



**INFORME FINAL DE  
GESTIÓN**

**Ministerio de Salud.**

**Dra. Antonieta Acuña  
Hernández**



## PRESENTACIÓN

El presente informe tiene como objetivo describir los principales resultados obtenidos durante mi gestión como Directora de del Área Rectora de Salud de Santa Bárbara, en el periodo comprendido de abril del 2016 al abril de 2019, además de detallar un estado de la situación actual de dicha dirección con la finalidad de orientar en el seguimiento de proyectos de trascendentales hacia la población del cantón de Santa Bárbara, en representación del Ministerio de Salud, como ente rector de la Salud Pública del Costa Rica.

De conformidad con lo establecido en el inciso e) del artículo 12 de la Ley N<sup>o</sup> 8292 "Ley General de Control Interno" y la Resolución R-CO-61 del 24 de junio del 2005 de la Contraloría General de la República que dicta la Directriz N<sup>o</sup> D-1-2005-CO-DFOE, sobre lo que deben observar los funcionarios obligados a presentar el Informe Final de Gestión. En cumplimiento a lo que dicta la legislación procedo a emitir el respectivo informe en referencia al periodo de gestión en calidad de Directora de Área Rectora de Salud de Santa Bárbara; con el propósito de que la institución disponga de un informe del contexto de mi gestión procedo a informar sobre las acciones y actividades desarrolladas para el cumplimiento de los objetivos institucionales y para el logro de las metas propuestas, asimismo de la ejecución de los lineamientos establecidos por el Nivel Regional y Central del Ministerio.

Así mismo para que mi sucesor pueda informarse de lo alcanzado en el cumplimiento de las funciones sustantivas de Rectoría de la Salud y su impacto en la comunidad, en los actores sociales institucionales conformadores del sistema de producción social de la salud en el cantón de Santa Bárbara de Heredia, tener claridad de los asuntos por resolver y las recomendaciones que se estiman pertinentes.

## CONTENIDO

Resultados de Gestión:

1. Referencia a la labor sustantiva institucional.
2. Cambios acontecidos en el entorno a nivel nacional e internacional durante el periodo de gestión.
3. Resultados de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional.
4. Acciones emprendidas para establecer, mantener, evaluar y perfeccionar los resultados emanados de la aplicación del Sistema de Control Interno Institucional.
5. Principales logros institucionales alcanzados durante mi gestión. Lo anterior de conformidad con la planificación institucional previamente definida.
6. Administración de los recursos financieros asignados a la institución durante mi gestión
7. Observaciones y sugerencias para la buena marcha institucional
8. Estado Actual de Cumplimiento de Recomendaciones. Abarca en acatamiento a las recomendaciones técnicas formuladas por la Auditoría Interna respectiva.

## 1. REFERENCIA A LA LABOR SUSTANTIVA INSTITUCIONAL.

De acuerdo con el decreto N<sup>o</sup> 40724-S el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial La gaceta el 14 de noviembre del 2017 se destaca en el Artículo 55: "De las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud. Las Direcciones de Áreas Rectoras de Salud dependen de las Direcciones Regionales de salud, Su objetivo consiste en garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a Nivel Local, asegurando que el componente local de todos los procesos institucionales se ejecute de manera articulada, eficaz, con la calidad requerida, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría Técnica de la Producción Social de la salud y con los lineamientos tácticos emitidos por el Director Regional de Rectoría de la Salud".

El área se encuentra ubicada en el cantón de Santa Bárbara, de la provincia de Heredia, cuenta con una extensión territorial de 53.21 Km<sup>2</sup>, la división política administrativa del cantón consta de seis distritos algunos de los cuales tienen caseríos extensos como son: Santo Domingo del Roble, que tiene a: Chagüites y los Cartagos. Igual situación sucede con Jesús que conglomerar a Birrí. Purabá cuenta con: San Bosco, Zetillal y Betania.

El código administrativo es 404, y fue creado mediante decreto N<sup>o</sup>. 21 del 29 de septiembre de 1882. Sus límites son: al norte con Heredia (Vara Blanca), al sur con Flores, al oeste con Alajuela y al este con Barva. Sus distritos son: Santa Bárbara, San Pedro, San Juan Jesús, Santo Domingo y Purabá.

Entre las principales actividades económicas se encuentran: agrícolas, café, hortalizas, verduras y ganadería de leche

Se encuentra a la altura sobre nivel del mar de 1568,3 metros; su temperatura promedio 21,7°C mínima y la 27,3°C máxima, la precipitación es de 2545,3 mm y la humedad relativa es de 77%, se ubica 10° 0.2' 18" latitud y 84° 0.9' 38" longitud.

Al igual que muchas Áreas Rectora de Salud, esta Dirección de Área están conformadas de la siguiente manera:

- a) Despacho del Director de Área Rectora de Salud.
- b) Consejo de Gestión de Área Rectora de Salud
- c) Proceso de Promoción de la Salud.
- d) Proceso de Vigilancia de la Salud
- e) Proceso de Formulación y Evaluación de Estrategias en Salud
- f) Proceso de Regulación de la Salud
- g) Proceso de Atención al Cliente
- h) Proceso de Apoyo logístico y Administrativo.

El Área Rectora de Salud cumple la función rectora de manera operativa del Ministerio de Salud, constituyéndose en un equipo de trabajo.

Además, se debe cumplir con un rol de Dirección Política por el posicionamiento que se tiene legalmente con respecto a las otras instituciones cantonales, por lo que existe una demanda de que los equipos de trabajo estén bien constituidos y tenga ese posicionamiento en el cantón.

## 2. CAMBIOS ACONTECIDOS EN EL ENTORNO NACIONAL E INTERNACIONAL DURANTE EL PERIODO DE GESTIÓN.

Con el Decreto Ejecutivo N<sup>o</sup> 40724-S, publicado en el Alcance N<sup>o</sup> 273 en la Gaceta N<sup>o</sup> 215 del 14 de noviembre de 2017, se dispuso una reorganización administrativa parcial del Ministerio de Salud con el objetivo de fortalecer las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), mejorar la eficiencia y eficacia en la gestión institucional, contar con una estructura organizativa que responda a las necesidades reales actuales de la población y que ordene el quehacer de cada unidad organizativa eliminando duplicidades, traslapes y espacios grises y que propicie profesionalismo, la coordinación, articulación y maximice el desarrollo de cada una de las unidades organizativas para el logro de su misión y visión.

Durante el período comprendido del 2016 al 2019 se sufre de un cambio político importante, pues las autoridades fueron cambiantes tanto por el período electoral que correspondió, como por el hecho de que los Ministros de Salud cambiaron durante el período varias veces, es situación genera una inestabilidad institucional desde los Niveles Políticos Superiores.

Además, al final de período fue necesaria mi participación para apoyar a la Dirección Regional Central Norte, en cubrir otra Dirección de Área como fue el caso del Área Rectora de Salud de Santo Domingo durante cuatro meses, teniendo el recargo de esa dirección.

Asimismo, se enfrentó la pandemia en dos áreas rectoras, que direccionaba, situación muy compleja y estresante, ante los eventos mundiales y nacionales que influyeron de manera directa en el rendimiento de ambas áreas rectoras, y en donde los planes operativos instituciones reflejaron deficiencias por la atención de la emergencia.

La pandemia vino a cambiar de manera significativa el modo de trabajo a nivel institucional, así como el hecho de evitar la exposición de los compañeros, conlleva a la disminución de en las metas que se programaron y en donde los procesos se tuvieron que readecuar, y por ende los resultados se verán directamente afectado.

Es importante mencionar que se debe fortalecer el ejercicio de la rectoría técnica en el ámbito de Promoción de la Salud, ya que se debe generar un cambio cultural que requiere plazos a mediano y largo tiempo, y las actividades de gestión de igual manera se programan tanto la Programación Anual del Área Rectora y los grupos organizados requieren del rol rector en este tema por parte del Ministerio de Salud, así como tanto en cada proceso de trabajo se realizan de manera que estén alineadas a los cambios de dicha reorganización siguiendo los lineamientos de nivel superior.

Con la promulgación del nuevo Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud la Dirección del Área Rectora de Santa Barbara, en el 2018 se logra contar con una Promotora de la Salud que vino a reforzar nuestros procesos, por lo demás no se experimenta modificación alguna en su organización interna, ya que esta plaza se tenía contemplada para la programación de varias actividades, pues se mantienen los Equipos de trabajo de cada Proceso y también su definición de funcionamiento básico, según el recurso humano e infraestructura disponible.

