Ministerio de Salud
Costa Rica

1982 - 2023

Informe de Fin de Gestión en el Ministerio de Salud

01/01/1982 a 01/10/2023

Dr. Enrique Jimenez Aragón
Jefe Servicios de Salud Región Chorotega

Dirección Regional de Rectoría de la Salud Chorotega

29 de Setiembre 2023

Elaborado por
Dr. Enrique Jimenez Aragón

PRESENTACION

El presente informe obedece a lo dispuesto en el inciso e) del Artículo 12 de la Ley General de Control La directriz arriba mencionada establece que los jerarcas y los titulares subordinados deben presentar un informe de fin de gestión y realizar la entrega formal del ente u órgano respectivo a su sucesor, de acuerdo a las directrices emitidas por la Contraloría General de la República, la cual para estos efectos dictó la Resolución D-1-2005-CO-DFOE publicada en el Diario Oficial La Gaceta N° 131 del siete de julio del año dos mil cinco, en la cual se establecen las directrices que deben observar los funcionarios obligados a presentar el Informe Final de su Gestión.

Acatando las disposiciones señaladas, este informe debería recopilar lo acontecido en 41 años de labor como Director de diferentes Unidades Organizacionales del Ministerio de Salud, sin embargo, los cambios acontecidos en los diferentes períodos obliga a centrarnos más en la última etapa de mi carrera dentro del Ministerio de Salud, cuando esta institución pasó de brindar servicios asistenciales a las personas, a asumir su rol rector del sector salud, no obstante también se hace un breve resumen de los períodos de 1982 a 1990, cuando tuve a cargo la Dirección Área de Salud de Chachagua, parte del Hospital Sin Paredes, Proyecto del Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, y Medico G1 del Programa de Enfermedades Crónicas, Director del Centro Integrado de Salud de Tillarán, Jefe de Servicios de Salud de la Región Brunca y Director del Programa de Atención Primaria (Salud Rural y Salud Comunitaria). Cabe destacar que al finalizar como Jefatura de Atención Primaria se elaboró un Informe de gestión en junio de 1990 que abarcaba de 1982 a junio de 1990 el cual fue entregado al Dr. Carlos Castro Charpantier, Ministro de Salud de ese periodo y a la Dra. María Emilia León de Coto Directora General en ese mismo periodo.

Este informe se centra entre agosto de 1990 al 30 de setiembre de 2023.

En este informe se evidencia también el cumplimiento por parte del equipo del Región Rectora de la normativa, directrices y disposiciones de los diferentes entes que vigilan la función pública, se exponen los resultados de la autoevaluación de control interno de los últimos nueve años en donde se demuestra un cumplimiento óptimo. Sobre este punto, se dan algunas recomendaciones para mejorar el sistema de autoevaluación del control interno cuando se presentan situaciones como el de la actual pandemia por Covid-19; si bien la programación de actividades contempla los riesgos que pueden afectarla, nunca se contempló un evento de la magnitud de este, el cual produjo cambios importantes en el quehacer de la institución.

En el presente informe se hace una breve reseña en la que se exponen algunas características importantes de la Región Chorotega y se da una amplia explicación de la labor sustantiva de la Región Rectora, así como de las funciones que competen a la Dirección de esta Unidad Organizativa. Esta

Región es de alta complejidad y para su atención se requiere de personal altamente capacitado como lo son todos los colaboradores bajo mi cargo. Se hace mención de los logros alcanzados por este equipo en los últimos diez años que es cuando la rectoría empezó a establecerse con mayor fuerza, el cumplimiento de la programación operativa institucional durante estos años, representó el logro más importante de La Región, sin embargo también se señalan otros logros de gran impacto en Salud para la población de este cantón.

Se explica también en este informe cómo se administraron los recursos financieros del Área Rectora al menos durante los últimos 6 años y se indican cuales informes administrativos elabora la Unidad Organizativa periódicamente para rendir cuentas sobre los recursos presupuestarios, así como del manejo de activos.

Por último, se hace una descripción del estado actual del cumplimiento de las disposiciones que durante mi gestión hubiera girado la Contraloría General de la República, así como otros órganos de control externo como la Defensoría de los Habitantes y los órganos del Poder Judicial y órganos de control interno como la Auditoría institucional.

Se menciona en el informe sobre el acto de entrega formal de los activos institucionales a mi nombre al funcionario que asume el cargo. Cabe mencionar en este punto, que por disposiciones de la Contraloría General de la República, una vez finalizada mi gestión como funcionario del Ministerio de Salud, se procederá a realizar la Declaración Jurada de Bienes ante el órgano contralor.

RESULTADOS DE LA GESTIÓN

Datos de la Región Chorotega

Antes de entrar propiamente en lo que es la labor sustantiva de esta Unidad Organizativa, me voy a referir a algunos aspectos generales de la Región Chorotega.

➢ ***Límites de la Región Chorotega:***

N: República de Nicaragua..
S: Región Pacifico Central y Océano Pacífico.
E: Región Huetar Norte.
O: Océano Pacífico.

- ***Cantones:*** 12 cantones (11 en Guanacaste y 1 de Alajuela)
- ***Extensión territorial***: 11.735.7 Km2
- ***Población:*** 456.415 habitantes.
- **Es la Región con más extensión territorial del país**.

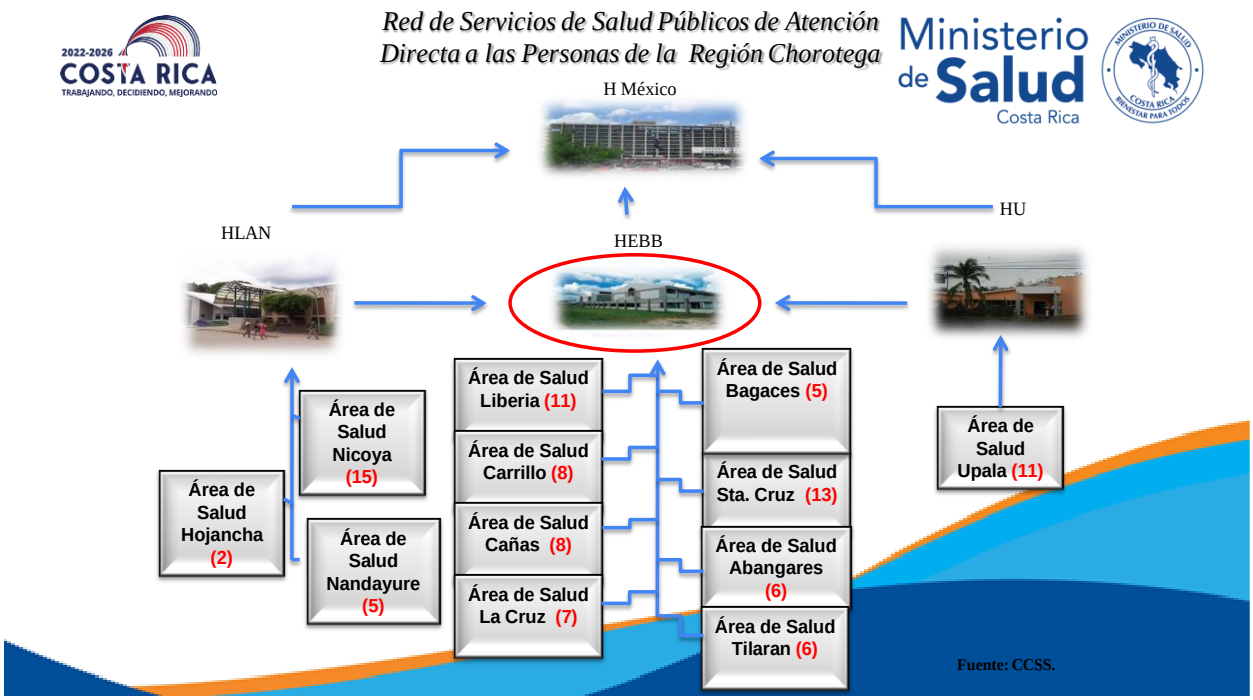
Generalidades de la Región Chorotega

División Político Administrativa

La Región Chorotega, cuenta con once cantones de Guanacaste y 59 distritos:

La Cruz, Liberia, Nicoya, Santa Cruz
Bagaces, Carrillo, Cañas, Abangares, Tilarán
Nandayure Hojancha

Y un cantón de Alajuela con 7 distritos:
Upala



Históricamente, Guanacaste se caracterizó por ser una de las regiones más pobres y desiguales del país, con una estructura productiva muy ligada al sector agropecuario tradicional. La situación fue cambiando y la economía de hoy se orienta más al turismo y otros servicios. También ha tenido el desarrollo de grandes inversiones públicas, como el Distrito de Riego Arenal Tempisque (DRAT) y más recientemente, el Aeropuerto Internacional Daniel Oduber. Además, alberga en su territorio amplias extensiones de áreas silvestres protegidas y es la provincia que más ha recuperado cobertura forestal en las últimas décadas.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del 2017 en la provincia residen 377.241 habitantes, un 7,6% del país, con una densidad de población de 37 habitantes por kilómetro cuadrado. Se estima que conviven 117.610 hogares, un 40% de estos con jefatura femenina, el porcentaje más alto entre las regiones.

Un 95% de los niños, niñas y adolescentes asisten a la educación formal. La escolaridad promedio es de 8,8 años, mientras que un 49% de las personas entre 25 y 39 años completó la secundaria. Ambas cifras la ubican como la segunda con el mejor perfil educativo, superada solo por la región Central. A pesar de ello, solo un 15% de su fuerza de trabajo tiene título universitario, por lo que es predominantemente de media y baja calificación.

