%	

Fuente: Unidad de Determinantes de la Salud. Ministerio de Salud 2017

Entre los factores de éxito que contribuyeron al logro de la meta se pueden citar:

- Asignación de presupuesto propio por parte del Ministerio de Salud.
- Coordinación interinstitucional entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación Pública para llevar a cabo las acciones del Programa en los tres niveles de gestión de cada institución.
- La estructura de coordinación local por medio de los equipos técnicos locales que ha sabido articular todos los actores sociales a favor de las acciones del programa involucrando recursos públicos y privados.
- Alianzas público-privadas: la empresa privada ha apoyado el programa a lo largo de estos tres años impulsando la gira “*Ponele a la Vida*”, la permanencia de acciones a lo largo del tiempo se traduce en resultados positivos, y acciones como la Gira no podrían realizar sin el apoyo de la empresa privada por lo oneroso de su costo y la complejidad de su ejecución.
- El compromiso de los enlaces locales del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación Pública: al ser un programa que se ha venido realizando desde el 2015 los enlaces locales han construido un sentido de pertenencia con el programa. Este sentido de pertenencia ha sido posible gracias a la traducción de su esfuerzo en logros, a la asignación de materiales para cumplir sus labores y apoyo de los niveles nacional y regional.
- La participación de los y las estudiantes: las actividades han sido acogidas con un alto grado de participación por parte la población estudiantil lo cual refleja una selección adecuada de las mismas según preferencias de los y las adolescentes. Esta selección ha sido posible gracias a la constante indagación y consulta de los gustos y las preferencias de los y las adolescentes a lo largo de los 3 años, sin olvidar que el programa parte de la investigación de los motivadores y las barreras que poseen los adolescentes para la alimentación saludable y la actividad física. Al contar con una alta participación en las actividades celebradas se garantiza una empatía hacia el mensaje brindado por el programa.
- Utilización de las nuevas tecnología para comunicarse con los y las adolescentes: el programa ha desarrollado herramientas de mercadeo digital enfocadas en la población adolescente como lo son la aplicación para dispositivos móviles APP “*Ponele a la Vida*”, el Facebook de “*Ponele a la Vida*” y un Canal de Youtube de Alimentación Saludable en el cual se crearon 12 videos con recetas saludables para jóvenes de 13 a 17 años. Esto ha facilitado la comunicación con la población adolescente mejorando de esta forma la transmisión del mensaje de promover la alimentación saludable y la actividad física.

En cuáles aspectos prioritarios debe enfocarse el Sector para cumplir con los compromisos establecidos en el PND 2015-2018? (aspectos legales, presupuestarios, de procesos, de contratación administrativa, de coordinación, entre otros).

2. Matriz sobre medidas de mejora




MATRIZ DE ACCIONES DE MEJORA DE METAS DE PROGRAMAS/PROYECTOS DEL PERÍODO DEL PND 2015-2018 CON REZAGOS										
AL 31 DE DICIEMBRE 2017										
Sector: Salud, Nutrición y Deporte										
Programa / Proyecto	Indicador -Meta período con rezago	Resultado Acumulado (2015-2017)		Pendiente cumplimiento 2018		Causas del rezago de cada meta de periodo	Acciones de Mejora Propuestas por la Rectoría	Proyección porcentual del cumplimiento al 2018	Institución Responsable	Observaciones
		Absoluto	%	Absoluto	%					
Mejoramiento Ambiental del Gran Área Metropolitana	40.5 % de población conectada a sistemas de tratamiento primario de aguas residuales (en el 2017)	244.460	19.4	265.881	21.1	Debido a la programación establecida para la ejecución del programa, se están ejecutando obras que no se pueden poner en funcionamiento en forma inmediata. Por lo anterior, no incrementa el caudal que llega a la planta. Plazos mayores a los previstos en la elaboración de carteles, apelaciones y licitaciones infructuosas durante el proceso de contratación, han	Se trabaja en la revisión de la planificación del programa para mejorar el alineamiento de la ejecución con los objetivos del mismo. Con las lecciones aprendidas en los procesos de contratación ya ejecutados se procurará disminuir su duración en procesos futuros.	19.4	AyA	La proyección porcentual del cumplimiento al 2018 se mantiene igual que el resultado del año 2017 porque no se esperan nuevas conexiones y no contempla los posibles ajustes al plan de ejecución del programa.

						ocasionado retrasos en el inicio de la ejecución de las obras.				Se podría dar un aumento de las conexiones debido al crecimiento vegetativo de sistema existente durante el 2018.
Estrategia para la atención de pacientes que sufren accidentes de tránsito y laborales	Número de días promedio para que el paciente sea atendido por el especialista en ortopedia	16.58 días (2015-2017)	- 7.58%	10 días		Aumento en la accidentabilidad relacionada con los accidentes de tránsito. 2.Aumento en el número de cirugías realizadas. 3.Aumento en la complejidad de lesiones . 4.Poca disponibilidad de personal de ortopedia a nivel nacional.	Análisis de proceso de atención de la consulta externa		Red de Servicios de Salud. INS	
Detección temprana, control y rehabilitación de las personas con cancer	Porcentaje de cobertura en la prueba de (VPH) en mujeres de 30 a 64 años	2.2	4.9	42.8	95.1	La emergencia de la Tormenta Nate, provoco la suspensión de procesos de capacitación. -Existe un retraso en el proceso de	Buscar alternativas para que los procesos de compra puedan desarrollarse en forma ágil. -Gestión de asesorías y solicitar formalmente	2%	CCSS, Gerencia Médica	La medición de esta meta se realiza cada cinco años, de acuerdo con

						<p>contratación para la compra de servicios profesionales para el mapeo de barreras y programa de capacitación para usuarias y personal de salud.</p> <p>-El proceso de la etapa inicial de la contratación administrativa para la adquisición de la prueba molecular, ha sido lenta por la naturaleza del producto a adquirir.</p> <p>no contaba con ra que el centro ueba molecular.</p>	<p>la colaboración específica de otras unidades.</p> <p>Dar seguimiento a los estudios técnicos presentados a las autoridades superiores referente a las brechas de recurso humano.</p>			<p>las recomendaciones de la OMS. Por lo anterior, no puede medirse anualmente dado que no necesariamente una quinta parte de las mujeres candidatas a esta prueba, serán captadas</p>
Acceso y oportunidad de los servicios de Salud	Porcentaje de disminución del plazo promedio de espera, en procedimientos quirúrgicos en el territorio nacional	16,2% (37 días promedio de la línea base de 228)	41	23,8% (54 días promedio de la línea base de 228)	59	<p>Dentro de los obstáculos encontrados:</p> <p>-Reiterar la atención de los pacientes de reciente ingreso a la lista sobre la cantidad de atendidos antiguos.</p> <p>-El ingreso de emergencias en el primer turno.</p> <p>-Limitaciones en el uso de quirófano en algunos establecimien</p>	<p>Ejecutar los proyectos nacionales autorizados en patologías con pacientes con mayor antigüedad.</p> <p>-Instruir a los directores en la programación de pacientes con mayor antigüedad</p>	100%	CCSS	<p>Hospitales con proyectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospital México - San Juan de Dios - San Vicente de Paúl - Programa Nacional de Oftalmología -

						tos de salud.				Fortalecimiento de los CAIS.
Programa Nacional de Atención de los Transtornos Mentales, del Comportamiento y de las Adicciones	Número de equipos interdisciplinarios conformados	10	50	10	50	Demora en la dotación de plazas de recurso humano para la conformación de los equipos interdisciplinarios de salud mental, según programación del periodo en curso	Proyectar el presupuesto aproximado a requerir para el cumplimiento de la meta. -Fortalecer el seguimiento y monitoreo de las actividades desarrolladas en el proyecto. -Gestión del faltante de Recurso Humano, para la conformación de los equipos faltantes.	100%	CCSS	El cumplimiento de esta meta queda supeditada a la dotación de plazas

3. Respecto a los resultados de los programas/proyectos y sus metas anuales. Favor completar para cada programa/proyecto la información solicitada.

Estrategia Nacional para la Prevención, Control y Vigilancia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y de las enfermedades neurocognitivas en la población	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  (x)
		Con riesgo de incumplimiento  ()
		Atraso crítico  ()

Ministerio de Salud

Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no trasmisibles

Es importante señalar que los datos de mortalidad los da el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en forma anual, en marzo de cada año envían los datos preliminares de mortalidad y en noviembre se emite el dato oficial.

La dirección de Vigilancia ha utilizado las bases preliminares para la elaboración de indicadores de mortalidad, hasta setiembre de 2017 se recibieron las bases oficiales de 2000 al 2015, por lo cual los datos aportados para la formulación del PND tienen diferencias con el dato real.

Por estos motivos para este informe se debe considerar los siguientes aspectos:

1. En este momento no se tiene los datos preliminares de mortalidad para el año 2017, solo se cuenta con el dato de 2016.
2. Los datos aportados en junio de 2017 se realizaron con bases preliminares, por lo cual puede haber variación en las tasas indicadas en el instrumento PND con las tasas de los datos oficiales de mortalidad.
3. En el caso de mortalidad la línea base no debe ser el año inmediatamente anterior si se debe dar informe en el primer trimestre del año en curso, ya que INEC aporta los datos preliminares de mortalidad en el I cuatrimestre de cada año.

El resultado de 2016 es 116.18 muertes/ 100.00 habitantes, es un cumplimiento de 100%.

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.

- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.

- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.

- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor

al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.

- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.
- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

Ministerio de Salud

Desde el año 2013 se implementa la Estrategia Nacional de abordaje integral de las Enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021, esta estrategia contiene diferentes líneas de intervención, es importante que la mortalidad por ECNT es muy variable y la curva de tendencia de la tasa presenta fluctuaciones en picos tanto de disminución como de aumento, por lo cual al analizar periodos de un año es insuficiente.

La mortalidad por ECNT es multifactorial, en relación a factores genéticos, biológicos, ambientales, de comportamiento y culturales. Las ECNT que más han disminuido son las cardiovasculares y cerebro vasculares que son más sensibles a los cambios de hábitos de la población, según la última encuesta de factores de riesgo cardiovascular de 2014 (CCSS) la prevalencia de HTA ha disminuido, hay una reducción relativa del 6,3% prevalencia de insuficiente actividad física en la población mayor de 20 años con respecto al año 2011.

También las políticas y acciones de mayor impacto que se desarrollan en los servicios de salud, relacionadas con la prevención, atención integral en salud, diagnóstico temprano y accesibilidad de los servicios, entre otras contribuyen con la disminución y control de las principales causas de mortalidad y morbilidad.

Según la Estrategia Nacional de abordaje integral de las Enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021, estos son los resultados de las metas de Mortalidad prematura, Inactividad física, Hipertensión arterial y Diabetes mellitus para 2016:

- a) Reducción relativa del 17% de la mortalidad prematura por el grupo de enfermedades: Cáncer, cardiovasculares, cerebrovascular, respiratoria crónica, renal crónica, diabetes e hipertensión arterial del 2013 al 2021.

En el año 2012 la mortalidad prematura por Enfermedades no transmisibles representaba el 20% del total de las muertes, para el 2016 esta mortalidad disminuyó en 2%.

Tabla 8. Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en el grupo de 30 a 69 años.

Año	Total Muertes	Muertes ENT 30 a 69 años	Porcentaje Muertes prematuras por ENT del total de muertes
2012	19200	3791	20%
2016	22602	4160	18%

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

Para el año 2012 la mortalidad por enfermedades no transmisibles en el grupo de 30 a 69 años representaba el 55% del total de las muertes en ese grupo de edad, en el 2016 esta mortalidad disminuyó en 4%.

Tabla 9.
Mortalidad por enfermedades no transmisibles en el grupo de 30 a 69 años según año, Costa Rica 2017

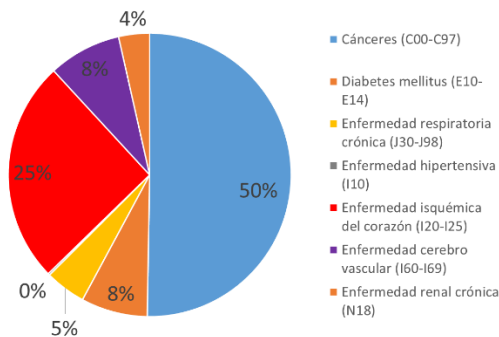
Año	Total Muertes 30 A 69 años	Muertes ENT 30 a 69 años	Porcentaje Muertes prematuras por ENT del total de muertes
2012	6877	3791	55%
2016	8125	4160	51%

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

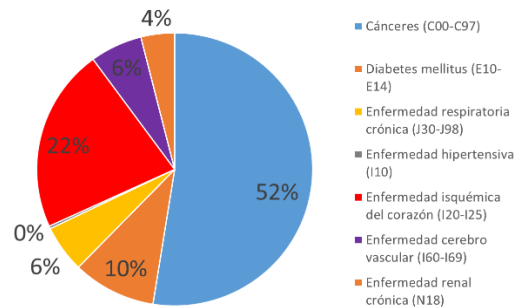
El desglose según los grupos de enfermedades no transmisibles entre 2012 y 2016 para el grupo de edad de 30 a 69 años hay variaciones, siendo el cáncer el más importante para el 2016 representa un 52% del total de muertes, con un aumento de 2% respecto al 2012, seguido por Enfermedad isquémica del corazón con una disminución de 3%, seguido de Enfermedad Renal Crónica que aumento 2%, Enfermedad Cerebro Vascular que disminuyó en 2%, Enfermedad Respiratoria Crónica con un aumento de 1% y la Diabetes y Enfermedad Hipertensiva se mantiene respecto al 2012.

Figura 11. Mortalidad prematura por enfermedades no Transmisibles de acuerdo a causa, 2012 y 2016 Costa Rica.

Mortalidad prematura por Enfermedades no Transmisibles de acuerdo a causa, Costa Rica 2012



Mortalidad prematura por Enfermedades no Transmisibles de acuerdo a causa, Costa Rica 2016



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

b) Meta nacional 3: Inactividad física

Reducción relativa del 7% al 2021 de la prevalencia de insuficiente actividad física.

El logro porcentual de la Meta nacional 3 de la Estrategia Nacional de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021 al año 2014 es de una reducción relativa del 6,3% prevalencia de insuficiente actividad física en la población mayor de 20 años.

Tabla 10

**COSTA RICA: PREVALENCIA DEL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA
EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS
Costa Rica 2012-2016
(porcentaje)**

Tipo de actividad Fisica	2011 Porcentaje Total	2014 Porcentaje Total	Diferencia pocental 2014-2011
Actividad física alta	34,3	33,9	0,4
Actividad física baja o nula	50,9	44,6	6,3

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

c) Meta nacional 6: Hipertensión arterial

Reducción del aumento relativo de la prevalencia de hipertensión arterial en el país

El logro porcentual de la Meta nacional 6 de la Estrategia Nacional de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021 al año 2014 es de una reducción relativa del 3,5% en la prevalencia de Hipertensión arterial en la población mayor de 20 años.

Tabla 11

**COSTA RICA: PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS
Costa Rica 2011-2014
(porcentaje)**

Evento	2011 Porcentaje Total	2014 Porcentaje Total	Diferencia pocental 2014-2011
HTA no diagnósticada	5,0	7,3	-2,3
HTA diagnósticada	31,2	27,7	3,5

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

d) Meta nacional 7: Diabetes y Obesidad

Reducir el aumento relativo en la prevalencia de diabetes Detener el aumento relativo de obesidad en la población

En la Meta nacional 7 de la Estrategia Nacional de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021 al año 2014 hay un aumento relativo de 0,5% de la prevalencia de Diabetes mellitus en la población mayor de 20 años.




Tabla 12

**COSTA RICA: PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS
EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 20 AÑOS
Costa Rica 2011-2014
(porcentaje)**

Evento	2011 Porcentaje Total	2014 Porcentaje Total	Diferencia pocental 2014-2011
DM no diagnósticada	1,3	2,8	-1,5
DM diagnósticada	9,5	10,0	-0,5

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

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9º) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

Detección temprana, control y rehabilitación de las personas con cáncer	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  (X)
		Con riesgo de incumplimiento  ()
		Atraso crítico  ()

Este programa se implementa con 6 metas, de las cuales 5 son de seguimiento en el 2017 a saber:

1. Porcentaje de incremento en la cobertura de Papanicolau en mujeres de 35 años y más **(en 2017 no aplica)**.
2. Número de mamografías incrementadas.
3. Número de días promedio para el reporte de las mamografías.
4. Porcentaje de casos de cáncer gástrico diagnosticado en etapa temprana.
5. Porcentaje de cobertura del tamizaje de cáncer de colon en población de 45 a 74 años.
6. Porcentaje de cobertura de la prueba de VPH en mujeres de 30 a 64 años.

A continuación el avance de las 5 metas de medición en el año 2017:

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.

Número de Mamografías incrementadas:

Meta 42.000 mamografías incrementadas, logró 63.856 mamografías (152% de cumplimiento).

Se indican a continuación acciones realizadas que dieron paso a obtener este sobrecumplimiento:

- Continuación con la implementación del Plan Piloto de Tamizaje para Cáncer de Mama de base poblacional en mujeres de 45 a 69 años asintomáticas y sin factores de riesgo asociados en las poblaciones de: Tibás, Tibás-Coopesain, La Carpio- León XIII, Moravia y Goicoechea 2.
- Se concluyó la capacitación al personal de las áreas de salud para la puesta en marcha del proyecto de tamizaje.
- Toma y lectura de mamografías por unidad móvil mediante convenio con Lazos de Clínica Bíblica y Auto-mercado.
- Gestión estratégica de cada unidad en donde se cuenta con Mamógrafo.
- Coordinación Técnica del Cáncer en conjunto con el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer y la Dirección de Red de Servicios de Salud, para el análisis de la producción de los diferentes centros con las respectivas recomendaciones para optimizar el funcionamiento de los equipos.

Porcentaje de casos de Cáncer Gástrico diagnosticado en etapa temprana:

Meta 6%, logro 7.7%, el sobrecumplimiento de 128% obedece a:

- Capacitación al personal del Área de Salud de San Rafael de Puntarenas para lograr una mejora en la captación de pacientes.
- Capacitación al especialista en radiología del Hospital de Ciudad Neily en el Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico.
- Monitoreo en los sitios del proyecto (Centro de Detección Temprana de Cáncer, Área de Salud San Rafael de Puntarenas, Hospital Monseñor Sanabria, Área de Salud de Corredores y Hospital Ciudad Neily), mediante el cual se obtuvo información relevante para la valoración y redefinición de capacidades en el proyecto.

- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.

Porcentaje de cobertura de la prueba de Virus de Papiloma Humano en mujeres de 30 a 64 años, se clasificó como “Meta No Cumplida”, situación generada por:

- La emergencia de la Tormenta Nate, provocó la suspensión de actividades en las regiones, lo que atrasó el proceso de capacitación.
- Retraso en el proceso de contratación para la compra de servicios profesionales para el mapeo de barreras y programa de capacitación para usuarias y personal de salud, en las 13 áreas de salud de la Región Chorotega.
- El proceso de la etapa inicial de la contratación administrativa para la adquisición de la prueba molecular, ha sido lenta por la naturaleza del producto a adquirir, el monto total de la misma y la falta de experiencia de la unidad de compra de apoyo, para desarrollar este tipo de compra.
- Inicialmente el Centro Nacional de Citologías no contaba con profesional en microbiología, el cual se requiere para que el centro pueda realizar la prueba molecular.

A pesar de que existe una meta no cumplida el programa se clasifica de acuerdo con lo programado debido a que la CCSS, informa acerca de las actividades que está realizando para el cumplimiento de la misma, la cual se espera se logre al final del 2018. Además, existe una relación de cinco metas cumplidas versus una meta no cumplida.

- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.

