



MINISTERIO
DE SALUD

GOBIERNO
DE COSTA RICA

Ministerio de Salud de Costa Rica

Dirección de Planificación

Unidad de Seguimiento y Evaluación

Informe de seguimiento I trimestre 2026 de
metas de acciones estratégicas del Plan de acción
2024-2028 de la Política Nacional de Salud

Mayo, 2026



Créditos

Ministerio de Salud.

Dirección de Planificación.

Unidad de Seguimiento y Evaluación.

Unidad de Seguimiento y Evaluación:

Luis Daniel Soto Castro. Jefe Unidad de Seguimiento y Evaluación. Ministerio de Salud.

Mario Olivera Rojas. Unidad de Seguimiento y Evaluación. Ministerio de Salud.

Gerardo J. Ortega Navarrete. Unidad de Seguimiento y Evaluación. Ministerio de Salud.

Revisión general

Andrea Garita Castro. Directora de Planificación. Ministerio de Salud.

Se permite su reproducción total o parcial siempre que se cite la fuente y autor.

Costa Rica.

Ministerio de Salud. Dirección de Planificación.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/>

Mayo, 2026

Presentación

El Ministerio de Salud (MS), en su rol rector del Sector Salud, presenta el "Informe de seguimiento I trimestre 2026 de las metas de acciones estratégicas del Plan de Acción 2024-2028 de la Política Nacional de Salud". Este informe de seguimiento tiene el propósito de ofrecer información sistematizada a los tomadores de decisiones, con el fin de promover la transparencia y la rendición de cuentas en la ejecución de las acciones comprometidas en el Plan de Acción de la Política Nacional de Salud (PdA de la PNS). Se detallan los avances en el cumplimiento de las metas anuales 2026 al primer trimestre del año, y se describen los obstáculos y rezagos que se han presentado en el proceso.

Esto permitirá identificar las áreas que requieren atención inmediata y medidas correctivas, con la idea de contribuir a la mejora continua del sector salud y asegurar también que los servicios de salud cumplan con su misión de proteger el bienestar de la ciudadanía. A través de esta rendición de cuentas, se fortalece el compromiso con la población costarricense, y se logra un manejo más eficiente de los recursos destinados a la salud pública.

Este documento se centra en los seis ejes definidos en la Política Nacional de Salud, con base en un análisis detallado del avance al primer trimestre de las metas de las acciones estratégicas y sus respectivas clasificaciones. Además, se abordan los riesgos, obstáculos y acciones de mejora para las metas que presentan algún rezago en su avance, lo cual proporciona una visión integral de la gestión realizada hasta el 31 de marzo de 2026.

La Política Nacional de Salud (PNS) 2023-2033 y sus procesos de seguimiento y evaluación, se encuentran basados en el enfoque de la Gestión para Resultados en el Desarrollo (GpRD), que busca optimizar la eficacia y eficiencia en el desempeño institucional, y garantizar concretamente la consecución de los objetivos prioritarios en materia de salud en el país. A través de este informe, el Ministerio de Salud reafirma su compromiso con la mejora continua y el fortalecimiento del sistema de salud, asimismo consolida el trabajo colaborativo entre las instituciones del sector salud y otros sectores que inciden en el bienestar de la población costarricense.

Dr. Alexander Sánchez Cabo
Ministro de Salud

Acrónimos y siglas

| Acrónimos y siglas | Nombre |
|--------------------|---|
| CCSS | Caja Costarricense del Seguro Social |
| CEN-CINAI | Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral |
| CONIS | Consejo Nacional de Investigación en Salud |
| COSEVI | Consejo de Seguridad Vial |
| DP | Dirección de Planificación del Ministerio de Salud |
| IAFA | Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia |
| ICAA | Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados |
| ICODER | Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación |
| INCIENSA | Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud |
| INS | Instituto Nacional de Seguros |
| Mideplan | Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica |
| MS | Ministerio de Salud |
| PNS | Política Nacional de Salud |
| SNP | Sistema Nacional de Planificación |
| USE | Unidad de Seguimiento y Evaluación del Ministerio de Salud |

Contenido

- Créditos.....2
- Presentación3
- Acrónimos y siglas4
- Introducción y metodología.....6
- Resumen ejecutivo.....8
- Avance al IT 2026 de las metas de acciones estratégicas por eje del PdA de la PNS..... 15
- Eje 1: Calidad, acceso y cobertura universal en salud..... 16
- Eje 3: Vigilancia de la salud 24
- Eje 4: Innovación, Salud digital y Tecnologías Sanitarias..... 27
- Eje 5: Salud Ambiental.....28
- Eje 6: Promoción de la Salud..... 30
- Anexos 35
- Bibliografía 52

Introducción y metodología

El Ministerio de Salud (MS) en su calidad de rector del Sector Salud, según el Reglamento orgánico del Poder Ejecutivo N° 43580-MP-PLAN, representado por el Dr. Alexander Sánchez Cabo, Ministro de Salud, presenta el “Informe de seguimiento I trimestre 2026 de las metas de acciones estratégicas del Plan de Acción 2024-2028 de la Política Nacional de Salud”.

Este avance se elabora con el propósito de brindar información sistematizada para los tomadores de decisiones sobre la gestión institucional, contribuyendo a la transparencia y rendición de cuentas de las instituciones con metas comprometidas en el Plan de Acción de la Política Nacional de Salud (PdA de la PNS). De esta manera, se informa acerca de los avances al primer trimestre del año y, al mismo tiempo, se emite una alerta temprana sobre los rezagos y obstáculos que se presentan en la ejecución de las metas, para que se tomen las acciones correctivas que permitan solventarlos en beneficio de la ciudadanía.

Este documento presenta información de los 6 ejes definidos en la Política Nacional de Salud, que ha sido suscrita por las propias instituciones según la programación institucional. Se refiere al avance real de metas de acciones estratégicas y sus categorías de clasificación, obstáculos, riesgos y acciones de mejora, que se han realizado al 31 de marzo del 2026. Se realiza la valoración sobre un total de 136 metas y sus respectivos indicadores con programación en el año 2026. Por otra parte, no se consideran un total de 15 metas que poseen programación en otros años del periodo de vigencia de la PNS.

La valoración trimestral con base en metas anuales ha representado un gran desafío que se ha asumido con la mayor rigurosidad metodológica, con el objetivo de brindar información consistente y pertinente para la toma de decisiones. Este proceso ha requerido una adaptación metodológica que permita dar seguimiento a los avances con una periodicidad trimestral, respondiendo así a la solicitud de las autoridades y los compromisos sectoriales en materia de transparencia, rendición de cuentas y el cumplimiento efectivo de las metas establecidas en la PNS.

Metodología del informe

La propuesta metodológica de abordaje para el seguimiento del PdA 2024-2028 de la PNS 2023-2033 tiene como propósito hacer una valoración de cada acción estratégica con los resultados esperados, una identificación temprana de posibles desviaciones o áreas de mejora, una integración de diversos componentes de sostenibilidad y eficacia, y al mismo tiempo un reconocimiento de los desafíos emergentes en el ámbito de la salud pública.

La medición y el análisis del proceso de seguimiento se desarrolla por medio de un enfoque cuantitativo y cualitativo, mediante la utilización de la información obtenida a partir de documentación y datos presentados por las instituciones ejecutoras, con base en los instrumentos de seguimiento definidos para tal propósito.

Para efectos de la clasificación del avance en la ejecución anual de metas 2026, se tomó como referencia lo establecido por Mideplan como recomendación y buena práctica para el seguimiento de instrumentos de planificación en el Sistema Nacional de Planificación (SNP). A partir de lo anterior, las instituciones ejecutoras del PdA de la PNS, clasificaron su avance en la ejecución de las metas anuales tomando en consideración la programación institucional, en función de la relación entre lo programado y lo ejecutado al primer trimestre del año, utilizando los siguientes parámetros de clasificación.

Figura 1. Escala de clasificación institucional según avance de metas anuales 2025.

Clasificación realizada por las propias instituciones ejecutoras según las siguientes categorías:

| | | |
|--|--|---|
| De acuerdo con lo programado | Con riesgo de cumplimiento | Con atraso crítico |
| • Cuando el avance de la meta está de acuerdo con lo previsto. | • Cuando el avance de la meta es menor a lo previsto y representa una amenaza controlable para su cumplimiento al final del año. | • Cuando el avance de la meta es menor a lo previsto y representa una seria amenaza para su cumplimiento anual. |

Fuente: Elaboración propia con referencia de parámetros utilizados por Mideplan para el SNP.

Para la categoría “De acuerdo con lo programado”, se enumeran las metas que se encuentran en esta categoría, haciendo un énfasis especial en las metas que reportan cero avances, debido a que aún no corresponde la ejecución dentro de la planificación institucional o la información se encontrará disponible en el periodo de seguimiento anual. Por otra parte, para las metas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico” se exponen las respectivas alertas y medidas de mejora que permitan corregir las desviaciones y los desfases en el corto plazo.

El informe de seguimiento al I trimestre y su herramienta de análisis y visualización de resultados, se presentan a las autoridades del Ministerio de Salud y al Consejo Sectorial de Salud, siendo este último uno de los espacios donde se realiza seguimiento a las metas y donde las instituciones ejecutoras rinden cuentas sobre su avance. Dicho informe está disponible para los tomadores de decisiones como un instrumento que alerta e informa sobre el grado de avance en el cumplimiento de las metas establecidas para el año. Los resultados del seguimiento de las metas del PdA de la PNS, contribuyen a la transparencia y la rendición de cuentas; por tal motivo, estos resultados también se ponen a disposición de la sociedad civil y la ciudadanía en general a través de la página web de esta institución ([enlace](#)).

Tabla 1. Costa Rica: Ejes, instituciones ejecutoras y cantidad de metas de acciones estratégicas incorporadas en el informe de seguimiento I trimestre 2026 del PdA 2024-2028 de la PNS.

| Ejes | | Total: 6 |
|--|---|--------------------------------------|
| 1. Calidad, Acceso y Cobertura Universal en Salud (32 metas) | 2. Investigación y Gestión del Conocimiento (7 metas) | 3. Vigilancia de la Salud (30 metas) |
| 4. Innovación, Salud Digital y Tecnologías Sanitarias (12 metas) | 5. Salud Ambiental (13 metas) | 6. Promoción de la Salud (42 metas) |
| Instituciones ejecutoras | | Total: 11 ¹ |
| Ministerio de Salud (65 metas) | CCSS (28 metas) | ICAA (6 metas) |
| INS (6 metas) | IAFA (5 metas) | COSEVI (3 metas) |
| INCIENSA (6 metas) | CONIS (4 metas) | 911 (1 meta) |
| ICODER (1 meta) | CENCINAI (11 metas) | |
| Metas de acciones estratégicas 2026 | | Total: 136 |

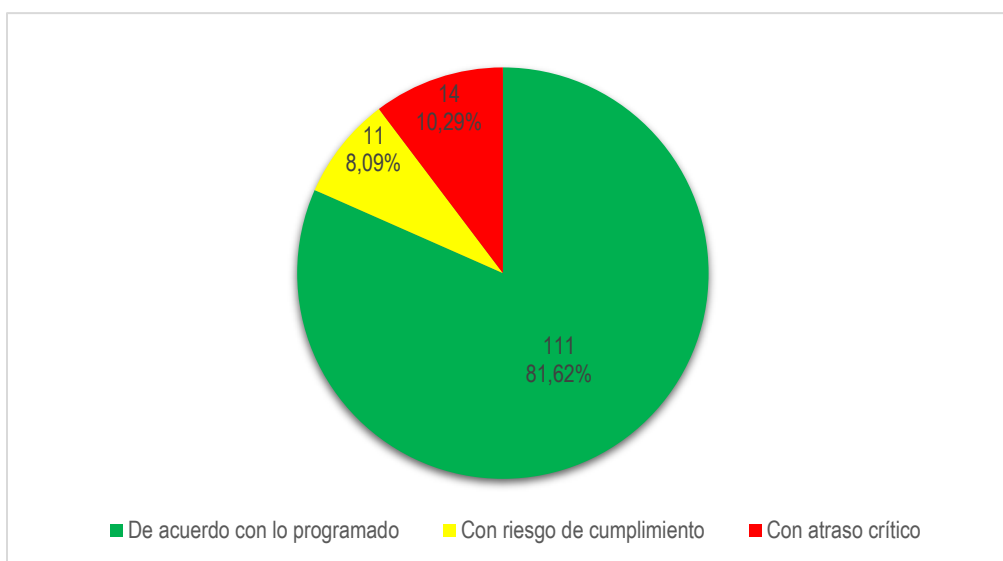
Fuente: Elaboración propia, Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación, 2026.

¹ Para el informe de seguimiento I trimestre 2026, se excluye al Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica, debido a que esta institución no posee programación de metas en el año 2026.

Resumen ejecutivo

Según la programación del Plan de Acción 2024-2028 de la Política Nacional de Salud, para el I trimestre 2026 se realiza seguimiento a 136 metas de acciones estratégicas, su distribución por categoría de avance en el cumplimiento anual según la clasificación realizada por las instituciones ejecutoras se presenta en el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Costa Rica: Porcentaje de avance en el cumplimiento de metas de acción estratégica del PdA de la PNS al IT 2026 (total de metas=136)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

El detalle de la información anterior se muestra en la tabla siguiente, la cual suministra información de la distribución de las categorías de clasificación por eje del PdA 2024-2028 de la PNS y el porcentaje de avance alcanzado al I trimestre en la ejecución de las metas para el año 2026.