La incidencia de la pobreza en Guanacaste pasó de afectar a un 33,2% de los hogares en 2014, a un

22,4% en 2017. Este notable descenso cambia su posición relativa, al pasar de ser una de las dos regiones más pobres, a la de menor incidencia entre las regiones periféricas (cuyas tasas se mantienen cercanas al 30%). El Informe Estado de la Nación 2017 reportó que, si bien como tendencia es claro que la pobreza en la región se ha venido reduciendo desde mediados de la década de los noventa, no se identifica en las actividades productivas o en otra información distinta a las ENAHO, evidencia robusta que explique el fuerte cambio a partir del 2014, por lo que la hipótesis más probable para explicar los resultados es un cambio metodológico

Otro indicador social con tendencia a la baja desde el año 2012 es el coeficiente de Gini, que mide la desigualdad en la distribución de ingresos. Históricamente, Guanacaste era la región más desigual del país. Sin embargo, en 2017 dicho indicador registró un valor de 0,487, con una reducción acumulada de un 9% desde el 2010 y que la ubica como la segunda con menor desigualdad, superada solamente por la región Huetar Caribe.

La población económicamente activa (PEA) asciende a 162.101 personas mayores de 15 años, 99.023 hombres y 63.078 mujeres. La tasa de desempleo en 2017 es de un 7,3%, que la ubica como la región con la cifra más baja, menor en los hombres (5,7%) que en las mujeres (10,1%).

Como se dijo anteriormente, la región ha tenido un cambio productivo muy marcado. El empleo en actividades agropecuarias pasó de representar un 25% en 2001, a solo un 13% en 2017, mientras que el empleo en hoteles y restaurantes (aproximación al turismo) creció de 9% a 13% en el mismo período. Un sector que ha crecido bastante es servicio doméstico, una alternativa para la inserción laboral femenina, pero que se caracteriza por la precariedad laboral y los bajos salarios.

En este contexto de cambios socioeconómicos, la región ha tenido un aumento en la cantidad de proyectos de inversión relacionados con el mejoramiento de la infraestructura de transporte, hospitalaria, de riego y comercial, que podrían representar oportunidades para su población. Ejemplos de ello son la ampliación de la carretera Cañas-Liberia, el nuevo canal de riego en el DRAT y, desde la iniciativa privada, la edificación del Hospital CIMA y la entrada en operación de una serie de nuevos hoteles.

También destaca la apertura de la Universidad Invenio en Cañas y, como parte de esa iniciativa, la construcción del proyecto “Continuum Datacenter”, que albergará una zona franca; actualmente opera en forma parcial y se espera que genere empleos de alta calificación en los próximos años. A ello se suman las actividades de producción de electricidad de fuentes renovables en Tilarán y Cañas, las cuales ofrecen oportunidades para personal técnico y de ingeniería.

En lo que concierne al turismo, las llegadas de visitantes por el Aeropuerto Internacional Daniel Oduber registran un notable crecimiento, sobre todo desde el 2016, luego de que se ampliara la capacidad de esa terminal. El dinamismo de la actividad turística puede estar teniendo hoy más impacto en los ingresos que hace una o dos décadas, dadas las mejoras en el nivel educativo de la población y la experiencia acumulada sobre las oportunidades de encadenamientos productivos en este sector

Los residentes de la región coincidieron en atribuir credibilidad a la idea de que existe una tendencia de mediano plazo a un mayor dinamismo en actividades del sector servicios, tanto de comercio como de

turismo, pero sin que estas sean necesariamente generadoras de puestos de trabajo bien remunerados.

En suma, la región Chorotega actual -según las ENAHO- es considerablemente más urbana, con mejor perfil educativo y con una economía más ligada a los servicios, que lo que reflejaba la misma encuesta hace algunos años.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Continua de Empleo (ECE) al segundo trimestre de 2020, la población de la región Chorotega comprende un total de 392.875 personas, (la cifra de 456,415 Incluye a la población del cantón de Upala) lo cual representa un 7,7% de la población del país, por sexo corresponden a 199.688 hombres (50,8%) y 193.187 mujeres (49,2%).

La región Chorotega tiene un 8% de la población nacional. Es una región de las más llamativas por su folclor y colorido, Liberia es el centro regional.

Una vez señaladas algunas características existentes en la Región Chorotega, paso a informar sobre lo solicitado por la Ley General de Control Interno y la Contraloría General de la República:

1.- Referencias sobre la labor sustantiva de la Dirección De Rectoría de la Salud Chorotega.

Según lo establecido en el Decreto Ejecutivo 41999-S "Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud", la Dirección de Rectoría se la Salud Chorotega (DRRSCH), corresponde al nivel de gestión Regional del Ministerio de Salud y constituye el nivel político-operativo de la institución en el rol de supervisión, apoyo para el ejercicio de la Rectoría y de provisión de servicios de salud. Participa, conjuntamente con los niveles central y regional, en la determinación, formulación y ejecución de las políticas, reglamentos, normas, lineamientos, directrices, planes, programas, proyectos, procedimientos y sistemas que aseguren la implementación del marco estratégico institucional. Esta Dirección depende jerárquicamente de la Dirección General de Salud.

De igual forma, en el decreto antes citado, se establecen las funciones sustantivas para el ejercicio de la Rectoría en Salud, estas son: Dirección y Conducción Política de la Salud, Vigilancia de la Salud, Planificación de la Salud, Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud, Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud y Regulación de la Salud.

Por otro lado, la Estructura Organizacional y de funciones del Ministerio de Salud, a nivel del Región Rectora de Salud, permite ejecutar eficaz y eficientemente los procesos necesarios para cumplir con las funciones de rectoría de la producción social de la salud, de provisión de servicios de salud y de gestión institucional. De acuerdo con esta estructura, el objetivo de estas unidades organizativas consiste en garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional a nivel Regional y 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 de la Provisión Social de la Salud y con los lineamientos tácticos emitidos por la Dirección

General de Salud.

Es de gran importancia entonces señalar aquí los objetivos estratégicos que la Región Rectora de Salud a mi cargo debe alcanzar mediante el ejercicio de la rectoría para el cumplimiento de su misión*: "Dirigir y conducir a los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes, mediante el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propiciando un ambiente humano sano y equilibrado, bajo los principios de equidad, ética, eficiencia, calidad, transparencia y respeto a la diversidad".* Estos objetivos estratégicos entre otros son:

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

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

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

En el Región Rectora de Salud Chorotega, en la actualidad se identifican los siguientes procesos: Vigilancia de la Salud, Planificación Estratégica de la Salud, Promoción de la Salud, Regulación de la Salud, Apoyo Logístico Administrativo y Atención al Cliente. Mediante la articulación de todos estos procesos, se cumple con las funciones sustantivas del Ministerio de Salud y con los objetivos estratégicos arriba señalados.

Por otro lado, en el Manual de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, se indican las siguientes funciones que como director tuve asignadas:

1. Definir las prioridades Regionales en salud y determinar las estrategias requeridas para su abordaje.

2. Concertar con los actores sociales del sistema de producción social de la salud en el nivel Regional, cuando solo su intervención directa pueda generar la viabilidad política requerida para el ejercicio de las funciones rectoras.

3. Dirigir y conducir con liderazgo a los funcionarios de la región rectora de salud, y sincronizar las actividades y procesos bajo su responsabilidad, para asegurar el logro de los objetivos y metas institucionales, con base en la misión, visión y valores del Ministerio de Salud.

4. Asegurar el cumplimiento efectivo de los procesos asignados a su unidad organizativa.

5. Asegurar el uso eficiente de los recursos asignados a su unidad organizativa.

6. Coordinar con los niveles central y local del Ministerio de Salud asuntos que involucran la región rectora.

7. Participar en la elaboración de los planes estratégicos y tácticos institucionales, cuando se le solicite, y conducir la programación de actividades en su unidad organizativa.

8. Dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de metas establecidas para el nivel regional, y rendir cuentas de la gestión realizada tanto a los niveles superiores como al personal bajo su responsabilidad.

9. Garantizar el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno; incorporando sus componentes a los procesos del área rectora de salud, y gestionando los ajustes que se requieran para asegurar el cumplimiento de los objetivos en este nivel de gestión.

10. Recomendar la aplicación de acciones correctivas cuando no se esté cumpliendo con el marco estratégico, con los planes institucionales, con la administración de los riesgos o con el marco jurídico vigente.

11. Detectar desviaciones entre el diseño organizacional y la organización implementada a nivel regional, para recomendar la alineación de las acciones institucionales al cumplimiento del marco estratégico.

12. Velar por la ejecución de las acciones de mercadotecnia institucional que le competen a la región rectora de salud, siguiendo los lineamientos establecidos por la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional.

13. Coordinar la ejecución de las acciones de gestión de sistemas de información, infraestructura informática, soporte a operaciones, y en especial de gestión documental (creación, recepción, organización, distribución, almacenamiento, preservación, acceso y divulgación de los documentos e información creada o recibida por el área rectora), que son competencia del nivel local, siguiendo los lineamientos definidos por la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional

14. Promover la adopción de valores, conductas, hábitos y costumbres por parte de los funcionarios a su cargo, acorde con lo requerido para el cumplimiento del marco estratégico institucional.

15. Facilitar procesos de cambio en procura de la mejora continua de los procesos bajo su responsabilidad.

16. Identificar continuamente oportunidades de mejora, incorporando la voz del cliente como insumo principal, y de ser necesario, definir las acciones correctivas requeridas.

17. Cumplir con los requerimientos administrativos propios de la administración pública.

18. Ejecutar todas las demás funciones que les sean encomendadas por la autoridad superior.

19. Realizar anualmente la Evaluación del Desempeño del año anterior de cada uno de los colaboradores a mi cargo y dar seguimiento semestralmente a los Compromisos de Gestión firmados con cada funcionario.