Número de mamografías incrementadas:

Aun cuando se sobrepasó la meta programada, se dieron limitaciones como:

- El hospital de las Mujeres cambió de equipo analógico al digital en setiembre 2017, por lo que la producción de este centro prácticamente se detuvo de Junio a Octubre, siendo uno de los centros de mayor producción en el país en el año 2016.
- El mamógrafo del Hospital de Grecia estuvo sin funcionar de junio a setiembre lo que afectó con aproximadamente 1.500 estudios menos.
- El hospital San Vicente de Paul, tercer centro con mayor producción del país en el 2016, reportó su equipo en mal estado lo que ocasionó una disminución de 38 mamografías en su producción.
- El hospital William Allen se encuentra remodelando la sala de mamografía lo que ocasionó que a partir de agosto la producción fuera prácticamente nula.

Porcentaje de cáncer gástrico diagnosticados en etapa temprana:

Aun cuando se cumplió la meta, se dieron limitaciones tales como:

- El hospital de Ciudad Neily, acordó reiniciar el proyecto con un producción proyectada de 20 SGD semanales, debido a la carga de trabajo en el número de series gastroduodenales propuestas inicialmente.
- La clínica San Rafael de Puntarenas, debido al faltante de técnicos de rayos, estableció una producción proyectada de 15 SGD semanales, haciendo que el proyecto avance lentamente.
- La dotación de recurso humano continúa siendo crítico para la consolidación de este proyecto, por tanto en las nuevas áreas propuestas, Golfito y Montes de Oro, no se implementó el programa.

Porcentaje de cobertura institucional de tamizaje de cáncer de colón en personas de 45 a 74 años:

Se logró cumplir la meta, no obstante, se presentaron limitaciones tales como:

- La emisión del lineamiento de vacunación jornada de influenza estacional 2017 C.C.S.S, Código: L.GM.DDSS.06032017, VIGENCIA 2017, afectó la disponibilidad de los ATAPS para atender los programas de tamizaje activo por cáncer, al dedicarse a tareas prioritarias de la institución, como la vacunación.
- Se limitó la entrega de invitaciones en las comunidades para el tamizaje de cáncer, por cuanto la directriz de digitalización de la ficha familiar por los ATAPS, tuvieron que dedicar parte importante de su tiempo a esta labor.
- Debido a daño de dos equipos de colonoscopia en el Hospital San Vicente de Paul, Heredia, se limitó el uso del equipo para endoscopia baja.

Porcentaje de cobertura de la prueba de Virus de Papiloma Humano en mujeres de 30 a 64 años:

- La emergencia de la Tormenta Nate, provocó la suspensión de actividades en las regiones, lo que atrasó el proceso de capacitación.
- Retraso en el proceso de contratación para la compra de servicios profesionales para el mapeo de barreras y

programa de capacitación para usuarias y personal de salud, en las 13 áreas de salud de la Región Chorotega.

- El proceso de la etapa inicial de la contratación administrativa para la adquisición de la prueba molecular, ha sido lenta por la naturaleza del producto a adquirir, el monto total de la misma y la falta de experiencia de la unidad de compra de apoyo, para desarrollar este tipo de compra.

Inicialmente el Centro Nacional de Citologías no contaba con profesional en microbiología, el cual se requiere para que el centro pueda realizar la prueba molecular.

- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.

Porcentaje de cobertura de la prueba de Virus de Papiloma Humano en mujeres de 30 a 64 años:

Logra un avance del 2,2% para un avance del periodo del 4.9% situación que obedece a:

- La emergencia de la Tormenta Nate, provocó la suspensión de actividades en las regiones, lo que atrasó el proceso de capacitación.
- Retraso en el proceso de contratación para la compra de servicios profesionales para el mapeo de barreras y programa de capacitación para usuarias y personal de salud, en las 13 áreas de salud de la Región Chorotega.
- El proceso de la etapa inicial de la contratación administrativa para la adquisición de la prueba molecular, ha sido lenta por la naturaleza del producto a adquirir, el monto total de la misma y la falta de experiencia de la unidad de compra de apoyo, para desarrollar este tipo de compra.

Inicialmente el Centro Nacional de Citologías no contaba con profesional en microbiología, el cual se requiere para que el centro pueda realizar la prueba molecular.

- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.

Número de mamografías incrementadas:

Debido a los procesos de compra la adquisición de los 11 nuevos mamógrafos se ha prolongado y se espera que sea hasta el segundo semestre del 2018 que inicie.

Número de días promedio para el reporte de las mamografías:

Se encuentran pendientes de cancelación las mamografías que se interpretaron en los meses de noviembre y diciembre, para ser canceladas en el 2018.

Porcentaje de cobertura de la prueba de Virus de Papiloma Humano en mujeres de 30 a 64 años:

El proceso de la etapa inicial de la contratación administrativa para la adquisición de la prueba molecular, ha sido lenta por la naturaleza del producto a adquirir, el monto total de la misma y la falta de experiencia de la unidad de compra de apoyo para desarrollar este tipo de compra. Esta es la mayor razón que ha incidido en la sub-ejecución presupuestaria de la meta.

- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

Número de Mamografías incrementadas:

Al mes de diciembre 2017 el incremento en el número de mamografías corresponde a 21.612 estudios respecto a la línea base (año 2013 de 117.111), para un acumulado del periodo (2015-2017) de 63.856 mamografías realizadas, lo que representa un avance del periodo del 77%.

De las mamografías realizadas y sus respectivas lecturas se evidenciaron 64 casos de pacientes con lesiones de sospecha de cáncer. Estos pacientes recibieron atención oportuna desde ultrasonidos, biopsias o cirugías, o inclusive la repetición del estudio en un tiempo determinado.

En resumen se realizaron un total de 138.723 mamografías en el 2017, en los 29 equipos distribuidos en todo el país. Así mismo, se dotó al Hospital La Anexión de Nicoya y la Clínica Clorito Picado de mamógrafos, en el mes de noviembre con lo cual se estima lograr impactos importantes en la detección temprana de cáncer de mama, procedimiento que culmina con la interpretación oportuna de los mencionados estudios y la distribución de las mamografías realizadas según red de servicios y establecimientos se presenta a continuación

Tabla 13.

Mamografías efectuadas por área de atención, según Red de Servicios y Establecimientos de Salud, CCSS, Enero-Diciembre 2017

Mamografías efectuadas por Área de Atención, según Red de Servicios y Establecimiento de Salud, CCSS, Año 2017									
Red de Servicios y Establecimiento de Salud	Total	Áreas de Atención						Servicios Alternativos	
		Hospital	Consulta Externa	Urgencias	Hospital de día	Visita Domiciliar	Apoyo a la Red	Empresas	Medicina Mixta
Mamografías	138 723	1 199	40 548	66	20	-	95 446	478	966
Serv. Nacionales Especializados	5 674	34	1 302	6	3	-	4 309	19	1
H. De Las Mujeres (Adolfo Carit)	5 482	13	1 173	-	-	-	4 276	19	1
H. Raúl Blanco Cervantes	192	21	129	6	3	-	33	-	-
Red Este	39 778	82	13 859	11	1	-	25 181	196	448
H. Rafael A. Calderón Guardia	5 784	56	3 539	6	-	-	2 160	18	5
A.S. Goicoechea 2 (Jiménez Núñez)	4 026	-	2 045	-	-	-	1 847	106	28
A.S. Coronado	6 630	-	5 872	-	-	-	758	-	-
H. Max Peralta Jiménez	12 482	10	1 297	1	-	-	10 974	2	198
H. William Allen	3 183	6	179	-	-	-	2 939	3	56
H. Tony Facio Castro	2 947	4	533	1	1	-	2 312	29	67
H. Guápiles	4 726	6	394	3	-	-	4 191	38	94
Red sur	34 578	328	13 366	20	-	-	20 516	114	234
H. San Juan de Dios	12 530	306	3 708	-	-	-	8 494	13	9
A.S. Puriscal-Turubares	1 480	-	1 439	-	-	-	4	3	34
A.S. Desamparados 1 (Marcial Fallas)	5 364	-	2 109	-	-	-	3 211	25	19
A.S. Hatillo (Solón Núñez)	3 950	-	2 535	-	-	-	1 384	17	14
H. Fernando Escalante Pradilla	5 646	20	2 515	20	-	-	2 895	53	143
H. Ciudad Neilly	2 838	2	534	-	-	-	2 284	3	15
H. Tomás Casas Casajús	2 770	-	526	-	-	-	2 244	-	-
Red Noroeste	58 693	755	12 021	29	16	-	45 440	149	283
H. México	6 112	-	3 902	-	-	-	2 210	-	-
H. San Vicente de Paúl	6 844	8	970	-	-	-	5 813	19	34
H. San Rafael de Alajuela	9 227	679	236	-	16	-	8 248	48	-
H. San Francisco de Asís	2 350	68	386	16	-	-	1 832	4	44
H. Carlos Luis Valverde Vega	5 662	-	846	13	-	-	4 655	7	141
H. San Carlos	6 941	-	274	-	-	-	6 596	35	36
H. Monseñor Sanabria	5 080	-	1 310	-	-	-	3 749	13	8
A.S. San Rafael	1 544	-	740	-	-	-	799	3	2
H. Max Terán Valls	907	-	126	-	-	-	781	-	-
H. Enrique Baltodano Briceño	6 742	-	735	-	-	-	5 969	20	18
A.S. Cañas	5 914	-	2 326	-	-	-	3 588	-	-
H. La Anexión	1 370	-	170	-	-	-	1 200	-	-

Nota: Por problemas en el Sistema de Información no envía los datos el Área de Salud Tibás-Uruca-Merced.
Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud.

Número de días promedio para el reporte de las mamografías:

Al cierre de noviembre se cuenta con un plazo promedio de espera a nivel nacional para la interpretación de mamografías de 50 días promedio, siendo lo programado 60 días, cuyo detalle por establecimiento se muestra a continuación:

Tabla 14
Promedio de espera para la interpretación de mamografías
según centro médico fecha de corte 30 noviembre 2017

Establecimiento	Plazo promedio
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	65
Hospital William Allen	0
Hospital San Rafael de Alajuela	60
Área de Salud Desamparados 1	15
Hospital Monseñor Sanabria	59
Hospital de las Mujeres	25
Hospital Tomás Casas	62
Hospital Ciudad Neily	91
Hospital Blanco Cervantes	8
Clínica Jiménez Nuñez	84
Hospital San Vito	59
CAIS de Puriscal-Turubares	120
Hospital Escalante Pradilla	120
Hospital Max Peralta	120
Hospital Tony Facio	152
Hospital de Guápiles	3
Hospital Enrique Baltodano	21
Hospital San Vicente de Paul	30
CAIS de Cañas	30
Área de Salud de Coronado	45
Hospital México	8
Hospital San Rafael de Puntarenas	3
Hospital San Carlos	0
Hospital San Juan de Dios	0
Hospital Calderón Guardia	0
Hospital San Francisco de Asís	60
Hospital Max Terán	70
Clínica Solón Núñez	76
Clínica Clorito Picado	10
Promedio nacional	50

Fuente: Gerencia Médica, Informe de Seguimiento Anual 2017.

Con respecto a la meta del periodo se logra reducir 130 días de los 150 esperados, lo que representa un avance del 86,6%.

La reducción del plazo promedio obtenido fue fortalecido por el apoyo dado por la Junta Directiva en su Artículo 39, de la sesión N° 8899 celebrada el 06 de abril del 2017, donde se aprueba la propuesta presentada por la Gerencia Médica para la interpretación de hasta 50.000 mamografías por medio de pago diferenciado fuera de jornada ordinaria durante el año 2017, este acuerdo permitió que bajo esta modalidad se interpretaran 22.812 estudios de mamografías, quedando pendiente aún de sumar los procedimientos que se encuentran en proceso de interpretación.

Bajo esta modalidad se brindó apoyo a 16 centros médicos para la lectura de Mamografías, a saber:

- 1- Hospital William Allen
- 2- Hospital Dr. Adolfo Carit Eva
- 3- Hospital San Vicente de Paul
- 4- Hospital San Francisco de Asís
- 5- Hospital San Rafael de Alajuela
- 6- Hospital Dr. Maximiliano Peralta
- 7- Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla
- 8- Hospital de San Vito
- 9- Hospital México
- 10- Hospital de Ciudad Neily
- 11- Hospital Monseñor Sanabria
- 12- Hospital Max Terán Vals
- 13- Clínica Clorito Picado
- 14- Clínica Dr. Marcial Fallas
- 15- Clínica Solón Núñez
- 16- Área de Salud Goicoechea 2

Como resultado de estas lecturas se lograron detectar 64 casos de pacientes con sospechas de cáncer, a los cuales se les atendió con prontitud en la realización de procedimientos relacionados con el diagnóstico.

Porcentaje de cáncer gástrico diagnosticados en etapa temprana:

Se logró un 7,7% de casos de cáncer gástrico diagnosticados desde los sitios del proyecto (Centro de Detección Temprana de Cáncer, Área de Salud San Rafael de Puntarenas, Hospital Monseñor Sanabria, Área de Salud de Corredores y Hospital Ciudad Neily) con modalidad de SGD y posterior gastroscopia, se han confirmado 38 casos de cáncer gástrico, de los cuales 11 han sido tempranos y 27 avanzados, superando la meta anual de 17, para lograr lo anterior se realizaron 3.064 Serie Gastroduodenal de cáncer temprano y 735 gastroscopias.

Adicionalmente el Hospital de Grecia ha estado sumando esfuerzos en la búsqueda de casos de cáncer gástrico, realizando 2.130 gastroscopias detectándose a tiempo 24 casos de cáncer gástrico, de los cuales 12 son tempranos y 12 avanzados.

En resumen, se diagnosticaron un total de 62 casos de cáncer gástrico, de los cuales 23 son tempranos y 39 son avanzados.

Es importante mencionar otros logros relevantes:

- Capacitación al personal del Área de Salud de San Rafael de Puntarenas para lograr una mejora en la captación de pacientes.
- Capacitación al especialista en radiología del Hospital de Ciudad Neily en el Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico.
- Monitoreo en los sitios del proyecto, mediante el cual se obtuvo información relevante para la valoración y redefinición de capacidades en el proyecto.

Porcentaje de cobertura institucional de tamizaje de cáncer de colón en personas de 45 a 74 años:

Durante este año se logró una cobertura de tamizaje de 6,1% con la realización de 2.433 pruebas de sangre oculta en heces de una población meta de 40.093 adultos. Dichas pruebas se realizaron en 5 establecimientos de salud (Área

de Salud de Atenas, Área de Salud Belén-Flores, Área de Salud San Isidro de Heredia, Área de Salud de Santo Domingo de Heredia y Hospital Valverde Vega), como resultado de estas pruebas se logró detectar 3 casos de cáncer.

Se realizaron actividades tales como:

- Socialización del proyecto a todas las Áreas de Salud.
- Respuesta positiva de la población invitada para realizarse la prueba de tamizaje.
- El sistema de referencia entre Áreas de Salud y II nivel ha funcionado adecuadamente.

Porcentaje de cobertura de la prueba de Virus de Papiloma Humano en mujeres de 30 a 64 años:

La medición de la cobertura del tamizaje con prueba de ADN-VPH se realiza cada cinco años, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS. Por lo anterior, no puede medirse anualmente debido a que no necesariamente una quinta parte de las mujeres candidatas a esta prueba para cubrir la población meta en ese periodo quinquenal, serán captadas en cada uno de esos años, por tanto, no se puede asumir que es cobertura, ya que la misma se calcula al final del periodo de 5 años.




Aclarado lo anterior, y partiendo de las pruebas aplicadas (137) se obtuvo un avance del 2% del 35% programado, en una población meta de 6.652 que corresponde a una de las áreas piloto de las tres que están iniciando la intervención. El acumulado del periodo 2015-2017, es de 2,2%.

A continuación se presentan acciones realizadas para la implementación y logro de esta meta:

- Capacitación de los equipos de apoyo de las tres áreas piloto iniciales (Carrillo, Cañas, Tilarán) y al equipo coordinador regional del proyecto en la metodología de mejoramiento de la atención de las enfermedades crónicas, de la OPS; para mejorar la gestión local y regional del programa de prevención.
- Capacitación de todos los EBAIS de las tres áreas piloto: Carrillo, Cañas y Tilarán en el mejoramiento de la gestión local del programa de prevención.
- Elaboración del Plan de Gestión Local para el tamizaje en la Región Chorotega, que incluye la aplicación de las acciones a nivel local en forma escalonada.
- Confección del cartel para compra de servicios profesionales, para el mapeo de barreras y programa de capacitación para usuarias y personal de salud, en las 13 áreas de salud de la Región Chorotega.
- Confección del cartel para la adquisición de la prueba molecular por licitación pública.

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9°) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

No aplica

Acceso y oportunidad de los servicios de salud	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  ()
		Con riesgo de incumplimiento  (X)
		Atraso crítico  ()

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.

- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.

- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.

La medición de este programa se realiza con la medición del indicador: **“Disminución del plazo promedio de espera, en procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el territorio nacional**

1. Atención de los pacientes de reciente ingreso a la lista sobre la cantidad de atendidos antiguos.
2. Ingreso de emergencias en el primer turno.
3. Limitaciones con la disponibilidad de quirófanos en algunos establecimientos.

- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.

El motivo en el atraso se debe a la atención de los pacientes de reciente ingreso a la lista sobre la cantidad de atendidos antiguos, además del ingreso de emergencias en el primer turno y algunas limitaciones en el uso de quirófanos en establecimientos de salud, en el siguiente cuadro las medidas de mejora.

- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.

La subejecución obedece a las limitaciones anotadas anteriormente que afectaron el cumplimiento de la meta y la ejecución presupuestaria de la misma.

- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

Durante el 2017, se logró reducir en 37 días para un promedio nacional de 191 días. Este dato se verificó con la implementación de un mecanismo de llamadas a pacientes de la lista de espera, que determina si se encontraba o no en las listas en una muestra de registros de centros específicos o con mayor plazo de espera.

A continuación se detalla la lista de centros de salud y los plazos promedios de espera en cirugía mayor ambulatoria:




Tabla 15
Comparación de plazos promedios de espera en cirugía mayor ambulatoria,
en establecimientos del territorio nacional.
Enero y Diciembre 2017

Establecimiento	ene-17	dic-17	Diferencia de días entre enero y diciembre (en negativo aquellos que incrementaron la lista en rojo aquellos que redujeron su plazo)
Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia	527	371	156
Hospital Mexico	519	317	202
Hospital San Rafael de Alajuela	461	469	-8
Hospital Max Peralta Jiménez	382	252	130
Hospital San Juan de Dios	352	342	10
Hospital San Vicente de Paúl	328	259	69
Hospital Monseñor Sanabria	308	252	56
Hospital Fernando Escalante Pradilla	305	279	26
CENARE	283	214	69
Hospital William Allen Taylor	275	228	47
Hospital de La Anexión	258	290	-32
Hospital San Francisco de Asís	227	242	-15
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	223	271	-48
Hospital Nacional Geriátrico	216	161	55
Hospital San Carlos	194	115	79
Hospital de Guápiles	183	167	16
HOMACE	174	197	-23
Hospital Golfito	121	69	52
Hospital Los Chiles	114	96	18
Hospital Enrique Baltodano Briceño	100	315	-215
Hospital Neily	92	110	-18
Hospital Tony Facio	92	175	-83
Hospital Max Terans Vals	54	27	27
Clínica Oftalmológica	49	55	-6
Hospital Upala	45	116	-71
Hospital San Vito	20	105	-85
Hospital Tomás Casas	0	22	-22
Área de Salud Coronado	0	22	-22
Hospital Nacional de Niños	0	0	0

Fuente: Gerencia Médica, Informe de Seguimiento Anual 2017.

De los establecimientos de salud que muestra el cuadro, 27 corresponden a hospitales, 1 a la Clínica Oftalmológica y 1 al Área de Salud Coronado, de estos centros médicos 16 (55%) redujeron los plazos de espera durante el año 2017 sobresaliendo el hospital México con 202 días y hospital Calderón guardia con 156 días seguido del hospital de Alajuela con 130 días. Por otro lado 13 (45%) centros incrementaron su lista de espera, sobresaliendo el Hospital Enrique Baltodano Briceño, con 215 días.