Tabla 2. Costa Rica: Cantidad de metas de acción estratégica del PdA de la PNS y su clasificación según avance por eje al IT 2026

| Eje Política Nacional de Salud | Total | De acuerdo con lo programado | | Con riesgo de cumplimiento | | Con atraso crítico | |
|---|------------|------------------------------|---------------|----------------------------|--------------|--------------------|---------------|
| | | Cantidad | Porcentaje | Cantidad | Porcentaje | Cantidad | Porcentaje |
| 1. Calidad, Acceso y Cobertura Universal en Salud | 32 | 22 | 68,75% | 4 | 12,50% | 6 | 18,75% |
| 2. Investigación y Gestión del Conocimiento | 7 | 5 | 71,43% | 1 | 14,29% | 1 | 14,29% |
| 3. Vigilancia de la Salud | 30 | 26 | 86,67% | 0 | 0,00% | 4 | 13,33% |
| 4. Innovación, Salud Digital y Tecnologías Sanitarias | 12 | 12 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| 5. Salud Ambiental | 13 | 11 | 84,62% | 2 | 15,38% | 0 | 0,00% |
| 6. Promoción de la Salud | 42 | 35 | 83,33% | 4 | 9,52% | 3 | 7,14% |
| Total | 136 | 111 | 81,62% | 11 | 8,09% | 14 | 10,29% |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

Seguidamente se muestra la información sobre el avance en el cumplimiento de las metas del año 2026 al I trimestre por institución responsable de su ejecución, según su distribución por categorías de clasificación.

Tabla 3. Costa Rica: Cantidad de metas de acción estratégica del PdA de la PNS y su clasificación según avance por institución ejecutora al IT 2026

| Institución | Total | De acuerdo con lo programado | | Con riesgo de cumplimiento | | Con atraso crítico | |
|--------------|------------|------------------------------|---------------|----------------------------|--------------|--------------------|---------------|
| | | Cantidad | Porcentaje | Cantidad | Porcentaje | Cantidad | Porcentaje |
| MS | 65 | 51 | 78,46% | 5 | 7,69% | 9 | 13,85% |
| CCSS | 28 | 25 | 89,29% | 0 | 0,00% | 3 | 10,71% |
| CENCINAI | 11 | 7 | 63,64% | 4 | 36,36% | 0 | 0,00% |
| INS | 6 | 5 | 83,33% | 0 | 0,00% | 1 | 16,67% |
| ICAA | 6 | 5 | 83,33% | 1 | 16,67% | 0 | 0,00% |
| INCIENSA | 6 | 6 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| IAFA | 5 | 5 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| CONIS | 4 | 3 | 75,00% | 1 | 25,00% | 0 | 0,00% |
| COSEVI | 3 | 3 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| ICODER | 1 | 1 | 100,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| 911 | 1 | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 1 | 100,00% |
| Total | 136 | 111 | 81,62% | 11 | 8,09% | 14 | 10,29% |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

Tabla 4. Costa Rica: Cantidad de metas de acción estratégica del PdA de la PNS clasificadas “Con atraso crítico” según institución ejecutora al IT 2026

| Institución | Con atraso crítico | |
|--------------|--------------------|----------------|
| | Cantidad | Porcentaje |
| MS | 9 | 64,28% |
| CCSS | 3 | 21,42% |
| INS | 1 | 7,14% |
| 911 | 1 | 7,14% |
| Total | 14 | 100,00% |

Fuente: MS, DP, USE con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

Recomendaciones:

A manera de sugerencia para los tomadores de decisiones, se resaltan seguidamente una serie de aspectos que surgen como parte del proceso de elaboración del informe de seguimiento IT 2026 del PdA de la PNS, los cuales deben ser conocidos y analizados para su oportuna gestión:

1. Seguidamente se detallan las 14 **metas clasificadas “Con atraso crítico” al IT 2026**, considerando sus riesgos, obstáculos y acciones de mejora; se sugiere a las autoridades su análisis especialmente sobre los obstáculos mencionados, y la realización de planes mejora por parte de las instituciones ejecutoras, que permitan el cumplimiento de la meta al cierre del año 2026:

| Eje | Indicador | Meta 2026 | I Trimestre | Obstáculos | Riesgo | Acciones de mejora | Responsable |
|--|--|-----------|-------------|---|--|--|-------------|
| 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | 09. Plazo promedio de días de espera para cirugía ambulatoria en la CCSS. | 365 | 416 | 1. Aumento sostenido de demanda vs oferta. 2. Restricciones en la capacidad instalada. 3. Limitaciones en recurso humano especializado. 4. Implementación de estrategias sujetas a prórrogas proyectos 2024. | Potencial capacidad instalada no acorde con las necesidades institucionales. | 1. Priorización estratégica de la red y priorización. 2. Gestión clínica y depuración de listas. 3. Rectoría y monitoreo centralizado. 4. Incremento de la capacidad resolutive e Implementación del Plan Operativo UTLE 2026. 5. Incentivos y articulación en red. | CCSS |
| 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | 10. Plazo promedio en días de espera para ultrasonidos generales en la CCSS. | 140 | 397 | 1. Aumento sostenido de demanda vs oferta. 2. Restricciones en la capacidad instalada. 3. Limitaciones en recurso humano especializado. 4. Implementación de estrategias sujetas a prórrogas proyectos 2024. | Potencial capacidad instalada no acorde con las necesidades institucionales. | Se solicitó modificar el indicador; se está a la espera de respuesta del MS; no obstante, se anotas las siguientes acciones: 1. Priorización estratégica de la red y priorización bajo rectoría y monitoreo centralizado (articulación con CNIM). 2. Gestión clínica y depuración de listas. 3. Incremento de la capacidad resolutive e Implementación del Plan Operativo UTLE 2026. 4. Análisis de expansión estratégica de la oferta (compras a Terceros). | CCSS |
| 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | 11. Plazo promedio de días de espera para endoscopías altas en la CCSS. | 120 | 254 | 1. Aumento sostenido de demanda vs oferta. 2. Restricciones en la capacidad instalada. 3. Limitaciones en recurso humano especializado. 4. Desalineación estructural de la meta del indicador. 5. Implementación de estrategias sujetas a prórrogas proyectos 2024. | Potencial capacidad instalada no acorde con las necesidades institucionales. | Se solicitó modificar el indicador; se está a la espera de respuesta del MS; no obstante, se anotan las siguientes acciones: 1. Priorización estratégica de la red y priorización bajo rectoría y monitoreo centralizado. 2. Gestión clínica y depuración de listas 3. Incremento de la capacidad resolutive e Implementación del Plan Operativo UTLE 2026. 4. Análisis de expansión estratégica de la oferta. | CCSS |

| | | | | | | | |
|--|---|-------------------------|------|--|--|--|-----|
| 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | 13. Porcentaje de camas ocupadas por personas usuarias con relación al total de la oferta de camas hospitalarias generales. | $80\% \leq x \leq 89\%$ | 120% | Limitación de la capacidad instalada para la demanda de personas usuarias que requieren hospitalización. | Probables cambios de tipo político. | Optimización de los egresos hospitalarios. Priorización de casos según criterios clínicos y coordinación interinstitucional para la referencia y contrarreferencia de paciente. Ampliación temporal de la capacidad instalada mediante la activación del plan alternativo de trabajo. | INS |
| 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | 25. Porcentaje de avance en el proceso de regulación de la atención a la diabetes mellitus. | 15% | 0% | No se ha publicado la normativa. | Probables cambios de tipo político. | Dar seguimiento al trámite de oficialización. | MS |
| 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | 29. Número de cantones ejecutando el proyecto comunitario "Fortalecimiento de las capacidades comunales para la prevención Enfermedad Renal Crónica no tradicional (ERCnt) en los cantones de alta incidencia en Guanacaste." | 2 | 0 | Al proyecto no se brindó presupuesto se indicó vía CARTA-MS-DVS-086-2026 la modificación al indicador 29 sobre este proyecto a la Dirección de Planificación. | Probable falta de apoyo político. | Se solicitó audiencia con el Despacho Ministerial para presentar el proyecto y que se le asigne presupuesto el cual se indicó que se iba a realizar, pero no se tiene respuesta. Se consultó a Dirección Administrativa mediante la CARTA-MS-DVS-171-2026 el estado de la asignación de presupuesto. | MS |
| 2. Investigación y gestión del conocimiento. | 07. Porcentaje de avance en la elaboración e implementación de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud. | 5% | 0% | El nivel de avance responde a una limitación de carácter estructural y externa a la gestión técnica de la Unidad de Investigación en Salud y de la Unidad de Tecnologías en Salud, derivada del proceso de reorganización institucional formalizado mediante el Decreto Ejecutivo N.º 45468-S. | Posibles discrepancias entre las prioridades políticas y las de tipo técnico de acuerdo con las necesidades del entorno. | Reforzar implementación en los trimestres subsecuentes. | MS |

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|-----|----|---|---|---|----|
| 3. Vigilancia de la salud. | 03. Porcentaje de avance del desarrollo de la norma para la atención de la arbovirosis como parte del componente de atención al paciente de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y control de las enfermedades arbovirales. | 5% | 0% | La elaboración realizada en el 2025 aún no ha sido validada por la Dirección de Vigilancia de la Salud. | Probables cambios de tipo político. | Obtener el visto bueno final de la propuesta elaborada en el 2025. | MS |
| 3. Vigilancia de la salud. | 29. Porcentaje de avance de las etapas del Plan Estratégico para el fortalecimiento de las 15 Capacidades del Reglamento Sanitario Internacional. | 29% | 6% | Retraso en la aprobación del Recomendación técnica para la implementación de la Autoridad Nacional para el Reglamento Sanitario Internacional en Costa Rica. | Posible incumplimiento de las actividades programadas por parte del Nivel Central. | Aumentar frecuencia de reuniones del equipo de trabajo. | MS |
| 3. Vigilancia de la salud. | 31. Porcentaje de avance en las etapas de la implementación del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares. | 10% | 0% | Las metas se establecieron a partir del 2025, asumiendo que el PNER estaría aprobado por las autoridades ministeriales en el 2024. Sin embargo, se han recibido múltiples observaciones al documento por parte de la Unidad de Planificación Sectorial. Las últimas observaciones fueron remitidas por medio del oficio CARTA-MS-DGS-0286-2025, cuyas observaciones están siendo atendidas y que cuentan con un plan de trabajo que fue remitido a la Dirección General de Salud por medio del oficio CARTA-MS-DSS-0390-2026 y se espera tener el documento finalizado en junio del 2026. | Posible incumplimiento de las actividades programadas por parte de las instituciones. | Se estableció un plan de trabajo para cumplir con el oficio CARTA-MS-DP-174-2026. Este plan de trabajo fue remitido a la Dirección General de Salud por medio del oficio CARTA-MS-DSS-0390-2026, el cual se adjunta. El plazo para presentar el documento ajustado vence en junio del 2026. | MS |

| | | | | | | | |
|----------------------------|---|-----|----|--|---|--|-------|
| 3. Vigilancia de la salud. | 32. Porcentaje de avance del proyecto de generación y disposición de datos. | 25% | 0% | N.D. | N.D | N.D | SE911 |
| 6. Promoción de la salud. | 19. Número de intervenciones desarrolladas de manera articulada para el reporte de personas fallecidas relacionadas con accidentes de tránsito. | 1 | 0 | Falta de sustento legal. | Posible normativa que no responda a la realidad y necesidades actuales. | Realizar un convenio con el INEC para que faciliten los datos de personas fallecidas que brindan otras instituciones en temas de accidentes de tránsito. | MS |
| 6. Promoción de la salud. | 27. Número de censos o encuestas nutricionales, difundidas. | 1 | 0 | Falta de presupuesto para iniciar la Etapa 1 del proyecto, posterior a ello se requiere el financiamiento completo para el desarrollo de la ENN | Probables cambios de tipo político. | Reunión con el despacho y la Dirección Financiera | MS |
| 6. Promoción de la salud. | 34. Número de planes anuales ejecutados por las Instancias Locales del Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (COLOSAM). | 84 | 0 | Dependencia directa de la formalización legal de las comisiones; al no contar con quórum estructural o libros de actas legalizados, no es posible la aprobación y firma de los planes de trabajo. Además, se identifica una sobrecarga de funciones del personal que dificulta la planificación operativa alineada a la Política Nacional. | Posible normativa que no responda a la realidad y necesidades actuales. | Conformar una Mesa Técnica interinstitucional para la valoración de perfiles y homologación de competencias requeridas para la gestión de las comisiones. Gestionar ante jerarcas de la RED la oficialización de nombramientos mediante oficios de seguimiento de la Secretaría Técnica. Propuesta de reforma al reglamento de la ley nacional de salud mental | MS |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

A partir del análisis realizado, se recomienda a las autoridades de las instituciones que cuentan con metas clasificadas en el IT 2026 dentro de la categoría “**Con atraso crítico**”, establecer coordinaciones estratégicas con las Unidades Organizativas responsables de su implementación. Con el objetivo de superar los obstáculos identificados durante el primer trimestre del año y, de esta manera, favorecer el cumplimiento de las metas anuales, así como retomar el ritmo de ejecución previsto para los próximos trimestres. *En el anexo 1*, se describen los planes de mejora para las 14 metas en esta categoría, elaborados por las instituciones que poseen metas en esta clasificación.