20. Realizar anualmente la Declaración Jurada de Bienes ante la Contraloría General de la República.

2.- Cambios habidos en el entorno durante el período de mi gestión, incluyendo los principales cambios en el ordenamiento jurídico que afectan el quehacer la Región Rectora de Salud.

Durante mis 41 años y 9 meses de servicio con el Ministerio de Salud, en el período 1982 inicié como Médico Director del Centro de Salud de Chachagua, parte del Hospital sin Paredes con sede en San Ramón. En el período 1983-1985 fui medico G1 del departamento de Enfermedades Crónicas en el Nivel Central. De 1986 fui Director del Centro Integrado de Salud de Tilarán. En 1987 fui nombrado Director Regional en la Región Brunca. En el periodo 1988 hasta agosto 1990 fui nombrado Director de Atención Primaria, que fue la fusión de los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria. A partir de agosto 1990 a la fecha ejercí funciones como Director Regional de Rectoría de la Salud Chorotega.

Al inicio de mi gestión en el Ministerio de Salud, en el año 1982, entre los programas existentes en la institución estaban aquellos enfocados a la atención directa a las personas, tales como la consulta de prenatal y postnatal, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, y morbilidad. Otros programas como la formulación de planes, la vigilancia de los servicios de salud, la promoción y protección de la Salud, la protección y mejoramiento del Ambiente Humano, así como el programa de Nutrición y Desarrollo Infantil, también formaban parte de las funciones de las Áreas de Salud del Ministerio de Salud en aquel tiempo.

El primer cambio importante que afectó el quehacer de las Áreas de Salud se dio con la Reforma del Sector Salud que se inició en el año 1992, el Ministerio de Salud inició su camino hacia la rectoría de la Salud y como parte de este proceso, en el año 1995, se dio el traslado de todos aquellos programas de atención directa a las personas así como los programas curativos preventivos, hacia la Caja Costarricense del Seguro Social, de esta manera fueron transferidos a esa institución los programas de: Atención Primaria, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de Cáncer, Programa de Tuberculosis, Programa de Dermatología Sanitaria (Lepra), Programa de Odontología Sanitaria, y Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual. Por su parte el Ministerio mantuvo los programas de Promoción y Protección de la Salud, Protección y Mejoramiento del Ambiente Humano y Nutrición y Desarrollo Infantil (Centros Infantiles).
Desde el año 1995 hasta la fecha, el Ministerio de Salud ha realizado múltiples cambios a nivel jurídico-

normativo en su trayectoria buscando siempre el fortalecimiento de su rol rector. A mi criterio, el cambio más importante de este último período, se dio con la definición y oficialización del Marco Estratégico del Ministerio de Salud, mediante Decreto Ejecutivo N° 39654-S, publicado en el Diario La Gaceta Nº 110 del 08 de junio del 2016.

Otro cambio importante que ha tenido impacto sobre las Áreas y Regiones Rectoras se dio recientemente, cuando en el año 2019 se publicó el Decreto Ejecutivo 41999-S, última versión del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, aquí se definen las funciones sustantivas para el ejercicio de la Rectoría en Salud son: Dirección y Conducción Política de la Salud, Vigilancia de la Salud, Planificación de la Salud, Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud, Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud y Regulación de la Salud. Por su parte, en el Región Rectora de Salud de Liberia, en la actualidad se identifican los siguientes procesos: Vigilancia de la Salud, Planificación Estratégica, Promoción de la Salud, Regulación de la Salud, Apoyo Logístico Administrativo y Atención al Cliente. Un total de 36 colaboradores realizan diferentes funciones para la articulación de todos estos procesos, cumpliéndose así con las funciones sustantivas del Ministerio de Salud.

3.- Estado de la Autoevaluación del Sistema de Control Interno del Región Rectora de Salud de Chorotega.

El proceso de Autoevaluación de Control Interno, aplicado en la Región Rectora de Salud de Liberia tiene los siguientes objetivos:

1.- Proteger y conservar el patrimonio público contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal, mediante la implementación de los mecanismos administrativos que permitan un efectivo control y manejo de los bienes del estado asignados al Región Rectora de Salud Chorotega.

2.- Exigir confiabilidad y oportunidad de la información, modernizando todos los sistemas de información obsoletos actuales y capacitando a todos los responsables del manejo de la información para el uso correcto de los nuevos sistemas.

3.- Garantizar que todas las actividades programadas por la Unidad Organizativa se realicen con eficiencia y eficacia, cumpliendo además con oportunidad y calidad las funciones asignadas.

4.- Garantizar que los funcionarios la Región Rectora Chorotega, conocen el ordenamiento jurídico y técnico que les permita realizar sus funciones de forma efectiva y con el mínimo de riesgos para la institución.

En cada período la autoevaluación fue realizada por el Consejo de Gestión Regional de la Región Chorotega. Para ello, los funcionarios delegados analizaron cada uno de los ítems de la herramienta y respondieron de manera participativa llegando a un consenso.

En el siguiente cuadro se resumen los resultados de cumplimiento de las autoevaluaciones de Control Interno a partir del año 2010 hasta la fecha:

Control Interno

Año 2009-2022

Se logro proporcionar la seguridad razonable en cumplimiento del maco estratégico a través del funcionamiento del sistema de control interno; donde se realizaron siguiendo lo establecido por el nivel normativo en cuanto a la metodología establecida, realizamos autoevaluaciones de control interno de DRRS CH con sus respectivos informes de cumplimiento. Además desarrollamos planes de mejora de control interno incluidos en las programaciones de actividades anuales para asegurar la ejecución y seguimiento. (2009-2022)

Se brindo la asesoría requerida a cada una de las doce Áreas Rectoras de la Salud de la región a través de los Consejos de Gestión Locales, y se implementaron las metodologías definidas por el nivel normativo para que ejecutaran acciones que garantizara el cumplimiento del sistema de control interno institucional. (2009-2022)

Implementación y seguimiento del Programa Regional de Reforzamiento de la Ética y los Valores Institucionales, en la Sede Regional Chorotega y las Áreas Rectoras de Salud. (2009-2022)

Comparación de Resultados de Autoevaluación de Control Interno
Dirección Región Rectora de Salud Chorotega
Niveles porcentuales

Componente	Cumplimiento 2010-2011	Cumplimiento 2011-2012	Cumplimiento 2012-2013	Cumplimiento 2013-2014	Cumplimiento 2014-2015	Cumplimiento 2015-2016
Deberes generales	100%	100%	100%	100%	100%	86%
Ambiente de control	94%	100%	100%	100%	100%	100%
Valoración del riesgo	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actividades	91%	100%	100%	92%	100%	100%

de control						
Sistemas de información	80%	71%	100%	100%	67%	91%
Criterios de seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Componente	Cumplimiento 2016-2017	Cumplimiento 2017-2018	Cumplimiento 2018-2019	Cumplimiento 2019-2020	Cumplimiento 2020-2021	Cumplimiento 2021-2022
Deberes generales	86%	86%	100%	100%	100%	100%
Ambiente de control	100%	100%	100%	100%	100%	92.7%
Valoración del riesgo	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actividades de control	100%	82%	82%	80%	90%	100%
Sistemas de información	100%	100%	100%	93%	100%	70%
Criterios de seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

En los diferentes períodos evaluados, la Región Rectora de Salud Chorotega ha mostrado un cumplimiento satisfactorio en la mayoría de los componentes que integran el instrumento de autoevaluación del Control Interno.

A partir del análisis del producto de cada autoevaluación de Control Interno, se han asumido compromisos por cada funcionario para ajustar su quehacer diario al nuevo Modelo Conceptual y Marco Estratégico del Ministerio de Salud, y se han empoderado de aquellos procesos que han sido bajados del nivel central mediante lineamientos específicos.

Para cada debilidad encontrada, se elaboró un Plan de Mejoras, para cumplir con el 100% de los ítems de la autoevaluación, dependiendo claro está de la respuesta que den los niveles superiores a las solicitudes planteadas por el nivel local.

4.- Acciones emprendidas para establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el Sistema de Control Interno del Región Rectora de Salud Chorotega.

Como parte de la obligatoriedad establecida por la Ley 8292 "Ley General de Control Interno", en el Región Rectora de Salud Chorotega, durante mi período de gestión en la dirección de esta unidad organizativa, se realizó anualmente la autoevaluación de control interno por parte del Consejo de Gestión la Región Rectora.

En las últimas nueve evaluaciones realizadas, se analizó por parte del consejo cada uno de los ítems de cada componente contenido en el *"Formulario para la autoevaluación de control interno institucional"*, y en ninguno de los informes de análisis de estas autoevaluaciones se indicó que hubiera observaciones o recomendaciones para el mismo. El Sistema de Control Interno que se aplica en el Región Rectora cumple con todos los objetivos señalados en el punto 3 de este informe.

5.- Principales logros alcanzados durante mi gestión de conformidad con la Planificación del Región Rectora de Salud Chorotega.

Periodo 2009-2022:
Planificación Institucional

Realización del análisis de la situación interna y externa de la Dirección Regional de Rectoría de Salud Chorotega, con dicho análisis la institución conocía el alineamiento estratégico y de esta forma identificar las prioridades de cada año para incorporarlos a la programación de actividades (IPA) (2009-2012).

Se brindo la asesoría requerida a cada una de las doce Áreas Rectoras de la Salud de la región a través de los Consejos de Gestión Locales, y se implementaron las metodologías definidas por el nivel normativo sobre análisis de la situación interna y externa de sus unidades organizativas, programación de actividades y su presupuestación.

Se logro que cada una de las unidades organizativas de la región, cumplieran el desarrollo de la programación de actividades.