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9°) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

Promoción de estilos de vida saludables en la población	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  (X)
		Con riesgo de incumplimiento  ()
		Atraso crítico  ()

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.

CEN-CINAI

Porcentaje de establecimientos de CEN CINAI que promueven actividad física y la prevención del tabaquismo, se logró el cumplimiento de la meta del periodo 2015-2018 al llegar a ejecutar acciones de promoción de la actividad física y prevención del tabaquismo con personas adultas de las familias de los niños y niñas atendidos en los CEN CINAI, en 207 comunidades diferentes, que corresponden al 33% de los establecimientos con que cuenta actualmente la Dirección Nacional de CEN CINAI. Este logro se consiguió gracias al esfuerzo del personal operativo de la Dirección Nacional de CEN CINAI, a la coordinación interinstitucional, a la sensibilización de los miembros de la comunidad con habilidades especiales para la actividad física para que donaran horas de trabajo voluntario con familias beneficiarias del servicio. De esta manera esta meta alcanzada es el trabajo conjunto de instituciones estatales y voluntariado comunal.

- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.

- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.

Ministerio de Salud

Se podrían mencionar que existen dos categorías de obstáculos o limitaciones: aquellas manifestadas por los Equipos Técnico Locales, quienes tiene la parte operativa del Programa y las limitaciones encontradas a nivel nacional por del Equipo Técnico Nacional.

Limitaciones en el campo operativo:

- a) Falta de recursos económicos: si bien el Programa ha contado con recursos económicos estos han

sido para las actividades que se gestionan desde el nivel nacional y que llegan a todos los colegios del país: contrataciones, compra de equipos y de insumos deportivos. Los Equipos Técnico Locales no han contado con presupuesto local para llevar a cabo las acciones locales como lo son Feria, Rally y la Caminata.

- b) La infraestructura de los centros educativos: algunos colegios no cuentan con los espacios idóneos para realizar actividades que impulsa el Programa, provocando así que la actividad no sea desarrollada al 100%.
- c) La saturación del calendario escolar de los centros educativos: los centros educativos tienen muchas actividades que por calendario MEP las cuales deben cumplirse a esto se suma las demás actividades que se introducen por medios de los programas, planes y proyectos que se involucran los centros educativos esto ha provocado la reprogramación o la cancelación de actividades del Programa.

Limitaciones a nivel nacional

- Apoyo político al Programa: a lo largo de estos tres años de ejecución del Programa, el apoyo por parte de las autoridades ha sido irregular. La asignación de presupuesto es siempre una lucha por dar, aun siendo el Programa una prioridad según lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo.
- Atrasos en la asignación de presupuestos: para este año se contaba con presupuesto para dos actividades, a pesar de haber presentado toda la documentación a tiempo debido a la lentitud en los procesos de licitación no se pudo ejecutar. Los contratados con las empresas salieron hasta inicios de diciembre por lo que el presupuesto se trasladó para el 2018.

ICODER

En este caso, hay que hacer un análisis de las dos variables principales que influyen en esta meta, una es la realización de actividades recreativas que se realizan directamente en las comunidades, con el apoyo de las Direcciones Regionales del ICODER, y la segunda variable que es la de aportes económicos a los CCDR para la ejecución de Juegos Regionales y Comunales.

En el primer caso, la meta es llevar a cabo 300 actividades, 30 por región; y se han realizado 280 actividades, cumpliéndose con 93% de la Meta.

En el otro objetivo, de aportes económicos a los CCDR para la ejecución de Juegos Regionales, Comunales y Proyectos con RECAFIS, se realiza el aporte para 19 proyectos, siendo la meta 38 proyectos; razón por la cual se logra un avance en la Meta de 50%.

Esta Meta se ve afectada por una serie de circunstancias internas y externas, entre las cuales están

- 1- Falta de apoyo administrativo; lo cual ha sido acentuado con la Directriz de Congelamiento de Plazas.
- 2- Falta de seguimiento por parte de los Coordinadores Regionales en aquellas Regiones que se quedaron sin este personal; por la salida por pensión de estos compañeros; lo cual dificultaba a sobremano el seguimiento a los CCDR para que se cumpliera con los requisitos establecidos para estas transferencias.
- 3- Problemas administrativos internos de los CCDR; que no cuentan con el personal calificado para realizar estos trámites.
- 4- Cambio en las Juntas Directivas de los CCDR.
- 5- CCDR sin Juntas Directivas.
- 6- Problemas entre CCDR y las Municipalidades.
- 7- Falta de un estudio actualizado de los CCDR con Liquidaciones pendientes con el ICODER.
- 8- Carencia de un sistema integrado de información que permita acceso a la información de liquidaciones pendientes de los CCDR.
- 9- Presentación tardía de documentación.

- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.
- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.

Ministerio de Salud

Tal como se ha venido reportando en el transcurso de los tres años de implementación, el programa en teoría tiene un estimado de más de 400 millones de colones por año, provenientes de presupuesto del Programa de Control de Tabaco (Ley 9028). Este programa ha venido sufriendo importantes recortes de presupuesto que han incidido drásticamente en los diferentes programas y proyectos financiados con este. En el caso específico del “Programa Ponele a la Vida” por ser un programa nacional, ha sido sumamente difícil de sostener, situación escapa de nuestro ámbito de acción.

Por esta razón, el “Programa Ponele a la Vida” ha concentrado la solicitud de presupuesto para la campaña publicitaria (que ha resultado muy efectiva) y en aquellas actividades que se gestionan desde el nivel central para todos los colegios, ya que requieren de gran movilización logística y experiencia que el Ministerio de Salud no tiene.

En el 2017, se contaba con presupuesto para dos grandes actividades: Talleres Dinámicos “Programa Ponele a la Vida”, y Rally de Actividad Física y Recreación “Programa Ponele a la Vida”, por lo que desde inicios de febrero de 2017 se tuvieron listos todos los documentos para iniciar los procesos de contratación. Sin embargo, debido a la lentitud de los procesos de licitación, los contratos con las empresas estuvieron listos hasta el mes de diciembre de mismo año, por lo que estos compromisos debieron ser arrastrados para ser ejecutados con presupuesto de 2018.

Los 10 millones reportados como ejecutados, corresponden a una adenda elaborada para ampliar la campaña publicitaria del 2016, contratación que por el mismo motivo expuesto debió realizarse con presupuesto 2017.

- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

Ministerio de Salud

El “Programa Ponele a la Vida”, en el 2017 llegó a 122.932 estudiantes y a 5800 estudiantes con discapacidad y realizó 302 a tácticas.

Tabla 16

Número de estudiantes que participaron en el “Programa Ponele a la Vida” según tácticas realizadas, Ministerio de Salud- MEP, 2017

Táctica del programa	Número de tácticas realizadas	Número de actividades realizadas	Número de estudiantes	Número de estudiantes discapacitados
Feria Ponele a la Vida	68	458	28772	1693
Rally Ponele a la Vida	69	762	27946	1042
Caminata Ponele a la Vida	65	129	19602	1017
Gira Ponele a la Vida	100	100	46612	2048
Total	302	1449	122932	5800

Fuente: Unidad de Determinantes de la Salud. Ministerio de Salud 2017

A continuación se presentan los datos correspondientes a cada variable y al indicador de estilos de vida saludables para la Muestra 2017 del “Programa Ponele a la Vida”. Como se observa en la tabla 17, durante el 2017, 51,8% de los estudiantes consumieron frutas una o más veces al día.

Tabla 17

Porcentaje de estudiantes que consumen frutas 1 o más veces al día, “Programa Ponele a la Vida”, Ministerio de Salud, 2017

Frecuencia de consumo de frutas	Porcentaje	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
1 o más veces al día	51.80	50	54
Total	100		

Fuente: Unidad de Determinantes de la Salud. Ministerio de Salud, 2017.

En el caso del consumo de vegetales y verduras “Programa Ponele a la Vida” para el 2017 un 59,4 % de los estudiantes los consumieron una vez o más veces al día.

Tabla 18.

Porcentaje de estudiantes que consumen vegetales 1 o más veces al día,
“Programa Ponele a la Vida”, Ministerio de Salud, 2017

Frecuencia de consumo de vegetales y verduras	Porcentaje	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
1 o más veces al día	59	57	61
Total	100		

Fuente: Unidad de Determinantes de la Salud. Ministerio de Salud, 2017.

Además se observó que el 60,6% de los estudiantes práctico actividad física durante tres o más días por semana.

Teniendo como marco referencial las anteriores variables, se procedió al cálculo de indicador “Estilos de vida saludable” para la muestra de estudiantes 2017. Dicho cálculo mostró que el 28,4% de los estudiantes comieron frutas, vegetales o verduras y practicaron actividad física una o más veces por semana, con un intervalo de confianza del 95%.

Según lo estimado en el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 el valor del indicador de Estilos de vida Saludable para el 2017 debería ser del 24,5%, ya que se estimó un aumento del 4,5% con respecto a la medición de línea base 2013 (20%). La medición realizada en el presente año apunta a que el indicador de “Estilos de vida saludable “fue del 28,4%, por lo que se cumple y sobrepasa con la meta establecida en dicho Plan para el “Programa Ponele a la Vida” en el 2017.




ICODER

Durante el 2017, se realizaron 19 proyectos nuevos de juegos regionales en los cantones de: Curridabat, Buenos Aires, Proyecto RECAFIS: Parrita, La Cruz, Naranjo, Matina-Bataan, Sarapiquí, Guatuso, Turrialba.

Juegos Comunales: Jacó, Hojancha, Oreamuno, Los Chiles, Montes de Oro, Palmares, Talamanca, Sarapiquí.

Proyecto de Escuelas de formación: Montes de Oro

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9º) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

Programa Nacional de Atención de los Trastornos Mentales, del Comportamiento y de las Adicciones	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  (X)
		Con riesgo de incumplimiento  ()
		Atraso crítico  ()

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

Esta situación obedece a que la institución con los servicios que mantiene en la sede central y en las diferentes regiones del país (CAID) cuenta con una mayor demanda por parte de las personas que presentan problemas por el consumo de drogas, particularmente en los servicios especializados para personas menores de edad y en la atención en el servicio de desintoxicación.

Las consultas de primera vez en la vida para el año 2015 representaron el 34% del total, incrementándose en el año 2016 al 41% y para el 2017 al 42%, lo cual evidencia una reducción de las consultas subsecuentes.^[1] Este es un cambio importante que se manifiesta en la prestación de los servicios del IAFA.

- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.

La rectoría considera que el avance de la meta de CCSS “Número de equipos interdisciplinarios conformados”, si bien está ligeramente atrasado, a final del 2018 se podrá contar con los 20 equipos conformados.

- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

En materia de tratamiento, no se presentaron factores excepcionales que afectaran los resultados. Para el caso de Prevención, tal y como se ha venido comentando, la situación de la Circular del MEP con las directrices para la ejecución del programa, ya que no se contó con la participación de docentes en las capacitaciones. Además, se presentó resistencia en desarrollar el programa en los circuitos 2 y 7 de la provincia de Alajuela, quedando once centros educativos sin implementar el programa, además de incapacidades por maternidad y jubilaciones que no fue posible sustituir. Finalmente las consecuencias del Huracán Nate fue otro de los factores a considerar.

^[1] Consulta Subsecuente es toda la atención realizada a un paciente por una determinada enfermedad o por una acción de salud, después de la consulta de primera vez.

Caja Costarricense de Seguro Social

Este programa se implementa con tres metas:

- 39 Áreas de Salud con atención de trastornos metales y adicciones.(Cumplida)
- 20 Equipos Interdisciplinarios conformados
- 32 Camas para Psiquiatría y Salud Mental.(Cumplida)

De estas tres metas, dos están cumplidas. A continuación se discute acerca del avance de la meta “Número de equipos interdisciplinarios conformados”.

Las limitaciones que han incidido para el cumplimiento son:

- Demoras en el cálculo de los costos de ejecución y de dotación de presupuesto al tratarse de una modalidad de atención diferente hasta ahora brindada en los servicios de salud.
- Demora en la dotación de plazas para la conformación de nuevos equipos interdisciplinarios de salud mental, según programación del periodo en curso.
- Demora en los trámites de dotación de recurso presupuestario para el desarrollo de las actividades según cronograma programado generando rezagos y afectaciones en el flujo del proceso establecido.
- Limitación en la disponibilidad de tecnologías (sistemas de información, equipos, capacitación, insumos).
- Poca vinculación de los actores institucionales que dentro de sus competencias deben apoyar la sostenibilidad del proceso.

- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.

Caja Costarricense de Seguro Social

La meta tiene un 50% de avance, debido a la falta de dotación de plazas para la conformación de los equipos faltantes.

- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)

El dato del presupuesto ejecutado corresponde al mes de noviembre 2017, ya que, el Subproceso Financiero se encuentra preparando la liquidación del periodo, que generalmente se va elaborando para finales del mes de enero, por razones propias del proceso. Cuando se disponga del dato actualizado se suministrará el mismo.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

La subejecución obedece a que por ser una modalidad de atención diferente, se presentaron dificultades para el cálculo aproximado de los costos de ejecución, lo cual provocó que en muchos casos no se ajustara lo programado con lo ejecutado.

- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

1. Cobertura de servicios de salud del IAFA.

La meta establecida para el periodo 2015 – 2018 corresponde a cubrir un total de 19.972 personas que acuden a los servicios de tratamiento por primera vez en la vida, lo que significa que cada año se atendería, 4.993 (2.5%) hasta alcanzar ese 10%. Este porcentaje se vincula al incremento en la cobertura de servicios de salud, cuyo indicador es el porcentaje de personas que consultan por primera vez en los servicios del IAFA. Con resultados positivos, se ha posibilitado la atención de la población masculina y femenina, adulta y menor de edad, con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, ya que muchas de las personas que no tenían acceso a los servicios del IAFA lo tienen ahora, recibiendo atención por primera vez, para un avance de la meta con respecto al 2.5% del 5.5%.

Sólo durante el año 2017 un total de 11.056 personas, (8.726 hombres y 2.330 mujeres) recibieron atención por primera vez en la vida. Ahora bien, considerando el compromiso del periodo acumulado (10%, 2015 – 2018) la cantidad de personas recibiendo atención por primera vez en la vida al 31 de diciembre 2017 es de 28.701 (22.489 hombres y 6.212 mujeres) para un avance de la meta con respecto al 10% del 14.4%, lo que equivale a 8.729 más de lo programado. De acuerdo a la distribución geográfica que utiliza MIDEPLAN, las atenciones de primera vez en la vida (acumulado) en los diferentes servicios que brinda la institución en la modalidad de tratamiento, es la siguiente:

Tabla 19
Personas atendidas por primera vez según región, IAFA, 2015-2017

Regiones	2015		2016		2017		Resultado acumulado			
	Nuevos en la vida	% Avance	Nuevos en la vida	% Avance	Nuevos en la vida	% Avance	Hombres	Mujeres	Total	% Avance
Central	4.908	2,46	6.741	3,38	8.106	4,06	15.915	3.840	19.755	9,89
Huetar Norte	624	0,31	520	0,26	523	0,26	1.118	549	1.667	0,83
Pacífico Central	887	0,44	907	0,45	864	0,43	1.981	677	2.658	1,33
Chorotega	628	0,31	548	0,27	540	0,27	1.309	407	1.716	0,86
Huetar Caribe	627	0,31	568	0,28	676	0,34	1.340	531	1.871	0,94
Brunca	303	0,15	384	0,19	347	0,17	826	208	1.034	0,52
Total	7.977,0	4,0	9.668	4,8	11.056	5,5	22.489	6.212	28.701	14,4

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

2. Primer ciclo de escuelas públicas recibiendo el programa “Aprendo a Valerme por Mi Mismo”

En Prevención la meta establecida se vincula únicamente a la capacitación de niños y niñas del primer ciclo (primero, segundo y tercer grados) de escuelas públicas recibiendo el programa “Aprendo a Valerme por Mi Mismo”, cuyo indicador es el porcentaje de participación de escolares en el programa. Sólo en el año 2017, se capacitaron por medio de los agentes multiplicadores (docentes) un total de 196.339 niños y niñas cuyo porcentaje con respecto a lo programado es del 94.5%. De esa población 101.490 son hombres y 94.849 corresponden a mujeres.

Es importante destacar que se reportan únicamente procesos de capacitación culminados en su totalidad y no por avances según los temas abarcados.

Considerando el compromiso del periodo acumulado (2015 – 2018) la cantidad de niños y niñas capacitados al 31 de diciembre 2017 es de 536.624 (276.707 hombres y 259.917 mujeres) para un avance acumulado del 68.9 % sobre el 100% de la población a capacitar en los cuatro años del PND.

De acuerdo a la distribución geográfica que utiliza MIDEPLAN, la capacitación de la población escolar (acumulado) en los diferentes centros educativos del país, es la siguiente:

Tabla 20
Escolares capacitados, I ciclo del programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo”
según región, IAFA, 2015-2017

Regiones	2015	2016	2017	Resultado acumulado		
	Escolares capacitados	Escolares capacitados	Escolares capacitados	Hombres	Mujeres	Total
Central	65.111	102.625	100.746	138.159	130.323	268.482
Huetar Norte	21.591	29.051	25.988	39.637	36.993	76.630
Pacífico Central	8.678	12.658	12.445	17.663	16.118	33.781
Chorotega	13.435	21.197	20.612	28.395	26.849	55.244
Huetar Caribe	15.034	20.733	21.862	29.629	28.000	57.629
Brunca	11.358	18.814	14.686	23.224	21.634	44.858
Total	135.207,0	205.078	196.339	276.707	259.917	536.624
% Avance	87,2%	98,7%	94,5%			68,9%

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Caja Costarricense de Seguro Social

Durante el año 2017 se crearon seis Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental, para un total acumulado de diez, lo que representó un avance del 50% sobre la meta del periodo (20 equipos).

En la siguiente tabla se presenta la distribución de los equipos por regiones del MIDEPLAN:

Tabla 21
Equipos interdisciplinarios conformados, para la atención
ambulatoria de adicciones y salud mental
según región, CCSS, 2016 -2017

Región	Programación Periodo	Avance al 31 de diciembre 2017	Centro médico	Año de conformación
Central	12	3	1-Área de Salud Desamparados 1 2-Hospital San Vicente Paúl (Heredia) 3-Área de Salud Coronado	2016 2016 2016
Chorotega	2	1	1-Hospital La Anexión (Nicoya)	2017
Pacífico Central	1	2	1-Hospital Max Terán (Quepos) 2-Área de Salud San Rafael de Puntarenas	2016 2017
Brunca	3	1	1-Hospital Ciudad Neilly	2017
Huetar Caribe	1	2	1-Hospital Tony Facio (Limón) 2-Área de Salud Siquirres	2017 2017
Huetar Norte	1	1	1-Hospital San Carlos	2017
TOTAL	20	10		

Fuente: Gerencia Médica, informe de seguimiento anual 2017.

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9°) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

Caja Costarricense de Seguro Social

Con respecto al decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, en donde se estableció como meta la creación de 01 Equipo Interdisciplinario de Salud Mental, la Institución conformó dos equipos a saber:

- Hospital Tony Facio (Limón)
- Área de Salud Siquirres

En relación con la información de la población **afrodescendiente** no se cuenta con el dato; esto por cuanto el módulo de registro, según se ha estado desarrollando en el expediente digital único en salud (en adelante EDUS), está en fase de prueba.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia




El IAFA mantiene en el PND, una meta relacionada con el porcentaje de personas que se atienden por primera vez en la vida en los servicios del IAFA (tratamiento). Del total de personas atendidas en las diferentes regiones del país que alcanzan 11.056, de la región Huetar Caribe corresponden 676 personas (515 hombres, 161 mujeres) atendidas en el CAID ubicado en el centro de la provincia de Limón.