2. Se recomienda fortalecer la coordinación institucional, considerando el incremento registrado en las metas clasificadas con “**Cumplimiento bajo**” en el informe anual 2025 y aquellas catalogadas como “**Con atraso crítico**” en el informe del IT 2026, las cuales pasaron de 8 a 14 metas respectivamente. Este comportamiento resulta particularmente relevante en instituciones como el Ministerio de Salud, donde la clasificación aumentó de 5 a 9 metas, y en la CCSS, donde la variación fue de 1 a 3 metas entre los periodos analizados.
3. Seguidamente se describe el estado al primer trimestre 2026 de las **8 metas clasificadas con “Cumplimiento bajo” en el informe anual 2025**, con el propósito de evidenciar la efectividad de los planes de mejora realizados a partir del análisis de los resultados anuales. En conclusión, solamente una de las ocho metas ha cambiado su clasificación anual 2025 con “Cumplimiento bajo” a la clasificación “De acuerdo con lo programado” en el IT 2026; por lo tanto, se sugiere la revisión de las acciones definidas en los planes de mejora trimestrales, con el propósito de implementar acciones que permitan el cumplimiento anual de las metas.

Metas del informe anual 2025 que tuvieron “Cumplimiento abajo” (8 metas) y su situación en el IT 2026.

| Acción estratégica | Indicador | Clasificación Anual 2024 | Clasificación IT 2026 | Institución responsable |
|---|---|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 1.1.1.08 Mejoramiento en la atención oportuna de las personas, por medio de una gestión y procesos articulados garantizando la accesibilidad de intervenciones costo efectivas. | 10. Plazo promedio en días de espera para ultrasonidos generales en la CCSS. | Cumplimiento bajo | Con atraso crítico | CCSS |
| 1.1.1.09 Ejecución de estrategias que garanticen el acceso y la cobertura de la población asegurada en las líneas RT Y SOA. | 13. Porcentaje de camas ocupadas por personas usuarias con relación al total de la oferta de camas hospitalarias generales. | Cumplimiento bajo | Con atraso crítico | INS |
| 6.1.1.10 Ejecución del programa líderes de la prevención en escuelas de zonas vulnerables. | 15. Tasa de alcance del programa de prevención en escuelas, por cada 10 000 niños / adolescentes escolares. | Cumplimiento bajo | De acuerdo con lo programado | INS |
| 3.1.1.24 Desarrollo de un Plan Estratégico para el fortalecimiento de las 15 Capacidades del Reglamento Sanitario Internacional. | 29. Porcentaje de avance de las etapas del Plan Estratégico para el fortalecimiento de las 15 Capacidades del Reglamento Sanitario Internacional. | Cumplimiento bajo | Con atraso crítico | MS |
| 3.1.1.26 Implementación del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares. | 31. Porcentaje de avance en las etapas de la implementación del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares. | Cumplimiento bajo | Con atraso crítico | MS |
| 6.1.1.14 Desarrollo de intervenciones articuladas para el reporte de las muertes acaecidas por accidentes de tránsito. | 19. Número de intervenciones desarrolladas de manera articulada para el reporte de personas fallecidas relacionadas con accidentes de tránsito. | Cumplimiento bajo | Con atraso crítico | MS |
| 6.1.1.19 Desarrollo de censos y encuestas en temas de nutrición, inseguridad alimentaria, estado nutricional y actividad física en personas menores de edad. | 27. Número de censos o encuestas nutricionales, difundidas. | Cumplimiento bajo | Con atraso crítico | MS |
| 6.1.1.25 Fortalecimiento de la articulación Interinstitucional e intersectorial para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida a través de las COLOSAM. | 34. Número de planes anuales ejecutados por las Instancias Locales del Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (COLOSAM). | Cumplimiento bajo | Con atraso crítico | MS |

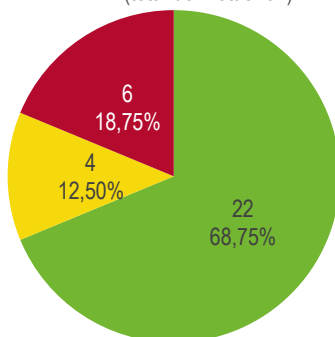
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

Avance al IT 2026 de las metas de acciones estratégicas por eje del PdA de la PNS

Eje 1: Calidad, acceso y cobertura universal en salud

Según la programación de metas del Eje “Calidad, acceso y cobertura universal en salud” del Plan de Acción 2024-2028 de la Política Nacional de Salud, para el año 2026 se realiza el seguimiento a **32 metas** de acciones estratégicas. El avance en el cumplimiento de las metas de acciones estratégicas al primer trimestre 2026 fue avalado por la Sra. Andrea Garita Castro, Directora de Planificación de la institución MS, mediante correo electrónico del 30 de abril de 2026; la Sra. Mónica Taylor Hernández, Presidenta Ejecutiva de la institución CCSS, mediante oficio PE-0568-2026 del 30 de abril de 2026; el Sr. Luis Antonio Monge Cordero, Gerente General de la institución INS, mediante oficio RSS-GG-00112-2026 del 20 de abril de 2026; y la Sra. Selene Serrano Delgado, Jefe Unidad de Desarrollo Estratégico Institucional de INCIENSA, mediante correo electrónico del 06 de mayo de 2026; y la Sra. Marianella Ribas Fallas, Directora Nacional de CENCINAI, mediante oficio DNCC-PEI-OF-079-2026 del 29 de abril de 2026. La distribución por categorías de clasificación de todas las metas es la siguiente: 22 (68,75%) de acuerdo con lo programado, 4 (12,50%) con riesgo de cumplimiento y 6 (18,75%) presentan atraso crítico, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

Costa Rica: Eje "Calidad, acceso y cobertura universal en salud".
Porcentaje de metas de acción estratégica con avance al I trimestre 2026,
según su clasificación
(total de metas=32)



■ De acuerdo con lo programado ■ Con riesgo de cumplimiento ■ Con atraso crítico

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

Metas clasificadas “De acuerdo con lo programado”:

El listado completo de estas metas puede ser consultado en el instrumento de visualización “Seguimiento IT 2026 PdA PNS”². Bajo la clasificación “De acuerdo con lo programado”, se registraron 22 metas, de las cuales 7 presentan 0% de avance, debido a que aún no corresponde dentro de la planificación institucional o la información se encontrará disponible en próximos periodos de seguimiento, a saber:

1. Porcentaje del subregistro de muerte materna que ocurren en los establecimientos de atención en Caja Costarricense de Seguro Social.
2. Número de evaluaciones de la Medición del Financiamiento en Salud.
3. Número de evaluaciones de la Medición del Gasto en Salud.

² [Acceso a Seguimiento IT 2026 PdA PNS.](#)

4. Cobertura de tamizaje por cáncer colorrectal mediante la prueba inmunológica para detección de sangre oculta en heces en personas de 50- 74 años en las 13 áreas de salud seleccionadas.
5. Porcentaje de pacientes con diagnóstico nuevo de cáncer atendidos en sesiones clínicas multidisciplinarias en los centros de salud que cuentan con departamentos de Hemato oncología de los hospitales nacionales (HSJD; HM y HCG).
6. Porcentaje de laboratorios públicos y privados invitados que participan en el Programa de Ensayos de Aptitud (PEA) de influenza y covid-19.
7. Porcentaje de avance en el desarrollo de un programa de sensibilización y capacitación en Enfermedad Renal Crónica No Tradicional.

Metas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico”

Los riesgos, obstáculos y medidas de mejora, de las metas clasificadas en este corte “**Con riesgo de cumplimiento**” y “**Con atraso crítico**”, se describen en la siguiente tabla:

Eje “Calidad, acceso y cobertura universal en salud”

Avance en el cumplimiento de las metas 2026 de acciones estratégicas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico” al I trimestre (31 de marzo 2026)

| Acción estratégica | Indicador | Meta 2026 | Avance I Trimestre | Clasificación | Obstáculos | Riesgo | Acciones de mejora | Responsable |
|---|--|-----------|--------------------|----------------------------|--|--|---|-------------|
| 1.1.1.04 Normalización para la habilitación de servicios de salud. | 05. Porcentaje de avance en la elaboración de normas para la habilitación de servicios de salud. | 20% | 4% | Con riesgo de cumplimiento | No hay jefatura para la Unidad de Armonización de Servicios de Salud e Incapacidad prolongada del Director de Servicios de Salud. Así mismo hay plazas vacantes en la unidad que no han sido sustituidas y que aún se encuentran en proceso. | Probable falta de recurso humano. | Una vez detectados las temáticas planificadas proceder a designarlas al personal de la unidad | MS |
| 1.1.1.08 Mejoramiento en la atención oportuna de las personas, por medio de una gestión y procesos articulados garantizando la accesibilidad de intervenciones costo efectivas. | 09. Plazo promedio de días de espera para cirugía ambulatoria en la CCSS. | 365 | 416 | Con atraso crítico | 1. Aumento sostenido de demanda vrs oferta. 2. Restricciones en la capacidad instalada. 3. Limitaciones en recurso humano especializado. 4. Implementación de estrategias sujetas a prorrogas proyectos 2024. | Potencial capacidad instalada no acorde con las necesidades institucionales. | 1. Priorización estratégica de la red y priorización. 2. Gestión clínica y depuración de listas. 3. Rectoría y monitoreo centralizado. 4. Incremento de la capacidad resolutive e Implementación del Plan Operativo UTLE 2026 5. Incentivos y articulación en red. | CCSS |
| 1.1.1.08 Mejoramiento en la atención oportuna de las personas, por medio de una gestión y procesos articulados garantizando la accesibilidad de intervenciones costo efectivas. | 10. Plazo promedio en días de espera para ultrasonidos generales en la CCSS. | 140 | 397 | Con atraso crítico | 1. Aumento sostenido de demanda vrs oferta. 2. Restricciones en la capacidad instalada. 3. Limitaciones en recurso humano especializado. 4. Implementación de estrategias sujetas a prorrogas proyectos 2024. | Potencial capacidad instalada no acorde con las necesidades institucionales. | Se solicitó modificar el indicador; se está a la espera de respuesta del MS; no obstante, se anotas las siguientes acciones: 1. Priorización estratégica de la red y priorización bajo rectoría y monitoreo centralizado (articulación con CNIM) 2. Gestión clínica y depuración de listas 3. Incremento de la capacidad resolutive e Implementación del Plan Operativo UTLE 2026 4. Análisis de expansión estratégica de la oferta (compras a Terceros). | CCSS |

| | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------|------|----------------------------|--|--|--|------|
| 1.1.1.08 Mejoramiento en la atención oportuna de las personas, por medio de una gestión y procesos articulados garantizando la accesibilidad de intervenciones costo efectivas. | 11. Plazo promedio de días de espera para endoscopías altas en la CCSS. | 120 | 254 | Con atraso crítico | 1. Aumento sostenido de demanda vrs oferta. 2. Restricciones en la capacidad instalada. 3. Limitaciones en recurso humano especializado. 4. Desalineación estructural de la meta del indicador. 5. Implementación de estrategias sujetas a prorrogas proyectos 2024. | Potencial capacidad instalada no acorde con las necesidades institucionales. | Se solicitó modificar el indicador; se está a la espera de respuesta del MS; no obstante, se anotas las siguientes acciones: 1. Priorización estratégica de la red y priorización bajo rectoría y monitoreo centralizado. 2. Gestión clínica y depuración de listas. 3. Incremento de la capacidad resolutive e Implementación del Plan Operativo UTLE 2026. 4. Análisis de expansión estratégica de la oferta. | CCSS |
| 1.1.1.09 Ejecución de estrategias que garanticen el acceso y la cobertura de la población asegurada en las líneas RT Y SOA. | 13. Porcentaje de camas ocupadas por personas usuarias con relación al total de la oferta de camas hospitalarias generales. | $80\% \leq x \leq 89\%$ | 120% | Con atraso crítico | Limitación de la capacidad instalada para la demanda de personas usuarias que requieren hospitalización. | Probables cambios de tipo político. | Optimización de los egresos hospitalarios. Priorización de casos según criterios clínicos y coordinación interinstitucional para la referencia y contrarreferencia de paciente. Ampliación temporal de la capacidad instalada mediante la activación del plan alterno de trabajo. | INS |
| 1.1.1.11 Desarrollo del proceso de capacitación para el abordaje de salud de las personas Afrodescendientes. | 15. Porcentaje de avance en el desarrollo de un proceso de capacitación en Afrodescendencia mediante el aprendizaje basado en proyectos. | 10% | 1% | Con riesgo de cumplimiento | Fue necesario reprogramar por ejecución de acción no programada (Diagnóstico de Salud Afrodescendientes) en 2025 solicitada por Consejo Social de Gobierno. | Probable atraso en la convocatoria de los actores sociales involucrados. | Se ha definido dar un seguimiento al 10% de la meta de la siguiente manera para un mejor seguimiento del cumplimiento de la meta: 2026 tiene un 10%, que incluye pilotaje, validación del pilotaje, ajuste, implementación y seguimiento. Ese 10% se distribuye así: pilotaje 4%, validación 1%, ajuste 1%, implementación 3% y seguimiento 1%. Se tiene reuniones con Defensoría, UNFPA para trabajar en conjunto el detalle de los porcentajes antes desagregados. | MS |

| | | | | | | | | |
|--|--|------------|-----------|-----------------------------------|---|--|--|-----------|
| <p>1.1.1.13 Fortalecimiento de las acciones de regulación del ente rector en salud en materia de formación, gestión de contratación y retención del recurso humano en salud.</p> | <p>17. Porcentaje de avance de cumplimiento del Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud.</p> | <p>15%</p> | <p>2%</p> | <p>Con riesgo de cumplimiento</p> | <p>La Jefatura ha permanecido incapacitada durante los últimos tres meses, lo cual ha incidido en una disminución en el ritmo de avance, debido a la ausencia de supervisión y organización directa. Asimismo, otro miembro del equipo se encuentra incapacitado desde hace cuatro meses, situación que ha generado la suspensión temporal de algunos de los temas asignados.</p> | <p>Probable falta de recurso humano.</p> | <p>En cuanto al desarrollo de una propuesta de un Sistema Nacional de Residencias, como acción de mejora se pretende: Fortalecer la base técnica del documento mediante la incorporación de evidencia cuantitativa, utilizando fuentes como SINARHUS, INEC y necesidades epidemiológicas del país. Establecer un mecanismo formal de articulación interinstitucional con actores clave (CCSS, CENDEISSS, universidades, colegios profesionales), a fin de validar técnicamente la propuesta antes de su formalización. Incorporar criterios de priorización de especialidades, basados en brechas de recurso humano, carga de enfermedad y distribución geográfica. En cuanto a los programas de recertificación de los profesionales de la salud y profesiones en ciencias de la salud, como acción de mejora se impulsará: Revisar y fortalecer el cuestionario elaborado, asegurando que contemple variables clave como: existencia de programas, criterios de recertificación, periodicidad, mecanismos de evaluación y cobertura.</p> | <p>MS</p> |
| <p>1.1.1.19 Regulación de la atención de la diabetes mellitus.</p> | <p>25. Porcentaje de avance en el proceso de regulación de la atención a la diabetes mellitus.</p> | <p>15%</p> | <p>0%</p> | <p>Con atraso crítico</p> | <p>No se ha publicado la normativa.</p> | <p>Probables cambios de tipo político.</p> | <p>Dar seguimiento al trámite de oficialización.</p> | <p>MS</p> |