Unidades organizativas (12 DARS y DRRS) con trabajo planificado, producto de la conducción y asesoría brindado, mediante la realización de talleres; atención de consultas a través de medios electrónicos (teléfono, correo electrónico); revisión de la calidad de las programaciones anuales. A su vez, con la articulación con la Unidad de Apoyo Logístico Administrativo se logró articular la planificación operativa con el presupuesto asignado.

Unidades organizativas (12 DARS y DRRS) con seguimiento y verificación del cumplimiento de metas del Plan Operativo Institucional (POI), para la rendición de cuentas a las autoridades superiores de la gestión realizada durante los periodos (2010-2012)

Unidades organizativas (12 DARS y DRRS) con nivel de riesgo aceptable, a través de la aplicación del sistema de valoración de riesgos institucionales (SEVRI). (2009-2023).

Conducción y asesoramiento -- mediante talleres con las trece unidades organizativas (12 DARS y DRRS) – para la elaboración del informe de logros y producción institucional para la memoria institucional.

Se capacito a los consejos de gestión local y regional en el uso del sistema información "IPSUM PLAN"

Actualmente las 13 UO estamos registrando actividades, indicadores, metas, riesgo y presupuesto para enviarlo a aprobación.

Actividades que contribuyan al fortalecimiento de la imagen institucional entre los funcionarios del Ministerio de Salud

Se publicaron dos boletines de la sede regional en la página web institucional y cuatro boletines informativos a los medios de comunicación locales y regionales.

Se elaboraron y divulgaron Cápsulas Informativas (para fortalecer la comunicación interna y el clima organizacional

Salud Mental

Se elaboraron un plan regional y 12 planes locales, mismos que debido a la situación de la Pandemia no fueron aprobados por la Secretaria Técnica de Salud Mental.
Asesoría y acompañamiento a los 12 enlaces locales para la confección de los proyectos, envío de correos Lineamientos Proyectos Comunales de Salud Mental 2020-2022.

Se realizaron dos réplicas de socialización a miembros de IRAIS, Capacitación sobre datos estadísticos y actualización de acciones en material del Comportamiento Suicida, facilitada el día 14 de febrero de 2020, que consta en bitácora de Reunión. Capacitación virtual Abordaje de la salud mental y apoyo psicosocial a nivel comunitario, facilitada el día 3 de Julio de 2020, que consta en bitácora de Reunión

Tres reuniones de coordinación con las IRAIS, realizadas los días 14 de febrero de 2020, 3 de Julio de 2020 y 27 de Agosto, que constan en Bitácoras de Reunión de la Red (RECAFIS-IRAIS).

Documento digital del plan regional elaborado y en ejecución según posibilidades de coordinación mediante RECAFIS-IRAIS.

Conducir y dar seguimiento a la ejecución de los proyectos Regionales de la Ley 9028:

-Estilos de Vida Saludable en estudiantes de Centros Educativos de la Región Chorotega para la prevención del fumado

-Comunidades Saludables para Todos, sin humo de Tabaco.

Seguimiento a la ejecución (12 Reuniones para dar respuesta a solicitudes de Información por parte del Nivel Central con relación a compras y contrataciones) de los proyectos Regionales de la Ley 9028, mediante correos en respuestas a Oficios según solicitudes del Programa de Control de Tabaco y a la Proveeduría Institucional, enviados al correo rch.direccion@misalud.go.cr de la Secretaria de la Dirección Regional.

Plan de Clima organizacional: Ejecutar actividades que contribuyan al promover la ética y los valores en los funcionarios (as) de la Región Chorotega 2022.

Cuatro charlas virtuales para promover la ética y los valores donde participaron 40 funcionarios (as) de la DRRS chorotega.

7.- Administración de los Recursos Financieros asignados durante mi gestión al Región Rectora de Salud Chorotega.

Informes financieros.

La administración del Región Rectora Chorotega realiza y envía oportunamente los siguientes informes a niveles superiores:

1. Informes de combustible: Se envían al nivel Central cada mes.

2. Informe de viáticos: Se envían al nivel Central cada mes.

3. Informe de Tiempo Extraordinario: Se le envía mensual a la encargada de Recursos Humanos Central. Se envían al nivel Central cada mes.

4. Informe de caja chica: Se envía al jefe de la Unidad Financiera de nivel central cada mes.

5. Informe mensual de cobro de Permisos Sanitarios de Funcionamiento.

6. Informe de activos. Se envía una vez al año al nivel Central.

CONTROL DEL GASTO EJECUTADO DEL AÑO 2017 HASTA 2023

CUADRO RESUMEN

	2017			2018			2019			2020			2021			2022			2023		
	PRESUPUESTO ASIGNADO	EJECUCION		PRESUPUESTO ASIGNADO	EJECUCION		PRESUPUESTO ASIGNADO	EJECUCION		PRESUPUESTO ASIGNADO	EJECUCION		PRESUPUESTO ASIGNADO	EJECUCION		PRESUPUESTO ASIGNADO	EJECUCION		PRESUPUESTO ASIGNADO	EJECUCION	
Combustoble Rectoría	$26 294 060,00	$26 525 331,00	97,08	$17 450 000,00	$22 476 648,00	94,79	$5 454 534,00	$7 153 148,00	107,30	$8 328 000,00	$13 955 455,00	102,13	$2 430 000,00	$7 806 566,65	106,74	$8 251 000,00	$11 399 177,16	101,76	$4 485 084,00	$3 664 016,00	65,95
Combustoble Vectores	$16 595 362,00	$15 109 811,00		$11 500 000,00	$4 966 474,00		$5 140 828,00	$5 722 764,00		$7 338 000,00	$4 530 799,00		$6 604 200,00	$4 966 217,00		$8 818 000,00	$8 414 630,00		$6 217 728,00	$3 550 923,00	
Combustoble Tabaco							$17 199 182,00	$16 946 449,99		$6 174 000,00	$3 818 067,00		$5 524 610,00	$2 767 791,00		$5 448 000,00	$3 098 945,00		$5 450 272,00	$3 438 305,00	
Total	$42 889 422,00	$41 635 142,00		$28 950 000,00	$27 443 122,00		$27 794 544,00	$29 822 361,99		$21 840 000,00	$22 304 321,00		$14 558 810,00	$15 540 574,65		$22 517 000,00	$22 912 752,16		$16 153 084,00	$10 653 244,00	
Viáticos Rectoría	$42 634 450,00	$36 237 497,48	85,81	$29 180 000,00	$29 497 976,00	102,16	$3 354 879,75	$5 850 500,00	107,98	$9 506 400,00	$10 439 049,62	72,63	$12 222 514,00	$18 933 008,00	67,24	$13 089 000,00	$23 089 000,00	92,95	$8 730 176,00	$6 547 632,00	75,00
Viáticos Vectores	$30 239 900,00	$26 292 450,00		$13 400 000,00	$14 000 000,00		$4 884 877,50	$3 750 500,00		$11 394 250,00	$5 858 500,00		$15 000 000,00	$1 579 012,00		$12 208 000,00	$1 085 945,00		$8 367 536,00	$6 275 652,00	
Viáticos Tabaco							$5 054 922,00	$4 754 000,00		$6 566 400,00	$3 650 450,00		$3 283 200,00	$0,00		$712 000,00	$0,00		$1 115 096,00	$836 322,00	
Total	$72 874 350,00	$62 529 947,48		$42 580 000,00	$43 497 976,00		$13 294 679,25	$14 355 000,00		$27 467 050,00	$19 947 999,62		$30 505 714,00	$20 512 020,00		$26 009 000,00	$24 174 945,00		$18 212 808,00	$13 659 606,00	
Tiempo extraordinario COVID-19	$0,00		0,95			97,96			126,92	$108 500 000,00	$95 956 000,00	80,93	$34 619 946,00	$33 720 946,00	94,04		$9 962 384,98	99,56			63,38
Tiempo extraordinario Rectoría	$20 000 000,00	$19 857 585,00		$7 927 204,00	$7 585 950,00		$2 450 013,00	$3 600 000,00		$8 500 000,00	$3 260 000,00		$4 250 000,00	$3 596 426,37		$25 225 000,00	$15 669 056,14		$19 547 262,00	$12 046 211,02	
Tiempo extraordinario Control de Tabaco	$27 000 000,00	$24 589 580,00		$19 197 041,41	$18 985 850,00		$9 053 749,00	$11 000 000,00		$11 226 510,49	$4 560 850,00		$2 245 302,00	$1 346 572,72		$3 429 000,00	$2 897 906,78			$341 918,97	
Total	$47 000 000,00	$44 447 165,00		$27 124 245,41	$26 571 800,00		$11 503 762,00	$14 600 000,00		$128 226 510,49	$103 776 850,00		$41 115 248,00	$38 663 945,09		$28 654 000,00	$28 529 347,90		$19 547 262,00	$12 388 129,99	
Transporte	$1 613 415,00		55,43	$845 000,00		109,73			0,00	$225 000,00		0,00	$570 225,00		74,01	$85 000,00		68,24	$350 000,00		53,57
Total	$1 613 415,00	$894 265,00		$845 000,00	$927 207,00		$0,00	0		$225 000,00	0		$570 225,00	$422 050,00		$85 000,00	58000		$350 000,00	$187 500,00	

8.- Evaluaciones del Desempeño Durante los Últimos 10 Años.