La otra meta está relacionada con el porcentaje de participación de escolares del I ciclo de escuelas públicas en el programa de prevención, del total de niños y niñas capacitados año 2017 en el I Ciclo (196.339) de la región Huetar Caribe corresponden 57.629 de los cuales, 29.629 son varones y 28.000 son mujeres.

Adicionalmente en el segundo ciclo se capacitaron en la región Huetar Caribe 20.571 niños y niñas, de los cuales 10.498 son varones y 10.073 son mujeres.

En lo relacionado a la implementación del Programa Territorio Norte- Norte, en los CAID localizados en el cantón de San Carlos y Santa Cruz fueron atendidas 33 personas (23 hombres, 10 mujeres), provenientes de los Chiles y Guatuso y 37 personas (33 hombres y 4 mujeres del cantón de Upala).

En materia el programa de prevención “Aprendo a Valerme por Mi Mismo” que se ejecuta en escuelas públicas del país, en Los Chiles se ejecutó en 55 escuelas públicas, en Guatuso 53 y Upala 123. Además en actividades de movilización y divulgación se contó con la participación de 450 niños y niñas provenientes de escuelas públicas de Guatuso.

Programa CEN-CINAI	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  ()
		Con riesgo de incumplimiento  (X)
		Atraso crítico  ()

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.

CEN-CINAI

Porcentaje de establecimientos de CEN-CINAI que promueven actividad física y la prevención del tabaquismo, se logró el cumplimiento de la meta del periodo 2015-2018 al llegar a ejecutar acciones de promoción de la actividad física y prevención del tabaquismo con personas adultas de las familias de los niños y niñas atendidos en los CEN CINAI, en 207 comunidades diferentes, que corresponden al 33% de los establecimientos con que cuenta actualmente la Dirección Nacional de CEN CINAI. Este logro se consiguió gracias al esfuerzo del personal operativo de la Dirección Nacional de CEN CINAI, a la coordinación interinstitucional, a la sensibilización de los miembros de la comunidad con habilidades especiales para la actividad física para que donaran horas de trabajo voluntario con familias beneficiarias del servicio. De esta manera esta meta alcanzada es el trabajo conjunto de instituciones estatales y voluntariado comunal.

Número de beneficiarios de la estrategia intramuros de CEN-CINAI, corresponde a la Atención y Protección Infantil (API) diaria a niños y niñas en los establecimientos CEN-CINAI (intramuros); con servicios de atención y protección infantil, nutrición preventiva y promoción del crecimiento y desarrollo, que forman parte de la Red Nacional de Cuido, logró aumentar en 6.969 niños y niñas respecto a los 20.697 menores que recibieron atención en mayo 2014 (línea base). Para el tercer trimestre 2017 se logró atender 27.666 menores, que incluyen bebés, prescolares y escolares.

Estos 27.666 niños y niñas se lograron atender en 463 CEN CINAI mediante la ejecución de diferentes estrategias todas dentro de la meta de atención y protección intramuros, según el desglose que se presenta en el siguiente cuadro. Con servicio diurno se atendió 21.261 menores, en los servicios nocturnos la atención protegió a 1.625 niños y niñas, con la modalidad de atención de bebé junto con un adulto de su familia normalmente su madre, de tal manera que las acciones puedan ser repetidas en el hogar se alcanzó 1.779 bebés de ambos sexos, así también 3001 niños y niñas disfrutaron de la promoción del crecimiento y desarrollo, atención y protección mediante espacios multiusos donde el niño bajo la orientación del personal estimula el área de su elección, utilizando diferentes recursos que han sido dispuestos adecuadamente por el personal de los CEN CINAI.

Todos estos niños además recibieron los servicios de Nutrición Preventiva que incluye alimentación, valoración y seguimiento de su crecimiento y desarrollo y educación en el campo alimentario, nutricional y para el autocuidado de la salud.

Con el logro de la meta del periodo la Dirección Nacional de CEN CINAI cumple no solamente con la meta del PND 2015-2018, sino que además se cumple con la meta puesta al Sector Salud, Nutrición y Deportes como parte de la Red de Cuido.

Tabla 22
Niños y niñas con servicios de Atención y Protección Infantil, estrategia intramuros, según región, CEN-CINAI, noviembre, 2017.

Región	Total	Servicio API diurno	Servicio API nocturno	adulto / bebé	Niños y niñas con espacios multiusos
Central	14.034	11.468	580	695	1.291
Chorotega	3.748	3.212	361	96	79
Pacífico central	1.928	1.455	306	78	89
Brunca	2.512	1.716	104	85	607
Huetar caribe	1.648	1.375	80	9	184
Huetar norte	3.796	2.035	194	816	751
Total	27.666	21.261	1.625	1.779	3.001

Fuente: Dirección Nacional de CEN CINAI, con datos del informe mensual de cada centro, noviembre 2017.

Número de comunidades indígenas con proceso de acompañamiento, la meta es atender 20 comunidades y se atendió a 26 comunidades, por lo que se logró un 130% respecto a lo programado. Cuando se realizó el PND se pensó que la ejecución de esta meta requería el trabajo previo de un equipo de antropólogos o sociólogos lo que limitaría la atención directa, no obstante, con la incorporación de personas de las comunidades en los Comités de CEN CINAI se ha logrado la adaptación cultural de los servicios en las zonas con comunidades indígenas de forma más rápida de lo programado. Además, se ha contado con el apoyo de otros funcionarios públicos presentes en las comunidades como el personal del nivel primario de la CCSS, o del Patronato Nacional de la Infancia.

Porcentaje de niños y niñas mayores a 5 años con malnutrición que mejoran su estado nutricional, esta meta de resultado o visualización de los efectos directos del servicio. Según los datos del seguimiento de niños y niñas con malnutrición, registrados en la herramienta de seguimiento al niño o niña con malnutrición, la meta del indicador IMC que se utiliza en niños mayores de cinco años, fue cumplida y ampliamente superada, y fue posible superar los datos previamente programados gracias a que:

- Se reescribieron las normas y procedimientos utilizados para el seguimiento de niños y niñas con desnutrición
- Se capacitó al personal profesional y ASCC3 en la aplicación de la normativa y sus procedimientos
- Se mejoró el sistema de captura de datos del estado nutricional que permite dar el seguimiento y finalmente cuantificar la cantidad de menores que mejoran su estado nutricional.

Es importante tener en cuenta que por la naturaleza de esta información en esta meta se trabaja con datos relativamente pequeños, por lo que un pequeño número de menores puede representar un cambio sensible en términos porcentuales. Para el 2017 año al que se refiere este informe el total de niños mayores a 5 años que se recibieron en los servicios de CEN CINAI con mal nutrición fueron de 228 niños de ambos sexos, tal y como se muestra en el siguiente cuadro, mejoraron 120 menores lo que representa el 52,6%. En tanto lo programado en el PND parte de línea base de 29% y se programó aumentar un 6% o sea llegar a un 35%, razón por la cual lo alcanzado supera en más de un 125% lo programado.

El siguiente cuadro muestra los resultados de la evaluación de efectos en el estado nutricional de niños y niñas registrados en la herramienta de seguimiento del niño o niña con malnutrición, según el corte a octubre 2017, en específico el efecto se refiere a la relación de los resultados de los niños mayores de cinco años que fueron detectados con malnutrición con los resultados de la evaluación nutricional del 1° seguimiento, donde se encuentra un efecto de mejora en un 52.6% de los niños y niñas detectados con malnutrición.

Tabla 23
Estado nutricional de los niños y niñas mayores de 5 años con malnutrición,
según indicador IMC, Dirección Nacional de CEN-CINAI, 2017.

Total de niños y niñas detectados con malnutrición	Efecto en el Estado Nutricional					
	MEJORA		DESMEJORA		MANTIENE MALNUTRICION	
	#	%	#	%	#	%
228 (100%)	120	52.6	20	8.8	88	38.6

Fuente: Unidad de Investigación y Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo, octubre 2017.

Es importante recordar que el indicador IMC se utiliza en niños y niñas que son mayores de 5 años, por lo que el tamaño de la muestra es pequeño. El reto para el 2018 es mantener ese porcentaje de mejora.

- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.

¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.

- La política de contención del gasto afectó el logro fundamentalmente de la meta de Promoción del Crecimiento y Desarrollo Infantil modalidad extramuros.
- El deterioro de la flotilla vehicular, aunado a que las posibilidades de sustitución son limitadas
- Recolección de datos en formulario dado por el SNERUBE que requiere un mínimo de 45 minutos por familia, en total se recolectó información de más de 95375 familias, tiempo que se resta a otras actividades programadas como la Promoción del Crecimiento y Desarrollo extramuros.
- Si durante el 2018 se solicita que los datos de SNERUBE sean digitados en el sistema de Registro Único de Beneficiarios del Estado, la afectación en cuanto a la reducción del tiempo para ejecutar las acciones técnicas propias de la Promoción del Crecimiento y Desarrollo Infantil será aún más significativa, por lo que la Dirección Nacional de CEN CINAI desde ya hace esfuerzos para la contratación de digitadores que realicen este trabajo y así poder cumplir con las metas de desarrollo.
- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.

- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.

Al lograr la consolidación de la Dirección Nacional de CEN CINAI como ente adscrito, fue necesario incorporar a nuevas personas en el proceso de contratación, quienes tienen que alimentar el SICOP proceso novedoso que requiere de capacitación.

Fue necesario en algunas contrataciones, publicarlas varias veces hasta lograr oferentes, algunas se quedaron sin ejecutar por este motivo.




- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9°) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

Avance en la ejecución del Programa Costa Rica desde el Caribe y “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral

En el siguiente cuadro se detalla el avance de los proyectos de obra civil incluidos en estos programas. En cuanto al de “Remodelación de la infraestructura y equipamiento de Centros de Atención Extramuros y equipamiento de Centros de Educación y Nutrición (CEN), en comunidades con alta densidad de personas migrantes de los cantones de San Carlos, Los Chiles y Coto Brus”, se logró aprobación del financiamiento por parte del Fondo Migratorio, se realizaron todas las coordinaciones con personal del Fidecomiso del Banco de Costa Rica, se logró sacar a contratación la elaboración de dos obras pero no fue posible su adjudicación por lo que se repetirá el proceso.

De los proyectos incluidos en el Programa Costa Rica desde el Caribe correspondientes a CEN CINAI el único pendiente es 001549 Construcción del CEN Jiménez de Pococí, en este caso se logró traspasar el terreno, está pendiente el diseño de la obra y su inclusión en un presupuesto. **Ver anexo 2, tabla 2.2**

Estrategia para la atención de pacientes que sufren accidentes de tránsito y laborales	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  ()
		Con riesgo de incumplimiento  (X)
		Atraso crítico  ()

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.

Instituto Nacional de Seguros (INS)

En el caso de la Red de Servicios de Salud el indicador número de nuevos centros de atención abiertos, se ha cumplido en un 132 %. La apertura de nuevos servicios y la adherencia de nuevos consultorios médicos laborales han permitido el desarrollo de la meta. Es importante anotar que como parte del proceso de planificación de la Red de Servicios de Salud en sus tres niveles de atención se han determinado las necesidades de nuevos servicios en cada una de las regiones esto por cuanto la población adscrita presenta requerimientos que deben suplirse con el fin de garantizar la calidad y la seguridad de los usuarios. De la misma manera, los nuevos Centros de atención o Centros de Salud Regionales responden a los requerimientos de atención de distintas zonas geográficas tomando en cuenta la epidemiología, la accidentabilidad y la accesibilidad de nuestros servicios de salud.

Con la generación de nuevos servicios y consultas médicas especializadas, es posible garantizar el acceso a diagnóstico, métodos diagnóstico y de laboratorio cercanos al lugar de residencia de los usuarios, reduciendo así los tiempos de traslado, listas de espera, periodo de incapacidad así como entre otras variables que afectan directamente al usuario en su satisfacción sobre el servicio.

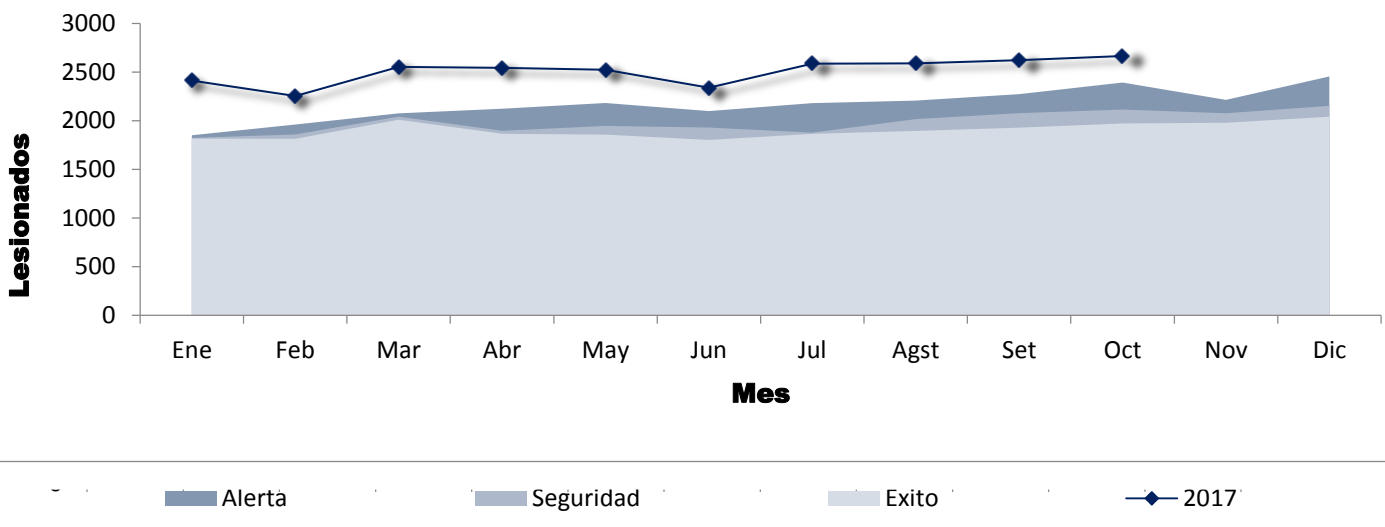
Adicionalmente, la adhesión de nuevos consultorios médicos laborales, garantiza la atención de los trabajadores en su lugar de trabajo, recibiendo atención médica oportuna bajo los estándares de calidad de la Red de Servicios de Salud, evitando los desplazamientos, reducción del tiempo de reincorporación del trabajador a la actividad laboral, control de incapacidades, seguimiento de las patologías de los trabajadores entre otros beneficios derivados.

- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.
- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.

En el caso de la Red de Servicios de Salud, se presenta un rezago en el cumplimiento del horizonte de citación de la especialidad de ortopedia ya que para el año 2017, el horizonte de citación mencionado finaliza en 16,58 días. Es importante mencionar que se ha realizado un análisis de las principales causas de ocurrencia de este incumplimiento teniéndose en cuenta:

1. **Aumento en la accidentabilidad relacionada con los accidentes de tránsito:** Los accidentes de tránsito se han convertido en una epidemia en Costa Rica, aumentando la mortalidad asociada a los mismos. Para el año 2017, los mismos se han convertido en un problema de salud pública ya que se consideran una epidemia. Relacionado con la accidentabilidad general que enfrenta nuestro país, se determina que en el periodo de enero a octubre 2017, el mayor número de lesionados corresponde a personas que tienen accidentes de tránsito donde el vehículo involucrado corresponde a una motocicleta. A continuación se presenta el corredor endémico para el Seguro Obligatorio de Automóvil, en donde se evidencia que los accidentes de tránsito en el año 2017 se encuentran en la zona de epidemia. Esta epidemia se ve alimentada principalmente por los accidentes de tránsito donde el vehículo involucrado es una motocicleta. Para los otros tipos de vehículo no se observa esta tendencia de aumento.

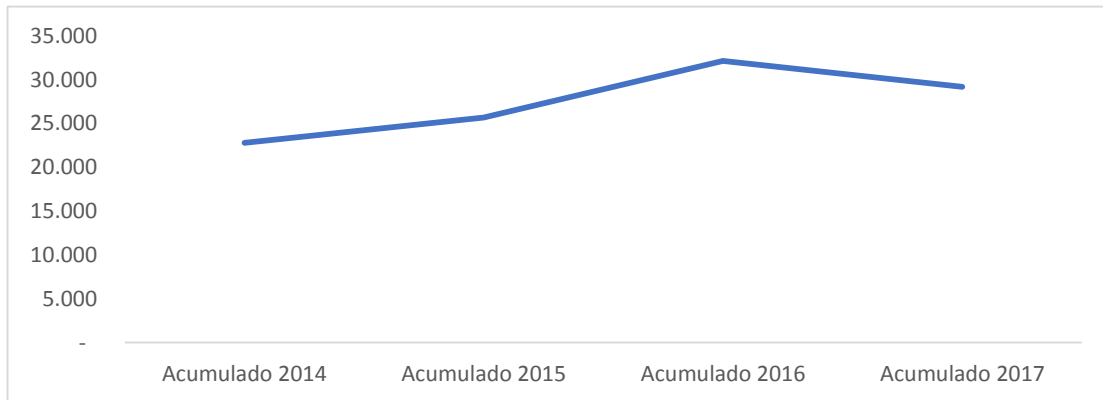
Figura 12
Corredor endémico de accidentes de tránsito, Costa Rica,
enero a octubre 2017.



Fuente: Elaboración propia Departamento inteligencia Estratégica RSS. Datos publicados por SUGESE.

Adicionalmente, al comportamiento epidémico de los accidentes de tránsito, se evidencia que a partir del año 2014 existe un aumento en el acumulado de personas lesionadas por el Seguro Obligatorio de Automóvil; entre el 2015 y el 2017 hay un aumento del 30% de accidentes de tránsito para el trienio, lo cual impacta directamente en la apertura de casos, necesidades de valoración de especialistas, cirugías, entre otras variables.

Figura 13
Casos de reclamos de personas lesionadas cubiertas por el Seguro Obligatorio de Automóvil,
INS, 2014 a octubre 2017



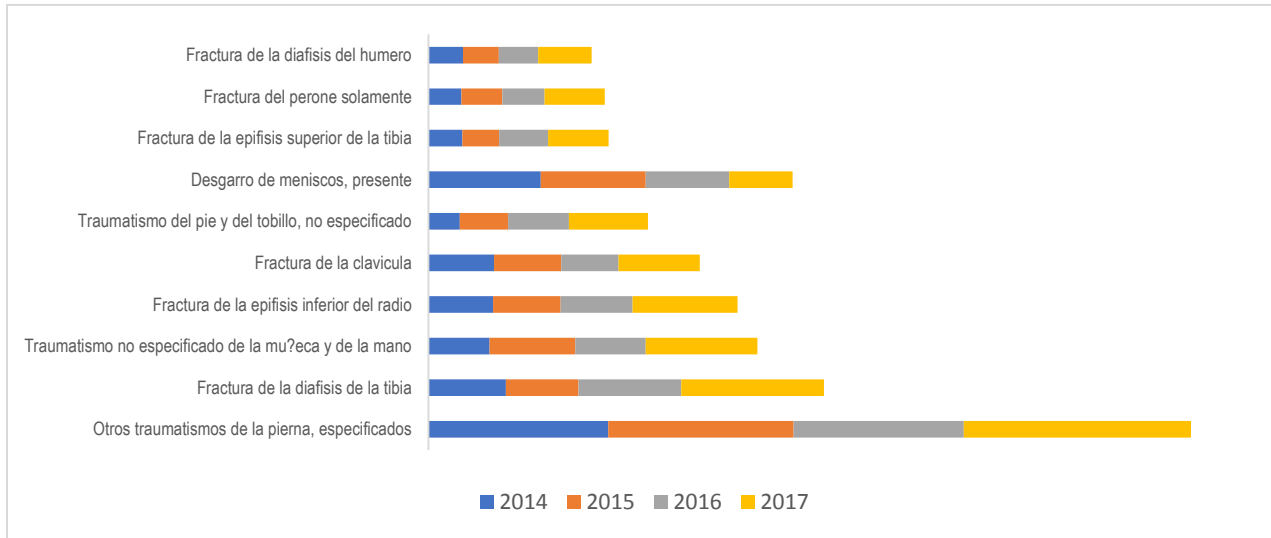
Fuente: Elaboración propia con datos publicados por SUGESE.