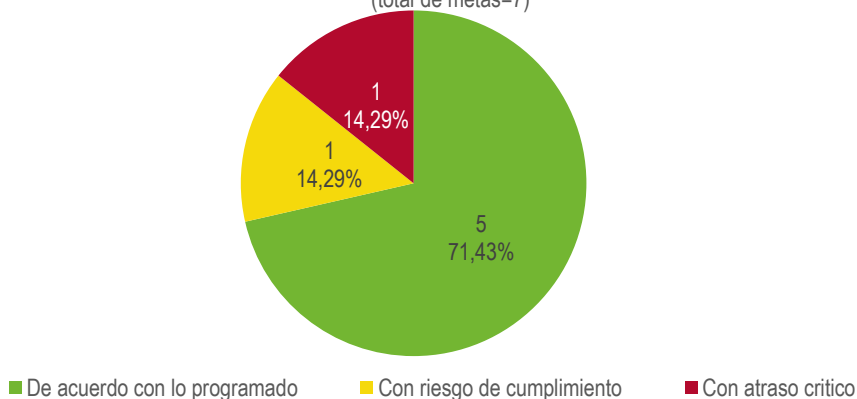
| | | | | | | | | |
|---|---|-----|----|----------------------------|--|-------------------------------------|---|----|
| 1.1.1.23 Desarrollo del proyecto comunitario: "Fortalecimiento de las capacidades comunales para la prevención Enfermedad Renal Crónica no tradicional (ERCnt) en los cantones de alta incidencia en Guanacaste." | 29. Número de cantones ejecutando el proyecto comunitario "Fortalecimiento de las capacidades comunales para la prevención Enfermedad Renal Crónica no tradicional (ERCnt) en los cantones de alta incidencia en Guanacaste." | 2 | 0 | Con atraso crítico | Al proyecto no se brindó presupuesto se indicó vía CARTA-MS-DVS-086-2026 la modificación al indicador 29 sobre este proyecto a la Dirección de Planificación. | Probable falta de apoyo político. | Se solicitó audiencia con el Despacho Ministerial para presentar el proyecto y que se le asigne presupuesto el cual se indicó que se iba a realizar pero no se tiene respuesta. Se consultó a Dirección Administrativa mediante la CARTA-MS-DVS-171-2026 el estado de la asignación de presupuesto. | MS |
| 1.1.1.29 Desarrollo del Plan Nacional de Salud de Pueblos Indígenas. | 36. Porcentaje de avance en el desarrollo del Plan Nacional de Salud de Pueblos Indígenas. | 10% | 5% | Con riesgo de cumplimiento | El proceso de consulta se debe hacer en los 24 territorios indígenas del país, se ha logrado avanzar en 5 de 24 territorios y en la actualidad, se nos ha informado la limitación presupuestaria por parte del Ministerio de Justicia y paz, para continuar con el proceso de consulta en los restantes territorios indígenas. | Probables cambios de tipo político. | Se gestionará según el procedimiento establecido la solicitud de cambio en la meta del indicador, dado que tal y como está planteada dependemos del Ministerio de Justicia y Paz su cumplimiento. | MS |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación, con información de instituciones ejecutoras al 31 de marzo 2026.

Eje 2: Investigación y gestión del conocimiento

Según la programación de metas del Eje “Investigación y gestión del conocimiento” del Plan de Acción 2024-2028 de la Política Nacional de Salud, para el año 2026 se realiza el seguimiento a **7 metas** de acciones estratégicas. El avance en el cumplimiento de las metas de acciones estratégicas al primer trimestre 2026 fue avalado por la Sra. Mónica Taylor Hernández, Presidenta Ejecutiva de la institución CCSS, mediante oficio PE-0568-2026 del 30 de abril de 2026; la Sra. Jacqueline Peraza Valverde, Presidenta suplente de la institución CONIS, mediante correo electrónico del 14 de abril de 2026; y la Sra. Andrea Garita Castro, Directora de Planificación de la institución MS, mediante correo electrónico del 30 de abril de 2026. La distribución por categorías de clasificación de todas las metas es la siguiente: 5 (71,43%) de acuerdo con lo programado, 1 (14,29%) con riesgo de cumplimiento y 1 (14,29%) presentan atraso crítico, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

Costa Rica: Eje “Investigación y gestión del conocimiento”
Porcentaje de metas de acción estratégica con avance al I trimestre 2026, según su clasificación
(total de metas=7)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

Metas clasificadas “De acuerdo con lo programado”:

El listado completo de estas metas puede ser consultado en el instrumento de visualización “Seguimiento IT 2026 PdA PNS”³. Bajo la clasificación “De acuerdo con lo programado”, se registraron 5 metas, de las cuales 2 presentan 0% de avance, debido a que aún no corresponde dentro de la planificación institucional o la información se encontrará disponible en próximos periodos de seguimiento, a saber:

1. Porcentaje de proyectos de innovación o de investigación biomédicos y no biomédicos gestionados, que contribuyan al mejoramiento de los servicios y atención de las personas.
2. Porcentaje de acciones planificadas realizadas para el impulso y la atención del proceso de investigación e innovación en la C.C.S.S.

Metas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico”

Los riesgos, obstáculos y medidas de mejora, de las metas clasificadas en este corte “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico”, se describen en la siguiente tabla:

³ [Acceso a Seguimiento IT 2026 PdA PNS.](#)

Eje “Investigación y gestión del conocimiento”

Avance en el cumplimiento de las metas 2026 de acciones estratégicas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico” al I trimestre (31 de marzo 2026)

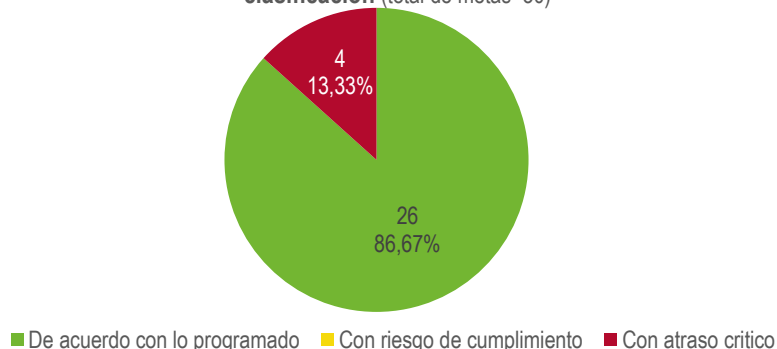
| Acción estratégica | Indicador | Meta 2026 | Avance al I T | Clasificación al I T | Obstáculos | Riesgos | Acciones de mejora | Ejecutor |
|--|--|-----------|---------------|----------------------------|--|--|--|----------|
| 2.1.1.04 Desarrollo de inspecciones a los integrantes del Sistema Nacional de investigación Biomédica (SNIB) para que cada integrante aplique las funciones otorgadas por la ley 9234 y su reglamento. | 04. Número de inspecciones realizadas al año a los integrantes del Sistema Nacional de investigación Biomédica (SNIB). | 22 | 4 | Con riesgo de cumplimiento | Baja disponibilidad de recursos humanos para realizar inspecciones, limitaciones presupuestarias para traslados y logística, dificultades de acceso geográfico a algunos centros de investigación | Posibles cambios en la normativa vigente. | Fortalecer la planificación anual de inspecciones con criterios de priorización basados en riesgo y complejidad de las denuncias | CONIS |
| 2.1.1.07 Elaboración e implementación de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación y Desarrollo tecnológico en Salud con base en la metodología establecida. | 07. Porcentaje de avance en la elaboración e implementación de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud. | 5% | 0% | Con atraso crítico | El nivel de avance responde a una limitación de carácter estructural y externa a la gestión técnica de la Unidad de Investigación en Salud y de la Unidad de Tecnologías en Salud, derivada del proceso de reorganización institucional formalizado mediante el Decreto Ejecutivo N.º 45468-S. | Posibles discrepancias entre las prioridades políticas y las de tipo técnico de acuerdo con las necesidades del entorno. | Reforzar implementación en los trimestres subsecuentes. | MS |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación, con información de instituciones ejecutoras al 31 de marzo 2026.

Eje 3: Vigilancia de la salud

Según la programación de metas del Eje “Vigilancia de la salud” del Plan de Acción 2024-2028 de la Política Nacional de Salud, para el año 2026 se realiza el seguimiento a **30 metas** de acciones estratégicas. El avance en el cumplimiento de las metas de acciones estratégicas al primer trimestre 2026 fue avalado por la Sra. Andrea Garita Castro, Directora de Planificación de la institución MS, mediante correo electrónico del 30 de abril de 2026; Sra. Selene Serrano Delgado, Jefe Unidad de Desarrollo Estratégico Institucional de INCIENSA, mediante correo electrónico del 06 de mayo de 2026; la Sra. Mónica Taylor Hernández, Presidenta Ejecutiva de la institución CCSS, mediante oficio PE-0568-2026 del 30 de abril de 2026; y la Sra. Carolina Jiménez Rodríguez, Directora de Planificación Institucional, mediante correo electrónico del 17 de abril de 2026. La distribución por categorías de clasificación de todas las metas es la siguiente: 26 (86,67%) de acuerdo con lo programado, 0 (0,00%) con riesgo de cumplimiento y 4 (13,33%) presentan atraso crítico, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

Costa Rica: Eje “Vigilancia de la salud”. Porcentaje de metas de acción estratégica con avance al I trimestre 2026, según su clasificación (total de metas=30)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

Metas clasificadas “De acuerdo con lo programado”:

El listado completo de estas metas puede ser consultado en el instrumento de visualización “Seguimiento IT 2026 PdA PNS”⁴. Bajo la clasificación “De acuerdo con lo programado”, se registraron 26 metas, de las cuales 4 presentan 0% de avance, debido a que aún no corresponde dentro de la planificación institucional o la información se encontrará disponible en próximos periodos de seguimiento, a saber:

1. Porcentaje de establecimientos de salud con resultados satisfactorios en Programas de Ensayos de Aptitud (PEA) anuales de Mycobacterium tuberculosis.
2. Número de análisis de coberturas de vacunación.
3. Porcentaje promedio anual de cumplimiento de planes remediales implementados por áreas rectoras (en caso de tener coberturas extremas), por dirección regional del Ministerio de Salud.
4. Número de nuevos establecimientos de salud con la estrategia de vigilancia basada en laboratorio de RAM.