Ministerio de Salud Costa Rica

2022-2026 COSTA RICA TRABAJANDO, DECIDIENDO, MEJORANDO

MS-DRRSCH-UALA- PGRR-C-040-08-2023
10-08-2023

Yo, Marta Contreras Espinoza, portador de la cédula de identidad 1-1069-0425 en mi calidad de Jefe de la Unidad de Apoyo Logístico y Administrativo, del Ministerio de Salud de la Región Chorotega, e impuesto de las responsabilidades con que la ley castiga el falso testimonio en perjuicio de la Fe Pública, según el artículo 359, 360 365 del Código Penal; certifico que:

ENRIQUE JIMENEZ ARAGON, con cédula de identidad número **203040405,** labora para este Ministerio desde 01-01-82y hasta la actualidad, con nombramiento en propiedad en el puesto Nª 058537, en la clase de puesto **JEFE DE SERVICIOS DE SALUD**, y se destaca en **Dirección Regional Rectora de Salud Región Chorotega.**

A continuación, se detalla las evaluaciones de GDD de los años 2012 al 2022:

AÑO	CALIFICACION CUALITATIVA
2012	EXCELENTE
2013	EXCELENTE
2014	EXCELENTE
2015	EXCELENTE
2016	EXCELENTE
2017	EXCELENTE
2018	MUY BUENO
2019	EXCELENTE
2020	EXCELENTE
2021	EXCELENTE
2022	EXCELENTE

Se extiende a solicitud del interesado, el día 10 de Agosto 2023

UNIDAD APOYO LOGISTICO Y ADMINISTRATIVO MINISTERIO DE SALUD COSTA RICA REGIÓN CHOROTEGA

Proceso Gestión de Recursos Humanos
Dra. Patrycia Martínez Salguera
Coordinadora de Recursos Humanos

Unidad de Apoyo Logístico y Administrativo
MBA. Marta Contreras Espinoza
Jefa Unidad Apoyo Logístico Administrativo

DIRECCIÓN REGIONAL RECTORA DE SALUD REGION CHOROTEGA
UNIDAD DE APOYO LOGISTICO Y ADMINISTRATIVO
Teléfono: 2666-12-97

9.- Sugerencias para la buena marcha de la Región Rectora de Salud Chorotega.

1.- Debe dársele continuidad al proyecto para la reubicación y construcción de una edificación propia para el Área Rectora de Salud de Liberia como para la Región Rectora Chorotega. El hacinamiento de funcionarios, las malas condiciones de la infraestructura y la presencia de dos niveles jerárquicos compartiendo un mismo edificio, entre otros, son factores que pueden dificultar el normal desempeño de los colaboradores.

10.- Observaciones sobre otros asuntos

La Región Chorotega como tal con sede en Liberia fue creada a principios de 1990, De la llamada Gran Chorotega se conformaron 2 regiones de salud, La Región Pacifico Central (REPACE) que mantuvo la antigua sede en Puntarenas, y la nueva Región Chorotega con sede en Liberia. Asumí esta nueva región en agosto del año 1990, con 4 profesionales, 2 oficinistas, 1 contadora y 1 técnico de recursos humanos, 2 vehículos y 2 maquinas de escribir. La primera sede fue en un segundo piso alquilado con 3 cubículos. En otras palabras, como me dijo la entonces Directora Regional la Dra. María Emilia León de Coto, Dr. Le toca hacer Región. Después de 33 años se entrega una Región Chorotega consolidada.
En el año 1995, cuando el Ministerio inició el traspaso del Programa de Atención Primaria a la CCSS y con ello las actividades de atención asistencial como Control de Niño Sano, Atención prenatal y postnatal, odontología, programa de inmunizaciones entre otros, y con ello la movilidad horizontal de gran cantidad de funcionarios quienes asumirían esas funciones en esa institución. Con este traspaso de programas a la CCSS, el Ministerio de Salud empezó su camino hacia la rectoría del sector Salud.
La institución ha sufrido múltiples cambios en su estructura y su organización, para ajustar todos sus programas y en general todo su quehacer a lo que hoy en día es la rectoría del sector salud. Con la creación del Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud y del Marco Estratégico del Ministerio de Salud se definieron nuevos procesos y funciones para alcanzar sus objetivos. Se establecieron así objetivos estratégicos y se programaron actividades para alcanzarlos

Un hecho significativo y de alto impacto, fue la emisión de la Directriz Presidencial 13-H en marzo del 2011 (Directriz de contención del gasto público). Dicha disposición tuvo vigencia hasta el 31 de diciembre del 2012 y sus efectos en la institución se dejaron sentir en el tema concreto de la gestión de puestos vacantes, al restringirse tanto el uso de aquellos puestos que se encontrasen en esta condición al momento del rige de la Directriz y también aquellos posterior a esta.

Dicha regulación, comprometió enormemente la dinámica laboral de la Institución y más aún la oportunidad en la prestación de servicios en los tres niveles de gestión del Ministerio.

Período 2020-2021

En el mes de marzo de este año, mediante el Decreto Ejecutivo N° 42227-MP-S publicado en La Gaceta N° 51, Alcance 46 del 16 de marzo del 2020, se declara el estado de emergencia nacional en

todo el territorio de la República de Costa Rica, debido a la situación de emergencia sanitaria provocada por la enfermedad COVID-19. En el Artículo 4 de este decreto, se indica que el Ministerio de Salud junto con la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias serán los órganos encargados del planeamiento, dirección, control y coordinación de los programas y actividades de protección, salvamento, atención y rehabilitación de las zonas declaradas en estado de emergencia. Se indica en este artículo que se deberán emprender acciones inmediatas y coordinadas para la mejor atención de las fases de respuesta y rehabilitación. Por su parte el Artículo 11 del mismo decreto establece que todas las instituciones públicas están obligadas a contribuir en lo necesario con apoyo técnico en las 3 fases de la emergencia, pudiéndose asignar tareas específicas a cada institución en el marco de sus competencias.
Durante este periodo y por espacio de aproximadamente de entre 12 a 18 meses se tuvo como recargo las ARS de Nicoya, Bagaces, Carrillo y Upala, además de la Unidad de Planificación.
Actualmente esta dirección tiene como recargo el ARS La cruz y la Unidad de Planificación.

11.- Estado actual del cumplimiento de las disposiciones que durante mi gestión hubiera girado la Contraloría General de la República.

Hasta el día de hoy, la Dirección Rectora de Salud Chorotega a mi cargo, ha cumplido con todas las recomendaciones y disposiciones emitidas por la Contraloría General de la República, las cuales en su gran mayoría llegan al nivel local mediante directrices emitidas por la Dirección General de Salud o del Despacho del Ministro de Salud.
Algunas de estas disposiciones acatadas en tiempo y forma por esta Dirección Regional se mencionan a continuación:

-Informe DFOE-SOC-IF-19-2016 de la Contraloría General sobre la Auditoría de carácter especial sobre los mecanismos de transparencia en el otorgamiento de Permisos de Funcionamiento por parte del Ministerio de Salud.
-Informe DFOE-AE-IF-05-2015 de la Contraloría General en el que se emiten recomendaciones a las Áreas Rectoras para que se analicen los reportes operacionales de aguas residuales, se soliciten acciones correctivas y se implementen acciones para que los expedientes de los entes generadores contengan la información correcta que permita su confiabilidad y seguridad.
-Oficio DFOE-SOC-0848-2016 de la Contraloría mediante el cual se solicita el consolidado por Región de los registros de permisos sanitarios de funcionamiento entre el 1 enero 2015 y el 31 de mayo del 2016.
- Auditoria de la CGR sobre la eficiencia y eficacia del servicio de control de vectores en el control de las enfermedades transmisibles. Aquí la Contraloría solicitó por medio del oficio MS-DGS-2243-2019 información sobre los funcionarios del programa Manejo Integrado de Vectores, la cual se suministró.

12.- Estado actual del cumplimiento de las disposiciones o recomendaciones que durante mi gestión hubiera girado algún otro órgano de control externo, según la actividad propia de cada administración.

Todas las disposiciones emitidas por órganos externos siempre han sido acatadas y concluidas en el tiempo que el mismo órgano establece para ello. Se incluyen aquí recomendaciones de la Defensoría de los Habitantes, sentencias de la Sala Constitucional, ordenamientos del Tribunal Ambiental Administrativo, sentencias de juzgados (Penal, Contravencional, etc.), principalmente.

No quedan pendientes ninguna otra disposición o recomendación que durante mi gestión hubiera girado algún otro órgano de control externo.

13.- Estado actual del cumplimiento de las recomendaciones que durante mi gestión le hubiera formulado la respectiva Auditoría Interna.

Todas las recomendaciones emitidas por la Auditoría Interna del Ministerio de Salud fueron atendidas y cumplidas oportunamente en los tiempos establecidos por el órgano auditor.

Actualmente no existe ningún asunto pendiente con la Auditoría Interna.

Póliza de Fidelidad: Mediante oficio MS-DRRSCH-0367-2023 se entrega factura # 0010011201230352212 por un monto de 55.144 colones correspondiente al periodo 16/09/2023 al 16/09/2024 correspondiente a la póliza de fidelidad 0107FD000132113.
Con relación a la póliza de fidelidad, esta se ha cancelado en los últimos 12 años de acuerdo con los montos estipulados.

14.- Se debe gestionar un acto de entrega formal de los activos al funcionario que asume el cargo.

Mediante oficio MS-DRRSCH-DARSL-xxxx-2023 se hizo entrega formalmente el último día de mi gestión de todos los activos institucionales que estaban asignados a mi persona, a la Directora Regional A.I. Dra. Hilda Barrantes Guerrero.
También se le hace entrega a la Dra. Barrantes Guerrero el sim correspondiente al número 83357945, y el IPhone 13modelo A2633 IMEI 351606645550715, mediante oficio MS-DRRSCH-369-2023.