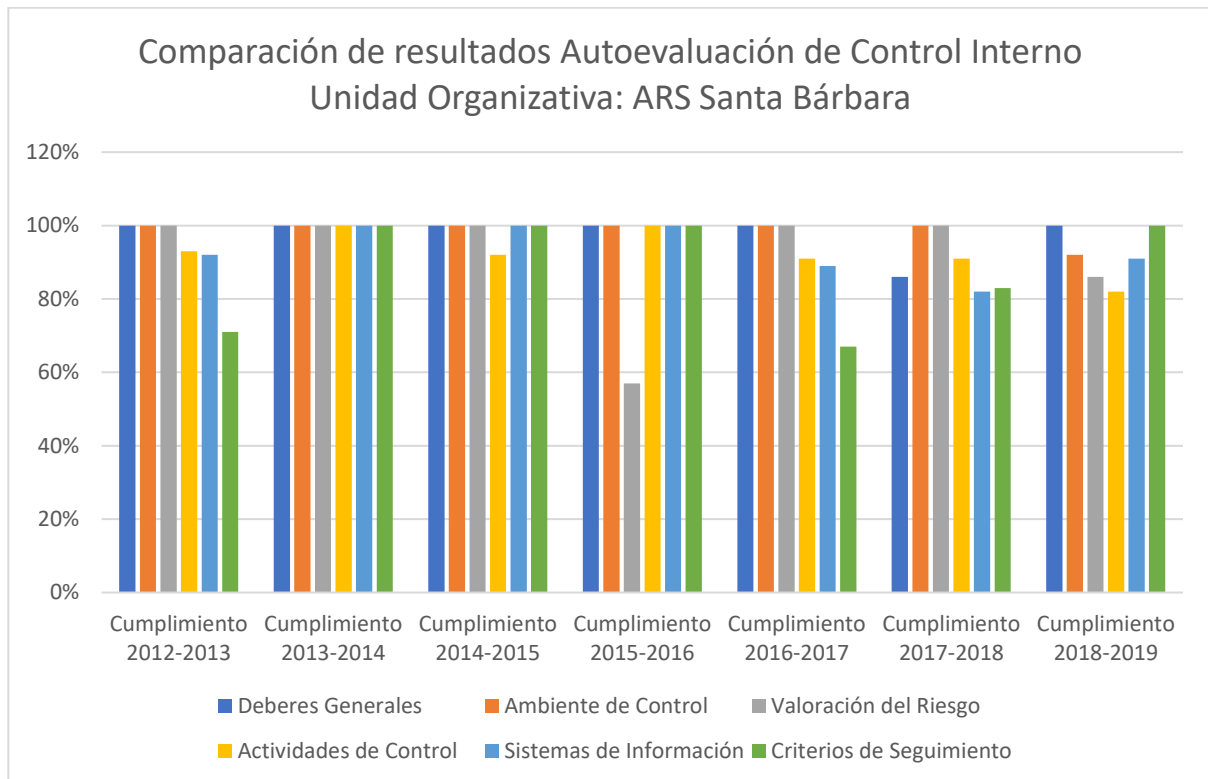
No omito manifestar que los señalamientos anteriores son situaciones fortuitas, pero impactan de manera directa en la gestión de una Dirección de Área.

### 3. RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

La Autoevaluación de Control Interno, se aplicó de manera anual por el Equipo de Consejo de Gestión del Área Rectora de Salud de Santa Bárbara.

Lo que respecta al seguimiento de logros obtenidos en el Proceso de Autoevaluación del 2018 al 2019, en donde se logra evidenciar el nivel de avance en el Control Interno Institucional.

Se refleja en el Grafico N°1 que en el 2015-2016 presenta el parámetro más inferior de resultados, pero para este período se alcanzan porcentajes superiores a 80% de logros, posterior a la elaboración de Planes de Mejoras y el respectivo seguimiento, así como el ajuste del instrumento se ha mejorado el porcentaje de metas alcanzadas.



Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.



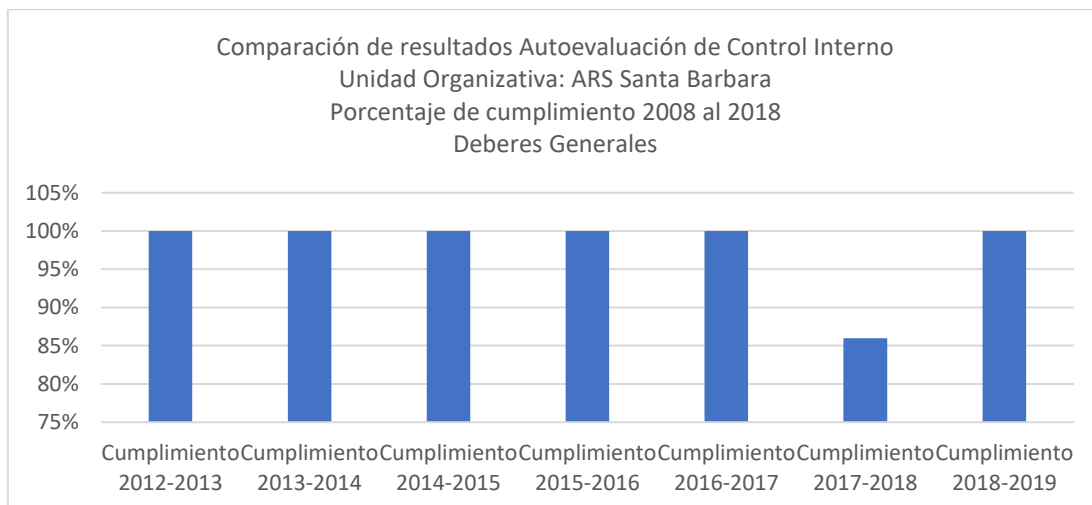
De la obtención de los resultados se identificaron situaciones, como permanentemente el cumplimiento parcial de la Ley 7202, o Ley Nacional de Archivo, por falta de recurso Humano. De igual forma la deficiencia permanente en herramientas adecuadas para definir las acciones sustantivas de la institución, limita la evidencia de gestión; también existe las limitaciones tecnológicas en los usuarios externos pues en muchas ocasiones los usuarios se ven perjudicados pues no se puede entregar a tiempo su trámite. Los planes de mejoras de cada año se elaboran, se solicitan las necesidades para poder corregir las no conformidades por falta de recurso humano, no obstante año tras año, se materializan las mismas falencias.

A continuación, detallo los aspectos de la Evaluación de Control Interno correspondientes al último período para ser considerado por las autoridades.

### 3.1 DEBERES GENERALES

Durante el periodo 2017-2018 el área obtuvo en este componente un 86% de cumplimiento, siendo el más bajo; por los demás períodos se mantiene al 100%, como muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 2

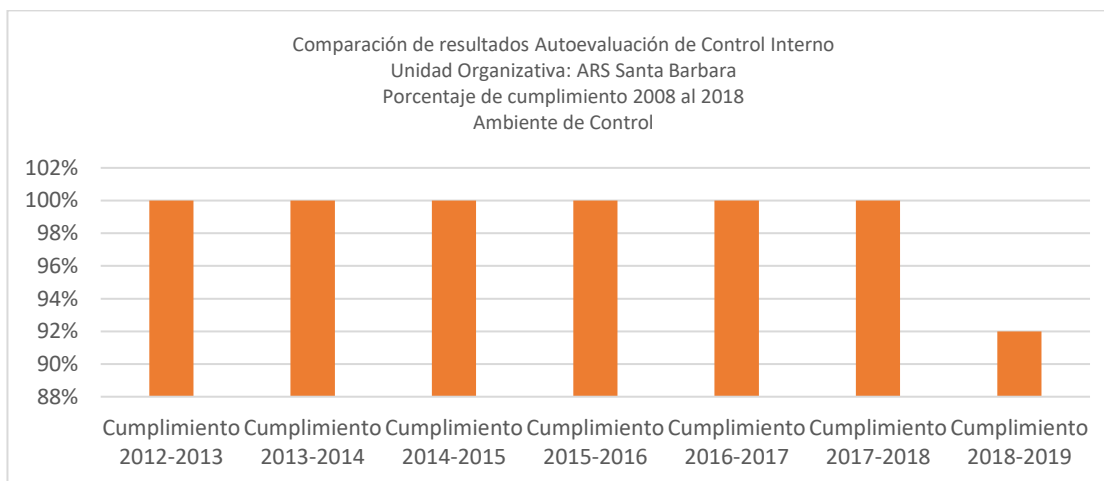


Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.