Metas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico”

Los riesgos, obstáculos y medidas de mejora, de las metas clasificadas en este corte “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico”, se describen en la siguiente tabla:

⁴ [Acceso a Seguimiento IT 2026 PdA PNS.](#)

Eje “Vigilancia de la salud”

Avance en el cumplimiento de las metas 2026 de acciones estratégicas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico” al I trimestre (31 de marzo 2026)

| Acción estratégica | Indicador | Meta 2026 | Avance al I T | Clasificación al I T | Obstáculos | Riesgos | Acciones de mejora | Ejecutor |
|---|--|-----------|---------------|----------------------|--|---|---|----------|
| 3.1.1.03 Regulación y evaluación en el Componente de atención al paciente dentro de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control de las Enfermedades Arbovirales. | 03. Porcentaje de avance del desarrollo de la norma para la atención de la arbovirosis como parte del componente de atención al paciente de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y control de las enfermedades arbovirales. | 5% | 0% | Con atraso crítico | La elaboración realizada en el 2025 aún no ha sido validada por la Dirección de Vigilancia de la Salud | Probables cambios de tipo político. | Obtener el visto bueno final de la propuesta elaborada en el 2025 | MS |
| 3.1.1.24 Desarrollo de un Plan Estratégico para el fortalecimiento de las 15 Capacidades del Reglamento Sanitario Internacional. | 29. Porcentaje de avance de las etapas del Plan Estratégico para el fortalecimiento de las 15 Capacidades del Reglamento Sanitario Internacional. | 29% | 6% | Con atraso crítico | Retraso en la aprobación del Recomendación técnica para la implementación de la Autoridad Nacional para el Reglamento Sanitaria Internacional en Costa Rica | Posible incumplimiento de las actividades programadas por parte del Nivel Central. | Aumentar frecuencia de reuniones del equipo de trabajo | MS |
| 3.1.1.26 Implementación del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares. | 31. Porcentaje de avance en las etapas de la implementación del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares. | 10% | 0% | Con atraso crítico | Las metas se establecieron a partir del 2025, asumiendo que el PNER estaría aprobado por las autoridades ministeriales en el 2024. Sin embargo, se han recibido múltiples observaciones al documento por parte de la Unidad de Planificación Sectorial. Las últimas observaciones fueron remitidas por medio del oficio CARTA-MS-DGS-0286-2025, cuyas observaciones están siendo | Posible incumplimiento de las actividades programadas por parte de las instituciones. | Se estableció un plan de trabajo para cumplir con el oficio CARTA-MS-DP-174-2026. Este plan de trabajo fue remitido a la Dirección General de Salud por medio del oficio CARTA-MS-DSS-0390-2026, el cual se adjunta. El plazo para presentar el documento ajustado vence en junio del 2026. | MS |

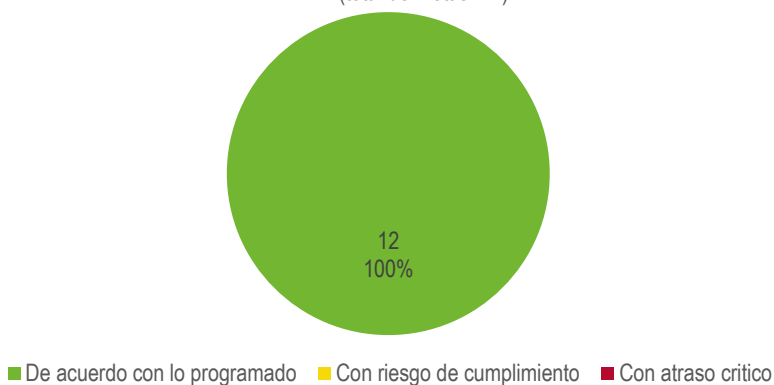
| Acción estratégica | Indicador | Meta 2026 | Avance al I T | Clasificación al I T | Obstáculos | Riesgos | Acciones de mejora | Ejecutor |
|--|---|-----------|---------------|----------------------|--|---------|--------------------|----------|
| | | | | | atendidas y que cuentan con un plan de trabajo que fue remitido a la Dirección General de Salud por medio del oficio CARTA-MS-DSS-0390-2026 y se espera tener el documento finalizado en junio del 2026. | | | |
| 3.1.1.27 Establecimiento de un centro de información y datos institucional, por medio de un proyecto que permita en consecución con la ley de protección de datos, poner a disposición de las partes interesadas, aquella información que recopila la institución sobre los reportes de emergencia; para utilizarse en la toma de decisiones y generación de políticas públicas. | 32. Porcentaje de avance del proyecto de generación y disposición de datos. | 25% | 0% | | N.D. | N.D. | N.D. | SE911 |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación, con información de instituciones ejecutoras al 31 de marzo 2026.

Eje 4: Innovación, Salud digital y Tecnologías Sanitarias

Según la programación de metas del Eje “Innovación, Salud digital y Tecnologías Sanitarias” del Plan de Acción 2024-2028 de la Política Nacional de Salud, para el año 2026 se realiza el seguimiento a **12 metas** de acciones estratégicas. El avance en el cumplimiento de las metas de acciones estratégicas al primer trimestre 2026 fue avalado por MSc. Mónica Taylor Hernández, Presidenta Ejecutiva de la CCSS mediante oficio PE-0568-2026 del 30 de abril de 2026; Sra. Selene Serrano Delgado, Jefe Unidad de Desarrollo Estratégico Institucional de INCIENSA, mediante correo electrónico del 06 de mayo de 2026; Sra. Andrea Garita Castro, Directora de Planificación de la institución MS, mediante correo electrónico del 30 de abril de 2026 y el Sr. Luis Antonio Monge Cordero, Gerente General INS - Red de Servicios de Salud, S.A. mediante oficio RSS-GG-00112-2026, del 20 de abril de 2026. La distribución por categorías de clasificación de todas las metas es la siguiente: 12 (100%) de acuerdo con lo programado, 0 (0,00%) con riesgo de cumplimiento y 0 (0,00%) presentan atraso crítico, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

Costa Rica: Eje Innovación, Salud digital y Tecnologías Sanitarias.
Porcentaje de metas de acción estratégica con avance al I trimestre 2026, según su clasificación
(total de metas=12)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

Metas clasificadas “De acuerdo con lo programado”:

El listado completo de estas metas puede ser consultado en el instrumento de visualización “Seguimiento IT 2026 PdA PNS”⁵. Bajo la clasificación “De acuerdo con lo programado”, se registraron 12 metas, de las cuales 2 presentan 0% de avance, debido a que aún no corresponde dentro de la planificación institucional o la información se encontrará disponible en próximos periodos de seguimiento, a saber:

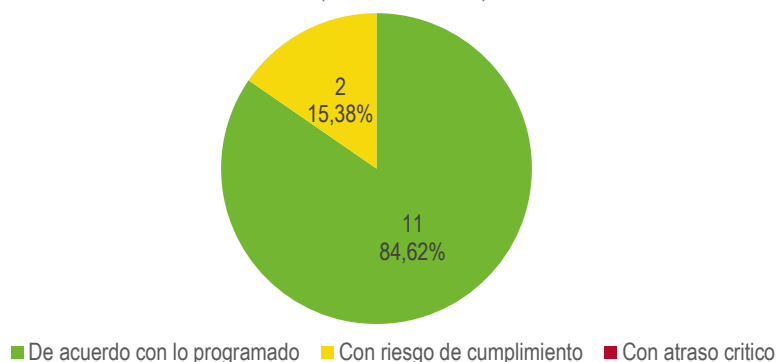
01. Porcentaje de avance de construcción de los dos modelos de predicción de patologías.
02. Porcentaje de aumento sobre la línea base, de las atenciones en modalidades no presenciales en los servicios de la CCSS.

⁵ [Acceso a Seguimiento IT 2026 PdA PNS.](#)

Eje 5: Salud Ambiental

Según la programación de metas del Eje “Salud Ambiental” del Plan de Acción 2024-2028 de la Política Nacional de Salud, para el año 2026 se realiza el seguimiento a **13 metas** de acciones estratégicas. El avance en el cumplimiento de las metas de acciones estratégicas al primer trimestre 2026 fue avalado por la Dra. Andrea Garita Castro, Directora de Planificación del Ministerio de Salud, mediante correo electrónico del 30 de abril de 2026 y el Sra. Lourdes Sáurez Barboza, Presidenta Ejecutiva del ICAA (AyA), mediante oficio PRE-2026-00647 del 30 de abril de 2026. La distribución por categorías de clasificación de todas las metas es la siguiente: 11 (84,62%) de acuerdo con lo programado, 2 (15,38%) con riesgo de cumplimiento y 0 (0,00%) presentan atraso crítico, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

Costa Rica: Eje Salud Ambiental. Porcentaje de metas de acción estratégica con avance al I trimestre 2026, según su clasificación
(total de metas=13)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

Metas clasificadas “De acuerdo con lo programado”:

El listado completo de estas metas puede ser consultado en el instrumento de visualización “Seguimiento IT 2026 PdA PNS”⁶. Bajo la clasificación “De acuerdo con lo programado”, se registraron 11 metas, de las cuales 5 presentan 0% de avance, debido a que aún no corresponde dentro de la planificación institucional o la información se encontrará disponible en próximos periodos de seguimiento, a saber:

1. Porcentaje de población cubierta con servicio de agua potable en forma segura abastecida por AyA.
2. Porcentaje de población cubierta con servicios de agua potable abastecida en forma segura por Municipalidades.
3. Porcentaje acumulado de población cubierta con servicios de agua potable en forma segura abastecida por la ESPH.
4. Porcentaje acumulado de población cubierta con servicios de agua potable en forma segura abastecida por ASADAS.
5. Porcentaje de avance del Programa de sensibilización a gestores ambientales y funcionarios de salud.

Metas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico”

Los riesgos, obstáculos y medidas de mejora, de las metas clasificadas en este corte “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico”, se describen en la siguiente tabla:

⁶ [Acceso a Seguimiento IT 2026 PdA PNS.](#)

Eje Salud Ambiental: Avance en el cumplimiento de las metas 2026 de acciones estratégicas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico” al I trimestre (31 de marzo 2026)

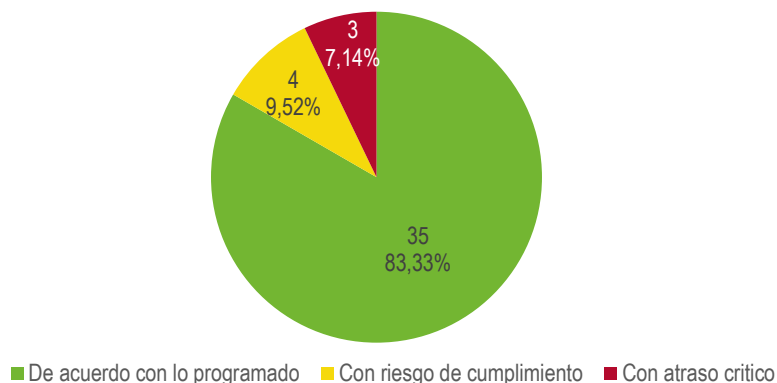
| Acción estratégica | Indicador | Meta 2026 | Avance al IT | Clasificación al IT | Obstáculos | Riesgos | Acciones de mejora | Ejecutor |
|---|---|-----------|--------------|----------------------------|--|---|--|----------|
| 5.1.1.06 Proyecto de Ampliación y mejoramiento del sistema de alcantarillado sanitario de la Ciudad de Limón. | 06. Porcentaje de avance de las etapas del proyecto de Ampliación y mejoramiento del sistema de alcantarillado sanitario de la Ciudad de Limón. | 69,78% | 38,80% | Con riesgo de cumplimiento | a)Interferencias no previstas: Identificación en campo de redes y servicios subterráneos no catastrados, obligando a ajustes constructivos. b)Daños a tuberías existentes: Roturas durante excavaciones que han requerido reparaciones inmediatas y coordinación con operadores, afectando la continuidad de obra. c)Inestabilidad en excavaciones: Condiciones geotécnicas no previstas han exigido refuerzos adicionales en ademados y cambios en la metodología constructiva. d)Presencia de agua en zanjas: Necesidad de achique y control permanente, incrementando la complejidad y tiempos de ejecución. e)Condiciones de seguridad externas: Intervención en zonas de alto conflicto social, con restricciones de acceso y suspensiones temporales. f)Revisiones de diseño estructural: Ajustes requeridos en la Estación de Pre-Acondicionamiento, generando pausas parciales en obra. g)Atrasos en aprobación de equipos electromecánicos: Dependencia de validaciones del ente operador, afectando procesos de adquisición. h)Ajustes en diseño de redes: Modificaciones solicitadas para atender necesidades comunitarias, impactando tiempos de definición técnica." | Posible limitación por parte de proveedores para brindar servicios. | Seguimiento al programa de trabajo: Reuniones semanales con el Contratista para definir metas de corto plazo y monitorear su cumplimiento. Plan de recuperación: Implementación de acciones correctivas derivadas de la OC-2, incluyendo recursos adicionales y actualización del cronograma. Fortalecimiento de la inspección: Incorporación de personal técnico especializado (civil, gestión y topografía) para mejorar control, verificación en campo y calidad de obra. Optimización del cronograma: Priorización de actividades menos sensibles al clima y reprogramación de tareas críticas, incluyendo el adelanto de la Estación de Pre-Acondicionamiento. Gestión de riesgos: Refuerzo en el control socioambiental y de seguridad y salud ocupacional con enfoque preventivo. Coordinación institucional: Articulación continua con la Región Huetar Caribe para agilizar aprobaciones de diseños y equipos. Enfoque interdisciplinario: Integración de criterios hidráulicos, estructurales, topográficos y operativos en la toma de decisiones técnicas." | ICAA |
| 5.1.1.08 Desarrollo del programa de control de la calidad del agua potable. | 08. Porcentaje de avance en el programa de control de la calidad del agua potable. | 100% | 6% | Con riesgo de cumplimiento | Se inició tarde el proceso de muestreo ya que se encontraba detenido por una denuncia administrativa hacia la licitación | Posible atraso en el proceso de contratación administrativa. | Se está acelerando el proceso de contratación para control estatal y poder iniciar sin problemas entre julio y agosto. | MS |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación, con información de instituciones ejecutoras al 31 de marzo 2026.

Eje 6: Promoción de la Salud

Según la programación de metas del Eje “Promoción de la Salud” del Plan de Acción 2024-2028 de la Política Nacional de Salud, para el año 2026 se realiza el seguimiento a **42 metas** de acciones estratégicas. El avance en el cumplimiento de las metas de acciones estratégicas al primer trimestre 2026 fue avalado por Dra. Andrea Garita Castro, Directora de Planificación del Ministerio de Salud, mediante correo electrónico del 30 de abril de 2026; MSc. Mónica Taylor Hernández, Presidenta Ejecutiva de la CCSS, mediante oficio PE-0568-2026 del 30 de abril de 2026; Sr. Luis Antonio Monge Cordero, Gerente General del INS (Red de Servicios de Salud S.A.), mediante oficio RSS-GG-00112-2026, del 20 de abril de 2026; la Sra. Marianella Ribas Fallas, Directora Nacional de CENCINAI, mediante oficio DNCC-PEI-OF-079-2026 del 29 de abril de 2026; Dra. Delma Vaglio Zonta, Directora General del IAFA mediante oficio DG-0573-05-2026 del 5 de mayo de 2026; y el Sr. Jeffrey Cévantés Bermudéz, Director Ejecutivo del Consejo de Seguridad Vial, COSEVI mediante oficio CSV-DE-0431-2026 del 29 de abril de 2026. La distribución por categorías de clasificación de todas las metas es la siguiente: 35 (83,33%) de acuerdo con lo programado, 4 (9,52%) con riesgo de cumplimiento y 3 (7,14%) presentan atraso crítico, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

Costa Rica: Eje Promoción de la Salud. Porcentaje de metas de acción estratégica con avance al I trimestre 2026, según su clasificación (total de metas= 42 metas)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, con información suministrada por instituciones ejecutoras al 31 de marzo de 2026.