15.- Otros Temas de Interés

Arsénico en Bagaces:

En Bagaces el Ministerio de Salud ha dado un seguimiento cercano a la problemática de las concentraciones de arsénico en los acueductos locales desde el año 2011 cuando se reciben los primeros resultados de niveles de arsénico de muestras tomadas en algunos de los acueductos y cuyos resultados en su momento superan el límite máximo permitido en nuestro país de 10 µg. Esta vigilancia tiene varios elementos, entre ellos, regulación y control de organizaciones implicadas en la problemática, liderazgo en la coordinación interinstitucional, seguimiento al muestreo regular que se hace a los acueductos afectados e inspecciones de campo.

Ante una serie de denuncias por contaminación del recurso hídrico por arsénico en la provincia de Guanacaste se realizaron una serie de estudios para determinar dicha contaminación y posible asociación con eventos de interés público.

Según Mora 2011, en un estudio preliminar de tipo exploratorio-ecológico sobre la relación de la "Razón de Incidencia Estandarizada Suavizada" (RIES) de varios tipos de cáncer y los contenidos de As en las aguas de consumo humano (ACH), en las zonas geográficas distribuidas en 11 áreas de salud de la provincia de Guanacaste en el período 2000 al 2004.

Llegando a las siguientes conclusiones:

- *No se observa asociación estadística entre los cánceres vinculados con el consumo prolongado de As en ACH, en los cantones de Bagaces y Cañas.*
- *Por el contrario, en cantones o áreas de salud como Liberia con concentraciones normales o inferiores a 10 µg/L, presentan sobreincidencia en el grupo de todo tipo de cáncer y en el cáncer de piel, en el período 2000-2004.*
- *El Cantón de Cañas es una de las zonas con menos RIES por todo tipo de cáncer.*
- *La zona del área de salud de Liberia es una de las de mayor incidencia por cáncer de piel y todo tipo de cáncer" del país.*

Mora, et tal. 2015. Descartan una correlación significativa en la contaminación por arsénico en el agua potable de la provincia, que sí fue identificada en varios distritos, y la enfermedad ERC se debe a que se identificaron distritos con baja o muy baja exposición de arsénico en el agua de consumo humano, pero con altas tasas de mortalidad por IRC. Por ejemplo, mencionan los distritos de Liberia, Nosara, Nicoya, Samara, Santa Cruz, Veintisiete de Abril, Diriá, entre otros, con muy baja exposición de arsénico en el agua de consumo humano, pero con tasas de mortalidad por IRC de 1.40, 8.07, 2.66, 4.53, 2.75, 2.60 y 5.21, respectivamente.

En algunos de estos distritos, los valores no difieren de aquellos en los que se identificó una alta o mediana exposición de arsénico en el agua potable. En Bagaces, Cañas y Bebedero se identificó una contaminación por arsénico 32.04, 25.10, 15.13 µg/L, respectivamente, y tasas de mortalidad por IRC de 4.07, 3.43 y 6.11, respectivamente

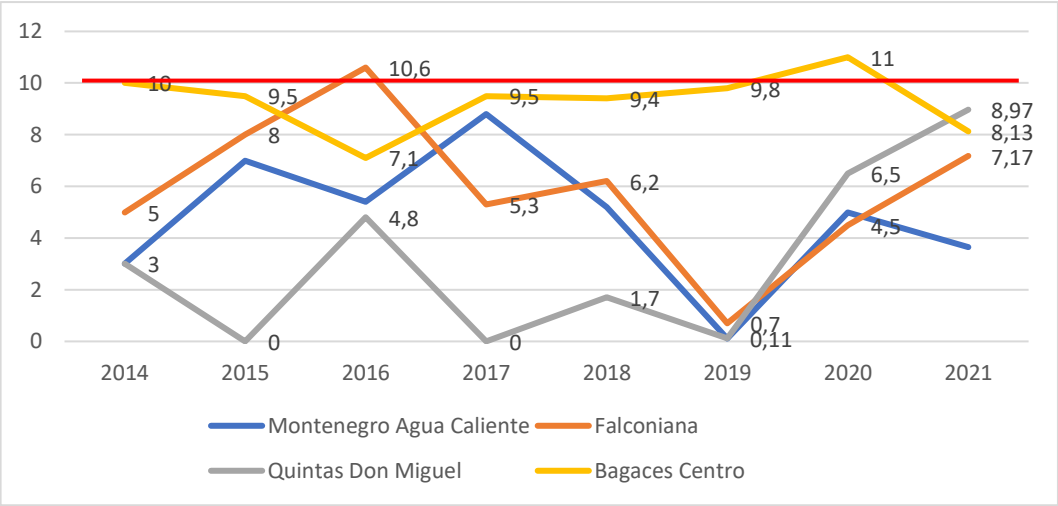
De ahí que los autores concluyan que:

- *No se observa una correlación lineal fuerte entre ambas variables de As-total e IME de IRC en los 59 distritos de Guanacaste.*
- *No se observa concordancia entre la exposición a As-total, en los intervalos de Mediana exposición y Alta exposición, y los IME de IRC en las respectivas zonas, es decir, es mayor el IME de IRC entre 11-20 µg/L que en >20 µg/L.*
- *La comparación individual de los 17 distritos, de los promedios ponderados de As-total y los IME de IRC demuestra que existen distritos que no estuvieron expuestos a As-total pero presentan IME de IRC altos, como Mansión, Sámara, Hojancha y Palmira. Además, se presenta la misma situación en los distritos con muy baja exposición, como Liberia, Nicoya, Nacascolo, Nosara, San Antonio, Santa Cruz, Veintisiete de Abril y Diriá.*
- *Esto 56 sugiere que el agua contaminada con As-total en los distritos de Guanacaste probablemente no es un factor de riesgo común en las zonas afectadas por la epidemia de IRC*

Además, al hacer una comparación de la prevalencia de Insuficiencia renal crónica entre la Región Chorotega (RCH) y la Huetar Norte (RHN) del 2019 al 2021. Ambas regiones con altos índices de concentración de As en el agua de consumo humano pero con diferentes condiciones ambientales y climáticas (según lo encontrado por: Ballesteros Vargas (2019) el Pacífico Norte es la zona más cálida del país; y el Programa SALTRA / IRET-UNA (2013) la Región Chorotega es la zona con el más alto coeficiente de temperatura, el más bajo coeficiente de precipitaciones y el más alto coeficiente de cultivos permanentes del país, según datos del período 1980-2012), la prevalencia de IRC es mayor en la RCH que en la Huetar Norte.

Es evidente que desde el año 2012 que iniciaron las acciones de abordaje del problema de AS por parte de las autoridades sanitaria las concentraciones de este no han superado los 10 ug/L que exige la normativa nacional vigente del país evitando de esta forma las manifestaciones agudas y crónicas del AS en la población (ver gráfico 8)

Gráfico 8. Concentración de arsénico de los acueductos del cantón de Bagaces. 2014 al 2021.



Fuente: Laboratorio Nacional de Aguas programa de vigilancia estatal del Ministerio de Salud. Creación propia. 2022.

CONCLUSIONES

1. Del análisis realizado se puede concluir que los niveles de AS en los acueductos utilizado para el consumo humano de la población de Bagaces se han mantenido desde año 2012 por debajo de 10 ug/L según lo exige la normativa nacional vigente del país, debido a las múltiples acciones realizadas por las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gestión, evitando de esta forma las manifestaciones agudas y crónicas del AS en la población (ver gráfico 8). Aseveración confirmada por las certificaciones emitidas por la Dirección Médica de la Clínica de Bagaces y las bases de notificación de la Dirección Regional de la CCSS en cuyos datos con los 5 eventos con mayor mortalidad para los guanacastecos no aparecen cáncer de piel, pulmón y vejiga en los últimos 10 años.
2. Del análisis realizado se puede afirmar, que a pesar de que en el cantón de Bagaces tiene el problema de altas concentraciones de AS en los acueductos utilizados para el consumo humano de origen volcánico y no antropogénico (según la investigación geológica, hidrogeológica y hidrogeoquímica realizada en año 2013 por la UCR, el AyA, MINAE y SENARA), y cuyas manifestaciones del arsenicismo tanto agudas como crónicas no se ha presentado en la población gracias a las múltiples acciones realizadas por las autoridades locales, regionales y nacionales involucradas en el abordaje de la problemática.

3. De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, su respectivo análisis y las recomendaciones de organizaciones especializadas, la etiología de la Enfermedad Renal Crónica no tradicional (ERCnt) no se ha esclarecido por completo, se ha llegado al consenso en torno a la naturaleza crónica y multifactorial de sus orígenes (desde los factores ambientales, biológicos y culturales) que convergen en la aparición de la enfermedad.
4. No hay una asociación directa significativa entre los niveles elevados de arsénico total ponderado encontrados en los cantones de la Región Chorotega y la prevalencia de ERCnt, por el contrario, en 2 de los cantones con mayor número de casos de ERCnt los niveles de arsénico están dentro de lo normal.
5. La ERCnt es una enfermedad de alta prevalencia en los países de Mesoamérica, caracterizado por afectar a la población predominantemente masculina, en un rango de edad de los 30 a los 60 años expuestos a factores de riesgo tales como la altas temperaturas y esfuerzo físico extenuante y con vulnerabilidad socio- cultural y económica.
6. Del anterior análisis se concluye que, sí la causa ECRnt fuera de una fuente común, como ejemplo, el agua de consumo humano, todas las personas estarían expuestas al mismo riesgo y por ende, la prevalencia de la enfermedad debería ser similar en todos los guanacastecos sin distinción de género y edad.
7. Los cantones con más prevalencia de ERCnt de la región Chorotega, como son Carrillo, Bagaces, Liberia, poseen las características geográficas, sociales, económicas, culturares y ambientales para que los hombres trabajadores jóvenes desarrollen este tipo de insuficiencia renal.
8. La investigación y el análisis de la evidencia muestran que se está haciendo una gestión integral ADECUADA de los residuos sólidos que generan las plantas removedoras de arsénico administradas por el AyA en las localidades de Bagaces ya mencionadas.
9. Se han determinado que MetSorb® HMRG es un medio a base de óxido de titanio que elimina el arsénico por adsorción en la matriz del medio, cuya eliminación final es segura para el ambiente. Esto ha sido demostrado mediante estudios del Instituto de Tecnología Stevens en Hoboken, Nueva Jersey y Departamento de Protección Ambiental de Nueva Jersey. Cuya disposición final es realiza por la empresa MADISA la más adecuado según la normativa nacional vigente.