- Aumento en el número de cirugías realizadas:** Al realizar un análisis retrospectivo del número de cirugías realizadas en la Red de Servicios de Salud, se evidencia que existe un aumento del 25% en el número de cirugías realizadas entre si se realiza la comparación entre el año 2014 y el 2017; al realizar el estudio comparativo entre el 2016 y el 2017 hay un aumento de 18% en el número total de cirugías realizadas, lo cual repercute directamente sobre los tiempos de atención de los usuarios. Adicionalmente y en relación a este tema, es posible evidenciar el comportamiento creciente que se tiene de las cirugías en el seguro obligatorio de automóvil.

3. **Aumento en la complejidad de las lesiones:** relacionado con el aumento en la accidentabilidad relacionado con accidentes de tránsito y el número de cirugías realizadas, se tiene el aumento en la complejidad y número de lesiones presentes en las personas accidentadas y amparadas por los distintos regímenes de seguros que administra el INS.

Figura 14

Principales diagnósticos en usuarios de la Red de Servicios de Salud, INS, 2014-2017



Fuente: Elaboración propia, Departamento de Inteligencia Estratégica

Es importante anotar que las lesiones en pierna representan un alto porcentaje de diagnósticos dentro de los pacientes atendidos en la Red de servicios de Salud, esta región anatómica debido a sus características presenta lesiones severas que ameritan la necesidad de cirugías de reconstrucción de huesos, así como la realización de lavados quirúrgicos para tratamiento de las lesiones de piel y tejidos blandos.

4. Además, a nivel nacional existe poca disponibilidad de médicos especialistas en ortopedia, lo que dificulta las contrataciones de los mismos para suplir la demanda.

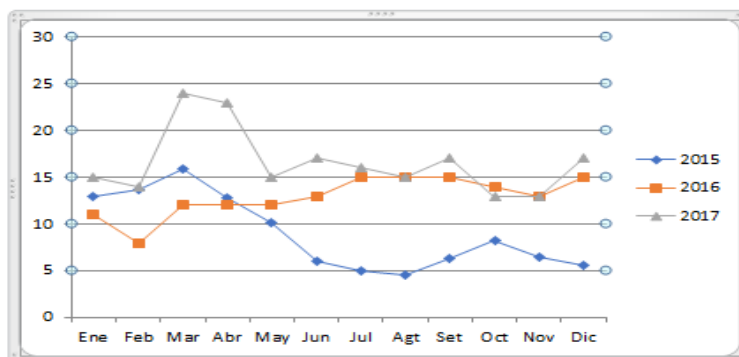
- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.
- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.

- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

Figura 15




Horizonte de Citas de la Consulta de Ortopedia en el Hospital del Trauma

Año	2015	2016	2017
Ene	13	11	15
Feb	14	8	14
Mar	16	12	24
Abr	13	12	23
May	10	12	15
Jun	6	13	17
Jul	5	15	16
Agt	5	15	15
Set	6	15	17
Oct	8	14	13
Nov	6	13	13
Dic	6	15	17



Elaborado por Inteligencia Estratégica. RSS

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9°) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

Programa Nacional para el Abastecimiento de Agua de Calidad Potable a la Población	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  (X)
		Con riesgo de incumplimiento  ()
		Atraso crítico  ()

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.

Ministerio de Salud

Número de ASADAS y Acueductos Municipales con vigilancia de la calidad del agua

No se presenta sobrecumplimiento de la meta; sin embargo, es importante mencionar que el cumplimiento de la misma, ha permitido desarrollar acciones correctivas por parte de los operadores de acueductos, lo que beneficia la salud de la población, principalmente en lo referente a la obligatoriedad de la desinfección en los abastos, lo que permite cumplir con lo establecido en la Ley General de Salud y el Reglamento de Agua Potable, para garantizar la inocuidad del agua a los pobladores y disminuir los riesgos a la salud.




Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA)

El cumplimiento de la meta superó en un 464.29% bastante alto para las expectativas esperadas, debido a la instalación de nuevos sistemas de desinfección en los sistemas de abastecimiento de acueductos rurales, así como por el incremento de acueductos que participaron en el Programa Sello de Calidad Sanitaria.

- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.
- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.
- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.
- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.
- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

Ver anexo 1: Cuadro de sistemas de desinfección instalados, Boletín Asadas y fotos de capacitación Asadas.

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9º) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

Programa Nacional de Protección y Recuperación del Ambiente Humano	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  ()
		Con riesgo de incumplimiento  (X)
		Atraso crítico  ()

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.

Ministerio de Salud

Porcentaje de residuos sólidos gestionados integralmente a nivel nacional

La gestión de residuos como alternativa de medio de vida regulada por la legislación vigente, generó en el mercado nacional un interés en desarrollar esta clase de actividad, que inicialmente incidió en la superación de la meta originalmente propuesta.

Por otro lado, el contar con una legislación en este tema, ha promovido el cierre paulatino de sitios de disposición final que operaban al margen de la ley (los llamados vertederos), lo que ha permitido disminuir la proporción de residuos que se disponían de forma inadecuada.

Además, al estar regulada la reconversión a rellenos sanitarios, se ha impulsado la posibilidad en aquellos casos que los terrenos por sus características, permitan optar por esta opción.

- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.

- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA)

Con respecto al indicador porcentaje de población conectada a sistema de tratamiento primario de aguas residuales, se dieron procesos de contratación infructuosos donde se declaró desierta la licitación de Colectores Paquete 3 Zona Sur y se debió iniciar de nuevo el proceso. Los costos ofertados fueron muy altos en relación con los costos estimados. La revisión posterior a la licitación declarada infructuosa condujo a elaborar ajustes en los diseños y replantear el plan de ejecución de la obra, por lo anterior atrasos de las obras en ejecución ocasiona subejecución.

El proceso de adquisición de servidumbres es lento; no tienen todas las servidumbres listas para licitar nuevos paquetes de obras.

- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA)

El proyecto está con atraso crítico, no obstante el programa global ha tenido grandes avances en la construcción de obras pero cuando se establecieron las metas no se consideró el riesgo por contrataciones. Estos atrasos han hecho que algunas obras no se hayan podido iniciar y el cumplimiento de las metas depende de la construcción de las obras del proyecto total.

- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA)




Los atrasos en las obras en ejecución ocasionan subejecución.

- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA)

- Construcción de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales Los Tajos (PTAR)
- Conexión a la PTAR del sistema existente de la Cuenca Rivera.
- Conexión a la PTAR del sistema existente de Cuenca Torres.
- Conexión a la PTAR del sistema existente Cuenca María Aguilar (Sur)
- 230 665 conexiones; con el tratamiento a la PTAR una población aproximada de 244.460

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9º) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

Sostenibilidad Financiera de la CCSS	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  (X)
		Con riesgo de incumplimiento  ()
		Atraso crítico  ()

Este programa se mide por dos indicadores:

- Porcentaje de avance en el desarrollo de la estrategia de Sostenibilidad del Seguro Enfermedad y Maternidad (SEM)
- Porcentaje de avance en el desarrollo de la estrategia de Sostenibilidad del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM):

A continuación el avance para cada una de ellas:

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.

- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.

- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.

A. Sostenibilidad del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM):

La incorporación de nuevos actores sociales y análisis de nuevas iniciativas generan lentitud, no obstante, es necesario para el desarrollo de los objetivos del Seguro de Salud.

B. Sostenibilidad del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM):

- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.

- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.

- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

A. Sostenibilidad del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM):

En la Estrategia de Sostenibilidad del Seguro SEM, se incluye un nuevo componente denominado “Mejores Prácticas en Gestión Financiera” a solicitud de la Presidencia Ejecutiva y el Consejo de Presidencia y Gerentes, situación por la cual su seguimiento se basa en cuatro componentes, cuyo avance se observa a continuación:

Tabla 23

Componentes de la Estrategia del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), CCSS, 2017.

Componentes e Iniciativas	Meta	Logro
Puntaje total implementación en el año 2017	30%	26%
1. Implementación de buenas prácticas en la gestión financiera	5%	2%
2. Rediseño del Modelo de Financiamiento del Seguro de Salud	15%	14%
3. Asignación de recursos para cubrir gastos e inversiones estratégicas	5%	5%
4. Mejora en la eficiencia de la gestión de los servicios de salud	5%	5%

Fuente: Gerencia Financiera, Informe de Seguimiento Anual 2017

La Estrategia avanzó un 26% en el 2017, para un acumulado del 63% (2015-2017), lo que significa un 90% de cumplimiento de la meta de periodo

A continuación el detalle de los logros de cada componente:

i. Mejores Prácticas en Gestión Financiera (2%)

Como parte de la ampliación del alcance de la Estrategia de Sostenibilidad del Seguro de Salud, se está valorando la inclusión de iniciativas sobre mejores prácticas en la gestión financiera, a través de foros de discusión y herramientas técnicas que apoyen el pensamiento estratégico y la toma de decisiones.

ii. Rediseño del Modelo de Financiamiento del Seguro de Salud (14%)

Implementación de la modalidad para la extensión de la cobertura contributiva de las trabajadoras domésticas remuneradas:

La Junta Directiva de la Institución (en sesión N° 8914 del 06 de julio 2017) aprobó el “Reglamento para la Inscripción de Patronos y el Aseguramiento Contributivo de las Trabajadoras Domésticas”, el cual contiene las disposiciones generales para que todo patrono físico que emplea una o más trabajadoras domésticas, cumplan con su obligación de incluir a éstas como trabajadoras asalariadas en los seguros administrados por la Caja; además, se establecen un conjunto de condiciones particulares, que permitirán a los patronos utilizar una escala de bases mínimas contributivas reducidas, cuando los salarios devengados y reportados, sean inferiores al monto fijado en la base mínima contributiva aprobada por la Junta Directiva de la CCSS.

Por otra parte, a partir del 9 de agosto de 2017, se puso en marcha la nueva modalidad de aseguramiento de las trabajadoras domésticas, facilitándose el trámite de inscripción por medio de una aplicación en la oficina virtual del SICERE, que permite al patrono realizar el aseguramiento en línea; asimismo, se mantiene el servicio en forma presencial en oficinas centrales y red de sucursales en todo el país. A diciembre de 2017, se contabilizaban 2.185 nuevas trabajadoras aseguradas bajo la nueva modalidad.

Plan de Fortalecimiento de Gestión de Cobros: Se desagrega en los siguientes componentes:

- **Modelo de contribución, beneficios y gestión del Trabajador Independiente:**

Producto de los análisis y acciones implementadas, se ha logrado establecer el perfil de la figura del Trabajador Independiente, en donde se contemplan medidas que la administración ha tomado para ejecutar en el corto y mediano plazo. Entre estas se tienen las siguientes:

- Propuesta de simplificación en el aseguramiento trabajador independiente y asegurados voluntarios.
- Creación de un “Buró de Información”.
- Convenio CCSS-Ministerio de Hacienda para el intercambio de información.
- Establecimiento de un Sistema Gestión de Calidad en el Servicio de Inspección.
- Simplificación de trámites:
 - Estandarización de documentos y trámites
 - Diseño de un cuestionario para facilitar la determinación de los ingresos de los trabajadores independientes.
 - Implementación de un sistema de citas, para una mejor y más ordenada atención al usuario.
 - Incorporación de mejoras a los tiempos de respuesta y agilización en los trámites del trabajador independiente.
- Modificación del Instructivo de Anulaciones de Adeudos.
- Aprobación de cambios al Reglamento de Arreglos y Convenios de Pago (Acuerdo de Junta Directiva Art. 7 Sesión N° 8883, del 19 de enero de 2017).
- Desarrollo de una estrategia de comunicación.
- Integración de trámites asociados a trabajador independiente en el Sistema de Gestión de Inspección.
- Modificación al Reglamento para la Afiliación del Trabajador Independiente y Asegurado Voluntario.

- **Modelo de gestión cobratoria a sucursales**

Mediante esta iniciativa se pretende actualizar los procesos, la organización de los recursos y las funciones asignadas a los gestores de cobro de sucursales que forman parte del Programa Estratégico de Gestión Cobratoria (PEGC), a través de nuevas formas de trabajo con apoyo en las tecnologías de información disponibles.

En esa vía, se elaboró un estudio de costos para la contratación de la empresa Correos de Costa Rica, con el fin de realizar las notificaciones administrativas de avisos de cobro de las sucursales y de esta manera, incrementar el tiempo disponible de los profesionales gestores de cobro, hacia funciones estratégicas.

Se han estructurado los principios básicos de funcionamiento del modelo y los mismos han sido socializados en las Direcciones Regionales de Sucursales.

- **Sistema de gestión de calidad**

El principal objetivo de este sistema es la implementación gradual de un sistema de gestión de calidad, basado en la norma ISO 9001: 2015, a fin de lograr la disminución de riesgos operativos, la mejora continua de los procesos y servicios prestados a los usuarios.

A la fecha se ha realizado la adquisición de la Norma ISO-9001:2015 del Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO), la cual está en proceso de análisis por parte del equipo de jefaturas de Área de la Dirección de Cobros, bajo la coordinación del Área Atención a Patronos.

- **Actualización de la normativa:**

Asimismo, se ha actualizado y aprobado la siguiente normativa por las autoridades superiores:

- Reglamento que regula la formalización y suscripción de arreglos y convenios de pago de las contribuciones a la Seguridad Social.
- Manual Cierre de Negocios por Mora.
- Productos y Servicios que brinda la Plataforma de Servicios de Cobros.
- Guía de Procedimiento para la Gestión Cobratoria del Centro de Llamadas de la Dirección de Cobros.
- Guía de Inducción al Nuevo Operador del Centro de Llamadas de Cobros.
- Guía para supervisar la gestión de cobro que realizan los operadores a través de la llamada telefónica.

Fortalecimiento de la gestión fiscalizadora:

- **Capacitación de alto nivel entre Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la Escuela Francesa Superior del Seguro Social**

Se desarrolló en dos etapas de cooperación, la primera se concretó mediante el “Taller de Buenas Prácticas para el Control de la Evasión” realizado en Costa Rica y la segunda, mediante la visita de expertos costarricenses a la Escuela Francesa Superior del Seguro Social y a la Unión para la Recaudación de las cotizaciones de la Seguridad Social y Prestaciones Familiares (URSSAF) en Francia.

Producto de la capacitación con la Escuela Nacional Superior del Seguro Social, se identificaron propuestas de mejora para modernizar la gestión del Servicio de Inspección. Para llevar a cabo dichas mejoras, se trabajó en la formalizar un convenio para contar con el acompañamiento técnico más robusto con dicha Escuela. Asimismo, personeros de la Embajada de Francia en Costa Rica desarrollaron la propuesta de convenio, la cual se mantiene en proceso de revisión.

- **Aplicación del Índice Compuesto de Indicios de Evasión (ICIE) como herramienta geo estadística para focalizar, priorizar y dar seguimiento a poblaciones con indicios de evasión.**

El proyecto se encuentra en un 65% de avance. La totalidad de Direcciones a nivel nacional disponen de la información asociada al Índice Compuesto de Indicios de Evasión (en adelante ICIE) y el atlas geográfico elaborado a partir de dicho índice.

Se han efectuado sesiones de trabajo con la finalidad de ampliar aspectos relacionados a los abordajes que permite el ICIE.

- **Conceptualización y aplicación del Índice de Evasión para el Trabajador Independiente como herramienta estadística de geo referencia para focalizar, priorizar y dar seguimiento a poblaciones con indicios de evasión.**

Dicho índice se elabora mediante el cruce de bases de datos de los diferentes colegios profesionales con la base institucional de SICERE. La incorporación de este índice, permitirá la formulación de estrategias focalizadas de fiscalización en el Servicio de Inspección, permitiendo maximizar el uso del recurso humano y reducir los incumplimientos por parte de los trabajadores independientes

En este periodo de evaluación, se logró concluir con la etapa de consolidación y depuración de la información que fue facilitada por los diferentes colegios profesionales.

En la actualidad, se ejecuta en bases de datos institucionales una consulta de aproximadamente 200.000 registros de profesionales agremiados a los colegios del país, los cuales deben ser verificados en los registros de SICERE, para determinar si se encuentran asegurados ante la institución y bajo qué modalidad.

- **Desarrollo de un plan piloto en la Dirección de Inspección para la implementación del expediente digital del Servicio de Inspección.**

El proyecto se encuentra a 52% de la conceptualización y busca mejorar los flujos de trabajo de la Dirección de Inspección, con el propósito de agilizar la gestión y optimizar los tiempos de respuesta a los usuarios internos y externos que demanden el servicio.

Para ello, el proyecto se dividió en tres ejes principales: Mejora Tecnológica, Mejora Operativa y Mejora al Usuario

Entre las acciones realizadas se encuentra la dotación de certificados de firma digital a los Inspectores de Leyes y Reglamentos del Servicio de Inspección (341 funcionarios), como mecanismo de seguridad, autenticación e identificación, a fin de validar el acto administrativo.

iii. Asignación de recursos para gastos e inversiones estratégicas (5%)

En cuanto al eje de Asignación de recursos para gastos e inversiones estratégicas, se comprenden diversas iniciativas a saber:

- Modelo y gestión por resultados
- Presupuesto Plurianual
- Asignación de recursos mediante el uso de modelos prospectivos
- Modelo de inversiones estratégicas

En el año 2017, se finalizó la fase preliminar destinada a la conceptualización y sensibilización gerencial en relación con la gestión para resultados y el análisis crítico de valoración de instrumentos que eventualmente podrían contribuir a dicha gestión, siendo los principales productos obtenidos:

-
- Elaboración de la metodología de Gestión para Resultados (GpR) en la CCSS, con el apoyo técnico de la empresa Price Waterhouse Cooper (PwC)
- Prueba de campo de Gestión para Resultados desarrollada en la Región Huetar Atlántica en el mes de mayo del 2017,
- Elaboración de una hoja de ruta para guiar las acciones y consecución de principales productos relativos a las iniciativas que componen el eje de asignación de recursos,
- Elaboración de una propuesta de manual para la formulación del Plan Estratégico Institucional (PEI),
- Formulación de lineamientos base de Gestión para Resultados (GpR) en la CCSS
- Se conforma el equipo de trabajo para el desarrollo de conceptos como el Plan Presupuesto Plurianual y Modelos Prospectivos.

iv. Mejora en la eficiencia de la gestión de los servicios de salud (5%)

- **Plan de Reforzamiento del Primer Nivel de Atención mediante la creación de EBAIS**

Se aprobó por parte de Junta Directiva, el cronograma sobre la propuesta de implementación quinquenal para el cierre de brechas de EBAIS en distintas áreas de salud a nivel nacional; a la fecha está en espera de aprobación de los recursos financieros para iniciar la implementación.

- **Suscripción del contrato de fideicomiso para el mejoramiento de los servicios, infraestructura y equipamiento de los centros de salud, logísticos y financieros de la CCSS y elaboración del perfil de proyecto.**

Previo al proceso de formalización de la contratación respectiva, se suscribe el contrato de fideicomiso entre la Caja Costarricense de Seguro Social y Banco de Costa Rica el 15 de mayo del 2017, en el Consejo de Presidencia y Gerentes. De igual manera, se suscribió por parte de los representantes de ambas entidades, la Matriz de Valoración de Riesgos de Fideicomiso.

Posteriormente, el contrato de fideicomiso ha sido sujeto de revisión por parte de la Contraloría General de la República, implicando la generación de consultas y sus respectivas aclaraciones en diferentes momentos. En la actualidad, se definió a la Gerencia de infraestructura y Tecnología como responsable del proceso de implementación del contrato.