### 3.2 AMBIENTE DE CONTROL.

En Ambiente de Control se obtuvo un 92% de cumplimiento en el 2018-2019, bajo de acuerdo a los años anteriores, porque existen actividades que no son de responsabilidad del nivel local. Lo expuesto se puede apreciar en el gráfico siguiente.

Gráfico N° 3

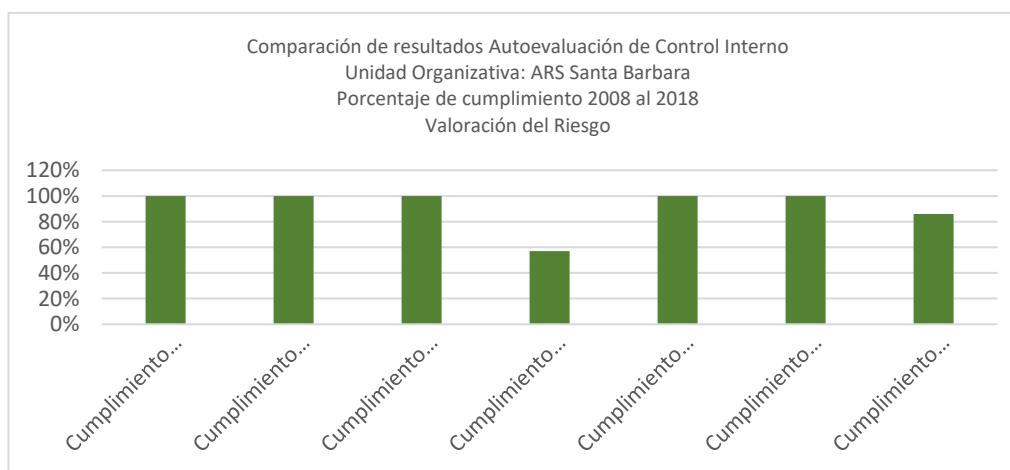


Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.

### 3.3 VALORACIÓN DEL RIESGO.

En valoración del riesgo el porcentaje más bajo fue en el 2015-2016 por debajo del 60%. Actualmente se logró un 86%

Gráfico N° 4

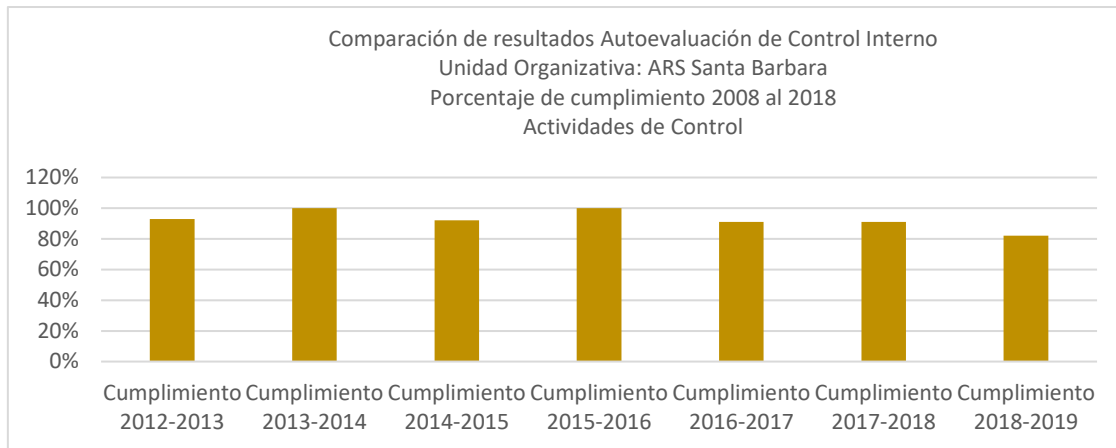


Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.

### 3.4 ACTIVIDADES DE CONTROL.

En este apartado la situación es la siguiente: desde el 2012 se ha mantenido constante con parámetros superiores al 80%.

Gráfico N° 5

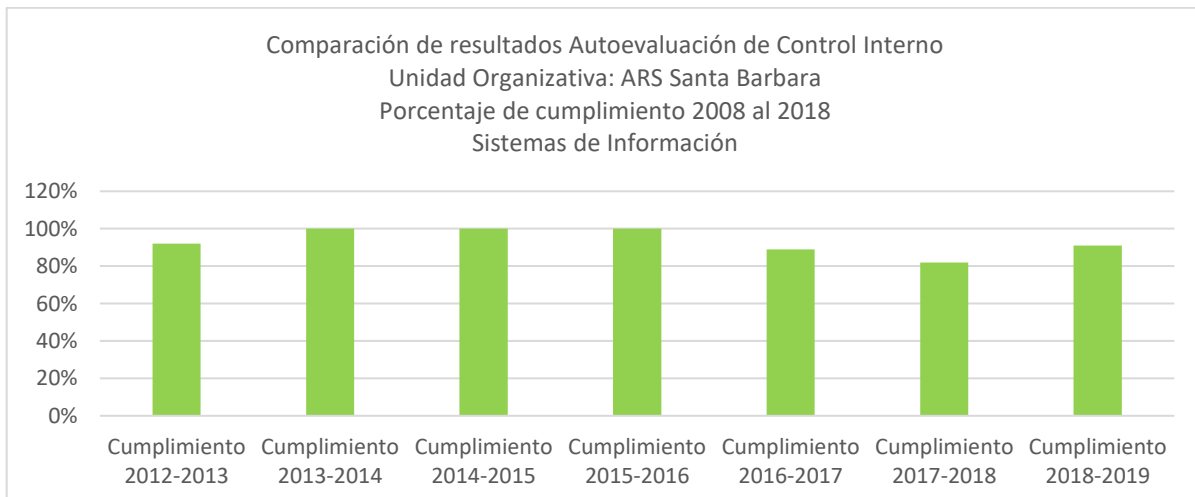


Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.

### 3.5 SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

En sistemas de Información esta Área Rectora de Salud se ha obtenido un 80% en todos los períodos. Actualmente se logra un 91%.

Gráfico N° 6

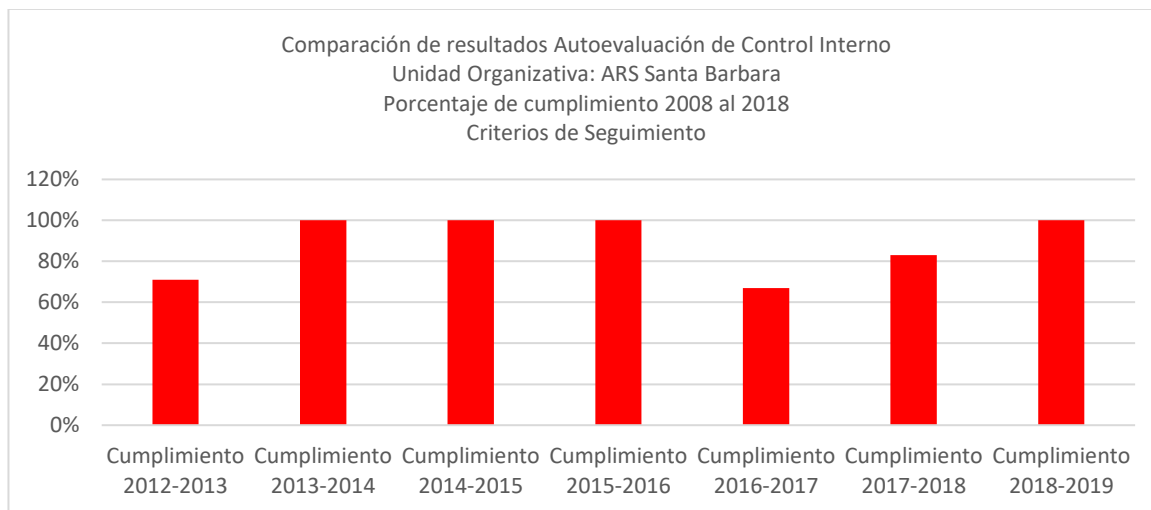


Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.