Enfermedad Renal Crónica No Tradicional en la Región Chorotega:

El estudio de Resultados sobre Factores Asociados a Enfermedad Renal Crónica, Región Chorotega, CCSS-2014, indica que, en Costa Rica, la ERCnt afecta zonas del pacífico norte y la zona de mayor afectación se localiza en la provincia de Guanacaste al norte del país, en zonas predominantemente agrícolas.

Los diferentes estudios realizados en Costa Rica y otros países centroamericanos han demostrado la asociación de la Enfermedad Renal Crónica de Causa No Tradicional, con múltiples factores como la exposición al calor extremo, agroquímicos, deshidratación y consumo de antinflamatorios.

En la Región Chorotega desde que se declaró la ERCnt como un evento de notificación obligatoria en el año 2019, ha permitido demostrar la prevalencia de la enfermedad en la región. Se puede observar que la tendencia de la ERCnt es al aumento en el año 2021 (157 casos), para el año 2021 la tendencia del evento ha sido a la disminución (117 casos) y para el 2023 se ha reportado para la semana epidemiológica 20 un total de 27 casos sospechoso. Dando la impresión que el evento de ERCnt ha empezado estabilizarse en la RCH o que las personas no están acudiendo a los servicios de salud para ser atendidos ocasionando un subregistro del evento.

La Enfermedad Renal Crónica ha sido identificada como un problema de salud pública en la Región Chorotega, al detectarse estadísticas de mortalidad y morbilidad superiores a las nacionales y a las demás regiones del país. En particular este evento se presenta en hombres jóvenes, que no tienen patologías asociadas: de causas no tradicionales. Esta problemática tiene un impacto social en la población de la Región Chorotega, debido a que los afectados son en su mayoría jefes de familias por lo general extensas, que se enfrentan a terapias de remplazo renal muy difíciles de conllevar, lo cual afecta la calidad de vida de muchas personas a la vez.

La Comisión Regional Interinstitucional de Enfermedad Renal Crónica no tradicional ha venido trabajando en forma ininterrumpida durante los últimos 3 años, integrando esfuerzos según la naturaleza de las funciones de sus miembros, para tratar de mitigar la afectación de este evento en salud y abordarlo integralmente. Está conformada actualmente por funcionarios del Ministerio de Salud, CCSS, INS, Ministerio de trabajo e IMAS.

Se cuenta con un plan de acción dinámico dividido por objetivos, actualizado anualmente, en el cual se basan las acciones a trabajar por todos los miembros.

En el siguiente informe se resumen las acciones realizadas en los años 2022-2023 según los objetivos planteados:

1. Coordinar acciones interinstitucionales para la atención integral de la ERCnt

- 2022: Participación en 24 reuniones ordinarias y 11 extraordinarias en las Comisiones Nacional y la Comisión Regional Interinstitucional de ERCnt. Espacios de coordinación de acciones interinstitucionales.
- 2022: Monitoreo Regional a las DARS prioritarias de las acciones realizadas a nivel de vigilancia de la salud y en regulación con la aplicación del decreto de estrés térmico por calor.

- 2023: programación anual de reuniones de coordinación mensual y monitoreo anual de áreas prioritarias

2. **Garantizar la aplicación del Decreto 39147S-TSS en las empresas con trabajadores en riesgo de ERCnt.**
    - 2022. Se realizaron 15 inspecciones locales a empresas con trabajadores en riesgo de estrés térmico por calor, con el apoyo técnico del nivel regional y visita conjunta con la OPS al Ingenio Taboga, para la aplicación del Reglamento para la prevención y protección de las personas trabajadoras expuestas a estrés térmico por calor. 39147-S-TSS.
    - 2023 programación de inspección interinstitucional MS/MTSS/INS. Supervisión de la aplicación del Decreto 39147-S-TSS. Priorizando las áreas de mayor incidencia. A nivel local se han realizado 17 inspecciones a empresas con trabajadores en riesgo de estrés térmico por calor.
3. **Coordinar acciones para la aplicación de exámenes de laboratorio en cumplimiento del Reglamento 39147S-TSS.**
    - 2022. Realización de contratación externa con la empresa Aula Abierta, desde el nivel central de Ministerio de Salud, para la creación de un **inventario regional** de grandes y medianas empresas, microempresas y empresas familiares con personal en riesgo de estrés térmico por calor, por una necesidad de información de la Comisión Regional para la coordinación de distintas acciones. Entre ellas la coordinación empresa/CCSS para la realización y análisis de pruebas de laboratorio de función renal, periódicas para los trabajadores en riesgo. El registro se confeccionó en formato Excel y cuenta con un mapeo de la información con coordenadas geográficas. Se registró un total de **1029** empresas de las cuales **266** respondieron una encuesta específica con mayor información.
    - 2022. Coordinación entre áreas de salud para garantizar el acceso al análisis de pruebas de función renal en los laboratorios de la CCSS. Gestión efectiva por parte de la CCSS para dotar de equipos para pruebas renales para todas las Áreas de Salud de la Región Chorotega a partir de junio 2023.
    - 2023. Actualizar y completar la información del inventario por parte del nivel local.
    - Coordinación empresas/CCSS la realización y análisis de pruebas de laboratorio en época de zafra

4. **Promover la aplicación del Protocolo de Vigilancia de la Enfermedad Renal Crónica no Tradicional a nivel local y regional.**
    - 2022. Talleres de Vigilancia Epidemiológica y Manejo de la Enfermedad Renal crónica no tradicional, organizados por la Comisión Regional y patrocinados por la OPS.
        - **I Taller**: Sector público: CCSS/MS 50 participantes. Coordinadores de vigilancia de la salud del MS y CCSS, de las Áreas Rectoras y Áreas de Salud y Hospitales de la CCSS y un médico de EBAIS de cada Área de Salud, de la Región Chorotega.
        - **II Taller**: Sector privado: 30 médicos y profesionales de salud, que laboran en medicina mixta y de empresa, de los cantones de Liberia, Cañas, Bagaces, Carrillo y Santa Cruz

5. **Promover el diagnóstico temprano de la ERCnt a nivel local, en el sector público y privado.**

- Este objetivo también se abordó en los talleres mencionados.
- 2022 y 2023: Análisis estadístico mensual de la tendencia de ERCnt a nivel regional incluyendo el comparativo con la incidencia de ERC de causas tradicionales.
- Seguimiento a casos sospechosos y confirmados y elaboración de estrategia para la investigación de casos.
- Participación con el nivel central en la revisión de la ficha de investigación para la actualización del Protocolo.
- Seguimiento a la propuesta de la estrategia de atención integral priorizada para la ERCnt en el primer nivel de atención, como una necesidad regional para este evento en salud.
-

6. **Promover actividades educativas de promoción y prevención, para la comunidad sobre la importancia de la hidratación y cuidados personales para la prevención de ERCnt.**
    - 2022. Capacitación/sensibilización a un total de 60 funcionarios del IMAS, con el apoyo de la Dra. Mónica Espinoza, coordinadora de la Unidad de Terapia Renal del HEBB, para la priorización de beneficios de esta institución a personas diagnosticadas con esta afección.

    - 2022. Se realizaron un total de 16 talleres comunitarios con el patrocinio de la Cámara Nacional de Salud con la coordinación y aprobación de la metodología por parte de la Dirección de Vigilancia de la Salud y la Unidad de Rectoría RCH MS , en los cantones de Cañas, Bagaces, Carrillo y Liberia. Llevando información básica de la enfermedad renal crónica no tradicional para el autocuidado y prevención de esta enfermedad.

	# TALLERES	PARTICIPANTES
LIBERIA	5	26
CAÑAS	2	20
BAGACES	4	55
CARRILLO	5	91
TOTAL	**16**	**192**

    - **2023:** plan piloto para formar **colaboradores voluntarios** dirigido a líderes comunales y funcionarios institucionales clave, que puedan replicar los talleres a grupos comunitarios y funcionarios con labores de riesgo de estrés térmico por calor. Se realizará la capacitación para un total de 45 líderes comunales y 30 funcionarios institucionales en modalidad de 4 talleres, con patrocinio de la Cámara Nacional de Salud y presupuesto del Ministerio de Salud. En las áreas de Cañas, Bagaces y Carrillo. Estas personas replicarán lo aprendido en 15 talleres comunitarios en estos mismos cantones. La metodología se encuentra en construcción.

7. **Promover el acceso a la ayuda social para las personas diagnosticadas con ERCnt y sus familias.**

- 2022-2023. Se realiza el análisis continuo de casos en conjunto con el IMAS, CCSS y MS para la priorización de beneficios económicos a los afectados y sus familia.

8. Apoyar investigaciones en el tema de ERCnt que sean desarrolladas a nivel regional, nacional o internacional.

Parte de los miembros y colaboradores de la Comisión Regional pertenecientes al HEBB, están participando activamente como apoyo de las investigaciones que se están gestando en materia de ERCnt, en el consorcio CURE, patrocinado por Estados Unidos. Esta investigación de casos y controles se realiza en varios países de Centro América e India, tiene una duración de 5 años y en nuestro país hay dos grupos investigadores: UCR y UNA. Por parte de los integrantes de la comisión del MS, se les brinda apoyo constante en los requerimientos logísticos que solicitan. Se realizarán pruebas físicas y genéticas a personas de las comunidades identificadas con mayor incidencia en la región y se dará seguimiento durante el tiempo de la investigación, con el objetivo de identificar causas de la aparición de esta enfermedad y tipificar a los pacientes que la desarrollen.