Metas clasificadas “De acuerdo con lo programado”:

El listado completo de estas metas puede ser consultado en el instrumento de visualización “Seguimiento IT 2026 PdA PNS”⁷. Bajo la clasificación “De acuerdo con lo programado”, se registraron 35 metas, de las cuales 8 presentan 0% de avance, debido a que aún no corresponde dentro de la planificación institucional o la información se encontrará disponible en próximos periodos de seguimiento, a saber:

1. Porcentaje de personas que participan en el Programa de Clínicas de Cesación de Tabaco y que al año se mantienen sin tabaco.
2. Número de nuevas niñas y niños de centros educativos públicos, que participan en programas de prevención universal para el fomento de habilidades para la vida.
3. Número de nuevas personas adolescentes de centros educativos públicos que participan del Programa de prevención selectiva “Dynamo” para el fomento de habilidades para la vida.

⁷ [Acceso a Seguimiento IT 2026 PdA PNS.](#)

4. Porcentaje de personas atendidas de 20 a 64 años con un IMC $\geq 30,0$ Kg/m² a quienes se les registra el diagnóstico de obesidad.
5. Número de cantones desarrollando la Estrategia local para el abordaje integral del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes.
6. Porcentaje de establecimientos de salud (Sedes de EBAIS, AS y Hospitales) que cuentan con profesionales prescriptores capacitados y certificados, para brindar consejería y prescripción de MACP a las personas usuarias en edad fértil y con énfasis a personas adolescentes, en los establecimientos de Salud de la CCSS.
7. Número de proyectos en salud mental ejecutados.
8. Porcentaje de personas con trastorno por uso de sustancias, depresión y conducta de riesgo suicida, atendidas a nivel institucional que reciben abordaje integral.

Metas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico”

Los riesgos, obstáculos y medidas de mejora, de las metas clasificadas en este corte “**Con riesgo de cumplimiento**” y “**Con atraso crítico**”, se describen en la siguiente tabla:

Eje Promoción de la Salud

Avance en el cumplimiento de las metas 2026 de acciones estratégicas clasificadas “Con riesgo de cumplimiento” y “Con atraso crítico” al I trimestre (31 de marzo 2026)

| Acción estratégica | Indicador | Meta 2026 | Avance IT | Clasificación IT | Obstáculos | Riesgo | Acciones de mejora | Ejecutor |
|--|---|-----------|-----------|----------------------------|--|---|--|-----------|
| 6.1.1.14 Desarrollo de intervenciones articuladas para el reporte de las muertes acaecidas por accidentes de tránsito. | 19. Número de intervenciones desarrolladas de manera articulada para el reporte de personas fallecidas relacionadas con accidentes de tránsito. | 1 | 0 | Con atraso crítico | Falta de sustento legal. | Posible normativa que no responda a la realidad y necesidades actuales. | Realizar un convenio con el INEC para que faciliten los datos de personas fallecidas que brindan otras instituciones en temas de accidentes de tránsito. | MS |
| 6.1.1.15 Implementación de acciones de atención a niñas y niños de 0 a menos de 12 años con sobrepeso y obesidad. | 20. Número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con sobrepeso detectados y atendidos con servicios CEN CINAI. | 1 870 | 334 | Con riesgo de cumplimiento | Dificultad para el registro de datos debido a las múltiples actividades programadas, la ausencia de personal de Oficina Local para el seguimiento, control y priorización de acciones; así como la gestión de recursos como el internet y disponibilidad del sistema. Lecciones aprendidas: La integración de la información desde el SIDINACC para permitir tener un mejor control de los casos detectados y de los seguimientos, desde todos los niveles de gestión, así como la obtención de los datos de manera oportuna y eficaz. | Posible incumplimiento de las actividades programadas por parte de las instituciones. | Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de clientes con malnutrición. Solicitud de verificación de estado nutricional de los clientes en lista de espera en todas las modalidades de atención. Ejecución de asistencia técnica y seguimiento trimestral a los datos de clientes con malnutrición. Realizar avances en el proceso de mejoramiento del sistema de información para el registro de clientes con malnutrición. | CEN CINAI |

| | | | | | | | | |
|----------|--|-------|-----|----------------------------|--|---|--|-----------|
| 6.1.1.15 | 21. Número de niñas y niños 0 a menos de 5 años con obesidad detectados y atendidos con servicios CEN CINAI. | 1 410 | 225 | Con riesgo de cumplimiento | Dificultad para el registro de datos debido a las múltiples actividades programadas, la ausencia de personal de Oficina Local para el seguimiento, control y priorización de acciones; así como la gestión de recursos como el internet y disponibilidad del sistema. Lecciones aprendidas: La integración de la información desde el SIDINACC para permitir tener un mejor control de los casos detectados y de los seguimientos, desde todos los niveles de gestión, así como la obtención de los datos de manera oportuna y eficaz. | Posible incumplimiento de las actividades programadas por parte de las instituciones. | Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de clientes con malnutrición. Solicitud de verificación de estado nutricional de los clientes en lista de espera en todas las modalidades de atención. Ejecución de asistencia técnica y seguimiento trimestral a los datos de clientes con malnutrición. Realizar avances en el proceso de mejoramiento del sistema de información para el registro de clientes con malnutrición. | CEN CINAI |
| 6.1.1.19 | Desarrollo de censos y encuestas en temas de nutrición, inseguridad alimentaria, estado nutricional y actividad física en personas menores de edad. | 1 | 0 | Con atraso crítico | Falta de presupuesto para iniciar la Etapa 1 del proyecto, posterior a ello se requiere el financiamiento completo para el desarrollo de la ENN | Probables cambios de tipo político. | Reunión con el despacho y la Dirección Financiera | MS |
| 6.1.1.25 | Fortalecimiento de la articulación Interinstitucional e intersectorial para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida a través de las COLOSAM. | 84 | 0 | Con atraso crítico | Dependencia directa de la formalización legal de las comisiones; al no contar con quórum estructural o libros de actas legalizados, no es posible la aprobación y firma de los planes de trabajo. Además, se identifica una sobrecarga de funciones del personal que dificulta la planificación operativa alineada a la Política Nacional. | Posible normativa que no responda a la realidad y necesidades actuales. | Conformar una Mesa Técnica interinstitucional para la valoración de perfiles y homologación de competencias requeridas para la gestión de las comisiones. Gestionar ante jerarcas de la RED la oficialización de nombramientos mediante oficios de seguimiento de la Secretaría Técnica. Propuesta de reforma al | MS |

| | | | | | | | | |
|----------|---|-------|-----|----------------------------|--|---|--|-----------|
| | | | | | | | reglamento de la ley nacional de salud mental. | |
| 6.1.1.29 | 38. Número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con desnutrición y desnutrición severa detectados y atendidos con servicios CEN CINAI. | 1 030 | 199 | Con riesgo de cumplimiento | Dificultad para el registro de datos debido a las múltiples actividades programadas, la ausencia de personal de Oficina Local para el seguimiento, control y priorización de acciones; así como la gestión de recursos como el internet y disponibilidad del sistema. Lecciones aprendidas: La integración de la información desde el SIDINACC para permitir tener un mejor control de los casos detectados y de los seguimientos, desde todos los niveles de gestión, así como la obtención de los datos de manera oportuna y eficaz. | Posible incumplimiento de las actividades programadas por parte de las instituciones. | Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de clientes con malnutrición. Solicitud de verificación de estado nutricional de los clientes en lista de espera en todas las modalidades de atención. Ejecución de asistencia técnica y seguimiento trimestral a los datos de clientes con malnutrición. Realizar avances en el proceso de mejoramiento del sistema de información para el registro de clientes con malnutrición. | CEN CINAI |
| 6.1.1.30 | 40. Número de niñas y niños de 0 a menos de 5 años con baja talla y baja talla severa detectados y atendidos con servicios CEN CINAI. | 5 084 | 958 | Con riesgo de cumplimiento | Dificultad para el registro de datos debido a las múltiples actividades programadas, la ausencia de personal de Oficina Local para el seguimiento, control y priorización de acciones; así como la gestión de recursos como el internet y disponibilidad del sistema. Lecciones aprendidas: La integración de la información desde el SIDINACC para permitir tener un mejor control de los casos detectados y de los seguimientos, desde todos los niveles de gestión, así como la obtención de los datos de manera oportuna y eficaz. | Posible incumplimiento de las actividades programadas por parte de las instituciones. | Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de clientes con malnutrición. Solicitud de verificación de estado nutricional de los clientes en lista de espera en todas las modalidades de atención. Ejecución de asistencia técnica y seguimiento trimestral a los datos de clientes con malnutrición. Realizar avances en el proceso de mejoramiento del sistema de información para el registro de clientes con malnutrición. | CEN CINAI |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación, Unidad de Seguimiento y Evaluación, con información de instituciones ejecutoras al 31 de marzo 2026.

Anexos

Anexo 1: Planes de mejora metas clasificadas "Con atraso crítico" al IT 2026 del PdA de la PNS

CCSS:

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | | | | | | | | |
|---|--|--|------|-------|------------------------|--|-------------|--|
| Programación Institucional | | | | | | | | |
| Eje: | 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | | | | | | | |
| Acción Estratégica: | 1.1.1.08 Mejoramiento en la atención oportuna de las personas, por medio de una gestión y procesos articulados garantizando la accesibilidad de intervenciones costo efectivas. | | | | | | | |
| Indicador: | 09. Plazo promedio de días de espera para cirugía ambulatoria en la CCSS. | | | | | | | |
| Meta 2026: | 365 | | | | | | | |
| Cumplimiento I Trim-2026: | 416 | | | | | | | |
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |
| 1. Alta demanda estructural (Riesgo estratégico – SEVRI): Incremento sostenido y no compensado en la referencia e ingreso de pacientes candidatos a cirugía ambulatoria, que supera la capacidad resolutive instalada. 2. Rezago histórico acumulado (Riesgo operativo – SEVRI): Mantenimiento de un volumen | Priorización estratégica de la red y priorización: Análisis técnico para identificar y focalizar centros y especialidades con mayor impacto en LE, optimizando la asignación de recursos según productividad y brechas operativas. | x | x | x | | | UTLE | Las acciones ejecutadas y propuestas por la UTLE, en su condición de ente técnico rector, se circunscriben a su ámbito de competencia en materia de análisis, lineamiento, seguimiento y articulación operativa; no obstante, su efectiva implementación y sostenibilidad dependen de la adecuada operativización por parte de las unidades ejecutoras, así como del |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|--|--|---|
| <p>significativo de casos con alta antigüedad en lista de espera, cuya atención prioritaria —en apego a criterios institucionales— impacta el comportamiento del plazo promedio global del indicador.</p> <p>3. Limitaciones en recurso humano especializado (Riesgo crítico – SEVRI): Disponibilidad insuficiente de especialistas quirúrgicos, limitada participación en jornadas extraordinarias y restricciones en la reposición oportuna del recurso humano.</p> <p>4. Restricciones en la capacidad instalada (Riesgo operativo – SEVRI): Limitada disponibilidad, uso subóptimo y distribución heterogénea de quirófanos, equipamiento e insumos, generando cuellos de botella en la programación y ejecución de cirugía ambulatoria.</p> <p>5. Condicionamientos en la ejecución operativa (Riesgo institucional – SEVRI): Dependencia de prórrogas de proyectos, presencia de retrasos administrativos y restricciones para la formulación y aprobación de nuevas iniciativas, lo cual incide en la ejecución del POI; particularmente, la continuidad mediante extensiones de proyectos aprobados en periodos</p> | <p>Gestión clínica y depuración de listas: Aplicación estandarizada de criterios de priorización (antigüedad, complejidad y oportunidad) junto con la depuración continua de listas de espera, garantizando trazabilidad y calidad de datos.</p> | x | x | x | | | | <p>acompañamiento técnico y la coordinación interinstitucional con las Direcciones Regionales y las DRIPSS. En este contexto, los resultados se encuentran condicionados por la heterogeneidad en las capacidades operativas locales —particularmente en recurso humano especializado, infraestructura y gestión—, lo que exige un alineamiento funcional entre los niveles local, regional y central para incidir de manera efectiva en los indicadores institucionales. Adicionalmente, la ejecución de determinadas estrategias y proyectos se encuentra supeditada a procesos de aprobación y aval por parte de instancias superiores competentes, tales como la Gerencia Médica y la Junta Directiva, cuya gestión y resolución excede el ámbito de acción de la UTLE, constituyéndose en factores externos que pueden incidir en los plazos y alcances de implementación.</p> |
| | <p>Rectoría y monitoreo centralizado: Fortalecimiento del rol de la UTLE en el control, seguimiento y direccionamiento nacional, apoyado en sistemas de información y tableros para la toma de decisiones basada en evidencia.</p> | x | x | x | | | | |
| | <p>Incremento de la capacidad resolutive: Implementación del Plan Operativo UTLE 2026, continuidad de jornadas extraordinarias y escalamiento del Nodo de Cirugía (EGAD) para aumentar la producción y abordar el rezago.</p> | x | x | x | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|--|--|
| previos, con ventanas operativas limitadas y enfoque en población de mayor antigüedad. 6. Factores de gestión y priorización clínica (Riesgo de proceso – SEVRI): Aplicación de ajustes en los criterios de priorización que privilegian la atención de casos complejos y de mayor rezago, lo cual, si bien responde a criterios técnicos y de riesgo clínico, repercute en el incremento del plazo promedio del indicador. | Incentivos y articulación en red: Impulso del pago por resultados y optimización del trabajo interinstitucional mediante redistribución de pacientes y coordinación con instancias rectoras para maximizar la eficiencia del sistema. | x | x | x | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|--|--|