### 3.6 CRITERIOS DE SEGUIMIENTO.

En criterios de seguimiento para el periodo el 2016-2017 se registró 67%. Actualmente se logra el 100%.

Gráfico N° 7



Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.

### 3.7 CONCLUSIONES

Aspectos positivos.

- Existe un mayor conocimiento del proceso de control interno entre los funcionarios
- Se cuenta ya con antecedentes históricos de control interno que permiten un adecuado análisis de la gestión.
- Después de analizar con el equipo los años anteriores, se concluye que se progresó, de manera sustancial, en materia de Control Interno.
- En general en los demás periodos, se supera la calificación obtenida en el periodo 2008-2009 lo que demuestra los esfuerzos realizados en materia de control interno.

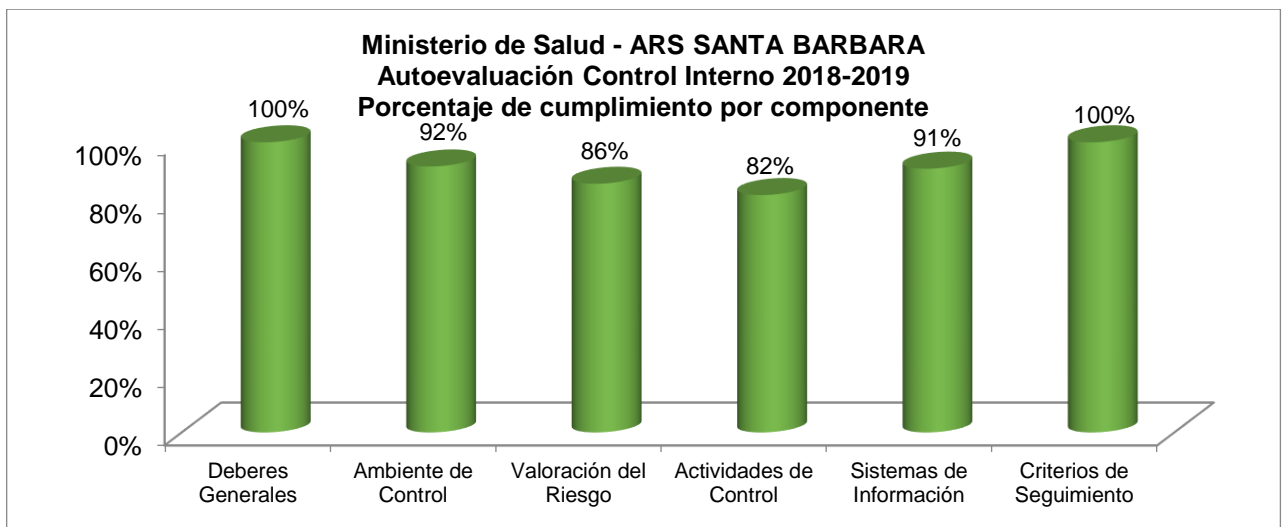
#### Aspectos negativos.

- Se obtuvo un porcentaje de cumplimiento inferior al periodo anterior, ya que, en el componente sobre Valoración de Riesgo, se cumple parcialmente el seguimiento a los planteado en el POI, además de que existen aspectos que son de responsabilidad del Nivel Superior, y existe la duda si al Área Rectora le corresponde la revisión de esos aspectos.
- En los periodos analizados del 2012 al 2019 se tiene un promedio superior al 90%, pero para este año el promedio de cumplimiento es de un 92%. Es importante señalar que existen actividades que no son de competencia del Nivel Local, por lo que influye de manera directa en el resultado.

### 3.8 ANALISIS DE COMPONENTES

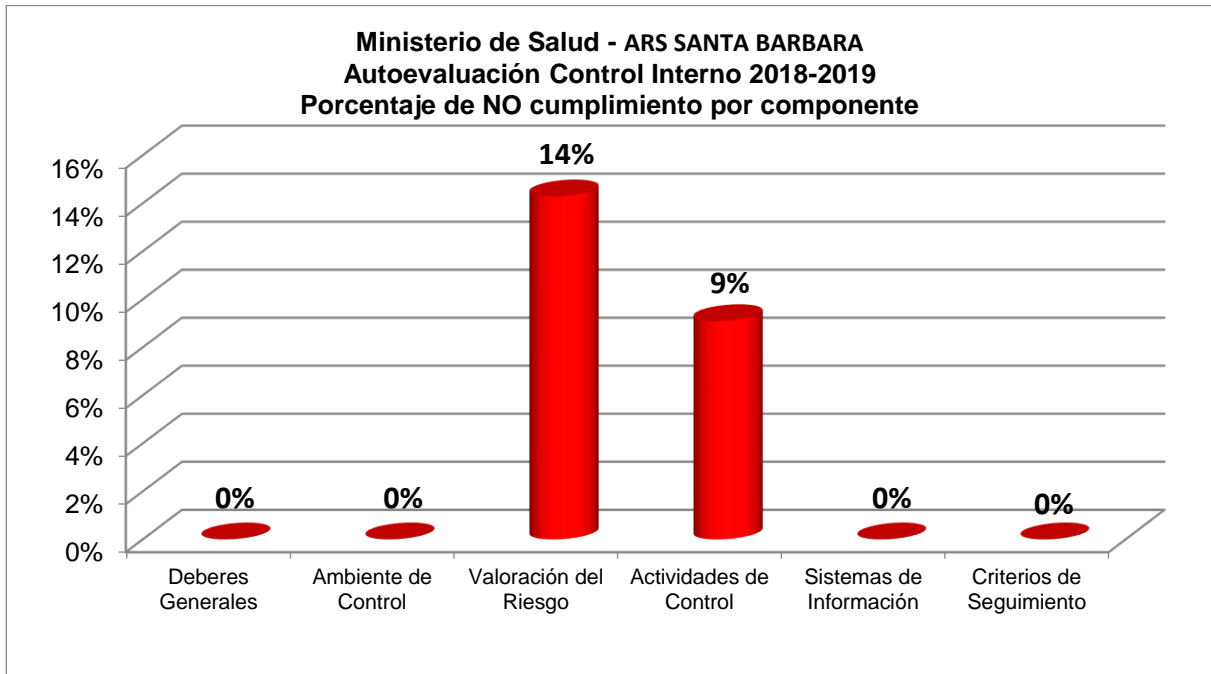
Además, se adjuntan los gráficos de resultados del último período, que evidencian la gestión de la Dirección del Área y el equipo de trabajo en materia de control interno y sus componentes.

Gráfico N° 8



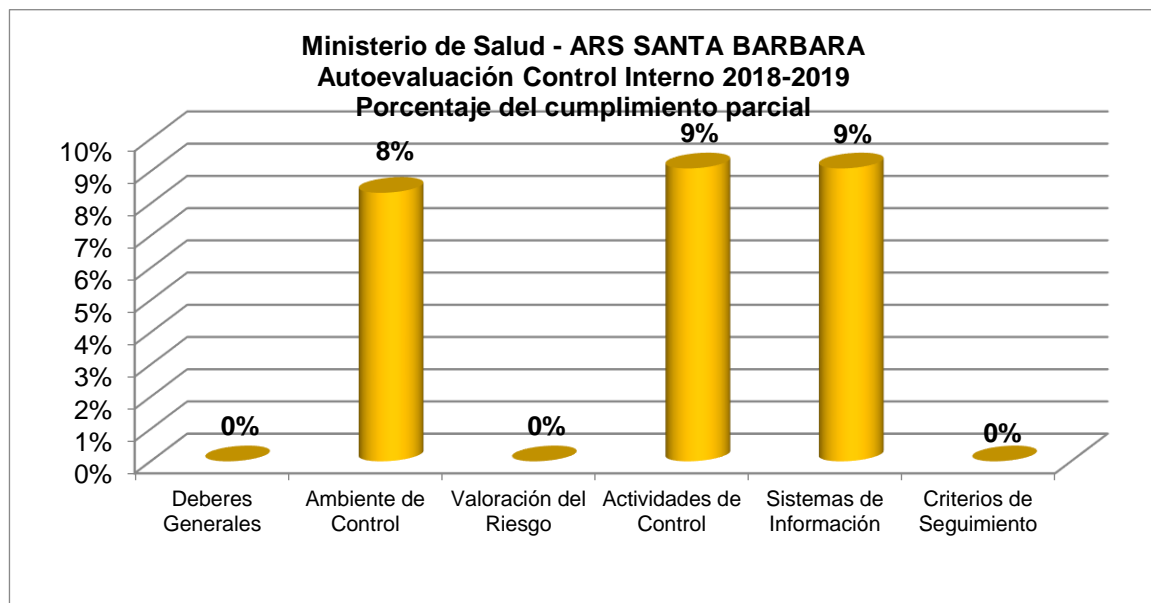
Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.