- **Avance en implementación en hospitales del Expediente Digital en Salud (EDUS)**

El uso del EDUS en los hospitales permitirá una mejor organización y control de la información relativa a la prestación de servicios de salud. Como parte de los beneficios esperados de esta implementación se encuentran los siguientes: velocidad de acceso a la información clínica y capacidad de almacenamiento, funcionamiento 24 horas todo el año, permite capturar de manera individualizada el historial de salud de cada paciente y la información es protegida con diferentes esquemas de seguridad como claves, tarjetas de salud electrónicas y firmas digitales.

Se ha avanzado en la implementación del EDUS-ARCA en 27 hospitales, según se indica en el apartado de principales logros institucionales sobre el Proyecto EDUS.

- **Avance en la conceptualización sistema de costos respectivo.**

La conceptualización del sistema de costo, se enfoca el desarrollo de herramientas que integren los valores asociados al gasto en la prestación de los servicios de salud, principalmente en servicios personales, materiales y suministros e indirectos, a través de la interrelación de los sistemas de planillas de bienes (Logística), registros contables y presupuestarios por centros de costo o servicio.

Respecto a la elaboración del cartel para la licitación del Modelo de Costos Institucional, se realizó la audiencia previa de la propuesta del cartel para el diseño y acompañamiento en la implementación del Modelo de Costeo de la CCSS, dicha propuesta se encuentra en proceso de revisión y ajuste por parte del equipo técnico.

B. Sostenibilidad del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM):

Se logra un avance adicional del 34% en el 2017, para un acumulado del 84% de la estrategia, de acuerdo a sus fases, el avance se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 24.

Fases del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), CCSS, 2017.

Fases	Programado	Ejecutado
Contratación	20%	20%
Definición de escenarios	20%	20%
Negociación de escenarios	40%	35%
Implementación	20%	9%
Total	100%	84%

Fuente: Gerencia de Pensiones, Informe de Seguimiento Anual 2017

Las Actividades desarrolladas en el 2017 se listan a continuación:

Actividades Realizadas en la Fase de Negociación:

- (2%) Desarrollo de Actividades de Acompañamiento de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

En febrero de 2017 se realizó en el Club Unión un conversatorio sobre pensiones y se presentó a un miembro de la OISS, quien acompañará la mesa diálogo.

- (4%) Acuerdo de Acompañamiento con la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, (OISS).

En marzo de 2017 se firmó el complemento al contrato de cooperación mediante compra directa 2017CD-000001-9108.

- (3%) Divulgación de los escenarios en medios de comunicación masiva.

Durante el primer trimestre de 2017, se presentaron los escenarios de la valuación actuarial en la Asamblea Legislativa, Centro de Desarrollo Social de la CCSS, Universidad de Costa Rica, Contraloría General de la República, Defensoría de los Habitantes y Colegio de Profesionales en Ciencias Económicas, además, se brindaron diversas entrevistas en programas de televisión y prensa escrita.

- (10%) Foros de Socialización de Resultados.

Durante el primer trimestre de 2017, la Junta Directiva instauró una mesa de diálogo con los sectores sociales.

- (8%) Acuerdos de Recomendaciones.

- ✓ En enero de 2017 en sesión de Junta Directiva N° 8882, artículo 5, se acuerda aumentar en un 1% la cuota de contribución del trabajador, y solita realizar una consulta pública con respecto a esta medida.
- ✓ La Mesa de Diálogo presenta en su "Informe Final de Resultados" las recomendaciones para la sostenibilidad financiera del Régimen.

- (2%) Visita y asesoría en la mesa de diálogo, de un miembro de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

En septiembre del 2017, el Sr. Francisco Jiménez se reúne con la SUPEN, la Gerencia de Pensiones y Sectores de la Mesa de Diálogo, así mismo presenta posición y responde a consultas en la Sesión No. 12° del 9 de septiembre 2017 de la Mesa de Diálogo, rindiéndose informe de la contratación el 4 de octubre 2017.

Actividades realizadas con programación 2018 para la “Fase de Implementación”:

- (2%) Revisión de la normativa y propuesta de cambio para la implementación.

El 23 de marzo de 2017, la Junta Directiva en sesión N° 8896, artículo N° 21, aprueba realizar audiencia pública sobre la propuesta de cambio al Reglamento del Seguro de Invalidez Vejez y Muerte (IVM).




- (1%) Planeamiento e implementación de cambios en los sistemas informáticos.

Se realiza el cobro mediante planilla a partir del mes de julio.

- (2%) Aprobación de Cambios Normativos.

El 01 de junio de 2017, la Junta Directiva en sesión N° 8908, artículo N° 18, aprueba el incremento del 1% en dos tractos, a saber: 0.5% a partir del 01 de julio y 0.5% a partir del 01 de enero de 2018.

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9°) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

Desarrollo de la infraestructura para el fortalecimiento de las acciones del Sector	Clasificación:	De acuerdo con lo programado  ()
		Con riesgo de incumplimiento  (X)
		Atraso crítico  ()

- En caso de haber sobrecumplimiento de las metas de los programas, mayores a 125%, explicar las causas que incidieron en ello. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten el mismo sobrecumplimiento.
- Para los casos en que la Rectoría asigne a un programa o proyecto la categoría “de acuerdo con lo programado” y algunas de sus metas se ubican en la categoría “parcialmente cumplida” o “no cumplida”, favor justificar las razones de la clasificación dada al programa. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados para cada una de las regiones que presenten dichas categorías.
- ¿Cuáles han sido los principales obstáculos o limitaciones que se presentaron al ejecutar el programa y sus metas que no permitieron obtener los resultados deseados en el 2017?. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que no lograron los resultados de esperados.

INCIENSA

No hubo transferencia de recursos en el año 2015 que permitiera iniciar la construcción del Laboratorio en el tiempo programado. En noviembre de 2015 se confirma la incorporación de recursos en el Presupuesto 2016 por lo que se procedió con la ejecución de la meta PND. Además el proceso de contratación incluyó una apelación, aunado a los tiempos de la Contraloría General de la República para refrendar el contrato.

La obra gris en términos generales se encuentra en avance de un 98%, con un avance importante en las obras mecánicas y eléctricas, tales como sistema mecánico, sistema eléctrico, sistema contra incendios y los acabados arquitectónicos.

Se espera inaugurar el edificio en Marzo 2018.

CCSS

Este programa, para el año 2017 únicamente tiene la meta relacionada con las “Obras físicas del Hospital William Allen, Hospital Max Peralta y Hospital de Golfito con financiamiento concretado y contratación avanzada en las Regiones Central y Brunca”, cuyo avance se efectúa de manera individual, por cuanto por estos proyectos son de naturaleza diferente y con ciclos de vida distintos, cuya medición a nivel institucional no es posible medirla integralmente. A continuación el avance de cada uno de ellos:

Obstáculos y Limitaciones:

- Al no aprobarse la modificación por MIDEPLAN ante la solicitud planteada por la Institución de la desagregación de estos tres proyectos, la cual fue presentada mediante oficio PE-1811-16 de fecha 15 de junio 2016, esto imposibilita rendir cuentas de forma global.
- Proyectos de naturaleza diferentes y con ciclos de vida distintos, cuya medición a nivel institucional no es posible

medirla integralmente.

- Explicar los principales motivos de aquellos casos en los que el acumulado de la meta de periodo sea menor al 75%. Este mismo ejercicio debe realizarse para las metas de programas regionalizados en cada una de las regiones que presenten las mismas condiciones de rezago.

CCSS

Esta meta es de forma agregada, situación por la cual no podemos emitir un criterio de periodo; por lo anterior no se llena la matriz de acciones de mejora.

- Explicar las razones por las cuales se registra subejecución y/o sobreejecución presupuestaria en las metas de programas y proyectos.

INCIENSA

No hubo transferencia de recursos en el año 2015 que permitiera iniciar la construcción del Laboratorio en el tiempo programado. En noviembre de 2015 se confirma la incorporación de recursos en el Presupuesto 2016 por lo que se procedió con la ejecución de la meta PND. Además el proceso de contratación incluyó una apelación, aunado a los tiempos de la Contraloría General de la República para refrendar el contrato.

CCSS

Al tener este programa tres proyectos con características diferentes y ciclos de vida distintos, todos se encuentran en la fase administrativa cuyos costos son asumidos por la Institución (costos hundidos).

- Ilustrar, incluir cuadros o gráficos que resuman los principales resultados del sector (desagregadas regionalmente, cuando corresponda), además, documentos, informes y estudios realizados por el sector sobre los programas o proyectos comprometidos en el PND.

CCSS

Como se indicó anteriormente no se puede otorgar un dato global de avance de la meta, situación por la cual a continuación se señala el avance individual de cada proyecto:

-Hospital William Allen Turrialba: Alcanzó un avance del 50% de la etapa de contratación (análisis de ofertas)
Entre las acciones realizadas se encuentran:

- Visita al sitio con los diferentes proveedores interesados en el proyecto, con el fin de que estos conocieran las condiciones del terreno para la construcción del nuevo hospital.
- Aclaración de algunas dudas administrativas y técnicas del cartel de licitación.

-Hospital Max Peralta de Cartago: Se validó en un 100% el programa funcional y se avanzó en un 10% en el desarrollo de los Estudios Previos y Anteproyecto, que corresponde a la etapa diseño.

-Hospital Manuel Mora Gelfito: El proyecto logró un avance del 20% del proceso de licitación para la adquisición del terreno, que corresponde al análisis de ofertas, del concurso 2016LN-000002-4402. No obstante como resultado del análisis se elaboró la recomendación técnica, en la cual se determinó que, por causas de incumplimiento en los requisitos solicitados técnicamente, se declaró infructuoso el proceso de licitación.

- Para el cumplimiento del Decreto 39121-PLAN (artículo 9°) del 7 de agosto del 2015 Implementación del Programa “Territorio Norte-Norte: Construyendo Desarrollo Integral” y del Decreto Ejecutivo 38828-MP-PLAN (Artículo 8) del 16 de diciembre del 2014 del Programa “COSTA RICA DESDE EL CARIBE”, suministrar la información de los programas o proyectos incluidos en dichos Decretos en el mismo instrumento (Requerimientos Cuantitativos). Además, se deben incluir datos de la población afrodescendiente beneficiada, continuando con el cumplimiento del Oficio DM-230-17 del 18 de abril de 2017, suscrito por la Señora Ministra de Planificación Nacional y Política Económica.

Anexo 1

Boletín ASADAS

Fotografía 1. Capacitación ASADAS

Tabla 1.1 Instalación de equipo de desinfección IV Trimestre 2017.

Tabla 1.2 Programa de desinfección –UEN-AP-equipos de cloración instalados en Sistemas de Acueductos comunales al primer semestre del 2017.

Tabla 1.3 Programa de desinfección –UEN-AP-equipos de cloración instalados en Sistemas de Acueductos Comunales al tercer trimestre del 2017.



INSTITUTO COSTARRICENSE DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

Boletín ASADAS

Boletín N° 40 Fecha: 12 diciembre 2017

III ENCUENTRO NACIONAL DE ASOCIATIVIDAD

El pasado 07 de diciembre 2.017 en las instalaciones de Coopevictoria en Grecia, Alajuela se celebró el III Encuentro de la Asociatividad donde 55 representantes de Federaciones, Ligas y Uniones de ASADAS(FLU) compartieron experiencias junto funcionarios de AyA, UTN, Organización Ambientalista -Red de Jóvenes, AMNA y PNUD.

Como parte de la dinámica del Encuentro, se presentaron avances de los encuentros pasados, el trabajo realizado por las Oficinas Regionales de AyA en conjunto con las FLU, la presentación de los estatutos para la conformación de la Confederación de ASADAS, Caso de la Liga Comunal del Agua en la implementación de una Unidad de Servicios de Desarrollo (USEDES), así como se impartió el Taller de Asociatividad donde se compartieron experiencias de ASADAS frente a la atención de emergencias.

Es importante recordar el marco de este encuentro que AyA con el apoyo de diversas instituciones impulsa la Política de Organización y Fortalecimiento de la Gestión Comunitaria de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento, con la que pretende liderar las nuevas estrategias de desarrollo para las ASADAS. Cabe mencionar que precisamente en el **Eje N. 5** se ubica el tema de Asociatividad, estableciendo el criterio institucional para promover procesos y fortalecimiento de las organizaciones de segundo nivel de ASADAS, de manera que se conviertan en un potenciador de las capacidades de gestión, exista la unión de esfuerzos, generación de sinergias y la existencia de economías de escala en la prestación del servicio que brindan estos operadores, guardando el respeto a la **Ley de Asociaciones N. 218** y las valoraciones de Asociatividad establecidas por los intereses de cada zona.

Cabe destacar que la Asociatividad trae beneficios, entre los cuales podemos citar que se unen esfuerzos e intereses de las ASADAS ya que en unión pueden alcanzar sus metas. Además, se pueden concretar capacitaciones, contratar de forma colectiva servicios de asistencia técnica y el acompañamiento para resolver situaciones de la gestión de los sistemas.



El agua es vida | Cuidémosla !

Presidencia Ejecutiva
y Subgerencia Gestión Sistemas Comunales

“Trabajamos
por las comunidades”



NOTICIAS

Próximos temas a publicar:

*EL CANAL DE PANAMÁ Y LA SALUD PÚBLICA

*AGUAS TERMALES

*EL USO DEL HIELO EN LA SALUD



¿Sabías que el acceso al agua potable y al saneamiento son derechos humanos esenciales para el pleno disfrute de la vida y de todos los demás derechos humanos?



Para información de la
Subgerencia Gestión
Sistemas Comunales
Teléfono: 2242-5100
Correo electrónico:
scomunales@aya.go.cr



Fotografía 1. Capacitación Asadas

Tabla 1.1 Instalación de equipo de desinfección IV Trimestre 2017.

Intalacion de equipo de desinfeccion IV trimestre 2017					
		FECHA	Cdad	MARCA	HABITANTES
1	JARIS DE MORA	30/08/17	5	ACCU-TAB	1200
2	SAN RAMÓN SUR DE CHIRES	06/09/17	1	ACCU-TAB	180
3	SAN LUIS DE TURRUBARES	07/09/17	1	ACCU-TAB	300
4	CONDominio LA LUISA DE LA CEIBA DE OROTINA	07/09/17	1	CAMARA SECA PVC	192
5	BARRIO SAN JOSÉ NORTE Y SUR DE ATENAS	13/09/17	3	ACCU-TAB	1800
6	EL CARMEN DE ASERRÍ	28/09/17	1	ACCU-TAB	288
7	TALOLINGA DE NICOYA	12/10/17	1	CAMARA SECA PVC	720
8	SANTA MARTA DE NOSARA	18/10/17	1	CAMARA SECA PVC	630
9	POSADA DEL SOL DE MARBELLA	19/10/17	1	CAMARA SECA PVC	720
10	SAN BOSCO Y LOS OLIVOS DE ABANGARES	20/10/17	1	CAMARA SECA PVC	540
11	EL SUANTUARIO DE ATENAS	26/10/17	1	CAMARA SECA PVC	96
12	LLANO BONITO Y CIRRI NORTE DE NARANJO	01/11/17	2	ACCU-TAB	900
13	LA UNIÓN CENTRO DE VENECIA	02/11/17	1	ACCU-TAB	1080
14	SAN FRANCISCO DE PEÑAS BLANCAS DE SAN RAMÓN	02/11/17	1	CAMARA SECA PVC	600
15	CARIBLANCO DE SARAPIQUÍ	03/11/17	1	ACCU-TAB	2400
16	VENECIA DE SAN CARLOS	03/11/17	1	ACCU-TAB	9000
17	BARRIO CORAZON DE JESUS DE ACOSTA	07/11/17	1	ACCU-TAB	264
18	TRES ESQUINAS DE NICOYA	08/11/17	1	ACCU-TAB	192
19	CORRAL DE PIEDRA DE NICOYA	08/11/17	1	ACCU-TAB	222
20	RIO NARANJO DE BAGACES	10/11/17	1	ACCU-TAB	2400
21	PUERTO THIEL DE NANDAYURE	15/11/17	1	ACCU-TAB	420
22	ALTO VARAS DE TURRIALBA	15/11/17	1	ACCU-TAB	420
23	SAN JOAQUÍN DEL TUIS DE TURRIALBA	15/11/17	1	ACCU-TAB	162
24	SANTA MARTA DE HOJANCHA	16/11/17	1	ACCU-TAB	390
25	MATAMBUGUITO DE NICOYA	16/11/17	1	ACCU-TAB	480
26	GRANO DE ORO DE TURRIALBA	16/11/17	3	ACCU-TAB	120
27	LA FRESCA DE JICARAL	17/11/17	1	ACCU-TAB	408
28	LAGUNILLAS DE LA RITA DE POCOCÍ	12/12/17	1	ACCU-TAB	30
29	SAN LUIS DE SAN IGNACIO DE ACOSTA	20/12/17	1	ACCU-TAB	7800
38					33.954

Tabla 1.2 Programa de desinfección –UEN-AP-equipos de cloración instalados en Sistemas de Acueductos Comunes al primer semestre del 2017.

PROGRAMA DE DESINFECCIÓN-UEN-AP-EQUIPOS DE CLORACIÓN INSTALADOS EN SISTEMAS DE ACUEDUCTOS COMUNALES AL PRIMER SEMESTRE DEL 2017					
	NOMBRE DE LA COMUNIDAD	FECHA	CANTIDAD	MARCA	HABITANTES
1	SANTA EDUVIGUEZ DE PEREZ ZELEDON	18/01/17	1	ACCU-TAB	120
2	GUACIMO DE ESCOBAL DE ATENAS	19/01/17	1	CAMARA SECA PVA	300
3	GUATUSO DE PATARRA	23/01/17	1	ACCU-TAB	360
4	SANTA ELENA DE NICCOYA	26/01/17	1	ACCU-TAB	432
5	COOPEVEGA DE CUTRIS	03/02/17	1	ACCU-TAB	1122
6	LAJAS DE HOJANCHA	07/02/17	1	ACCU-TAB	54
7	SAN ISIDRO DE HOJANCHA	08/02/17	1	ACCU-TAB	204
8	ALTO EL SOCORRO DE HOJANCHA	08/02/17	1	ACCU-TAB	300
9	SAN JUAN DE NICCOYA	09/02/17	1	ACCU-TAB	510
10	ARIZONA DE ABANGARES	09/02/17	1	ACCU-TAB	160
11	CORDONA DE TALAMANCA	22/02/17	1	ACCU-TAB	900
12	SIBODI DE TALAMANCA	22/02/17	1	ACCU-TAB	210
13	SURETKA DE TALAMANCA	23/02/17	1	ACCU-TAB	1200
14	SHIROLES DE TALAMANCA	23/02/17	1	ACCU-TAB	340
15	BANANITO NORTE Y SUR DE LINÓN	24/02/17	1	CAMARA SECA PVA	4200
16	BAL TIMORE DE NATINA	24/02/17	1	CAMARA SECA PVA	1560
17	SAN VICENTE DEL TABLAZO DE ACOSTA	26/02/17	1	CAMARA SECA PVA	330
18	VILLACARES DE TURRUCARES	20/03/17	1	COLOR LIQUIDO	750
19	FUERTO HUMO DE NICCOYA	24/03/17	1	ACCU-TAB	534
20	CABALLITO DE NICCOYA # 01	24/03/17	1	ACCU-TAB	900
21	MONTE GALÁN DE NICCOYA	23/03/17	1	ACCU-TAB	312
22	ASENTAMIENTO CUARROS DE TARCOLES	24/03/17	1	CAMARA SECA PVA	1056

**PROGRAMA DE DESINFECCIÓN-UEN-AP-EQUIPOS DE CLORACIÓN
INSTALADOS EN SISTEMAS DE ACUEDUCTOS COMUNALES AL PRIMER
SEMESTRE DEL 2017**

	NOMBRE DE LA COMUNIDAD	FECHA	CANTIDAD	MARCA	HABITANTES
23	LAS VEGAS DEL PARRITA	28/03/17	1	ACCU-TAB	198
24	B-LINE DE MATINA	30/03/17	1	ACCU-TAB	3240
25	LA ALEGRÍA DE SIQUIRRES SECTOR DE LOMAS	31/03/17	1	CAMARA SECA PW	360
26	LA ALEGRÍA DE SIQUIRRES	31/03/17	1	CAMARA SECA PW	2880
27	SAN GABRIEL DE BEJUCO DE NANDAYURE	18/04/17	1	GOTEO	96
28	BETANIA DE HOJANCHA	18/04/17	1	GOTEO	96
29	SAN MIGUEL DE HOJANCHA # 02	18/04/17	2	GOTEO	138
30	TABLAZO CENTRO DE ACOSTA # 01	25/04/17	4	CAMARA SECA PW	1512
31	LA PALMERA DE UPALA	28/04/17	1	CAMARA SECA PW	300
32	SANTA FITA DE SARDINAL	03/05/17	1	ACCU-TAB	1044
33	FITA RAYADA DE HOJANCHA	10/05/17	1	ACCU-TAB	420
34	MATAMBÚ Y EL FIAVE DE NICÓYA	11/05/17	1	ACCU-TAB	420
35	SAN LUIS DE MORETE	30/05/17	1	ACCU-TAB	210
36	BORUCA DE BUENOS AIRES	01/06/17	1	ACCU-TAB	1812
37	SAN ANTONIO DE TÉRRABA	01/06/17	1	ACCU-TAB	500
38	SAN LUIS DE FLORENCIA	06/06/17	1	ACCU-TAB	1080
39	LA UNIÓN ESTE DE VENECIA	07/06/17	1	ACCU-TAB	600
40	LA PALMA DE ABANGARES	13/06/17	1	ACCU-TAB	1536
41	PALMIRA DE CAÑAS	16/6/17	1	ACCU-TAB	1008
42	SANTA MARTA DE SIQUIRRES	21/06/17	1	ACCU-TAB	1020
					34.324

Tabla 1.3 Programa de desinfección –UEN-AP-equipos de cloración instalados en Sistemas de Acueductos Comunales al tercer trimestre del 2017.