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | | | | | | | | |
|--|---|---|------|-------|---------------------------|--|-------------|--------------------------------|
| Programación Institucional | | | | | | | | |
| Eje: | 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | | | | | | | |
| Acción Estratégica: | 1.1.1.08 Mejoramiento en la atención oportuna de las personas, por medio de una gestión y procesos articulados garantizando la accesibilidad de intervenciones costo efectivas. | | | | | | | |
| Indicador: | 10. Plazo promedio en días de espera para ultrasonidos generales en la CCSS. | | | | | | | |
| Meta 2026: | 140 | | | | | | | |
| Cumplimiento I Trim-2026: | 397 | | | | | | | |
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|------|---|
| <p>1. Presión por demanda estructural (Riesgo estratégico – SEVRI): Crecimiento sostenido en la demanda de estudios de ultrasonido que supera la capacidad resolutive instalada, generando incremento progresivo en los tiempos promedio de espera.</p> <p>2. Arrastre de rezago histórico (Riesgo operativo – SEVRI): Existencia de casos acumulados con alta antigüedad en lista de espera, cuya atención prioritaria eleva el promedio global del indicador.</p> <p>3. Desalineación estructural de la meta del indicador (Riesgo estratégico – SEVRI): Arrastre histórico de una meta cuya línea base ha sido ampliamente superada sin ajustes concordantes, evidenciando una brecha sostenida entre la meta programada y la capacidad real de cumplimiento. Esta condición persiste a pesar de que históricamente no se ha alcanzado la meta y de haberse gestionado reiteradamente solicitudes formales de modificación que se han negado. No obstante, este año se remitió nuevamente la solicitud de modificación.</p> <p>4. Limitaciones en recurso humano especializado (Riesgo crítico – SEVRI): Insuficiencia de profesionales en radiología y personal técnico en</p> | <p>Focalización y articulación en red: Priorización de unidades con mayor presión asistencial, optimizando la asignación de recursos y promoviendo la redistribución de la demanda mediante esquemas colaborativos entre establecimientos.</p> | x | x | x | | | UTLE | <p>Se está en espera de la resolución sobre la modificación de la meta del indicador presentada mediante oficio GM-6311-2026 (PE-DPI-0385-2026), por lo que la implementación del plan propuesto esta dependiente a esto.</p> |
| | <p>Fortalecimiento del control y la gobernanza: Consolidación de procesos de depuración, validación y monitoreo de listas de espera, con uso obligatorio de herramientas analíticas que aseguren trazabilidad, transparencia y seguimiento institucional.</p> | x | x | x | | | | <p>Las acciones ejecutadas y propuestas la UTLE, en su condición de ente técnico rector, se circunscriben a su ámbito de competencia en materia de análisis, lineamiento, seguimiento y articulación operativa; no obstante, su efectiva implementación y sostenibilidad dependen de la adecuada operativización por parte de las unidades ejecutoras, así como del acompañamiento técnico y la coordinación interinstitucional con las Direcciones Regionales y las DRIPSS. En este contexto, los resultados se encuentran condicionados por la heterogeneidad en las capacidades operativas locales</p> |
| | <p>Normalización y regulación de la producción: Implementación de lineamientos estandarizados para la gestión de ultrasonidos, orientados a la priorización por antigüedad y a la homogenización de esquemas de atención.</p> | x | x | x | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|--|--|--|
| ultrasonido. 5. Restricciones en la capacidad instalada (Riesgo operativo – SEVRI): Limitada disponibilidad, obsolescencia o distribución ineficiente de equipos de ultrasonido, así como de espacios físicos adecuados, generando cuellos de botella en la prestación del servicio. 6. Condicionamientos en la ejecución operativa (Riesgo institucional – SEVRI): Dependencia de prórrogas de proyectos, retrasos en procesos administrativos y limitaciones en la formulación oportuna de nuevas estrategias operativas, afectando la continuidad y oportunidad en la atención. 7. Efectos de la priorización clínica (Riesgo de proceso – SEVRI): Aplicación de criterios de priorización orientados a casos de mayor complejidad o antigüedad, que, aunque clínicamente pertinentes, inciden en el aumento del plazo de espera promedio del indicador. | Incremento de la capacidad resolutive: Impulso de estrategias operativas como pago por resultados, jornadas extraordinarias, articulación y fortalecimiento de capacidad instalada del CNIM para atención de US y conformación de equipos especializados para la atención de casos complejos y rezago histórico. Análisis de expansión estratégica de la oferta: Evaluación de mecanismos de compra externa regulada (propuesta convenio marco DRIPSSCN) para ampliar la capacidad diagnóstica institucional y reducir los tiempos de espera. | x | x | x | | | | —particularmente en recurso humano especializado, infraestructura y gestión, lo que exige un alineamiento funcional entre los niveles local, regional y central para incidir de manera efectiva en los indicadores institucionales. La ejecución de determinadas estrategias y proyectos se encuentra supeditada a procesos de aprobación y aval por parte de instancias superiores competentes, constituyéndose en factores externos que pueden incidir en los plazos y alcances de implementación |
|--|--|---|---|---|--|--|--|--|

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | |
|--|---|
| Programación Institucional | |
| Eje: | 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. |
| Acción Estratégica: | 1.1.1.08 Mejoramiento en la atención oportuna de las personas, por medio de una gestión y procesos articulados garantizando la accesibilidad de intervenciones costo efectivas. |
| Indicador: | 11. Plazo promedio de días de espera para endoscopías altas en la CCSS. |
| Meta 2026: | 120 |
| Cumplimiento I Trim-2026: | 254 |

| Causas "Con atraso crítico" del | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
|---|--|--|------|-------|------------------------|--|--|-----------------------------|
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |
| <p>1. Presión por demanda estructural (Riesgo estratégico – SEVRI): Incremento sostenido en la demanda de procedimientos endoscópicos que excede la capacidad resolutive instalada, generando aumento progresivo en los días promedio de espera.</p> <p>2. Arrastre de rezago histórico (Riesgo operativo – SEVRI): Persistencia de casos con alta antigüedad en lista de espera para endoscopias, cuya resolución prioritaria impacta negativamente el promedio global del indicador.</p> <p>3. Desalineación y rigidez en la meta del indicador (Riesgo estratégico – SEVRI): Persistencia de una meta que ha superado la línea base operativa real, sin correspondencia con la capacidad instalada; condición mantenida pese a incumplimientos reiterados en los últimos periodos y a solicitudes formales de ajuste no aprobadas, generando distorsión en la evaluación del desempeño.</p> <p>4. Limitaciones en recurso humano especializado (Riesgo crítico – SEVRI): Insuficiencia de médicos especialistas en gastroenterología y personal de apoyo capacitado, sumado a baja cobertura en jornadas extraordinarias, lo que restringe la capacidad productiva del servicio.</p> <p>5. Restricciones en la capacidad instalada (Riesgo operativo – SEVRI):</p> | <p>Focalización y gestión en red de la demanda: Priorización de unidades con mayor presión asistencial, promoviendo la redistribución de casos mediante articulación interinstitucional y optimización en la asignación de recursos.</p> | x | x | x | | UTLE | <p>Se está en espera de la resolución sobre la modificación de la meta del indicador presentada mediante oficio GM-6311-2026 (PE-DPI-0385-2026), por lo que la implementación del plan propuesto esta dependiente a esto. Las acciones ejecutadas y propuestas la UTLE, en su condición de ente técnico rector, se circunscriben a su ámbito de competencia en materia de análisis, lineamiento, seguimiento y articulación operativa; no obstante, su efectiva implementación y sostenibilidad dependen de la adecuada operativización por parte de las unidades ejecutoras, así como del acompañamiento técnico y la coordinación interinstitucional con las Direcciones Regionales y las DRIPSS. En este contexto, los resultados se encuentran condicionados por la heterogeneidad en las capacidades operativas locales —particularmente en recurso humano especializado, infraestructura y gestión, lo que</p> | |
| | <p>Fortalecimiento del control, seguimiento y sistemas de información: Consolidación de procesos de depuración, validación y monitoreo de listas de espera e indicadores, con énfasis en endoscopia de alta demanda, asegurando trazabilidad y soporte para la toma de decisiones.</p> | x | x | x | | | | |
| | <p>Optimización del abordaje clínico y regulación operativa: Priorización de solicitudes bajo criterios clínicos y de tamizaje oncológico sin restricción por antigüedad, acompañada de lineamientos para la producción extraordinaria en horarios extendidos.</p> | x | x | x | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|--|---|
| <p>Disponibilidad limitada, obsolescencia o utilización subóptima de salas de endoscopia, torres, equipos e insumos, generando cuellos de botella en la ejecución de procedimientos.</p> <p>6. Condicionamientos en la ejecución operativa (Riesgo institucional – SEVRI): Dependencia de prórrogas de proyectos, retrasos en procesos administrativos y limitaciones para la formulación oportuna de nuevas estrategias, afectando la continuidad operativa y el cumplimiento del POI.</p> <p>7. Efectos de la priorización clínica (Riesgo de proceso – SEVRI): Aplicación de criterios de priorización orientados a casos urgentes, oncológicos o de mayor complejidad, que, si bien responden a riesgo clínico, inciden en el incremento del promedio de días de espera.</p> | <p>Incremento de la capacidad resolutive institucional: Sostenimiento de jornadas extraordinarias, fortalecimiento del trabajo en red, acompañamiento técnico-clínico a gestores y optimización de proyectos especiales para ampliar la oferta diagnóstica.</p> | x | x | x | | | <p>exige un alineamiento funcional entre los niveles local, regional y central para incidir de manera efectiva en los indicadores institucionales.</p> <p>La ejecución de determinadas estrategias y proyectos se encuentra supeditada a procesos de aprobación y aval por parte de instancias superiores competentes, constituyéndose en factores externos que pueden incidir en los plazos y alcances de implementación</p> |
| | <p>Desarrollo de mecanismos estratégicos de financiamiento y expansión de oferta: Impulso a la implementación de pago por resultados en gastroenterología y evaluación de compra externa regulada como medida complementaria para reducir tiempos de espera.</p> | x | x | x | | | |

Ministerio de Salud:

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | |
|--|---|
| Programación Institucional | |
| Eje: | 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. |
| Acción Estratégica: | 1.1.1.19 Regulación de la atención de la diabetes mellitus. |
| Indicador: | Porcentaje de avance en el proceso de regulación de la atención a las diabetes mellitus |
| Meta 2026: | 15% |

| Cumplimiento I Trim-2026: | 0 | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|------|-------|------------------------|--|-------------|--------------------------------|
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |
| No ha sido aún publicada la normativa | Hacer un seguimiento ante las instancias que tramitan la publicación | x | x | x | | | | Se depende de otras instancias |

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | | | | | | | | |
|---|---|--|------|-------|------------------------|--|----------------------------|---|
| Programación Institucional | | | | | | | | |
| Eje: | 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | | | | | | | |
| Acción Estratégica: | 1.1.1.23 Desarrollo del proyecto comunitario: "Fortalecimiento de las capacidades comunales para la prevención Enfermedad Renal Crónica no tradicional (ERCnt) en los cantones de alta incidencia en Guanacaste." | | | | | | | |
| Indicador: | 29. Número de cantones ejecutando el proyecto comunitario "Fortalecimiento de las capacidades comunales para la prevención Enfermedad Renal Crónica no tradicional (ERCnt) en los cantones de alta incidencia en Guanacaste." | | | | | | | |
| Meta 2026: | 2 | | | | | | | |
| Cumplimiento I Trim-2026: | 0 | | | | | | | |
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |
| No le asignaron presupuesto al proyecto por lo que no es posible avanzar con los dos cantones para este 2026. Se sigue trabajando con los cantones formados en el 2025. | Presentar a las nuevas autoridades el Proyecto ECOS para que sea incluido en el presupuesto extraordinario. | | | x | | | DVS Pamela Monestel Zuñiga | Sin presupuesto el proyecto no se puede ejecutar. Si está a la espera de saber si se le adjudican en el periodo extraordinario. |

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | | | | | | | | |
|--|---|---|------|-------|---------------------------|--|-------------|--------------------------------|
| Programación Institucional | | | | | | | | |
| Eje: | 2. Investigación y gestión del conocimiento. | | | | | | | |
| Acción Estratégica: | 2.1.1.07 Elaboración e implementación de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación y Desarrollo tecnológico en Salud con base en la metodología establecida. | | | | | | | |
| Indicador: | 07. Porcentaje de avance en la elaboración e implementación de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud. | | | | | | | |
| Meta 2026: | 5% | | | | | | | |
| Cumplimiento I Trim-2026: | 0 | | | | | | | |
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |
| El nivel de avance responde a una limitación de carácter estructural y externa a la gestión técnica de la Unidad de Investigación en Salud y de la Unidad de Tecnologías en Salud, derivada del proceso de reorganización institucional formalizado mediante el Decreto Ejecutivo N.º 45468-S. | Identificación de investigaciones y desarrollos tecnológicos en salud con actores sociales de los diferentes ejes de la ANPIDTS 2025-2030 | x | x | x | | | | |