Gráfico N° 9



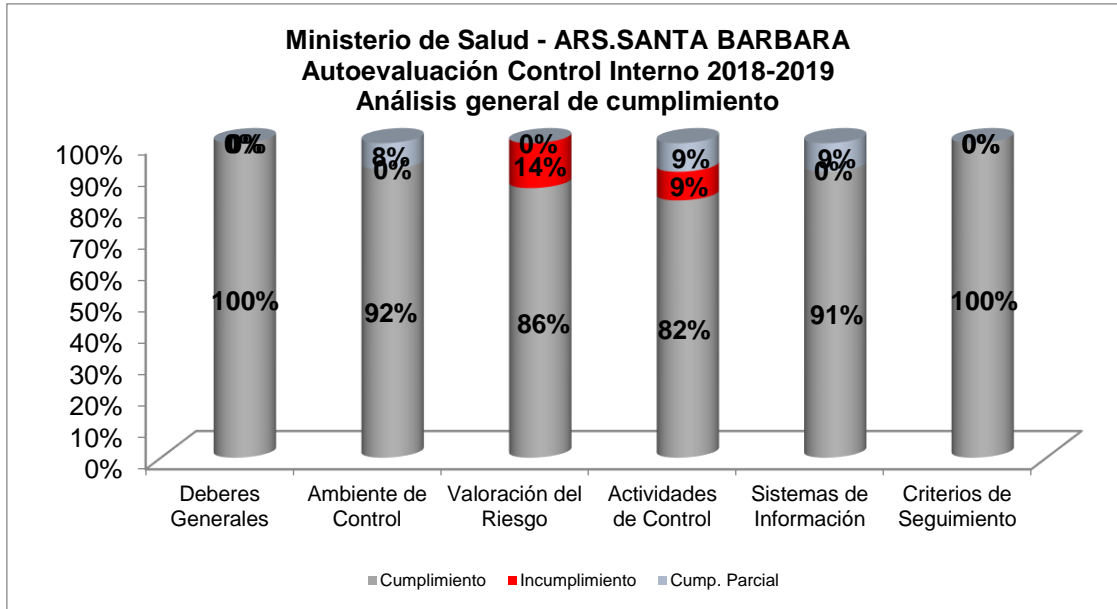
Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.

Gráfico N° 10



Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.

Gráfico N° 11

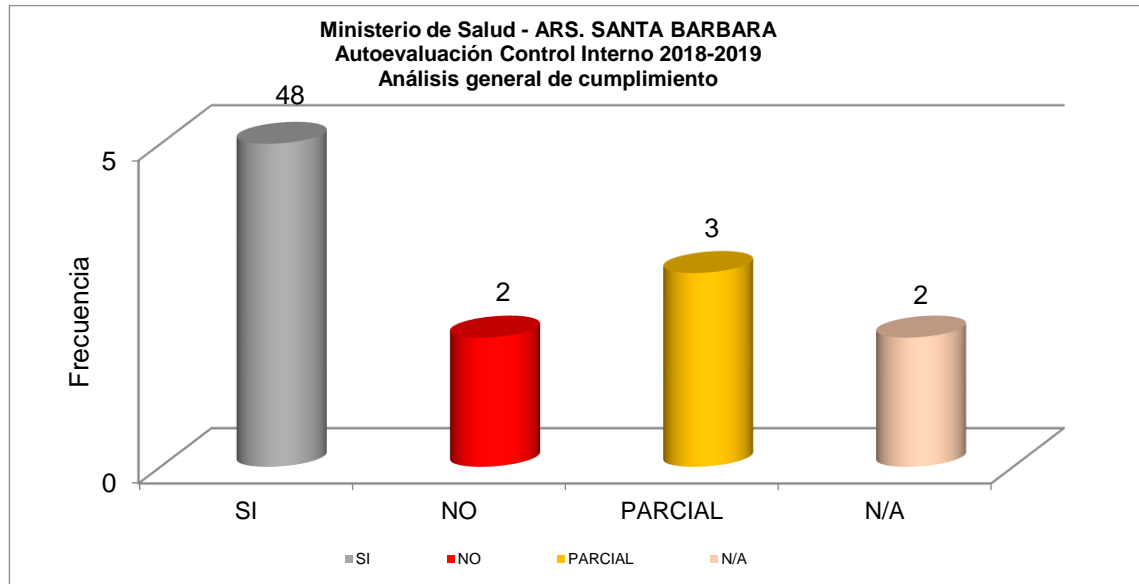


Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.

### 3.9 OPORTUNIDADES DE MEJORA.

1. Desconcentración de presupuesto a las Unidades Organizativas Locales, para que financien lo técnico y todo lo relacionado a la creación del uso y manejo de bases de datos que funcionen en línea con el nivel Central Regional y otras Instituciones.
2. El Nivel Central debe de gestionar la instalación de sistemas de información en los tres niveles (Central, Regional, Local y otras instituciones), así como bases de datos unificadas.

Gráfico N° 12



Fuente: Elaboración propia, informes de Autoevaluación de Control Interno.



#### **4. ACCIONES EMPRENDIDAS PARA ESTABLECER, MANTENER, EVALUAR Y PERFECCIONAR LOS RESULTADOS EMANADOS DE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL**

El Control Interno se realiza de forma permanente, dentro de las estrategias para el control de las actividades de los diferentes procesos que se desarrollan por otros funcionarios se llevan agendas con programación diaria de las actividades que deben atender los funcionarios y mensualmente deben entregar a la Dirección un informe de lo ejecutado durante el mes por cada funcionario.

En acatamiento a la legislación y normativa vigentes esta Dirección de Área Rectora conformó una Comisión de Control Interno, para la implementación de las acciones que mejoren el desarrollo de las acciones que realizan los funcionarios de la Unidad Organizativa, de acuerdo con los objetivos y valores institucionales.

Todos los años se realizó el proceso de la Autoevaluación de Control Interno siguiendo las directrices del nivel superior regional y se enviaron debidamente analizados y llenos los siguientes documentos: instrumento de autoevaluación de Control interno y el Plan de Mejora de la Autoevaluación de Control Interno.

Las acciones emprendidas para establecer, mantener, evaluar y mejorar los resultados obtenidos de la aplicación del Sistema de Control Interno Institucional se pueden destacar las siguientes:

- Formalización a los funcionarios mediante oficio sobre las responsabilidades y funciones dentro de los distintos procesos que se realizan en la Unidad Organizativa.
- Se presentó el manual de Ética Institucional al equipo, en reunión de personal y de manera constante se presenta en diferentes espacios de reunión diferentes temas del manual, así como en la reunión de Consejo de Gestión mensual, además el Nivel Regional realizó un refrescamiento a cada funcionario de nuevo ingreso y la Unidad de Desarrollo Estratégico trabajó este tema de ética en el Área Rectora de Salud de Santa Bárbara.

- Tramitar y dar seguimiento a las gestiones que dependen de otros niveles de gestión para la consecución de resultados del plan de mejora continua.
- Cada vez que se identificara la necesidad de un nuevo procedimiento o la corrección y/o ajuste a un protocolo, indicarlo al nivel competente para la oportuna capacitación.
- Asimismo, de acuerdo con el procedimiento el Modelo Institucional de gestión de desempeño del Ministerio de Salud y sus guías, durante mi gestión en la Dirección del Área Rectora de Salud de Santa Bárbara, se realizó anualmente, dentro del proceso de Gestión de Evaluación Desempeño. Los resultados obtenidos de dichas evaluaciones se remitieron al nivel superior regional, además se cumplió con la elaboración y envío del cuadro de acuerdos de compromisos y resultados del desempeño y del respectivo seguimiento por parte de cada funcionario.
- Planificar y brindar seguimiento y acompañamiento a los funcionarios, en lo relacionado con los compromisos de gestión adquiridos durante la evaluación efectuada en el mes de febrero 2020, con el objetivo de cumplir las Metas y lo objetivos institucionales.
- Se emite de manera trimestral el informe de resultados de las metas presentadas en la programación anual operativa, los cuales se trasladan a nivel regional para su respectiva revisión y consolidado para el traslado a nivel central.