PROGRAMA DE DESINFECCIÓN-UEN-AP-EQUIPOS DE CLORACIÓN INSTALADOS EN SISTEMAS DE ACUEDUCTOS COMUNALES AL TERCER TRIMESTRE DEL 2017					
	NOMBRE DE LA COMUNIDAD	FECHA	CANTIDAD	MARCA	HABITANTES
1	SANTA EDUVIGUEZ DE PEREZ ZELEDON	18/01/17	1	ACCU-TAB	120
2	GUACIMO DE ESCOBAL DE ATENAS	19/01/17	1	CAMARA SECA PVC	300
3	GUATUSO DE PATARRA	23/01/17	1	ACCU-TAB	360
4	SANTA ELENA DE NICOYA	26/01/17	1	ACCU-TAB	432
5	COOPEVEGA DE CUTRIS	03/02/17	1	ACCU-TAB	1122
6	LAJAS DE HOJANCHA	07/02/17	1	ACCU-TAB	54
7	SAN ISIDRO DE HOJANCHA	08/02/17	1	ACCU-TAB	204
8	ALTO EL SOCORRO DE HOJANCHA	08/02/17	1	ACCU-TAB	300
9	SAN JUAN DE NICOYA	09/02/17	1	ACCU-TAB	510
10	ARIZONA DE ABANGARES	09/02/17	1	ACCU-TAB	160
11	COROMA DE TALAMANCA	22/02/17	1	ACCU-TAB	900
12	SIBODI DE TALAMANCA	22/02/17	1	ACCU-TAB	210
13	SURETKA DE TALAMANCA	22/02/17	1	ACCU-TAB	1200

**PROGRAMA DE DESINFECCIÓN-UEN-AP-EQUIPOS DE CLORACIÓN
INSTALADOS EN SISTEMAS DE ACUEDUCTOS COMUNALES AL TERCER
TRIMESTRE DEL 2017**

5	13	SURETKA DE TALAMANCA	23/02/17	1	ACCU-TAB	1200
5	14	SHIROLES DE TALAMANCA	23/02/17	1	ACCU-TAB	340
7	15	BANANITO NORTE Y SUR DE LIMÓN	24/02/17	1	CAMARA SECA PVC	4200
3	16	BALTIMORE DE MATINA	24/02/17	1	CAMARA SECA PVC	1560
9	17	SAN VICENTE DEL TABLAZO DE ACOSTA	28/02/17	1	CAMARA SECA PVC	330
0	18	VILLACARES DE TURRUCARES	20/03/17	1	COLORO LIQUIDO	750
1	19	PUERTO HUMO DE NICOYA	21/03/17	1	ACCU-TAB	534
2	20	CABALLITO DE NICOYA # 01	22/03/17	1	ACCU-TAB	900
3	21	MONTE GALÁN DE NICOYA	23/03/17	1	ACCU-TAB	312
4	22	ASENTAMIENTO CUARROS DE TARCOLES	24/03/17	1	CAMARA SECA PVC	1056
5	23	LAS VEGAS DEL PARRITA	28/03/17	1	ACCU-TAB	198
5	24	B- LINE DE MATINA	30/03/17	1	ACCU-TAB	3240
7	25	LA ALEGRÍA DE SIQUIRRES SECTOR DE LOMAS	31/03/17	1	CAMARA SECA PVC	360
3	26	LA ALEGRÍA DE SIQUIRRES	31/03/17	1	CAMARA SECA PVC	2880

Página 1

**PROGRAMA DE DESINFECCIÓN-UEN-AP-EQUIPOS DE CLORACIÓN
INSTALADOS EN SISTEMAS DE ACUEDUCTOS COMUNALES AL TERCER
TRIMESTRE DEL 2017**

0	27	SAN GABRIEL DE BEJUCO DE NANDAYURE	18/04/17	1	GOTEO	96
0	28	BETANIA DE HOJANCHA	19/04/17	1	GOTEO	96
1	29	SAN MIGUEL DE HOJANCHA # 02	19/04/17	2	GOTEO	138
2	30	TABLAZO CENTRO DE ACOSTA # 01	25/04/17	4	CAMARA SECA PVC	1512
3	31	LA PALMERA DE UPALA	28/04/17	1	CAMARA SECA PVC	300
4	32	SANTA RITA DE SARDINAL	09/05/17	1	ACCU-TAB	1044
5	33	PITA RAYADA DE HOJANCHA	10/05/17	1	ACCU-TAB	420
5	34	MATAMBÚ Y EL PIAVE DE NICOYA	11/05/17	1	ACCU-TAB	420
7	35	SAN LUIS DE MORETE	30/05/17	1	ACCU-TAB	210
3	36	BORUCA DE BUENOS AIRES	01/06/17	1	ACCU-TAB	1812
0	37	SAN ANTONIO DE TÉRRABA	01/06/17	1	ACCU-TAB	500
0	38	SAN LUIS DE FLORENCIA	06/06/17	1	ACCU-TAB	1080
1	39	LA UNIÓN ESTE DE VENECIA	07/06/17	1	ACCU-TAB	600
2	40	LA PALMA DE ABANGARES	13/06/17	1	ACCU-TAB	1536

**PROGRAMA DE DESINFECCIÓN-UEN-AP-EQUIPOS DE CLORACIÓN
 INSTALADOS EN SISTEMAS DE ACUEDUCTOS COMUNALES AL TERCER
 TRIMESTRE DEL 2017**

41	PALMIRA DE CAÑAS	16/6717	1	ACCU-TAB	1008
42	SANTA MARTA DE SIQUIRRES	21/06/17	1	ACCU-TAB	1020
43	CHILAMATE Y GERIKA DE SARAPIQUÍ (3 EQUIPOS)	26/04/17	1	CAMARA SECA PVC	12576
44	OJO DE AGUA DE ARANCIBIA	13/07/17	1	CAMARA SECA PVC	336
45	SAN RAFAEL DE ARANCIBIA	13/07/17	1	CAMARA SECA PVC	150
46	CORAZÓN DE JESÚS DE ARANCIBIA	14/07/17	1	CAMARA SECA PVC	450
47	LOS MONGES DE ASERRI	10/08/17	1	ACCU-TAB	198
48	SAN RAFAEL ABAJO DE PURISCAL (3 EQUIPOS)	23/08/17	1	CAMARA SECA PVC	1820
49	MASTATAL DE PURISCAL	24/08/17	1	ACCU-TAB	1020
					50.874

Anexo 2

Tabla 2.1 Lista de establecimientos CEN CINAI que ejecutaron acciones de promoción de la actividad física y prevención del tabaquismo en familias de los niños que asisten a los servicios noviembre 2017.



Lista de establecimientos CEN CINAI que ejecutaron acciones de promoción de la actividad física y prevención del tabaquismo en familias de los niños que asisten a los servicios noviembre 2017

207

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas, participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
TOTAL						33% 207
CENTRAL	SAN JOSÉ	HOSPITAL	HATILLO	1010320	BARRIO CUBA	1
CENTRAL	SAN JOSÉ	HATILLO	HATILLO	1011007	SAGRADA FAMILIA DE S. J.	1
CENTRAL	SAN JOSÉ	HATILLO	HATILLO	1011008	COLONIA 15 DE SETIEMBRE S.J.	1
CENTRAL	SAN JOSÉ	HATILLO	HATILLO	1011031	HATILLO NO 8 SAN JOSE	1
CENTRAL	DESAMPARADOS	DESAMPARADOS	HATILLO	1030107	TORREMOLINOS DE DESAMP. S. J.	1
CENTRAL	DESAMPARADOS	SAN RAFAEL ARRIBA	HATILLO	1030401	MAIQUETIA DE DESAMPARADOS S.J.	1
CENTRAL	DESAMPARADOS	SAN RAFAEL ABAJO	HATILLO	1031104	CAI SAN RAFAEL ABAJO DESAMP.	1
CENTRAL	ALAJUELITA	ALAJUELITA	HATILLO	1100102	ALAJUELITA S.J.	1
CENTRAL	MORA	TABARCIA	CIUDAD COLÓN	1070301	TABARCIA DE MORA - S.J.	1
CENTRAL	DESAMPARADOS	SAN ANTONIO	CURRIDABAT - DESAMPARADOS	1030501	SAN ANTONIO DESAMP. S. J.	1