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Programación Institucional | | | | | | | |
| Eje: | 3. Vigilancia de la salud. | | | | | | |
| Acción Estratégica: | 3.1.1.03 Regulación y evaluación en el Componente de atención al paciente dentro de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control de las Enfermedades Arbovirales | | | | | | |
| Indicador: | 03. Porcentaje de avance del desarrollo de la norma para la atención de la arbovirosis como parte del componente de atención al paciente de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y control de las enfermedades arbovirales. | | | | | | |
| Meta 2026: | 5% | | | | | | |

| Cumplimiento I Trim-2026: | | 0 | | | | | | |
|--|--|--|------|-------|------------------------|--|-------------|--|
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |
| Se encuentra en trámite la de fiebre amarilla sin embargo no está por escrito cuales son las que se pactaron en esta temática porque el término de arbovirus es amplio | Se requiere antes de iniciar el trámite de oficialización que la normativa generada sea validada por la Dirección de Vigilancia de salud | | x | x | | | | Se dependen de otras instancias y puede ser que ser que autoridades soliciten otras validaciones |

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | | | | | | | | |
|--|--|--|------|-------|------------------------|--|-------------|-----------------------------|
| Programación Institucional | | | | | | | | |
| Eje: | 3. Vigilancia de la salud. | | | | | | | |
| Acción Estratégica: | 3.1.1.24 Desarrollo de un Plan Estratégico para el fortalecimiento de las 15 Capacidades del Reglamento Sanitario Internacional. | | | | | | | |
| Indicador: | 29. Porcentaje de avance de las etapas del Plan Estratégico para el fortalecimiento de las 15 Capacidades del Reglamento Sanitario Internacional | | | | | | | |
| Meta 2026: | 29% | | | | | | | |
| Cumplimiento I Trim-2026: | 6% | | | | | | | |
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--|--|--|---|
| <p>se arrastran atrasos en la aprobación de la recomendación técnica para la implementación de la Autoridad Nacional para el RSI, lo que ha incidido en la conformación formal del Comité Interinstitucional encargado de elaborar el plan. La aprobación de los jerarcas sobre las recomendaciones técnicas entregadas el 7 de noviembre del 2025 se dió hasta el 27 de enero del 2026 mediante CARTA-MS-DGS-0234-2026, fecha en que se indica la reactivación del equipo técnico nacional encargado de operativizar la NIA. Actualmente se han reanudado las labores del equipo técnico y se trabaja en los ajustes normativos requeridos, incluyendo propuestas de reformas al Manual de Organización y Funciones, la elaboración del decreto de creación de la Comisión Nacional para la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (Comisión NIA) y la actualización</p> | <p>Desarrollo de propuesta de decreto para Comisión Nacional para la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (Comisión NIA)</p> | | x | | | | | | <p>Aspectos ajenos al control del equipo técnico: Aprobación y procedimiento para cambios normativos y oficialización de decretos</p> |
| | <p>Propuesta de reforma en el Manual de Organización y Funciones.</p> | x | | | | | | | <p>Actualización del Manual de Organización y Funciones</p> <p>Firma y publicación del Decreto para crear Comisión Nacional para la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (Comisión</p> |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| <p>normativa para incorporar las enmiendas al RSI aprobadas en 2024 y vigentes desde setiembre de 2025. No se omite mencionar que este tipo de acciones requiere de tiempos prolongados (emisión de decretos), según lo indicado por la representante de la DAJ en el equipo técnico.</p> | <p>Aprobación y procedimiento para cambios normativos y oficialización de decretos</p> <p>Actualización del Manual de Organización y Funciones</p> <p>Decreto para crear Comisión Nacional para la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (Comisión NIA)</p> <p>Informar a MIDEPLAN mediante un expediente de adecuación funcional</p> <p>Conformación de una Comisión Nacional para la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (Comisión NIA)</p> | <p>x</p> | | | | | | | | <p>NIA)</p> <p>Informar a MIDEPLAN mediante un expediente de adecuación funcional</p> <p>Conformación de una Comisión Nacional para la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (Comisión NIA).</p> <p>Decreto oficializando enmiendas del RSI</p> |
|---|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|---|

| <p>Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028</p> | |
|--|---|
| <p>Programación Institucional</p> | |
| <p>Eje:</p> | <p>3. Vigilancia de la salud.</p> |
| <p>Acción Estratégica:</p> | <p>3.1.1.26 Implementación del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares.</p> |
| <p>Indicador:</p> | <p>31. Porcentaje de avance en las etapas de la implementación del Plan Nacional de Emergencias Radiológicas y Nucleares.</p> |
| <p>Meta 2026:</p> | <p>10%</p> |

| Cumplimiento I Trim-2026: | | 0 | | | | | | |
|---|--|--|------|-------|------------------------|--|-------------|-----------------------------|
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |
| Las metas se establecieron en el 2023 asumiendo que el PNER estaría aprobado en el 2025 y que su implementación sería posible a partir de esa fecha. Sin embargo, la Dirección de Planificación ha realizado diversas observaciones al documento que se han tratado de solventar. Sin embargo, a la fecha no ha sido posible la oficialización del Plan. Actualmente se están atendiendo las observaciones contenidas en el oficio CARTA-MS-DP-174-2026 y se desarrolló un plan de trabajo de febrero a junio del 2026, el cual fue remitido a la Dirección General de Salud por medio del oficio CARTA-MS-DSS-0390-2026. | Desarrollo del Modelo de Gestión y Gobernanza en el PNER | x | | | | | | |
| | Desarrollo del Modelo de seguimiento y evaluación en el PNER | | x | | | | | |
| | Desarrollo del apartado de Gestión del riesgo en el PNER | | | x | | | | |

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | | | | | | |
|--|---|--------------------------|------------------------|--|-------------|-----------------------------|
| Programación Institucional | | | | | | |
| Eje: | 6. Promoción de la salud. | | | | | |
| Acción Estratégica: | 6.1.1.14 Desarrollo de intervenciones articuladas para el reporte de las muertes acaecidas por accidentes de tránsito. | | | | | |
| Indicador: | 19. Número de intervenciones desarrolladas de manera articulada para el reporte de personas fallecidas relacionadas con accidentes de tránsito. | | | | | |
| Meta 2026: | 1 | | | | | |
| Cumplimiento I Trim-2026: | 0 | | | | | |
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación | Actividades realizadas | | Responsable | Observaciones metodológicas |

| | | de las actividades críticas | | | | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | | |
|--|--|-----------------------------|------|-------|--|--|--|--|
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |
| No existe fundamento legal para que el Ministerio de Salud obtenga los datos de las personas que fallecen a causa de un accidente de tránsito. | Se solicitará a las autoridades correspondientes la modificación del indicador. | x | | | | | | Se debe de considerar lo expuesto en el documento CARTA-MS-DVS-J-UE-406-2025 enviado en su momento al Director General de Salud, Dr. Bernny Villareal. |
| | Realizar un convenio con el INEC para que faciliten los datos de personas fallecidas que brindan otras instituciones en temas de accidentes de tránsito. | | x | | | | | |

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | | | | | | | | |
|--|--|--|------|-------|------------------------|--|-------------|-----------------------------|
| Programación Institucional | | | | | | | | |
| Eje: | 6. Promoción de la salud. | | | | | | | |
| Acción Estratégica: | 6.1.1.19 Desarrollo de censos y encuestas en temas de nutrición, inseguridad alimentaria, estado nutricional y actividad física en personas menores de edad. | | | | | | | |
| Indicador: | 27. Número de censos o encuestas nutricionales, difundidas. | | | | | | | |
| Meta 2026: | 1 | | | | | | | |
| Cumplimiento I Trim-2026: | 0 | | | | | | | |
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |
| Falta de financiamiento | Dar seguimiento a la solicitud realizada a la Unidad financiera para la aprobación del presupuesto de la primera etapa del proyecto | x | x | x | | | | |

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | | | | | | | | |
|--|---|---|------|-------|---------------------------|--|-------------|---|
| Programación Institucional | | | | | | | | |
| Eje: | 6. Promoción de la salud. | | | | | | | |
| Acción Estratégica: | 6.1.1.25 Fortalecimiento de la articulación Interinstitucional e intersectorial para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida a través de las COLOSAM. | | | | | | | |
| Indicador: | 34. Número de planes anuales ejecutados por las Instancias Locales del Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (COLOSAM). | | | | | | | |
| Meta 2026: | 84% | | | | | | | |
| Cumplimiento I Trim-2026: | 0 | | | | | | | |
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |
| Dependencia directa de la formalización legal de las comisiones; al no contar con quórum estructural o libros de actas legalizados, no es posible la aprobación y firma de los planes de trabajo. Además, se identifica una sobrecarga de funciones del personal que dificulta la planificación operativa alineada a la Política Nacional. | Gestionar ante jerarcas de la RED la oficialización de nombramientos mediante oficios de seguimiento de la Secretaría Técnica. | x | | | | | | La ejecución de estas actividades busca eliminar el cuello de botella administrativo-legal que impide el avance físico del indicador, trasladando la responsabilidad de la idoneidad técnica a las instancias de Recursos Humanos y el despacho |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--|--|---|
| | Gestión de Idoneidad de Perfiles: Operativizar la mesa técnica interinstitucional para la valoración de los perfiles profesionales, asegurando que las designaciones técnicas respondan a las competencias de dirección y supervisión requeridas. | x | x | | | | | ministerial, bajo la supervisión de la Secretaría Técnica |
| | Conformar una Mesa Técnica interinstitucional para la valoración de perfiles y homologación de competencias requeridas para la gestión de las comisiones. | | | | | | | |

INS

| Política Nacional de Salud 2023-2033 Plan de Acción 2024-2028 | | | | | | | | |
|--|---|--|------|-------|------------------------|--|-------------|-----------------------------|
| Programación Institucional | | | | | | | | |
| Eje: | 1. Calidad, acceso y cobertura universal en salud. | | | | | | | |
| Acción Estratégica: | 1.1.1.09 Ejecución de estrategias que garanticen el acceso y la cobertura de la población asegurada en las líneas RT Y SOA. | | | | | | | |
| Indicador: | 13. Porcentaje de camas ocupadas por personas usuarias con relación al total de la oferta de camas hospitalarias generales. | | | | | | | |
| Meta 2026: | 80% ≤ x ≤ 89% | | | | | | | |
| Cumplimiento I Trim-2026: | 120% | | | | | | | |
| Causas del "Con atraso crítico" | Actividades críticas | Cronograma de aplicación de las actividades críticas | | | Actividades realizadas | Cumplimiento II Trim-2026 (valor real) | Responsable | Observaciones metodológicas |
| | | Abril | Mayo | Junio | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|---|
| limitación de la capacidad instalada para la demanda de pacientes que requieren hospitalización | Optimización de los egresos hospitalarios. | x | x | x | | INS Red de Servicios de Salud S.A./Hospitalización | <ol style="list-style-type: none"> 1. Indicadores de calidad: se utilizan métricas para evaluar y mejorar los procesos de atención y egreso. 2. Capacitación del personal: se realizan sesiones clínicas periódicas para fortalecer la toma de decisiones y la seguridad del alta. 3. Estancias reducidas: se priorizan cirugías de pacientes hospitalizados para reducir tiempos de espera y ocupación. 4. Programación quirúrgica eficiente: revisión diaria y semanal de cirugías, con comunicación activa entre equipos. 5. Jornadas quirúrgicas exclusivas: se asignan días específicos para operar pacientes hospitalizados y aumentar egresos. 6. Altas programadas: se refuerza el cumplimiento del protocolo de altas y el seguimiento ambulatorio. 7. Rondas conjuntas: coordinación entre jefaturas médicas y de enfermería para mejorar procesos y decisiones en tiempo real. 8. Censo diario: monitoreo constante para resolver pendientes clínico-administrativos y facilitar egresos. 9. Reporte diario de cirugías con programación lejana con el objetivo de lograr adelantar estos procedimientos y por ende los egresos. 10. Traslados desde la CCSS: gestión activa para reducir tiempos de espera y mejorar la ocupación. 11. Traslados hacia la CCSS: envío diario y semanal de reportes para agilizar traslados demorados. 12. Plan Alternativo de Trabajo (PAT): activación de espacios adicionales (anexo y hospital contingente) para ampliar la capacidad. |
| | Priorización de casos según criterios clínicos y coordinación interinstitucional para la referencia y contrarreferencia de paciente | x | x | x | | | |
| | Ampliación temporal de la capacidad instalada mediante la activación del plan alternativo de trabajo, con el fin de responder a la alta demanda de atención (por encima del 100% se utiliza el hospital anexo y proveedor externo). | x | x | x | | | |
| | Análisis en conjunto con planificación para valorar ampliar la capacidad instalada de camas hospitalarias | x | x | x | | | |

Bibliografía

Ministerio de Salud Costa Rica. (2023). *Anexos técnicos Política Nacional de Salud 2023-2033 y su Plan de Acción 2024-2028*. San José: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud Costa Rica. (2025). *Metodología para el seguimiento y la evaluación del Plan de Acción de la Política Nacional de Salud 2023-2033*. San José: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud Costa Rica. (2025). *Política Nacional de Salud 2023-2033 y Plan de Acción 2024-2028*. San José: Ministerio de Salud.