## **5. PRINCIPALES LOGROS INSTITUCIONALES ALCANZADOS DURANTE MI GESTIÓN. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL PREVIAMENTE DEFINIDA.**

Las actividades que desarrollan los funcionarios del área rectora fueron asignadas de acuerdo a su profesión y al tipo de afinidad con los procesos que desarrollan, para lograr el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.

Los distintos procesos se asignaron de manera que fuese un profesional el responsable del mismo, pero en caso de ausencia, la Dirección de Área debe asumir el recargo de dicho proceso con el objetivo de que se cumplan las metas programadas.

Esta situación ocurrió durante mi gestión en los procesos de Vigilancia de la Salud, Regulación de Servicios de Salud y Apoyo administrativo; así como el proceso de Regulación de la Salud, ya que frecuentemente se incapacita una de las funcionarias del proceso.

### **5.1 Programación Operativa Institucional 2019**

Anualmente se programan las actividades por parte de cada unidad organizativa y se completa el informe gerencial con el análisis de las metas obtenidas. Se adjunta el documento respectivo del Informe gerencial del POI 2019, y en este documento se adjunta el análisis de dichos resultados correspondientes al POI 2019.

5.1.1 Análisis de cumplimiento de resultados esperados y ejecución presupuestaria correspondiente a la Programación Operativa Institucional 2019:

- a) Resultado esperado: Dirección y Conducción Fortalecida: Porcentaje de avance del resultado esperado: 100%. Análisis de la relación entre el porcentaje de cumplimiento de las metas y el presupuesto ejecutado. Para este resultado se logra cumplir con muchas de las metas propuestas. Beneficios o resultados brindados a la población: a pesar de las dificultades con el recurso humano, combustible y viáticos que enfrenta la institución, se logran cumplir muchas de las metas propuestas por el compromiso de los funcionarios. Se logra brindar el acompañamiento de diversas actividades con actores sociales sobre la agenda de niñez y adolescencia, explotación sexual y trabajo infantil,**

los funcionarios del Área Rectora desarrollaron actividades en el marco de la salud mental enfocados en la salud ocupacional, además de acciones para mejorar la salud y nutrición escolar, fortalecimiento de la coordinación interinstitucional en la realización de operativos y acciones de prevención de la Violencia Intrafamiliar. Causas de incumplimiento: No se programaron actividades que en definitiva no se pueden cumplir, pero si existen grandes dificultades de combustible, viáticos y recurso humano que podría afectar en la producción del II semestre. A pesar de que se programaron actividades en promoción, desde el nivel central no se definieron lineamientos ni se realizaron convocatorias, lo que influye de manera directa en el rendimiento de las metas. Medidas correctivas que la unidad organizativa realizará para cumplir con las metas programadas para el período: Se lograron cumplir muchas de las metas programadas.

- b)** Resultado esperado: Regulación en salud eficiente y eficaz. Porcentaje de avance del resultado esperado: 98%. Análisis de la relación entre el porcentaje de cumplimiento de las metas y el presupuesto ejecutado. Para este resultado esperado se cumplieron todas las metas programadas. Beneficios o resultados brindados a la población: Con las actividades realizadas en este año se ha logrado revisión de productos con registro sanitario vencido, revisión de planos para garantizar en las nuevas construcciones del cantón cumplimiento de normas de seguridad y sanidad, revisión normas para mejorar la legislación sanitaria del país, cumplimiento normas y requisitos sanitarios de establecimientos comerciales, mejoras sanitarias en la mala disposición de aguas servidas, negras, residuos. Verificación de cumplimiento de normas de seguridad, y gestión del riesgo en eventos masivos. Causas de incumplimiento: No se programaron actividades que en definitiva no se pueden cumplir, pero si existen grandes dificultades de combustible, viáticos y recurso humano que podría afectar en la producción anual. Medidas correctivas que la unidad organizativa realizará para cumplir con las metas programadas para el período: Se lograron cumplir la mayoría de las metas programadas.
- c)** Resultado esperado: Vigilancia de los determinantes de la Salud Fortalecida. Porcentaje de avance del resultado esperado: 100%. Análisis de la relación entre el porcentaje de

cumplimiento de las metas y el presupuesto ejecutado. Para este resultado esperado se cumplieron todas las metas programadas. Beneficios o resultados brindados a la población: Con las actividades realizadas tanto en el primer como en el segundo semestre de 2019 se logró recolección, análisis de determinantes patogénicos y salutogénicos importantes en la vigilancia de los eventos que se presentan en el cantón, además de la coordinación, capacitación y orientación de actores sociales en el tema de enfermedades transmitidas por vectores, de análisis de las notificaciones enviadas por el personal de salud y consolidado de informes epidemiológicos, recolección y de datos y análisis de los casos de Mortalidad infantil presentados y recomendaciones de mejora en la atención obstétrica de primer nivel de atención. Causas de incumplimiento: El Nivel Central no convocó a capacitación sobre metodología del ASIS, pero no se programó, pero continúan proponiendo actividades que son de resorte de Nivel Central y que no se cumplen por parte de ellos, como también no se convocó a capacitación sobre normas en vigilancia, no hubo indicaciones del Nivel Central sobre implementación del plan de contingencia y mejora. No se programaron actividades que en definitiva no se pueden cumplir, pero si existen grandes dificultades de combustible, viáticos y recurso humano que podría afectar en la producción del II semestre. Medidas correctivas que la unidad organizativa realizará para cumplir con las metas programadas para el período: Se lograron cumplir las metas programadas

- d)** Resultado esperado: Gestión Institucional Eficiente y Eficaz. Porcentaje de avance del resultado esperado: 92%. Análisis de la relación entre el porcentaje de cumplimiento de las metas y el presupuesto ejecutado. Para este resultado esperado las metas se cumplieron en muchas de las programaciones, pero también se programaron actividades que corresponde al II semestres del 2019. Beneficios o resultados brindados a la población: Con las actividades programadas para este año se logró una importante ejecución. Causas de incumplimiento: No corresponde al Área realizar varias de las actividades que se establecieron en este producto. Además de que muchas actividades corresponden al II semestre del 2019. No se programaron actividades que en definitiva no se pueden cumplir, pero si existen grandes dificultades de combustible, viáticos y recurso humano que podría afectar en la producción del II semestre. Además de que los aspectos relacionados a los de Salud Ocupacional, este año no se generaron

actividades, pero si estaban asignadas en el POI. Medidas correctivas que la unidad organizativa realizará para cumplir con las metas programadas para el período: Se lograron cumplir las metas programadas

- e) Además, se adjunta los resultados de gestión en atención al cliente durante el primer trimestre del 2020 como parte de este apartado.

TIPO DEL TRÁMITE	CANTIDAD DE SOLICITUDES RECIBIDAS	CANTIDAD DE SOLICITUDES NO RESUELTAS EN PLAZO LEGAL
Información y orientación al cliente	<b>876</b>	<b>0</b>
Atención de consultas personales o por teléfono	<b>663</b>	<b>0</b>
Atención de consultas escritas	<b>25</b>	<b>0</b>
Traslado de correspondencia entre las direcciones del nivel central y proveniente de la Dirección Regional	<b>150</b>	<b>0</b>
Recepción y traslado de correspondencia hacia la unidades organizativas del Ministerio	<b>15</b>	<b>0</b>
Permisos Sanitarios de funcionamiento Riesgo C	<b>16</b>	
Certificación Internacional de vacunación (fiebre amarilla)	<b>81</b>	<b>0</b>
Carné de manipulador de alimentos	<b>291</b>	<b>0</b>
Denuncias generales de salud pública	<b>52</b>	<b>0</b>
Permisos Sanitarios de funcionamiento Riesgo A	<b>2</b>	<b>0</b>
Permisos Sanitarios de funcionamiento Riesgo B	<b>42</b>	<b>0</b>
Permiso funcionamiento para centro de recuperación de residuos electrónicos valorizables.	<b>0</b>	<b>0</b>

Habilitación de establecimientos de salud y afines del grupo A (alta complejidad) (PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO)	0	0
Autorización para eventos masivos	0	0
Autorización de Juegos Pirotécnicos,	0	0
Visado de Planos Constructivos digitales de viviendas unifamiliares y de otras edificaciones menores a 300 metros	9	0
Certificación de calidad de agua potable	0	0
Recepción y Revisión de informes de reporte operacional de calidad de vertido de aguas residuales	6	0
Recepción y Revisión de informes de reporte operacional de calidad de emisiones provenientes de calderas.	0	0
Recepción y revisión reportes de operación de rellenos sanitarios.	0	0
Carné de malaria	0	0
Licencia de operador para emisores de radiaciones ionizantes	5	0
Autorización de funcionamiento de equipos generadores de radiaciones ionizantes en la práctica de odontología	0	0
Autorización de Ferias, Turnos y Similares	0	0
Autorización importación de ropa usada	0	0
Cremación de cadáveres	0	0
Autorización exhumación de cadáveres	2	0
Autorización Transporte Internacional de cadáveres y restos humanos	0	0

## 5.2 Programación Operativa Institucional 2020

Se adjunta el POI 2020 para el respectivo seguimiento de la Dirección de Área. Lo que se realizó el informe de seguimiento de resultados y metas del I Trimestre del POI 2020 ante la situación de la pandemia, lo que no ha permitido reflejar las metas del semestre.