208

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas, participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
CENTRAL	CURRIDABAT	CURRIDABAT	CURRIDABAT - DESAMPARADOS	1180102	CURRIDABAT S.J.	1
HUETAR NORTE	GRECIA	RÍO CUARTO	CIUDAD QUESADA	2030603	SANTA RITA RIO CUARTO GRECIA	1
HUETAR NORTE	GRECIA	RÍO CUARTO	CIUDAD QUESADA	2030609	SANTA ISABEL RIO CUARTO	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	QUESADA	CIUDAD QUESADA	2100106	BARRIO SAN ANTONIO DE CIUDAD QUESADA	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	QUESADA	CIUDAD QUESADA	2100111	CINAI CIUDAD QUESADA SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	QUESADA	CIUDAD QUESADA	2100121	DULCE NOMBRE DE CIUDAD QUESADA	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	AGUAS ZARCAS	CIUDAD QUESADA	2100403	AGUAS ZARCAS DE SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	VENECIA	CIUDAD QUESADA	2100504	BUENOS AIRES DE VENECIA	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	PITAL	CIUDAD QUESADA	2100604	VERACRUZ DE PITAL, SAN CARLOS	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	CUTRIS	CIUDAD QUESADA	2101119	BOCA DEL RIO SAN CARLOS A	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	FLORENCIA	LA FORTUNA	2100202	MUELLE DE FLORENCIA, SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	FLORENCIA	LA FORTUNA	2100203	PLATANAR DE SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	FLORENCIA	LA FORTUNA	2100204	SANTA CLARA DE SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	FLORENCIA	LA FORTUNA	2100205	FLORENCIA SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	LA FORTUNA	LA FORTUNA	2100703	EL TANQUE LA FORTUNA	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	LA FORTUNA	LA FORTUNA	2100705	LA FORTUNA SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	LA FORTUNA	LA FORTUNA	2100709	SONAFLUCA, SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	LA FORTUNA	LA FORTUNA	2100710	LOS ANGELES DE FORTUNA S.C.	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	TIGRA	LA FORTUNA	2100802	LA TIGRA SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	PALMERA	LA FORTUNA	2100901	SAN FCO. DE LA PALMERA	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	VENADO	LA FORTUNA	2101004	VENADO DE SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	MONTERREY	LA FORTUNA	2101202	SANTO DOMINGO DE MONTERREY S.C.	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	CUTRIS	SANTA ROSA POCOSOL	2101111	SAN JOAQUIN CUTRIS SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	CUTRIS	SANTA ROSA POCOSOL	2101112	COOPEVEGA DE CUTRIS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	CUTRIS	SANTA ROSA POCOSOL	2101114	MORAVIA CUTRIS ALAJ.	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	CUTRIS	SANTA ROSA POCOSOL	2101118	BOCA DE ARENAL SAN CARLOS	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	CUTRIS	SANTA ROSA POCOSOL	2101120	SAN PEDRO CUTRIS ALAJ.	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	POCOSOL	SANTA ROSA POCOSOL	2101302	SANTA ROSA DE POCOSOL (con CECUDI)	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	POCOSOL	SANTA ROSA POCOSOL	2101308	CARRIZAL POCOSOL ALAJ.	1
HUETAR NORTE	SAN CARLOS	POCOSOL	SANTA ROSA POCOSOL	2101309	EL CONCHO SN CARLOS ALAJ.	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
HUETAR NORTE	LOS CHILES	LOS CHILES	SANTA ROSA POCOSOL	2140102	LOS CHILES DE ALAJUELA	1
HUETAR NORTE	LOS CHILES	LOS CHILES	SANTA ROSA POCOSOL	2140104	MEDIO QUESO LOS CHILE	1
HUETAR NORTE	LOS CHILES	LOS CHILES	SANTA ROSA POCOSOL	2140109	EL PARQUE LOS CHILES ALAJ.	1
HUETAR NORTE	LOS CHILES	LOS CHILES	SANTA ROSA POCOSOL	2140113	COQUITAL LOS CHILES	1
HUETAR NORTE	LOS CHILES	LOS CHILES	SANTA ROSA POCOSOL	2140114	SANTA FE DE LOS CHILES	1
HUETAR NORTE	LOS CHILES	CAÑO NEGRO	SANTA ROSA POCOSOL	2140203	CAÑO NEGRO LOS CHILES	1
HUETAR NORTE	LOS CHILES	EL AMPARO	SANTA ROSA POCOSOL	2140301	SAN JOSE AMPARO LOS CHILES	1
HUETAR NORTE	LOS CHILES	EL AMPARO	SANTA ROSA POCOSOL	2140302	COBANO LOS CHILES ALAJ.	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
HUETAR NORTE	LOS CHILES	EL AMPARO	SANTA ROSA POCOSOL	2140303	PAVON LOS CHILES	1
HUETAR NORTE	LOS CHILES	SAN JORGE	SANTA ROSA POCOSOL	2140401	EL PORVENIR LOS CHILES	1
HUETAR NORTE	LOS CHILES	SAN JORGE	SANTA ROSA POCOSOL	2140404	SANTIAGO LIRIOS LOS CHILES ALAJUELA	1
HUETAR NORTE	GUATUSO	SAN RAFAEL	SAN RAFAEL DE GUATUSO	2150103	SAN RAFAEL DE GUATUSO	1
HUETAR NORTE	GUATUSO	SAN RAFAEL	SAN RAFAEL DE GUATUSO	2150105	PALENQUE MARGARITA	1
HUETAR NORTE	GUATUSO	KATIRA	SAN RAFAEL DE GUATUSO	2150204	LA KATIRA GUATUSO ALAJUELA	1
HUETAR NORTE	GUATUSO	KATIRA	SAN RAFAEL DE GUATUSO	2150209	RIO CELESTE GUATUSO ALAJUELA	1
HUETAR NORTE	GUATUSO	COTE	SAN RAFAEL DE GUATUSO	2150302	LA CABANGA DE GUATUSO, ALAJUELA	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
CHOROTEGA	LA CRUZ	SANTA ELENA	LIBERIA	5100401	CUAJINIQUEL DE LA CRUZ	1
CHOROTEGA	SANTA CRUZ	VEINTISIETE DE ABRIL	SANTA CRUZ	5030306	27 DE ABRIL SANTA CRUZ	1
CHOROTEGA	SANTA CRUZ	VEINTISIETE DE ABRIL	SANTA CRUZ	5030307	RIO SECO SANTA CRUZ	1
CHOROTEGA	SANTA CRUZ	VEINTISIETE DE ABRIL	SANTA CRUZ	5030313	HATILLO DE SANTA CRUZ	1
CHOROTEGA	SANTA CRUZ	VEINTISIETE DE ABRIL	SANTA CRUZ	5030315	PARAISO DE SANTA CRUZ	1
CHOROTEGA	SANTA CRUZ	TEMPATE	SANTA CRUZ	5030401	TEMPATE SANTA CRUZ	1
CHOROTEGA	SANTA CRUZ	TEMPATE	SANTA CRUZ	5030404	HUACAS DE SANTA CRUZ	1
CHOROTEGA	NICOYA	NICOYA	NICOYA	5020108	NICOYA GUANACASTE	1
CHOROTEGA	NICOYA	NICOYA	NICOYA	5020115	GAMALOTAL NICOYA	1
CHOROTEGA	NICOYA	NICOYA	NICOYA	5020125	NAMBI DE NICOYA	1
CHOROTEGA	NICOYA	NICOYA	NICOYA	5020129	SAN BLAS DE NICOYA	1
CHOROTEGA	NICOYA	MANSIÓN	NICOYA	5020202	PUEBLO VIEJO NICOYA	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
CHOROTEGA	NICOYA	MANSIÓN	NICOYA	5020204	LA VIGIA DE NICOYA	1
CHOROTEGA	NICOYA	SAN ANTONIO	NICOYA	5020301	SAN LAZARO NICOYA	1
CHOROTEGA	NICOYA	SAN ANTONIO	NICOYA	5020302	CORRALILLO DE NICOYA	1
CHOROTEGA	NICOYA	SAN ANTONIO	NICOYA	5020304	SAN ANTONIO NICOYA	1
CHOROTEGA	NICOYA	SAN ANTONIO	NICOYA	5020307	SAN VICENTE NICOYA	1
CHOROTEGA	NICOYA	QUEBRADA HONDA	NICOYA	5020403	QUEBRADA HONDA NICOYA	1
CHOROTEGA	NANDAYURE	CARMONA	NANDAYURE	5090102	CARMONA, NANDAYURE, GUANACASTE	1
CHOROTEGA	HOJANCHA	HOJANCHA	NANDAYURE	5110102	HOJANCHA DE GUANACASTE (CECUDI)	1
CHOROTEGA	HOJANCHA	HOJANCHA	NANDAYURE	5110105	MATAMBU DE HOJANCHA	1
HUETAR NORTE	UPALA	UPALA	CAÑAS	2130104	UPALA ALAJUELA	1
CHOROTEGA	CAÑAS	CAÑAS	CAÑAS	5060106	CAÑAS GUANACASTE	1
CHOROTEGA	TILARÁN	TILARÁN	CAÑAS	5080103	TILARAN GUANACASTE	1
Huetar Caribe	POCOCÍ	GUÁPILES	POCOCÍ 1	7020104	GUAPILES POCOCI LIMON	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
Huetar Caribe	GUÁCIMO	POCORA	POCOCÍ 1	7060302	POCORA GUACIMO	1
Huetar Caribe	POCOCÍ	RITA	POCOCÍ 2	7020314	SAN GERARDO LA RITA GUAPILES	1
Huetar Caribe	POCOCÍ	RITA	POCOCÍ 2	7020316	EL JARDIN DE POCOCI LIMON	1
Huetar Caribe	POCOCÍ	ROXANA	POCOCÍ 2	7020408	LLANO BONITO LIMON	1
Huetar Caribe	POCOCÍ	CARIARI	POCOCÍ 2	7020500	EL PROGRESO POCOCI	1
Huetar Caribe	POCOCÍ	CARIARI	POCOCÍ 2	7020503	COLONIA CARIARI POCOCI LIMON	1
Huetar Caribe	POCOCÍ	CARIARI	POCOCÍ 2	7020505	LOS ANGELES CARIARI	1
Huetar Caribe	TALAMANCA	BRATSI	TALAMANCA	7040103	SEPEKUE TALAMANCA	1
Huetar Caribe	TALAMANCA	SIXAOLA	TALAMANCA	7040202	SIXAOLA TALAMANCA	1
Huetar Caribe	TALAMANCA	SIXAOLA	TALAMANCA	7040205	FINCA MARGARITA	1
Huetar Caribe	TALAMANCA	SIXAOLA	TALAMANCA	7040206	DAYTONIA TALAMANCA	1
Huetar Caribe	TALAMANCA	SIXAOLA	TALAMANCA	7040207	PARAISO DE TALAMANCA	1
BRUNCA	PÉREZ ZELEDÓN	SAN ISIDRO DEL GENERAL	PERÉZ ZELEDON 501	1190129	BARRIO SINAI DE P. Z.	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
BRUNCA	PÉREZ ZELEDÓN	SAN ISIDRO DEL GENERAL	PERÉZ ZELEDON 501	1190130	PAVONES DE PEREZ ZELEDON	1
BRUNCA	PÉREZ ZELEDÓN	SAN ISIDRO DEL GENERAL	PERÉZ ZELEDON 501	1190132	LOMAS DE COCORI	1
BRUNCA	PÉREZ ZELEDÓN	EL GENERAL	PERÉZ ZELEDON 501	1190202	GENERAL VIEJO DE P. Z.	1
BRUNCA	PÉREZ ZELEDÓN	DANIEL FLORES	PERÉZ ZELEDON 501	1190308	BARRIO LOS ANGELES DE DANIEL F	1
BRUNCA	PÉREZ ZELEDÓN	DANIEL FLORES	PERÉZ ZELEDON 501	1190309	INVU EL CLAVEL P. Z.	1
BRUNCA	BUENOS AIRES	BUENOS AIRES	BUENOS AIRES	6030104	BUENOS AIRES DE PUNTARENAS	1
BRUNCA	BUENOS AIRES	BUENOS AIRES	BUENOS AIRES	6030115	SANTA CRUZ DE BUENOS AIRES	1
BRUNCA	BUENOS AIRES	BRUNCA	BUENOS AIRES	6030901	SANTA MARTA DE BUENOS AIRES	1
BRUNCA	OSA	PUERTO CORTÉS	OSA - PALMAR NORTE	6050103	CIUDAD CORTES DE OSA	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
BRUNCA	COTO BRUS	SAN VITO	SAN VITO COTO BRUS	6080111	LA PINTADA DE COTO BRUS PUNTARENAS	1
BRUNCA	COTO BRUS	SAN VITO	SAN VITO COTO BRUS	6080119	SAN JOAQUIN DE COTO BRUS	1
BRUNCA	GOLFITO	GOLFITO	GOLFITO - CORREDORES	6070103	GOLFITO DE PUNTARENAS	1
BRUNCA	CORREDORES	CANOAS	GOLFITO - CORREDORES	6100302	Bo. SAN JORGE CANOAS LOS LOTES	1
BRUNCA	CORREDORES	LAUREL	GOLFITO - CORREDORES	6100401	LAUREL DE CORREDORES PUNTARENAS	1
BRUNCA	PÉREZ ZELEDÓN	DANIEL FLORES	PERÉZ ZELEDON 506	1190301	PALMARES DE PEREZ ZELEDON	1
BRUNCA	PÉREZ ZELEDÓN	PEJIBAYE	PERÉZ ZELEDON 506	1190702	PEJIBAYE DE PEREZ ZELEDON	1
CENTRAL	ALAJUELA	SAN JOSÉ	GRECIA	2010202	BARRIO SAN JOSE DE ALAJUELA	1
CENTRAL	ALAJUELA	TURRUCARES	GRECIA	2011102	TURRUCARES DE ALAJUELA	1
CENTRAL	GRECIA	TACARES	GRECIA	2030502	TACARES DE GRECIA	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
CENTRAL	POÁS	SAN PEDRO	GRECIA	2080103	SAN PEDRO DE POAS	1
CENTRAL	POÁS	CARRILLOS	GRECIA	2080401	CARRILLOS DE POAS ALAJ.	1
HUETAR NORTE	SARAPIQUÍ	PUERTO VIEJO	SARAPIQUI	4100110	LA GUARIA DE SARAPIQUI PUERTO VIEJO	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	PUNTARENAS	PUNTARENAS	6010107	PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	PITAHAYA	PUNTARENAS	6010203	SARDINAL DE PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	CHOMES	PUNTARENAS	6010302	CHOMES PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	MANZANILLO	PUNTARENAS	6010603	COSTA DE PAJAROS PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	MANZANILLO	PUNTARENAS	6010605	MANZANILLO PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	BARRANCA	PUNTARENAS	6010801	BARRANCA PUNTARENAS	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	BARRANCA	PUNTARENAS	6010803	LOS ALMENDROS DE BARRANCA	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	BARRANCA	PUNTARENAS	6010804	MANUEL MORA	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	CHACARITA	PUNTARENAS	6011203	Bo. 20 NOVIEMBRE PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	CHIRA	PUNTARENAS	6011301	SAN ANTONIO DE ISLA CHIRA	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	EL ROBLE	PUNTARENAS	6011501	EL ROBLE PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	EL ROBLE	PUNTARENAS	6011502	CINCO ESTRELLAS EL ROBLE	1
PACÍFICO CENTRAL	ESPARZA	ESPÍRITU SANTO	PUNTARENAS	6020103	ESPARZA PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	ESPARZA	ESPÍRITU SANTO	PUNTARENAS	6020110	MOJON DE ESPARZA	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
PACÍFICO CENTRAL	MONTES DE ORO	MIRAMAR	PUNTARENAS	6040103	MIRAMAR DE MONTE DE ORO	1
PACÍFICO CENTRAL	MONTES DE ORO	SAN ISIDRO	PUNTARENAS	6040301	SAN ISIDRO DE MONTES DE ORO	1
PACÍFICO CENTRAL	OROTINA	OROTINA	OROTINA	2090103	OROTINA ALAJUELA	1
PACÍFICO CENTRAL	OROTINA	MASTATE	OROTINA	2090201	MASTATE OROTINA	1
PACÍFICO CENTRAL	OROTINA	COYOLAR	OROTINA	2090401	COYOLAR DE OROTINA	1
PACÍFICO CENTRAL	AGUIRRE	QUEPOS	OROTINA	6060104	CERRO DAMAS PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	AGUIRRE	QUEPOS	OROTINA	6060105	QUEPOS DE AGUIRRE PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	AGUIRRE	SAVEGRE	OROTINA	6060203	SILENCIO DE AGUIRRE-PUNTARENAS	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
PACÍFICO CENTRAL	PARRITA	PARRITA	OROTINA	6090108	ESTERILLOS O. PARRITA PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	GARABITO	JACÓ	OROTINA	6110104	JACO PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	GARABITO	TÁRCOLES	OROTINA	6110201	TARCOLES DE PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	GARABITO	TÁRCOLES	OROTINA	6110202	QUEBRADA GANADO DE JACO	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	LEPANTO	JICARAL	6010405	JICARAL DE PUNTARENAS	1
PACÍFICO CENTRAL	PUNTARENAS	LEPANTO	JICARAL	6010410	DOMINICAS DE PUNTARENAS LEPANTO	1
CENTRAL	SAN RAMÓN	SAN RAMÓN	SAN RAMÓN	2020104	SAN RAMON DE ALAJUELA	1
CENTRAL	SAN RAMÓN	SAN RAMÓN	SAN RAMÓN	2020111	SAN RAMON DE ALAJUELA CINAI	1
CENTRAL	SAN RAMÓN	SAN JUAN	SAN RAMÓN	2020302	SAN JUAN DE SAN RAMON	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
CENTRAL	SAN RAMÓN	PIEDESUR SUR	SAN RAMÓN	2020502	PIEDESUR SUR SAN RAMON	1
CENTRAL	SAN RAMÓN	PEÑAS BLANCAS	SAN RAMÓN	2021304	ABANICO DE SAN ISIDRO DE P.B.	1
CENTRAL	SAN RAMÓN	PEÑAS BLANCAS	SAN RAMÓN	2021305	INVU SAN ISIDRO P.B.	1
CENTRAL	SAN RAMÓN	PEÑAS BLANCAS	SAN RAMÓN	2021306	SAN ISIDRO PEÑAS BLANCAS	1
CENTRAL	NARANJO	NARANJO	NARANJO	2060107	CANDELARIA NARANJO ALAJ.	1
CENTRAL	NARANJO	SAN JOSÉ	NARANJO	2060301	SAN JUANILLO DE NARANJO	1
CENTRAL	ZARCERO	LAGUNA	NARANJO	2110201	LAGUNA DE ALFARO RUIZ	1
CENTRAL	ZARCERO	TAPEZCO	NARANJO	2110302	TAPEZCO DE ALFARO RUIZ	1
CENTRAL	PALMARES	ZARAGOZA	PALMARES	2070203	RINCON DE ZARAGOZA	1
CENTRAL	PALMARES	BUENOS AIRES	PALMARES	2070302	BUENOS AIRES DE PALMARES	1
CENTRAL	PALMARES	CANDELARIA	PALMARES	2070502	CANDELARIA DE PALMARES	1
CENTRAL	PALMARES	ESQUIPULAS	PALMARES	2070602	ESQUIPULAS PALMARES ALAJ.	1
CENTRAL	VALVERDE VEGA	SARCHÍ NORTE	PALMARES	2120103	SARCHI NORTE DE VALVERDE VEGA 1	1
CENTRAL	VALVERDE VEGA	SARCHÍ NORTE	PALMARES	2120109	LA LUISA VALVERDE VEGA	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
CENTRAL	TARRAZÚ	SAN CARLOS	TEJAR DEL GUARCO	1050303	SAN JERONIMO DE S.C. TARRA.	1
CENTRAL	CARTAGO	SAN NICOLÁS	CARTAGO	3010401	SAN NICOLAS DE CARTAGO	1
CENTRAL	CARTAGO	SAN NICOLÁS	CARTAGO	3010402	LOYOLA DE SAN NICOLAS DE CARTAGO	1
CENTRAL	CARTAGO	AGUACALIENTE o SAN FRANCISCO	CARTAGO	3010501	AGUA CALIENTE SN FCO CARTAGO	1
CENTRAL	CARTAGO	AGUACALIENTE o SAN FRANCISCO	CARTAGO	3010503	LOURDES SAN FCO. CARTAGO	1
CENTRAL			CARTAGO	3010504	COCORI	1
CENTRAL	CARTAGO	GUADALUPE o ARENILLA	CARTAGO	3010601	GUADALUPE CARTAGO	1
CENTRAL	CARTAGO	CORRALILLO	CARTAGO	3010705	CORRALILLO CARTAGO	1
CENTRAL	CARTAGO	CORRALILLO	CARTAGO	3010709	SAN ANTONIO DE CORRALILLO- CARTAGO	1
CENTRAL	CARTAGO	CORRALILLO	CARTAGO	3010710	SANTA ELENA ARR. DE CORRALILLO	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
CENTRAL	CARTAGO	CORRALILLO	CARTAGO	3010714	LLANO LOS ANGELES CORRALILLO	1
CENTRAL	CARTAGO	DULCE NOMBRE	CARTAGO	3010901	DULCE NOMBRE CARTAGO	1
CENTRAL	CARTAGO	DULCE NOMBRE	CARTAGO	3010903	CABALLO BLANCO CARTAGO	1
CENTRAL	CARTAGO	LLANO GRANDE	CARTAGO	3011001	LLANO GRANDE CARTAGO	1
CENTRAL	LA UNIÓN	TRES RÍOS	CARTAGO	3030104	TRES RIOS DE LA UNION DE CARTAGO	1
CENTRAL	LA UNIÓN	SAN RAFAEL	CARTAGO	3030401	LOS SAUCES TRES RIOS	1
CENTRAL	CARTAGO	TIERRA BLANCA	OREAMUNO	3010801	TIERRA BLANCA CTGO	1
CENTRAL	PARAÍSO	PARAÍSO	OREAMUNO	3020104	PARAISO NO. 1 CARTAGO	1
CENTRAL	PARAÍSO	PARAÍSO	OREAMUNO	3020112	EL SALVADOR DE CARTAGO	1
CENTRAL	PARAÍSO	PARAÍSO	OREAMUNO	3020113	LLANOS DE SANTA LUCIA PARAISO	1
CENTRAL	PARAÍSO	OROSI	OREAMUNO	3020302	OROSI PARAISO	1
CENTRAL	PARAÍSO	CACHÍ	OREAMUNO	3020402	CACHI PARAISO CARTAGO	1
CENTRAL	JIMÉNEZ	JUAN VIÑAS	OREAMUNO	3040105	JUAN VIÑAS JIMENEZ-	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
CENTRAL	JIMÉNEZ	JUAN VIÑAS	OREAMUNO	3040107	LA VICTORIA DE JUAN VIÑAS	1
CENTRAL	ALVARADO	PACAYAS	OREAMUNO	3060102	PACAYAS DE ALVARADO	1
CENTRAL	ALVARADO	CERVANTES	OREAMUNO	3060201	CERVANTES DE ALVARADO-CARTAGO	1
CENTRAL	ALVARADO	CAPELLADES	OREAMUNO	3060301	CAPELLADES DE ALVARADO-CARTAGO	1
CENTRAL	OREAMUNO	SAN RAFAEL	OREAMUNO	3070102	SAN RAFAEL OREAMUNO	1
CENTRAL	OREAMUNO	COT	OREAMUNO	3070202	COT OREAMUNO CARTAGO	1
CENTRAL	OREAMUNO	CIPRESES	OREAMUNO	3070401	CIPRESES DE OREAMUNO-CARTAGO	1
CENTRAL	JIMÉNEZ	TUCURRIQUE	TURRIALBA	3040204	TUCURRIQUE TURRIALBA	1
CENTRAL	JIMÉNEZ	PEJIBAYE	TURRIALBA	3040303	PEJIBAYE JIMENEZ	1
CENTRAL	TURRIALBA	TURRIALBA	TURRIALBA	3050103	TURRIALBA CTGO	1
CENTRAL	TURRIALBA	TURRIALBA	TURRIALBA	3050105	LA MARGOT TURRIALBA	1
CENTRAL	TURRIALBA	TURRIALBA	TURRIALBA	3050124	SAN JUAN NORTE TURRIALBA	1
CENTRAL	TURRIALBA	LA SUIZA	TURRIALBA	3050203	LA SUIZA TURRIALBA	1

Región MIDEPLAN	Cantón	Distrito	Oficina Local	Código del Centro	Nombre del Centro	Establecimientos con miembros adultos de familias atendidas , participando en Talleres Actividad Física y Prevención Fumado
CENTRAL	TURRIALBA	SANTA TERESITA	TURRIALBA	3050504	EL SAUCE SANTA TERESITA-TLBA	1
CENTRAL	TURRIALBA	SANTA TERESITA	TURRIALBA	3050506	STA TERESITA TURRIALBA CARTAGO	1
CENTRAL	TURRIALBA	SANTA TERESITA	TURRIALBA	3050507	GUAYABO TURRIALBA	1
CENTRAL	TURRIALBA	PAVONES	TURRIALBA	3050603	JABILLOS DE TURRIALBA	1
CENTRAL	TURRIALBA	TUIS	TURRIALBA	3050701	TUIS TURRIALBA	1
CENTRAL	TURRIALBA	SANTA ROSA	TURRIALBA	3050902	AQUIARES STA ROSA TURRIALBA	1
CENTRAL	TURRIALBA	SANTA ROSA	TURRIALBA	3050903	SANTA ROSA TURRIALBA	1
CENTRAL	TURRIALBA	TRES EQUIS	TURRIALBA	3051001	TRES EQUIS TURRIALBA	1
CENTRAL	TURRIALBA	LA ISABEL	TURRIALBA	3051101	EL MORA TURRIALBA	1
CENTRAL	TURRIALBA	LA ISABEL	TURRIALBA	3051102	AZUL TURRIALBA	1

Tabla 2.2 Matriz de seguimiento de proyectos incluidos en los programas “Costa Rica desde el Caribe” y Territorio Norte –Norte: construyendo Desarrollo Integral”



Matriz de Seguimiento de proyectos incluidos en los programas "Costa Rica desde el Caribe" y "Territorio Norte-Norte: construyendo Desarrollo Integral"

Institución Responsable: Dirección Nacional de CEN CINAI

Fecha de Corte: dic-17

Año: 2017

Decreto	Código y nombre del proyecto	Etapa Actual	Fecha de inicio etapa actual	Fecha conclusión etapa actual	Porcentaje de avance de la etapa actual	Monto programado para el desarrollo de la etapa actual (colones)	Monto ejecutado para la etapa actual (colones)	Estado	Observaciones
N° 38828-MP-PLAN	001364 Barrio Limoncito	Ejecutado	20-ago-15	ene-16	100%	¢260, 744, 130.00	¢242.611.789,41	Ejecutado	Obra financiada con fondos de la Junta de Protección Social de San José, Oficio DG-USG-PGI-CEN-CINAI-34-2016 del 3 de marzo del 2016 firmado por el arquitecto Francisco Romero Villegas, obras entregadas el 21 de enero del 2016.
N° 38828-MP-PLAN	001454 El Cairo de Siquirres	Ejecutado	21-sep-15	ene-16	100%	¢170, 744, 130.00	¢165,337,803,16	Ejecutado	Obra financiada con fondos de la Junta de Protección Social de San José, Oficio DG-USG-PGI-CEN-CINAI-35-2016 del 3 de marzo del 2016 firmado por el arquitecto Francisco Romero Villegas, obras entregadas el 21 de enero del 2016.
N° 38828-MP-PLAN	001395 San Rafael de Siquirres	Proyecto terminado el 2013 , reportado en el informe del año 2013 y en el informe de fin de período						Ejecutado	El proyecto 1395 concluyó en el 2013, actualmente lo que existe es el servicio en funcionamiento
N° 38828-MP-PLAN	001444 El Jardín de la Rita de Pococí	Proyecto terminado el 2013, reportado en el informe del año 2013 y en el informe de fin de período						Ejecutado	El proyecto 1444 concluyó en el 2013, actualmente lo que existe es el servicio en funcionamiento
N° 38828-MP-PLAN	001549 Jiménez de Pococí	Financiamiento	jul-17	dic-18	10,00	El monto será definido al terminar los diseños constructivos	Cero	Financiamiento	Se inicia el proceso de diseño final a la espera de financiamiento
N° 2055-MP-PLAN	002055 Remodelación de la infraestructura y equipamiento de Centros de Atención Extramuros y equipamiento de Centros de Educación y Nutrición (CEN), en comunidades con alta densidad de personas migrantes de los cantones de San Carlos, Los Chiles y Coto Brus	Ejecución	2015	2017	25%	154.765.000,00	Cero	Ejecución	Este proyecto incluía seis obras, dos de ellas fueron descartadas por razones técnicas ya que después de la visita de los Profesionales de Topografía y Arquitectura se determinó la imposibilidad de ejecución por su cercanía a ríos. Dos más fueron sacadas a concurso en Merlín pero no fue posible adjudicarlas , se está repitiendo el proceso de contratación y las restantes dos obras están siendo diseñadas para sacarlas a concurso por medio del Merlín con cargo al Fidecomiso en el BCR del Fondo Migratorio