Conclusiones.

1. La ERCnt afecta con mayor prevalencia a los hombres que a las mujeres de la RCH.
2. Ha existido una tendencia a la disminución de los casos de ERCnt de los años 2022 y 2023. Sin embargo, cabe la posibilidad que exista un subregistro en la captación y reporte de casos.
3. Que el grupo etario más afectado son los menores a 60 años, es decir hombres económica mente activos y la tradicional es mayormente en grupo etarios mayores a 60 años.
4. Que la incidencia de la ERCnt es mayor en los cantones con actividad agrícola. Bagaces, Liberia, Carrillo, Cañas y Santa Cruz.
5. Que la RCH ha realizado estrategia de promoción y prevención que ha impactado positivamente en la incidencia de los casos de ERCnt.

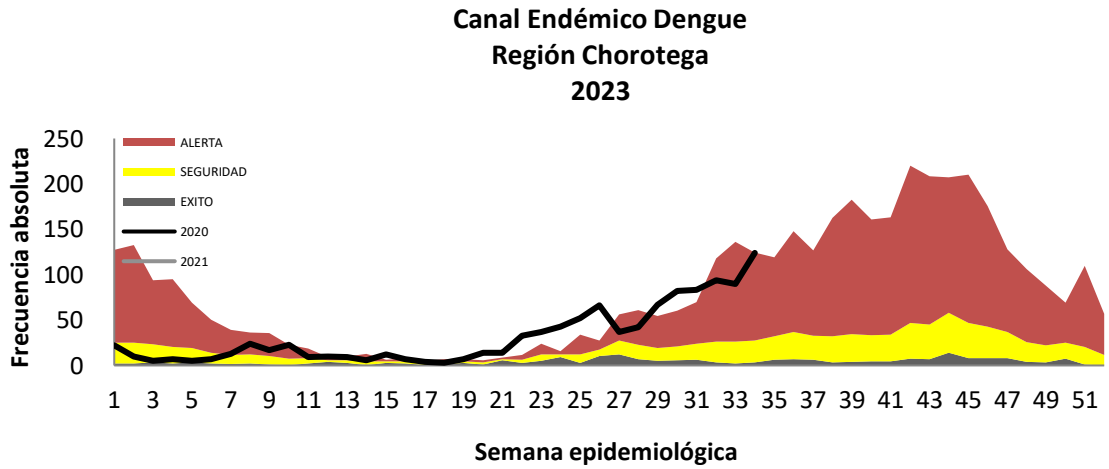
RETOS Y NECESIDADES ERCnt:

1. Se requiere un programa específico o plan de priorización para la atención en el primer nivel de la CCSS, para seguimiento oportuno periódico a los pacientes diagnosticados con esta enfermedad, tal y como se realiza con otros programas como Hipertensión o Diabetes.
2. Inclusión de la ERCnt dentro de las excepciones de aseguramiento para la atención en la CCSS de pacientes que lo requieran. Se prevé que algunos de los participantes en el estudio de investigación tendrán niveles de función renal de riesgo, a los cuales se requiere dar seguimiento clínico y no cuentan con seguro social.
3. La interconectividad de los sistemas de información CCSS/MS/INS debe ser prioridad para la actualización efectiva de las estadísticas, para la toma de decisiones

La interconectividad de los sistemas de información CCSS/MS/INS debe ser prioridad para la actualización efectiva de las estadísticas, para la toma de decisiones

Control Integrado de Vectores

En 1993 cuando se presento la primera epidemia de Dengue simultáneamente con la Región Pacifico Central, teniendo hasta mas de mil casos por semana, en la Región Chorotega (RCH) se han presentado múltiples epidemias a través de los años. Estas epidemias iniciaron presentándose todos los años, hasta el año 1998, posteriormente presentándose en ciclos cada 2 o tres años. La ultima epidemia en la región chorotega se presento en el año 2016.
La Región Chorotega por tener clima pacifico seco cuenta con todas las características ideales para la crianza y proliferación del mosquito Aedes Aegypti.
En RCH se han presentado epidemias por tres serotipos de Dengue, Den1, Den2 y Den3., también se han presentado epidemias de Zika y Chikungunya a partir del año 2005 en varias ocasiones.
Actualmente en este año 2023 después de 7 años de no tener epidemias se han presentado brotes en los siguientes cantones, Carrillo, Nicoya, y en menor magnitud en Nandayure, Santa cruz y Tilaran.



Casos sospechosos de dengue por área rectora de salud, últimas tres semanas epidemiológicas del 2023, Región chorotega.

AREAS	SE-32	SE-33	SE-34	TOTAL
Nicoya	38	34	39	111
Santa Cruz	9	11	25	45
Nandayure	8	10	19	37
Carrillo	9	13	12	34
Abangares	8	5	4	17
Bagaces	5	5	7	17
Tilarán	0	4	10	14

Cañas	6	3	2	11
Hojancha	5	3	3	11
Liberia	4	2	1	7
La Cruz	1	0	2	3
Upala	4	8	9	21
TOTAL, SEMAN	97	98	133	328

Fuente: ARS Región Chorotega. 2023 Sello

Código	Cantones	Código	Distritos	Serotipo
502	NICOYA	50201	NICOYA	Dengue 3 Positivo
		50205	SAMARA	Dengue 3 Positivo
503	SANTA CRUZ	50301	SANTA CRUZ	Dengue 4 Positivo
505	CARRILLO	50503	SARDINAL	Dengue 4 Positivo
		50504	BELEN	Dengue 1 Positivo
				Dengue 4 Positivo
509	NANDAYURE	50903	ZAPOTAL	Dengue 3 Positivo
511	HOJANCHA	51101	HOJANCHA	Dengue 3 Positivo

Cada cantón cuenta con su EGI, así como con planes de acciones para la prevención y control de ETV.
Es importante mencionar que en Costa Rica Nunca se ha podido cortar una epidemia de Dengue desde su aparición en 1993. Esto se debe en una gran parte a al tipo de vigilancia epidemiológica con la que cuenta el país que es una Vigilancia Epidemiológica Pasiva. Cuando se detectan los brotes es cuando se alcanza el umbral de detección, o sea cuando el sistema de salud comienza a captar los casos en los servicios de salud, Ebais, servicio de Emergencias, ya que el numero de caos se vuelve evidente. El umbral de detección se encuentra en plena curva de ascenso en el numero de casos, generalmente el brote ya lleva entre 8 a 10 semanas en la comunidad, por lo que lo único que se hace son actividades de Mitigación.
Otro punto que cabe destacar es la fragmentación del proceso de prevención y control de vectores. El Ministerio de Salud depende de la CCSS para saber la magnitud del numero de casos, pero también depende del tiempo para su reporte. Mientras la CCSS no capte y reporte los casos al MS, este ultimo no conoce de la situación, por ende, el inicio tardío de las acciones de prevención y control, que para

cuando se reporta son meramente de mitigación. Así es como funciona un sistema de vigilancia epidemiológica pasivo.

15.- Otros Problemas de Gestión

- Inadecuado Presupuesto, Recurso Humano, Transporte, Plataforma Tecnológica adecuada, insumos. Todo lo anterior limita la capacidad operativa y por ende afecta la Gestión institucional.

- **Administración de Contingencias.** A pesar de que existe un POI cada año este no se respeta, las programaciones de actividades mensuales tanto del NR, como del NL constantemente son cambiadas para atender precisamente contingencias emanadas de otros niveles.

- **Ausencia de multas de impacto.** Al desobedecer una orden sanitaria esta se pasa al poder judicial. Generalmente se pasan a los juzgados de menor cuantía y las multas rondan los 30 mil colones, que por lo general no tienen impacto y el causado prefiere pagar la multa antes de arreglar el problema, ej. aguas residuales. Esto tiene un fuerte impacto sobre la Gestión y Credibilidad del MS.

- **Falta de Coordinación entre Unidades (Divisiones, Departamentos, Unidades) del Nivel Central**. Cada uno, por su lado, para cada uno su tema, o monotema es el más importante. En múltiples ocasiones piden información a los niveles Regional y Local cuando esa misma información la tiene el departamento que está a la par. No existe un filtro con relación a lo que cada Unidad remite a los niveles Regionales y locales con relación a formación ce comisiones, directrices, lineamientos y su afección a la capacidad operativa de esos niveles. No se valora el impacto de lo que se está enviando a esos niveles.

- **Gran cantidad de comisiones.** – No existe ningún control sobre la cantidad de reuniones y comisiones en la cual participa el MS. Generalmente cada monotema solicita generar una comisión con el objetivo de apoyar lo referente a su tema. No existe un control sobre el aporte positivo de esta comisión al MS, ni cuánto tiempo consume, simplemente se baja la directriz sin ningún análisis.

- **Desconcentración de Actividades por parte del Nivel Central –** No existe ningún control sobre la desconcentración de actividades por parte de los diferentes departamentos y procesos del Nivel Central hacia los niveles Regional y local. Simplemente se desconcentra la actividad y se cree que con una simple capacitación es suficiente para que el Nivel regional y local puedan asumir dicha actividad. No se realiza ningún análisis de cargas, ni muchos menos de si el nivel Local va a contar con la capacidad operativa para realizar dicha actividad. Simplemente se desconcentran y vean a ver como lo asume el Nivel Local.

FIN DEL INFORME