## 6. ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS ASIGNADOS A LA INSTITUCIÓN DURANTE MI GESTIÓN

Entre la asignación de las funciones de la Dirección de Área se encuentra la gestión de la caja chica y del inventario asignado, de igual manera lo correspondiente a la gestión por trámites ante el área rectora de salud.

### 6.1 Informe Físico Financiero durante el 2019.

<b>Ministerio de Salud Información Local para informe Físico Financiero Área Rectora de Salud Santa Bárbara</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Cantidad</b>
Permisos de funcionamiento otorgados (incluir autorizaciones sanitarias)	348
Inspecciones sanitarias realizadas (Excluir la Ley 9028)	217
Inspecciones sanitarias para el cumplimiento de la Ley 9028)	125
Denuncias sobre Ley 9028 atendidas (Únicamente las relacionadas con la Ley 9028)	2
Procesos jurídicos sobre Ley 9028 tramitados.	0

### 6.2 Inventario

Durante el período comprendido de abril del 2016 a abril del 2020 ingresaron varios activos, los cuales se ingresaron en SIBINET, también se logró gestionar el trámite para dar de baja varios activos que con el paso del tiempo

Se adjuntan la evidencia correspondiente al inventario a la fecha asignado.

### 6.3 Fondo Reembolsable

Asimismo, lo que respecta al Fondo reembolsable se adjunta el último arqueo correspondiente al mes de marzo del 2020.

Adjunto documentos correspondientes.

## 7. OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS PARA LA BUENA MARCHA INSTITUCIONAL

A continuación, se mencionan una serie de sugerencias y observaciones para la buena marcha del área rectora de salud y que se le deben de brindar el seguimiento respectivo:

- Como se mencionó supra el Área Rectora de Salud cuenta con una serie de procesos los cuales requieren con un profesional responsable del mismo, de la generación de resultados y el cumplimiento de metas.
- Es importante siempre contar con el recurso humano capacitado en gestión documental y ley de archivos, para cumplir con la ley 7202, debido que no se cuenta con un funcionario para tal fin.
- Asimismo, se está en espera de contar con el recurso necesario por parte de las autoridades institucionales para la implementación del nuevo reglamento de permisos de funcionamiento que rige a partir del 2020.
- Continuar la coordinación entre el proceso de vigilancia de la salud y de regulación de servicios de salud para la valoración de cadena de frío de las refrigeradoras en las farmacias y en los consultorios médicos que aplican vacunas.
- Vigilar el almacenamiento y venta de drogas psicotrópicas que se realizan en las farmacias en acompañamiento de la Farmacéutica de la Unidad de Rectoría de la Salud.
- Continuar documentando las coordinaciones con el Consejo de Atención Integral para el control de seguridad y cumplimiento de la normativa en albergues de niños del cantón.
- Continuar con el seguimiento de las consultas efectuadas a CAI y de la Unidad de Normalización relacionadas con la intervención en albergues en general.

- Las denuncias se atienden en menos de dos meses, algunas denuncias se atienden de forma conjunta con vigilancia de la salud, cuando estas se tratan de mal manejo de residuos sólidos, o por proliferación de vectores.
- Se realiza resolución expedita de todas las denuncias que se trasladen desde todos los Despachos Institucionales y la Dirección Regional, así como las que provienen de los Tribunales de Justicia (Sala Constitucional, Tribunal Ambiental, Tribunal Contencioso Administrativo) Defensoría de los Habitantes de la República, entre otros.
- En relación a las denuncias que ingresan desde Atención al Cliente, éstas son asignadas a los gestores ambientales, por medio de las agendas y según el distrito que le corresponde a cada gestor, estas se programan y se brinda informe semanal de las denuncias fallidas por diferentes razones, para reprogramar lo antes posible.
- Continuar con el apoyo de los gestores ambientales en la revisión de planes de emergencias, residuos sólidos y valoración de estructuras físicas de algunos centros de servicios de salud.
- Una vez los funcionarios efectúan la visita de inspección al lugar y proceden a la elaboración de un informe técnico que describe los hallazgos encontrados y en caso de tratarse de un caso complejo, se traslade solicitud de apoyo técnico al Nivel Regional para la designación del profesional que se amerite dependiendo de la necesidad que se plantee para mejor resolver la denuncia.
- Algunas veces se requiere de abordar la atención de denuncias más complejas con el acompañamiento de otras instituciones de acuerdo a la competencia institucional (Defensoría de los Habitantes, SENASA, Municipalidades de Santa Bárbara, Ministerio de seguridad Pública, Policía Fiscal entre otras).
- Las denuncias recibidas por diferentes medios se relacionan con problemas sanitarios, por inadecuada disposición de aguas negras, pluviales; contaminación por ruido, humo, inadecuada manipulación de alimentos, inadecuadas prácticas de

manufactura de alimentos y medicamentos, falta de permisos sanitarios de funcionamiento, venta de productos sin registro sanitario, declaraciones de inhabilitabilidad por deficiencias físico-sanitaria en inmuebles, vivienda, fábricas y otros establecimientos comerciales, tenencia de animales y mal manejo de remanentes de las actividades agroindustriales entre otras.

- Desde el año 2016 al 2019, el área rectora ha recibido, auditorias por parte del Nivel Regional, para valorar como se lleva la atención de los reportes operaciones de plantas de tratamiento de aguas residuales de las actividades industriales y agroindustriales, también de las calderas y hornos, se han tomado las recomendaciones, no obstante los profesionales en gestión ambiental, se ha solicitado en varias ocasiones las diferentes capacitaciones, pero el tema es complejo de atender, ya que requiere apoyo de otros profesionales.
- Del proceso de vigilancia de la salud, se tiene busca conducir a nivel local la ejecución de la vigilancia epidemiológica, ya que es comprendida como la función esencial en salud pública, lo que permite obtener el permanente análisis epidemiológico del cantón por medio de la identificación, cuantificación y monitoreo de las tendencias y patrones de los eventos y factores involucrados en el proceso salud/enfermedad, para facilitar la planificación en salud y la toma eficaz y eficiente de decisiones por las partes involucradas en la producción social de la salud.
- Es responsable del proceso y por ende debe mantener la información oportuna y veraz sobre la situación de salud del cantón, y que permita fundamentar la toma de decisiones para ejercer la rectoría en forma efectiva, eficiente y con enfoque de promoción - prevención, para garantizar la protección y mejoramiento del estado de salud de la población. En el cantón de Santa Bárbara, se está elaborando el ASIS y por la actual pandemia el proceso se ha quedado en pausa, pero lo que a la fecha se tiene de información es que el perfil es muy similar al nacional. Es importante que la priorización de los problemas se realizará por medio de metodología cuantitativa, la parte cuantitativa se basa en las causas de mortalidad detectadas por el análisis de la mortalidad del cantón. Se tomará 5 principales casusas de mortalidad y se observará los determinantes, se realizará priorización por Grandes grupos de causas (GBD global burden of disease) general y por grupos de edad.

Clasificación internacional de enfermedades (CIE10 tercer y cuarto carácter) agrupación por grupos de categorías o categorías. La etapa cualitativa se realizará por medio de grupos de actores sociales con pertinencia en temas de salud que será determinado por el Área Rectora, el equipo de Vigilancia, en conjunto con el equipo de Promoción de la Salud y la dirección de Área Rectora. Este grupo de actores sociales será convocado con al menos un mes de antelación a dos talleres, el primero para determinar de acuerdo con su conocimiento y experiencia los 3 principales problemas de salud del cantón con sus casusas, por medio de un Diagrama causa-efecto. Para identificar causas raíz, causas secundarias y terciarias.

- Es importante mantener el registro de los Eventos de Notificación Obligatoria Boleta VE-OI, VE-02, los entes públicos y privados del cantón que prestan servicios de salud a las personas, así como todas las personas y organismos públicos y privados que producen, manipulan o concentran información que tenga relación con los eventos de salud incluidos en el Decreto 40-556 Reglamento de Vigilancia de la Salud y sus determinantes, así como cualquier evento imprevisto o inusitado que pueda afectar la salud humana deberán notificarlos de manera oportuna. Lo que respecta a los procesos de regulación de los servicios de salud para dar cumplimiento a lo establecido en el decreto supra indicado y la legislación y normativa conexas, se da seguimiento continuo, a los establecimientos que tramitan el Permiso de Habilitación por Primera Vez. Se verifica que cumplan con lo estipulado en relación a la notificación obligatoria en tiempo y forma.
- Entre los eventos de notificación individual con mayor incidencia a nivel cantonal se encuentran los accidentes de tránsito, enfermedades crónicas, la violencia intrafamiliar y los intentos de suicidio los cuales representan problemas de salud pública con un aumento vertiginoso. Mientras que, los Eventos de Notificación Colectiva con mayor incidencia lo constituyen las Infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS), la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), las cuales poseen tendencia a la disminución debido a las campañas preventivas y educativas implementadas a nivel cantonal, especialmente por el Área de Salud de la localidad. Los Episodios de Depresión asociados a su vez a los intentos de suicidio van en

aumento, se presentan mayoritariamente en la población del cantón en edades entre los 8 y los 18 años y durante la adultez temprana.

- Lo que respecta al cumplimiento a la cobertura de vacunación del cantón, concuerda con la experiencia nacional e internacional, se estima que cerca de un 10% de los niños que se vacunan todos los años no quedan protegidos contra algunas enfermedades ya identificadas, por lo tanto, cada cierto tiempo se debe efectuar una vacunación extraordinaria para proteger a las poblaciones más vulnerables. A nivel cantonal, durante el año 2019, se llevó a cabo la campaña extraordinaria de vacunación por sarampión, lo cual mejoró los porcentajes de cobertura, pero se requieren mejorar los esfuerzos en todos los programas a nivel de la población en general.
- Como parte de las directrices de la OPS-OMS para avanzar hacia la eliminación de la tuberculosis para el año 2030, en concordancia con los objetivos de Desarrollo Sostenible, ha sido necesario identificar donde se encuentran los casos de Tuberculosis a nivel cantonal. Se han reorientado las actividades de búsqueda hacia grupos y zonas de riesgo en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social, esta estrategia, cuyo pilar fundamental radica en la "atención y prevención integrada de la Tuberculosis centrada en el paciente", requiere que los entes notificadores contribuyan en la detección para el estudio de personas sospechosas de tuberculosis. Por lo tanto, los entes notificadores han debido evidenciar su participación en la misma a través de la captación y registro de notificación, donde se indique la información de los usuarios pacientes sintomáticos respiratorios, como sospechoso de tuberculosis.
- La participación en la Comisión Municipal de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias es la instancia permanente de coordinación tanto a nivel municipal como comunal. Por medio de éste, dicha instancia cumple su función de coordinación de las instituciones públicas, privadas, organismos no gubernamentales y la sociedad civil, que trabajan en la atención de emergencias o desastres. En Santa Bárbara, el Comité Municipal de Emergencias se encuentra integrado con la representación institucional o sectorial de los funcionarios con mayor autoridad en el nivel correspondiente: el Alcalde, el Ministerio de Salud, LA

Cruz Roja Costarricense, Fuerza Pública, PANI, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Representantes de la Iglesia Católica, IMAS, Bomberos de Costa Rica, INVU. Desde el 2016 la Dirección del Área ha tenido una participación en dicha comisión, y se he constituido como subcoordinadora del proceso. Durante el año 2017, se trabajó en la elaboración del Plan de Emergencias Cantonal.

- El Área Rectora de Salud de Santa Bárbara ha procedido a realizar inspección de todos los sitios considerados como albergues, los cuales se han evaluado anualmente, implementando la Guía para Revisión Preliminar de Albergues, con el fin de determinar cuáles de ellos cumplen con las condiciones físico sanitario para ser destinados como albergues temporales durante una emergencia o desastre.
- Conformación de Subsistema de protección de Niñez y Adolescencia, así como el seguimiento del Trabajo Infantil y sus Peores Formas; esto para la implementación del Plan Estratégico, Hoja de Ruta para hacer de Costa Rica un país libre de trabajo infantil y sus peores formas el Área Rectora de Salud de Santa Bárbara, mediante programación trimestral, así como el seguimiento del plan de trabajo establecido; además de que a la fecha no se han logrado identificar casos que reportar, ni se han recibido eventos mediante Notificación Obligatoria.
- Con respecto al proceso de promoción de la salud, fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger salud, y se logró incorporar en la planificación del área el trabajo de este tan importante eje de trabajo comunitario, se ha trabajado bajos los lineamientos del nivel regional y central de la Institución, donde se han ejecutado varios proyectos, con un plan anual de actividades, con metas alcanzadas, logrando realizar las diferentes actividades con un importante impacto en la comunidad desde el 2017 hasta 2019.

## **8. ESTADO ACTUAL DE CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES. ABARCA EN ACATAMIENTO A LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS FORMULADAS POR LA AUDITORÍA INTERNA RESPECTIVA.**

El Área Rectora de Salud de Santa Bárbara se encuentra en una condición muy organizada, con las evidencias del caso, tanto en la parte del proceso de regulación de la salud como en promoción de la salud; pero ante la pandemia que se enfrenta, el proceso de vigilancia de la salud se encuentra con un regazo importante en la referencia de informes por el traslado temporal de la encargada del proceso por más de 2 meses en apoyo a áreas más complejas.

El proceso de construcción del Análisis de Situación de Salud del cantón de Santa Bárbara quedó en pausa, y requiere que se retome el proceso, tanto en la formulación del documento como la sensibilidad y acompañamiento de los actores sociales. Es necesario que se valide con la comunidad las líneas de acciones identificadas y las ajuste si corresponde. Se deben convocará a los expertos a un segundo taller donde se les devuelva los problemas detectados, analizados, priorizados y con las líneas de acción determinadas. Los actores sociales retroalimentarán con sus opiniones, experiencia y desde su lugar de trabajo o comunidad. Se utilizará metodología de grupo focal, con notas acerca de las opiniones de los actores sociales y se incorporarán en los problemas priorizados. Los actores sociales determinan si desde su lugar de trabajo las acciones con las que pueden aportar a la solución o control de los problemas encontrado en el perfil epidemiológico.

Existe también el inconveniente de SIBINET, en donde a la fecha continúan registrándose los activos del área rectora de salud de Santa Bárbara a ni nombre hasta que se logre nombrar un nuevo director de área, y se requiere trasladar los bienes del área rectora de San Rafael – Barva a mi nombre, por lo que esta situación debe resolverse de manera pronta para evitar inconvenientes.



Otra de las situaciones que se deben tomar en consideración es que se han cumplido recomendaciones emitidas recientemente por la auditoría como el control de asistencia, la puntualidad, las evidencias de gestión, los controles cruzados, los informes a los niveles superiores y demás instrumentos de control interno institucional.

También se elaboró un plan de mejoras en atención a la supervisión capacitante que el Nivel regional efectuó durante el 2019, el cual se ejecutó de manera inmediata y en los plazos en que se consignaron, se encuentra pendiente el seguimiento al mismo.

De todos los documentos mencionados existen evidencias tanto en los controles existentes, así como en los expedientes administrativos correspondientes, además del correo institucional y copia digital tanto en la computadora de la oficina como en el disco externo, en caso de que se requieran los mismos.

Sin otro particular,

Cordialmente,

**AREA RECTORA DE SALUD SANTA BÁRBARA**

**Dra. María Antonieta Acuña Hernández**

DIRECTORA

CC. Dra. Karina Garita Montoya, Directora Regional. Región Central Norte.

Archivo.

